

Eingereicht an der Schule für med.-tech. Radiologie Zürich am  
Careum Bildungszentrum

# BORDERLINE



# PERSÖNLICHKEITSTÖRUNG

Psychologiewarbeit von  
Simone Hauser, Kurs 2009  
Mentor: Bruno Keller, Dozent Fach Psychologie

# INHALTSVERZEICHNIS

	Seite	
<b>1</b>	<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Definition – Allgemeine &amp; wissenschaftliche Aspekte</b>	<b>4</b>
3.1	Definition Borderline-Persönlichkeitsstörung BPS	4
3.2	Verbreitung	4
3.3	Neurobiologische Aspekte	4
3.4	Klassifizierung nach DSM IV	5
3.5	Verhaltensmuster & Abwehrmechanismen	6
3.5.1	Verhaltensmuster	6
3.5.2	Abwehrmechanismen	7
<b>4</b>	<b>Ursachen, Entstehung &amp; Verlauf</b>	<b>8</b>
4.1	Ursachen	8
4.1.1	Genetische Faktoren	8
4.1.2	Biografische Faktoren	8
4.2	Entstehung	8
4.3	Verlauf	9
<b>5</b>	<b>Symptome</b>	<b>9</b>
5.1	Körperliche Ebene	9
5.2	Emotionale Ebene	10
5.3	Gedankliche Ebene	10
5.4	Verhaltensebene	11
5.5	Positive Symptome	12
5.6	Komorbiditäten	12
<b>6</b>	<b>Behandlung</b>	<b>12</b>
6.1	Allgemein	12
6.2	Psycho-, Trauma-, & Familientherapie	12
6.3	Medikamente	13
6.4	Dialektisch-Behaviorale Therapie – DBT	13
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>Schlusswort</b>	<b>14</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>15</b>
9.1	Internetquellen vom 29.05.2008	15
9.2	Internetquellen „o.V.“ vom 29.05.2008	15
9.3	Abbildungen	15
9.4	Weiterführende Literatur	15
<b>10</b>	<b>Fachwörterklärungen</b>	<b>16</b>

## 1 Vorwort

Als es darum ging, ein Thema für meine Psychologiearbeit zu finden, war es mir sehr wichtig, ein Thema zu wählen, welches mich auch interessiert. Ich brauchte gar nicht lange zu überlegen, denn da jemand aus meiner Verwandtschaft davon betroffen ist, kam ich schnell auf den Gedanken, über „Borderline“ zu schreiben. Wenn mich jedoch Personen nach dem Krankheitsbild fragten, konnte ich nie genau beschreiben, was denn das jetzt genau ist. So packte ich diese Gelegenheit, um mich besser über diese Persönlichkeitsstörung zu informieren.

An dieser Stelle möchte ich allen, die zum Gelingen dieser Psychologiearbeit beigetragen haben, ganz herzlich danken:

- ☺ Bruno Keller für die Betreuung
- ☺ Meinen Eltern, meinen Schwestern und Rahel Oberholzer für die guten und kritischen Beurteilungen und sonstige Unterstützung aller Art
- ☺ Matthias Röthlisberger fürs Ausdrucken der Arbeit

## 2 Einleitung

Borderline bezeichnet eine Persönlichkeitsstörung an der Grenzlinie (=Borderline) zwischen Neurose und Psychose, die sehr schwer zu behandeln ist.

Das Ziel dieser Arbeit ist eine übersichtliche und einfach verständliche Darstellung dieser Persönlichkeitsstörung, so dass vor allem Verwandte, Bekannte und sonst Interessierte besser wissen, worum es geht und wie sie diese erklären können. Diese Arbeit ist somit nicht speziell für medizinische Fachpersonen geschrieben worden und ist auch kein Therapiebuch für Betroffene! Deshalb werde ich auf die Behandlung der Krankheit nur sehr kurz eingehen.

Zunächst werde ich den Begriff Borderline definieren, dann wird über die Ursache, die Entstehung, die Symptome und anschliessend über die Behandlung berichtet. Am Ende folgen eine prägnante Zusammenfassung und meine persönliche Meinung zu diesem Thema.

Ich wünsche mir, dass diese Arbeit allen Verwandten, Bekannten und sonst in irgendeiner Form Interessierten einen guten Überblick und Einblick in die Borderline Persönlichkeitsstörung BPS gibt.

Anmerkung: Fachwörter sind auf Seite 16 aufgelistet und erklärt.

### 3 Definition – Allgemeine & wissenschaftliche Aspekte

#### 3.1 Definition Borderline-Persönlichkeitsstörung BPS

Der Name Borderline oder Borderline-Syndrom wird seit 1938 verwendet und bezeichnete ursprünglich eine bestimmte Gruppe von Störungen an der Grenzlinie (=Borderline) zwischen Neurose und Psychose, da Symptome von beiden Seiten identifiziert wurden. Diese Begriffe sind mittlerweile zwar veraltet, werden aber doch noch häufig verwendet. Heute wird sie zu den „emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen“ gerechnet und somit „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (Abkürzung BPS) genannt. In der Psychotraumatologie wird das Symptombild zu den „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen PTBS“ gezählt. Inzwischen gehört sie zu den am weitