



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Borderline – Störung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ genannt – ist eine psychische Erkrankung, die vor allem durch starke emotionale Instabilität, Impulsivität und instabile zwischenmenschliche Beziehungen gekennzeichnet ist².

Typische Merkmale

- Intensive, schnell wechselnde Gefühle – von Euphorie zu tiefer Verzweiflung in kurzer Zeit
- Instabiles Selbstbild – unsichere Identität, wechselnde Ziele und Werte
- Starke Angst vor dem Verlassenwerden – oft verbunden mit heftigen Reaktionen auf Trennungen oder Konflikte
- Impulsives Verhalten – z. B. riskantes Fahren, Substanzmissbrauch, Essanfälle
- Selbstschädigendes Verhalten – Selbstverletzungen oder Suizidgedanken/-versuche
- Gefühl innerer Leere – anhaltendes Empfinden von Sinnlosigkeit
- Dissoziative Symptome – z. B. das Gefühl, neben sich zu stehen oder die Realität als unwirklich zu erleben

Mögliche Ursachen

Die Entstehung ist multifaktoriell – es wirken biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammen:

- Genetische Veranlagung und neurobiologische Besonderheiten (z. B. veränderte Aktivität in Amygdala und Hippocampus)
- Frühe belastende Erfahrungen wie Missbrauch, Vernachlässigung oder plötzliche Trennungen
- Ungünstige Bindungserfahrungen und instabile Bezugspersonen in der Kindheit
- Störungen der Emotionsregulation durch veränderte Stressverarbeitung im Gehirn



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Häufige Begleiterkrankungen

- Depressionen
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Essstörungen
- Substanzmissbrauch

Diagnose

Die Diagnose wird in der Regel von Psychiater:innen oder Psychotherapeut:innen gestellt und stützt sich auf klinische Interviews sowie anerkannte Klassifikationssysteme wie DSM-5 oder ICD-10/ICD-11.

Kernkriterien nach DSM-5 (mindestens 5 müssen erfüllt sein):

- Starke Angst vor dem Verlassenwerden (real oder eingebildet)
- Instabile, intensive Beziehungen mit Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung
- Identitätsstörung: instabiles Selbstbild oder Selbstgefühl
- Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geld, Sex, Substanzen, riskantes Fahren, Essanfälle)
- Wiederkehrende Suizidgedanken/-versuche oder Selbstverletzungen
- Affektive Instabilität mit schnellen, intensiven Stimmungsschwankungen
- Chronisches Gefühl innerer Leere
- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
- Vorübergehende paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome unter Stress

Wichtig: Die Symptome müssen über längere Zeit bestehen, meist seit Jugend oder frühem Erwachsenenalter, und zu deutlicher Beeinträchtigung im Alltag führen.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Therapieformen

Die Behandlung ist multimodal und oft langfristig angelegt. Psychotherapie ist die zentrale Säule.

1. Psychotherapeutische Verfahren

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Speziell für BPS entwickelt

Kombination aus Verhaltenstherapie, Achtsamkeit und Fertigkeitentraining

Ziel: Emotionsregulation, Impulskontrolle, Verbesserung zwischenmenschlicher Fähigkeiten

Schematherapie

Arbeit an tief verankerten Denkmustern („Schemata“)

Integration von kognitiven, verhaltenstherapeutischen und emotionsfokussierten Techniken

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Förderung der Fähigkeit, eigene und fremde Gefühle/Gedanken zu verstehen und einzuordnen

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Psychoanalytisch orientiert, Fokus auf Beziehungsmuster und deren Bearbeitung

2. Medikamentöse Unterstützung

Kein spezifisches „Borderline-Medikament“

Einsatz zur Behandlung von Begleiterkrankungen (Depression, Angst, Impulsivität)

Häufig: Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer oder niedrig dosierte Antipsychotika



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

3. Weitere Bausteine

- Skills-Training (z. B. Spannungsabbau ohne Selbstverletzung)
- Psychoedukation für Betroffene und Angehörige
- Selbsthilfegruppen und Peer-Support
- Krisenpläne für akute Phasen

Prognose

Mit spezialisierter Therapie verbessern sich die Symptome bei vielen Betroffenen deutlich — Studien zeigen, dass nach einigen Jahren ein großer Teil keine vollständigen DSM-Kriterien mehr erfüllt.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Strukturierter Ablaufplan für Diagnose und Therapie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

[1] Erstkontakt & Anamnese



[2] Diagnostische Abklärung

- Klinisches Interview (z. B. SKID-II, ICD/DSM-Kriterien)
- Ausschluss anderer Störungen



[3] Diagnosemitteilung & Psychoedukation

- Aufklärung über BPS
- Besprechung von Symptomen & Ursachen



[4] Therapieplanung

- Auswahl geeigneter Psychotherapieform (DBT, MBT, Schematherapie, TFP)
- Festlegung von Zielen & Prioritäten



[5] Akutintervention (falls nötig)

- Krisenplan
- Notfallkontakte



[6] Langfristige Psychotherapie

- Emotionsregulation
- Impulskontrolle
- Beziehungsgestaltung



[7] Ergänzende Maßnahmen

- Medikamentöse Unterstützung bei Begleiterkrankungen
- Skills-Training
- Selbsthilfegruppen



[8] Verlaufskontrolle & Anpassung

- Regelmäßige Evaluation
- Anpassung der Therapieziele





Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

[9] Stabilisierung & Rückfallprophylaxe

- Festigung erlernter Strategien
- Frühwarnzeichen erkennen



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Klassifikation nach ICD

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen impulsiv zu handeln, und wechselnder, instabiler Stimmung.

Die Fähigkeit vor auszuplanen ist gering, und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

F60.30 impulsiver Typus

Die wesentlichen Charakterzüge des impulsiven Typus sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter 2.:

- (1) deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
- (2) deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
- (3) Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
- (4) Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
- (5) unbeständige und unberechenbare Stimmung.

F60.31 Borderline Typus

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere mit Neigungen zu intensiven, aber unbeständigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden sowie Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Mindestens drei der fünf eben erwähnten Kriterien des impulsiven Typus müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

- (1) Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller);
- (2) Neigung, sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
- (3) übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
- (4) wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung;
- (5) anhaltende Gefühle von Leere.

Klassifikation nach DSM-IV

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen. 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, aber 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, „Essstörungen“). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
- (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- (6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- (7) Chronische Gefühle von Leere.
- (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren, (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Differentialdiagnostik:

Einige der Symptome können auch bei anderen Störungsbildern auftreten, so z. B. bei Depressionen, Schizophrenien, schizoaffectiven Psychosen, schizoiden Persönlichkeitsstörungen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen oder bei paranoiden Persönlichkeitsstörungen. Die Diagnose erfordert daher eine sorgfältige Abklärung.

In den 70er Jahren wurde zum ersten Mal der Begriff Borderline-Störung verwendet. Er leitet sich aus dem Englischen ab und bedeutet Grenz-Störung.

Als Borderlinestörung bezeichnete man ursprünglich eine bestimmte Gruppe von Störungen an der Grenzlinie (=Borderline) zwischen Neurose und Psychose.

Recht bald erkannte man aber, daß diese Störungen in ihrer Gesamtheit als Persönlichkeitsstörung zu sehen sind. Der Begriff Borderline hat somit zwar seine inhaltliche Bedeutung verloren, wurde aber trotzdem beibehalten.

In der letzten Zeit ist in Presse und Fernsehen vermehrt über Borderline-Störungen berichtet worden - vermutlich angeregt durch die gesteigerte Aufmerksamkeit, die der Themenbereich des körperlichen und sexuellen Missbrauchs vor allem bei Kindern erhalten hat, da diese extrem belastenden Lebenserfahrungen bei der Entstehung von Borderline-Störungen häufig eine Rolle spielen.

Die Borderlinestörung zählt zu den sogenannten "emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen".

Die Betroffenen neigen dazu, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren und leiden unter häufigen Stimmungsschwankungen.

Ihre Fähigkeit vor auszuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu explosivem, manchmal gewalttätigem Verhalten führen. Zudem sind das eigene Selbstbild und Zielvorstellungen unklar und gestört.





Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Ihre Neigung zu intensiven, aber unbeständigen zwischenmenschlichen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen mit Suiziddrohungen/-versuchen oder selbstschädigenden Handlungen führen. Ein Therapeut der überwiegend mit Borderlinern arbeitet hat die "klassische Borderline-Störung" wie folgt zusammengefasst:

"Eine hochgradige Ambivalenz, starker assoziativer Lockerungen und daraus folgende Handlungen; schnelles Schwingen zwischen entgegengesetzten Stimmungslagen und länger anhaltendes Verhalten, darin - stabile Instabilität".

Dadurch, daß die "innere" Welt der Borderline-Persönlichkeit, wie die Welt des Kindes in Helden und Bösewichte aufgeteilt ist, kommt es häufig zu schweren emotionalen "Überfällen", die mit der auslösenden Situation nichts mehr zu tun haben.

So genügt manchmal eine unbedachte Bemerkung, um vom Borderliner geradewegs vom Himmel in die Hölle befördert zu werden, und da auch erstmal zu bleiben.

Alle Situationen, die von Borderlinern eine Entscheidung verlangen, können die Aggressionen akut ausbrechen lassen, die sie gegen sich selbst und andere richten.

Schwere seelische Verletzungen gelten als Ursache einer Borderline-Störung.

Beispielsweise kann Vernachlässigung, ständige Ausnutzung, Gewalttätigkeit, seelischer Mißbrauch oder Vergewaltigung Menschen in eine hilflose Ohnmacht stürzen.

Das wiederholte oder andauernde Gefühl, einer überstarken Macht ausgeliefert zu sein, kann schon ganz früh im Leben (laut Psychoanalyse der präödiptalen Phase) den Aufbau eines gesunden Selbstbewußtseins verhindern.

Durch Wiederholungszwang bringen sich Borderliner unbewußt immer wieder in Situationen, in denen sie sich schädigen oder andere ihnen neues Leid antun. Wer im Leben nicht erfahren konnte, dass er eigene Werte und Stärken hat, kann dazu neigen, sich unbewußt nur dann wirklich lebendig zu fühlen, wenn er gedemütigt, beschädigt und unterworfen wird.

Das Denken der Betroffenen ist wesentlich von "entweder-oder", "schwarz-oder weiss" oder "nur gut" oder "nur böse" geprägt, was auch in Beziehungen vor allem auch bewirkt, daß diese Haltung ins jewei-



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

ge Gegenteil umschlagen kann.

Für Beziehungen ist das natürlich nicht förderlich, da Menschen so nicht als reale Personen mit gleichzeitig guten und schlechten Eigenschaften erlebt werden.

Sieht man aber auf die oft traumabedingte Ursache der Borderline-Störung, so läßt sich der Sinn und die Funktion dieser Spaltung erkennen und nachvollziehen. Die Spaltung schafft Ordnung und vermittelt Reduzierung von Angst.

Menschen, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, leiden wie andere Menschen mit psychischen Störungen sehr unter Einsamkeit und sie wurden auch in ihrer Kindheit oftmals sehr stark emotional vernachlässigt. Sie reagieren darauf mit einem intensiven und aktiven Bemühen, Alleinsein zu vermeiden und es kommt zu intensiven, aber auch instabilen Beziehungen.

Niemand wird gerne verlassen, das tut immer weh. Aber das Wesentliche bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das Nichtertragenkönnen von Alleinsein, was von Betroffenen manchmal als immerwährende Isolation erlebt wird.

Ihnen ist es nicht möglich, einen Menschen in dessen Abwesenheit »im Herzen zu tragen«, so daß ein unerträgliches Gefühl der Einsamkeit entstehen kann.

So unternehmen sie alles Erdenkliche, um Alleinsein zu vermeiden. Das kann sich darin äußern, daß sie sich selbst verletzen, Freßanfälle bekommen oder zu Suchtmitteln greifen. Oder sie wollen fortwährend unter Menschen sein. Was ja nicht immer möglich ist und nicht jeder hat immer dafür Verständnis. Möglicherweise begeben sie sich so auch schnell in Beziehungen zu Partnern, die nicht zu ihnen passen oder ihnen gar schaden.

Sie erleben sich, wenn sie allein sind als gereizt und ängstlich oder sie fallen in ein depressives Loch. So sind die Betroffenen auch intensiv bemüht verlassen werden zu verhindern. Tritt dennoch, vielleicht gerade wegen des intensiven Bemühens der unerträgliche Zustand ein, daß sich der betreffende Mensch abwendet oder die Beziehung beendet, so führt dies zu heftigen Reaktionen und völliger Verzweiflung. Schlimmstenfalls kann dies zu Suizidalität führen oder aber auch zu potentiell selbstschädigendem Verhalten.

Sie leben in einem ständigem Dilemma, sie brauchen und suchen schnelle und intensive Nähe, die sie aber, wenn sie sie bekommen nicht ertragen können. Da sie aber eben nicht ertragen können allein zu



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

sein, stellen sie alles mögliche an, um dies zu vermeiden. Dies wird verständlicher, wenn man bedenkt, daß Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oft emotionale Vernachlässigung oder auch Deprivation erfahren haben und somit kein Vertrauen in eine stabile Beziehung fassen können.

Auch Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung, die ja in einzelnen Punkten Gemeinsamkeiten ausweisen, können infolge einer Trennung mit heftiger Verzweiflung reagieren, leben aber nicht selten völlig zurückgezogen.

Bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt eine Störung der Impulskontrolle vor, die sich unterschiedlich äußern kann. Mindestens zwei Bereiche müssen dabei betroffen sein, zu welchen Freßanfälle, ein riskanter Fahrstil, Kaufräusche, Promiskuität, Gebrauch von Suchtmitteln oder auch Ladendiebstahl gehören können. Wesentlich dabei ist, daß es sich dabei um potentiell selbstschädigendes Verhalten handelt. Auch dies ist ein wesentliches Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Bei den Betroffenen liegt meist eine erhöhte Suizidneigung und -gefahr vor, es kann zu parasuizidalen Gesten und Suiziddrohungen kommen, aber auch Selbstverletzendem Verhalten (SVV), welches aber oft kein Versuch ist Aufmerksamkeit zu erregen oder dergleichen.

Das Selbstverletzende Verhalten, das im übrigen auch im Rahmen anderer Störungen vorkommt steht oftmals in engem Zusammenhang mit Depersonalisation, einer Form der Dissoziation, die dann möglichst bald beendet werden soll, weil sie einen nicht zu ertragenen Spannungszustand auslöst. Die Betroffenen spüren so während des Sichverletzens keinen Schmerz.

Das ist eine häufige, wenn auch nicht die einzige Funktion des Selbstverletzenden Verhaltens und es können ganz verschiedene Funktionen im jeweiligen Moment hinzukommen. Nach der Selbstverletzung spüren die Betroffenen ein Gefühl der Erleichterung und der Befreiung von Angst. So kann es immer wieder zu selbstverletzendem Verhalten kommen.

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die ja auch Schwierigkeiten haben, ihre Mitmenschen kontinuierlich als vollständige Menschen mit guten und schlechten Eigenschaften wahrzunehmen, haben auch Probleme, sich selbst realistisch einzuschätzen und ein andauerndes sowie klares Bild von ihrer Identität zu entwickeln.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Zuweilen kann man sagen, sie entdecken in verschiedenen Situationen ihre Identität neu. Sie definieren sich sozusagen neu. Das ist ein Eindruck, den man gewinnen kann, wenn man mit Betroffenen spricht, die man länger kennt.

In anderer Form kann sich die Identitätsstörung dadurch äußern, daß die Betroffenen unklare Vorstellungen über ihre Sexualität haben oder was ihre Ziele und Werte im Leben sind.

Menschen mit einer Borderline-Störung benötigen zudem immer wieder Bestätigung, daß sie eine Sache gut gemacht haben. Machen sie in einer anderen Situation einen Fehler, können sie sich schnell für völlig dumm halten. Das Bisherige zählt dann nicht mehr. Sie müssen sich deshalb immer wieder neu beweisen.

In Krisensituationen kann es bei den Betroffenen zu kurzfristigen paranoiden Ideen kommen oder es bietet sich für kurze Zeit ein Bild wie bei einer schizophrenen Erkrankung, was aber meist nach wenigen Tagen zurückgeht.

Oder es kommt zu schweren dissoziativen Symptomen. Teilweise wird auch die Multiple Persönlichkeit demnach von Fachleuten nicht als eigenständiges Störungsbild eingeschätzt, sondern lediglich als ein besonders schweres Symptom oder Erscheinungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Allerdings besteht die Dissoziative Identitätsstörung bei den Betroffenen ständig und wird keineswegs nur unter erhöhten Belastungen sichtbar. Und nicht bei allen Multiplen Persönlichkeiten, die die Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung erfüllen, erfüllen auch die für eine Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung erforderlichen mindestens 5 Kriterien.

Die Dissoziation ist ein Schutzmechanismus. Allerdings kann es sehr erschreckend für die Betroffenen sein beispielsweise, wenn sie sich an einem Ort wieder finden, ohne zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Das nennt man Dissoziative Fugue. Oder die Betroffenen können in schwere dissoziative Dämmerzustände geraten.

Bei den Betroffenen kann es zu plötzlicher intensiver unkontrollierbarer Wut kommen, die sich in verbalen Angriffen äußern kann, in tätlichen Angriffen, was mehr bei männlichen Betroffenen der Fall ist oder es werden Gegenstände zerstört.

Die Zornesausbrüche von Menschen mit einer Borderline-Störung sind sehr intensiv und nicht immer vorhersehbar. Sie werden von Mitmenschen daher auch nicht selten als unverhältnismäßig empfunden.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Der Zorn kann nah unter der Oberfläche brodeln.

Manchmal dient ein Streit auch dazu, die Stabilität einer Beziehung zu überprüfen oder mehr Distanz zu erreichen.

Des Weiteren leiden die Betroffenen unter erheblichen Stimmungsschwankungen wie Depressionen, Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, die von kürzerer Dauer sind. Diese affektive Instabilität entsteht infolge der ausgeprägten Reaktivität der Stimmung der Betroffenen.

Daß es sich bei den Symptomen der Borderline-Störung um ein zusammenhängendes Krankheitsbild handelt, dem Borderline-Syndrom, ist in Psychiatrien und unter den Psychologen und Therapeuten nicht immer die Meinung der Mehrheit.

Eine psychiatrische Schule, die sehr stark psychoanalytisch orientiert ist, die "Dynamische Psychiatrie" vertritt die Auffassung, daß neurotische und psychotische Erkrankungen, genauso wie psychosomatische Krankheiten und Süchte nicht streng von einander abgrenzbar sind.

Vielmehr würden sich die Borderliner auf einem "gleitenden Spektrum" psychischer Störungen befinden. Die Defizite der Borderline-Störung sollen ausschließlich vor dem dritten Lebensjahr liegen. Ist die Gruppendynamik in der Familie in dieser frühen Kindheit gestört, entwickelt das Kind ein "Loch im Ich", ein Ungleichgewicht der "primären Humanfunktionen" wie Aggression, Narzissmus, Angst, Ich-Abgrenzung, Sexualität und Kreativität.

Die Borderline Persönlichkeitsstörung gehört zu den Störungen, die oft eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen.

Kern der Borderline-Störung bilden Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung und bei der emotionalen Reaktion auf Anforderungen. Daraus entwickeln sich hauptsächlich folgende Merkmale:

- Ein Muster intensiver, aber wechselnder sozialer Beziehungen inklusive häufiger Beziehungsabbrüche.
Dabei zeigt sich am Anfang einer Beziehung meist eine starke Idealisierung des Anderen, die dann sehr schnell durch eine Abwertung derselben Person abgelöst werden kann, wenn diese der Erwartung "immer für den anderen da zu sein" nicht genügt.
Die Intensität der Beziehungen ergibt sich aus der Intoleranz der Borderlinepersönlichkeit gegenüber Trennungen, ihre Unbeständigkeit aus fehlender "Objekt Konstanz" (Die Fähigkeit, andere als komplexe Menschen wahrzunehmen, die sich dennoch widerspruchsfrei verhalten können).



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Der Borderliner entwickelt eine Abhängigkeit zum Partner und idealisiert ihn, solange dieser seine Bedürfnisse befriedigt.

Erfährt er Zurückweisung oder Enttäuschung, verfällt er ins andere Extrem und wertet den Partner ab, ohne sich jedoch von ihm trennen zu können. Dann eskaliert das manipulierende Verhalten des Borderliners, er zeigt sich schwach und hilflos, neigt z. B. zu Hypochondrie, Masochismus, Selbstverletzungen und Suiziddrohungen/ -versuchen.

- Eine große emotionale Instabilität, mit häufigen und teilweise extremen Stimmungsschwankungen. Die Gefühlslage der Betroffenen ist sehr wechselhaft, so kommt es bei eher gedrückter Grundstimmung zu Perioden von starker Erregbarkeit, Angst oder Verzweiflung. Diese sind häufig Ausdruck der Neigung, sehr schnell und extrem auf zwischenmenschliche Belastungen zu reagieren. Insbesondere wenn der Betroffene Vernachlässigung oder Zurückweisung erlebt, kommt es oftmals zu Wutausbrüchen, die für die Betroffenen kaum zu kontrollieren sind. Die Grundstimmungen der Borderlinepersönlichkeit sind häufig überaktiv oder pessimistisch. Von dieser Grundstimmung lassen sich jedoch auffällige Stimmungsschwankungen in Richtung Depression, Reizbarkeit oder Angst beobachten. Diese Stimmungsschwankungen sind in der Regel von kurzer Dauer und halten meist nur ein paar Stunden oder ein paar Tage.
- Selbstschädigendes Verhalten in verschiedenen Ausprägungsformen und -arten, etwa Selbstverletzungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Ess-Störungen etc. Dies zeigt sich zum einen in einer starken Impulsivität in Bereichen, die potentiell selbstschädigend sind, so z.B. riskantes Autofahren, Glücksspiel, Fressanfälle oder Drogenmissbrauch, aber auch indirekter in Selbstverletzungen, z.B. indem man sich selbst Schnitte oder Brandwunden zufügt oder in Selbstmordandrohungen und -versuchen. Diese selbstschädigenden Handlungen stehen oft im Zusammenhang mit dem Versuch, ein "Verlassenwerden" zu vermeiden, können aber auch als eine Art von "Strafe" für die eigene "Sündigkeit" dienen oder den Betroffenen helfen, sich selbst wieder zu spüren.
- Unter extremen Belastungen, wie z.B. unter Drogeneinfluß oder bei einem tatsächlichen oder erwarteten Verlassenwerden, können vorübergehend Verfolgungsideen oder so genannte dissoziative Symptome, wie beispielsweise veränderte Wahrnehmung der eigenen Person oder des eigenen Körpers oder eine Schmerzunempfindlichkeit auftreten.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

- ▶ Häufiger Gedanke an Suizid (Selbstmord). Wiederkehrende Suiziddrohungen / -versuche zählen ebenfalls zu den typischen Borderlinesymptomen. Suiziddrohungen/-versuche unterschiedlich motiviert und können z. B. wie folgt interpretiert werden:
 - Versuch, erlittenen psychischen Schmerz mitzuteilen
 - Hilferuf
 - Selbstbestrafung
 - Bestrafung nahestehender Menschen
 - Ablenkung von anderen Leidenformen
 - Abbau von Angst, Zorn oder Traurigkeit (als Entspannungstechnik)
- ▶ Angst vorm Alleinsein und ständiges Gefühl der Leere und Langeweile.

Die Betroffenen sind oft verzweifelt bemüht, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Dabei werden z.B. schon zeitlich begrenzte Trennungen oder auch minimale Verspätungen des anderen als sehr bedrohlich empfunden und lösen starke Ängste aus. Häufig schätzen sich die Betroffenen selbst als "böse" ein, weil sie "doch schließlich" verlassen worden sind.

Menschen mit einer Borderline-Störung klagen weiterhin vielfach über ein anhaltendes Gefühl innerer Leere; sie leiden unter einem quälenden Gefühl der Langeweile und sind häufig auf der Suche nach einer Beschäftigung.
- ▶ Die Wahrnehmung und Einschätzung der eigenen Person ist bei den Betroffenen sehr wechselhaft.

Diese Identitätsstörung zeigt sich z.B. in einem häufigen Wechsel von Berufswünschen oder Wertvorstellungen.

Im Selbstbild sehen sie sich oft als "böse" oder "sündig" oder haben zeitweise, insbesondere bei angenommenem "Verlassensein" das Gefühl, gar nicht zu existieren.

Die Identitätsstörungen können sich z. B. auf die Bereiche Selbstbild, sexuelle Orientierung, Berufswahl, langfristige Ziele, Wertesystem und Art der gewünschten Partner/ Freunde erstrecken.

Den Betroffenen fehlt deshalb ein konstantes Identitätsgefühl, sie akzeptieren ihre Eigenschaften wie Intelligenz und Attraktivität nicht als konstantes Gut, sondern als Eigenschaften, die immer wieder neu verdient und im Vergleich mit anderen beurteilt werden müssen.

Das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit zur Selbstachtung basieren beim Borderliner deshalb nicht auf in der Vergangenheit erbrachte Leistungen, sondern auf aktuelle (Miß-)Erfolgs-erlebnisse und Feedback durch Dritte.

Daraus resultieren oft übermäßiges Engagement und ein unrealistisches Streben nach Perfektion



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

(mit entsprechenden Mißerfolgserlebnissen), aber auch der häufige Wunsch nach Veränderung im Berufs-/ Privatleben.

Ursachen

Als Ursachen einer Borderlinestörung kommen vor allem folgende Faktoren in Frage, wobei bei vielen Patienten auch mehrere Ursachen auslösend sind:

- Entwicklungsstörungen in den ersten drei Lebensjahren (Borderliner lernen nicht, daß eine Person (vor allem die Mutter) "gut" und "böse" sein kann, sondern halten diese Züge eines Menschen voneinander getrennt)
- (Sexueller) Mißbrauch
- Emotionale Vernachlässigung
- Traumatische Erlebnisse
- Konflikte im Jugendalter (z. B. im Rahmen der Ablösung vom Elternhaus)

Zudem sorgen viele gesellschaftliche Veränderungen dafür, daß sich aus einer leichten Persönlichkeitsstörung eine massive Borderlinestörung entwickeln kann.

Insbesondere die Individualisierungstendenz, verbunden mit einem Rückgang der Unterstützung durch Familie und sozialem Umfeld, sind hier als Beispiele zu nennen.

Psychoanalytische Erklärungsmodelle

Aufgrund unterschiedlicher wissenschaftlicher und therapeutischer Ausrichtungen gibt es mehrere Theorien über die Entwicklung der Borderlineerkrankung.

Die wohl älteste und somit auch bekannteste ist die schon Anfang des Jahrhunderts beschriebene psychoanalytische Theorie von Sigmund Freud.

Darauf aufbauend haben sich weitere psychoanalytische Erklärungsmodelle entwickelt, heute bekannt durch Rhode-Dachser und Kernberg.

In der Regel gehen die psychoanalytischen Theorien von einer spezifischen Entwicklungsstörung vor dem zweiten Lebensjahr aus, weshalb man in diesem Zusammenhang auch von einer "frühen Störung" spricht. In dieser sensiblen Entwicklungsphase haben sich unbewußt Konflikte mit den nahen Bezugs-



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

personen manifestiert, die sich dann später im Erwachsenenleben als Symptome, z. B. als Selbstbeschädigung zeigen.

Die Behandlung konzentriert sich auf die Bearbeitung dieser spezifischen Konflikte, die es zu verstehen und zu dem Symptom in Beziehung zu setzen gilt.

Der Hauptkonflikt liegt in einer mangelnden Selbst- und Objektrepräsentanz.

Vereinfacht ausgedrückt bedeutet das, daß man auf der emotionalen Ebene Schwierigkeiten hat, sich selbst und die nahen Bezugspersonen als selbständige Individuen mit guten und schlechten Eigenschaften wahrzunehmen.

Daraus resultiert der häufig zitierte Spaltungsmechanismus, die Einteilung in entweder gut oder böse.



Lerntheoretische Ansätze

In der neueren Forschung setzt sich gleichermaßen der lerntheoretische Ansatz durch, der die gesamte Entwicklungsspanne unter biologischen und sozialen Aspekten betrachtet.

Namhafte Vertreterin dieser Lerntheorie ist M. Linehan, die sich bezüglich der Ursachenforschung und Bewältigung der Borderlineerkrankung sehr an der Phänomenologie dieses Krankheitsbildes orientiert.

Biologische und soziale Lerntheorie

Bei der Entwicklung einer Borderlineerkrankung geht man davon aus, daß sowohl biologische Einflüsse als auch persönliche Lernerfahrungen das Krankheitsbild prägen.

Unter biologischen Faktoren versteht man genetische Einflüsse oder ungünstige Bedingungen in der Schwangerschaft, die die Entwicklung des Gehirns und Nervensystems in der frühen Kindheit beeinträchtigen, z. B. Alkohol und Drogenkonsum, Erkrankungen, die mit einer Medikamenteneinnahme einhergehen, oder psychiatrische Vorerkrankungen in der Familie.

Andererseits hindern traumatische Erfahrungen in einer nicht wohlwollenden Umwelt die Entwicklung der emotionalen Regulationsfähigkeit des Kindes. Zu den traumatischen Erfahrungen zählen körperliche



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

und seelische Gewalt und darüber hinaus die Erfahrung, von den nahen Bezugspersonen überdauernd mißachtet zu werden.

Das Erleben, nicht angenommen zu werden, kann auf mehreren Ebenen zu Komplikationen führen. Das Kind macht zunächst die Erfahrung, daß es nicht richtig zu sein scheint, wie es die Welt erlebt und wie es sich fühlt. Es entwickelt kein Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und kann seine Gefühle schlecht einschätzen.



Damit sind die Voraussetzungen, spontan auf einen inneren Gefühlszustand zu reagieren, eingeschränkt. Wenn es z. B. Ärger spürt, wäre die natürliche Reaktion darauf, Ärger zu zeigen.

Möglicherweise reagiert dieses Kind ängstlich oder traurig. Wenn es sich z. B. verletzt fühlt, wäre die natürliche Reaktion, diese Verletzung zu zeigen.

Möglicherweise wird es sich jedoch aufgrund der Angst vor Bestrafung, gar nicht äußern.

Die betreffende Person verliert so allmählich den Bezug zu der eigenen Gefühlswelt. Der unausgedrückte Gefühlszustand resultiert schließlich in einem körperlichen Spannungszustand.

Manchmal kommt ein Gefühl auf, Spielball verschiedener Kräfte zu sein, die von einem Besitz ergreifen wollen und sich nicht einigen können.

Ein ständiges Ringen und Hinundhergereissensein.

Der Patient steht winzigklein in der Mitte und weiß nicht, für welche Seite er sich entscheiden soll. Da ist eine Seite, die will auf Menschen zugehen, vergnügt sein, Spaß haben, gemütlich

mit anderen zusammen sein, diskutieren, ausgehen ... Da ist ein Wunsch nach vielen Menschen um einen herum, der Wunsch nach Anlehnung und Freundlichkeit, jemandem vertrauen können.

Aber andererseits tiefes Mißtrauen, Angst, Zurückgehen, Wunsch nach Einsamkeit, nach in Ruhe-gelassen-werden. Angst davor, auf andere angewiesen zu sein. Sich auf andere zu verlassen und dann verletzt fallengelassen zu werden. Der Wunsch, stark zu sein, um den anderen endlich zu beweisen: "Seht her, ich komme gut alleine zurecht und brauche euch nicht. Wenn ihr was wollt, dann kommt zu mir und bit-tet darum."



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Welches Schicksal haben die betroffenen Menschen?

Die Borderline-Störung ist eine Erkrankung des jungen Erwachsenen und bleibt nur selten bis ins hohe Alter bestehen. Die Gefährdung und die Einschränkung der Lebensqualität ist jedoch lange Jahre enorm. Vielen gelingt die Gründung einer eigenen Familie und eine angemessene berufliche Entwicklung nicht. Etwa 10 Prozent der Betroffenen sterben an den Folgen der Erkrankung.

Suizidrate

Als stärkster Vorhersagefaktor gilt die Existenz früherer Suizidversuche, die oft als manipulativ und also nicht ernsthaft eingeschätzt werden.

Jerschke et al., 1998; Grüttert, 2000 & Rothenhäusler et al. – 1999	hohe Suizidrate von 5 - 10% innerhalb von 15 Jahren und eine Selbstverletzungsrate von 69 - 80%
Runeson -1991, zitiert nach Grüttert – 2000	fanden bei einer postmortem Untersuchung von 58 jungen Suizidenten eine Inzidenz von 33% für eine BPS diagnostiziert nach DSM-III-Kriterien
Soloff, Lis et al. - 1994	konnten bei Borderlinern signifikante Zusammenhänge zwischen suizidalem Verhalten einerseits und vermehrten impulsiven Handlungsmustern, höherem Alter, depressivem Zustand und einer antisozialen Persönlichkeit feststellen. Zudem war bei 72,6 % der Untersuchten eine lebenslange Geschichte von Suizidversuchen vorhanden
Friedman, A. - 1983	bis zu 100 % der Borderline-Patienten mit depressiver Symptomatik begehen Suizidversuche
Gunderson - 1984	geht davon aus, daß 75 % der Borderline-Patienten Suizidversuche unternehmen
Bromisch - 1997	das höchste Suizidrisiko von Borderline-Patienten liegt zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Therapie

Eine Borderlinestörung kann kaum direkt durch Medikamente behandelt werden. Sinnvoll ist aber, je nach Intensität der Symptome, gegebenenfalls die Gabe von Lithiumpräparaten (zur Dämpfung der Stimmungsschwankungen), von Antidepressiva (zur Linderung der Depressionen) und/ oder von gering dosierten Neuroleptika (um psychotische Symptome aufzufangen).

Aus dem Spektrum der psychotherapeutischen Methoden kommen vor allem Verhaltens-, Sozial- und Gruppentherapien zum Einsatz.

Ziel dieser Therapien ist ein schrittweises Erlernen von angemessenem Sozialverhalten als Ersatz für gestörtes Verhalten. Wichtig sind dabei die Konstanz hinsichtlich Bezugspersonen und vorsichtige restrukturierende Maßnahmen im sozialen Umfeld.

Bei der Kommunikation mit Borderlinepatienten hat sich sowohl für Therapeuten als auch für Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld die sogenannte SET-Kommunikation als hilfreich erwiesen. Danach sollen Kommunikationsprozesse mit Borderlinepersönlichkeiten durch die Botschaften Support (Unterstützung), Empathy (Mitgefühl) und Truth (Wahrheit) geprägt sein.

Die Chance auf eine völlige Heilung der Borderlinestörung ist eher gering, sie ist umso geringer, je früher und je intensiver die Störung ausbricht. Zur Zeit geht man davon aus, daß bei rund 10% der Borderlinepersönlichkeiten die Störung im Laufe der Zeit so weit zurückgeht, daß die Diagnose Borderline nicht mehr zutrifft (obwohl die meisten Betroffenen nach wie vor Symptome einer leichten Persönlichkeitsstörung zeigen).

In einigen aktuellen Quellen findet man Hinweise auf neue Therapieformen, die deutlich höhere Heilungschancen versprechen. Ob sich dies bestätigt bleibt abzuwarten.

Dennoch führen viele Borderliner (gegebenenfalls mit Unterstützung einer begleitenden Psychotherapie) ein über weite Strecken relativ "normales" Leben. Dabei können aber gelegentlich auch stationäre Therapien notwendig werden.

Eine besondere Gefahr ergibt sich für Borderlinepersönlichkeiten aus ihrer Neigung zu selbstschädigendem Verhalten. So können z. B. massiver Alkohol-/ Drogenmißbrauch, Eßstörungen, Selbstverletzungen oder Suizidversuche immer wieder die Gesundheit oder sogar das Leben der Betroffenen gefährden.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

Die dialektisch-behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist eine Therapieform, die vor über 10 Jahren auf der Basis der Verhaltenstherapie von Marsha Linehan entwickelt wurde.

Die DBT wurde als ambulante Therapieform entwickelt, und besteht aus vier verschiedenen Bausteinen:

- der Einzeltherapie,
- Fertigkeitentraining in der Gruppe,
- für Notfälle telefonischer Kontakt mit dem /der Therapeuten/in und
- dazu regelmäßige Intervention.

In der Einzeltherapie werden die Problembereiche hierarchisch im Sinne der Dringlichkeit geordnet.

An oberster Stelle stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von therapiegefährdendem Verhalten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten.

Die Problemfelder werden in dieser Reihenfolge bearbeitet. Wenn notwendig, wird sofort wieder auf eine höhere Ebene zurück gegangen.



Die PatientInnen führen eine Tagebuchkarte, in die Medikamenteneinnahme, Spannungszustände, Drogenkonsum und dysfunktionale Verhaltensweisen einzutragen sind.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Durch Verhaltensanalysen sollen die Betroffenen Einsicht in den Spannungsaufbau erhalten und lernen, das im Fertigkeitentraining Gelernte in Handlungspläne einzubauen. Nach selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuchen werden die PatientInnen gebeten, solche Analysen selbst anzufertigen.

Voraussetzung für die eventuelle Bearbeitung eines Traumas in einem zweiten Therapieabschnitt ist, dass die PatientInnen gelernt haben, emotionale Krisen, Spannungszustände und Dissoziationen selbst durch die gelernten Fertigkeiten zu regulieren.

Die Traumabearbeitung erfolgt durch Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie und durch Expositionsstrategien.

Fertigkeitentraining in der Gruppe

„Das Fertigkeitentraining ist der Ton, aus dem die Einzeltherapeutin und Patientin eine Figur modellieren können“ (Linehan, 1996a). Damit ist gemeint, dass die in der Gruppe gelernten Fertigkeiten in der Einzeltherapie in die erarbeiteten Verhaltensanalysen und Handlungspläne eingebaut und zu einem sinnvollen Ganzen verbunden werden.

Die Gruppe wird von zwei TherapeutInnen geleitet. Das Fertigkeitentraining hat Workshop-Charakter, Gruppendynamik wird nur soweit wie notwendig thematisiert.

Der Schwerpunkt liegt auf dem Lehren von Fertigkeiten. Interaktionelle Probleme werden 'DBT-mäßig' durch das Anwenden von Fertigkeiten gelöst. Kritik und Anregungen seitens der TeilnehmerInnen sind ausdrücklich erwünscht, eine experimentell-partnerschaftliche Atmosphäre soll entstehen.

Das Fertigkeitentraining findet im allgemeinen wöchentlich statt (90 Minuten) und besteht aus den vier Modulen

- Innere Achtsamkeit,
- Umgang mit Gefühlen,
- Stresstoleranz und
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten,

die jeweils etwa 12 Sitzungen in Anspruch nehmen.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Im Modul 'Innere Achtsamkeit' lernen die PatientInnen die Fertigkeiten Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen sowie ein nicht bewertendes, konzentriertes und wirkungsvolles Denken und Handeln. Hier sind unschwer die Zeneinflüsse zu entdecken. Ziel ist, Bewußtheit im Alltag zu erreichen und mehr Steuerungsmöglichkeiten über sich selbst zu bekommen. Teilnahme und Distanz, Gefühl und Verstand sollen miteinander in Einklang gebracht werden. Hier wird deutlich, dass es sich um Ziele handelt, die nicht nur Borderline-PatientInnen ein Leben lang beschäftigen können.

Im Modul 'Zwischenmenschliche Fertigkeiten' werden die Basisfertigkeiten Orientierung auf ein Ziel, Orientierung auf die Selbstachtung und Orientierung auf die Beziehung vermittelt.

Faktoren, die die soziale Kompetenz beeinträchtigen und solche, die sie fördern, werden identifiziert. Förderliche Selbstaussagen werden erarbeitet. Ziel ist, dass PatientInnen auf eigenen Wünschen, Zielen und Meinungen bestehen können und dabei sowohl von anderen Menschen respektiert werden, als auch die eigene Selbstachtung aufrechterhalten.



Im Programmteil 'Umgang mit Gefühlen' wird vermittelt, dass Gefühle (auch solche, die als unangenehm erlebt werden) eine Funktion und eine Bedeutung haben. Fertigkeiten wie: Beobachten, Beschreiben und Verstehen von Gefühlen, Verwundbarkeit verringern, Schritte in Richtung angenehmer Gefühle tun, emotionales Leiden loslassen und dem Gefühl entgegengesetzt handeln werden besprochen und geübt. Ziel ist, Gefühle in ihren Bedeutungen und Auswirkungen verstehen und akzeptieren zu lernen. Das Vertrauen in die eigene Gefühlswelt soll erhöht werden.

Im Programmpunkt 'Stresstoleranz' lernen die PatientInnen, Krisen auszuhalten und Spannung zu reduzieren durch Techniken wie: sich durch starke sensorische Reize ablenken (z.B. Eiskübel), durch verschiedene Techniken 'den Augenblick verbessern', 'Pro und Contra' (welche Argumente sprechen für selbstverletzendes Verhalten, welche dagegen), Akzeptieren der Realität, Atemübungen, 'leichtes Lächeln' und Achtsamkeitsübungen. Ein weiteres Ziel ist, zu lernen, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu ertragen, wenn sich die Situation nicht verändern lässt.



Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen

Die PatientInnen werden angeleitet, sich einen individuellen Notfallkoffer einzurichten, in dem wichtige Utensilien für Stresstoleranz-Fertigkeiten aufbewahrt werden. Kärtchen, auf denen die hilfreichsten Fertigkeiten eingetragen sind, sollten die PatientInnen bei sich tragen. Die PatientInnen erhalten außerdem Formulare, auf denen die gelernten Fertigkeiten eingetragen sind und protokollieren, welche Fertigkeiten sie mit welchen Erfolg geübt haben.

PatientInnen können in suizidalen Krisen oder bevor sie sich selbst verletzen, ihre TherapeutInnen anrufen. Die telefonische Erreichbarkeit muß mit den TherapeutInnen vorher geklärt werden und richtet sich auch nach den Grenzen der TherapeutInnen. Die Telefongespräche sollen nach bestimmten Regeln ablaufen. Die Patientin berichtet, warum sie sich in einer Krise befindet und welche Fertigkeiten sie bereits ausprobiert hat. Beide besprechen Fertigkeiten, die die Patientin dann einsetzen soll. Dazu ist es hilfreich, wenn die Patientin gelernte Fertigkeiten benennen kann.

Verletzt sich die Patientin selbst oder begeht sie einen Suizidversuch, sollte dies nicht durch vermehrte Zuwendung verstärkt werden, was nicht leicht zu realisieren ist. Ziel ist, daß die PatientInnen im nachhinein Verhaltensanalysen dieser Situationen anfertigen.

Die Borderlinestörung zählt inzwischen zu den verbreitetsten psychischen Störungen.

Statistik:

Eindeutige wissenschaftlich gesicherte Zahlen gibt es zur Häufigkeit der Borderline Erkrankung nicht. Das liegt zum einen daran, das der größere Teil der Bevölkerung nicht fachliche Hilfe sucht und daher nicht erfaßt wird. Wenige der verfügbaren Daten zeigen eine der statistischen Erhebungen, wie häufig die Erkrankung innerhalb der Bevölkerung auftritt:

(Widinger und Weissman, 1991) gehen davon aus, daß 8-15% aller stationär behandelten psychiatrischen Patienten an einer Borderline-Störung leiden, was aber aufgrund der uneinheitlichen Diagnostik nicht wissenschaftlich fundiert ist. Erkundungen haben ergeben daß bei ca. 20 - 40 % eine Borderline-Struktur besteht.





Arbeitspsychologische Praxis

Gesundheit kann man lernen



(Widiger & Frances, 1989; Widiger & Trull, 1993) sagen, daß innerhalb der Patienten mit 1 oder mehreren Persönlichkeitsstörungen der Anteil der Borderliner bei 27-51% liegen.

19,5 % und damit überdurchschnittlich viele der als Borderliner identifizierten Personen hatten einer stationärpsychiatrischen Behandlung bedurft, in der Gesamtbevölkerung nur 0,9 %.

Borderliner tendieren zu einem Leben in der Stadt. Sie haben ebenso häufig einen höheren Schul-Abschluß, wie der Gesamtdurchschnitt, jedoch einen

niedrigeren sozioökonomischen Status, und sie sind unterdurchschnittlich häufig geschieden bzw. von Partner getrennt lebend, aber insgesamt seltener verheiratet. Überwiegend wird in der Fachliteratur angenommen, daß das Erkrankungsrisiko für Frauen größer ist. So wird Borderline-Persönlichkeitsstörung überwiegend bei Frauen diagnostiziert = ca. 75 %.

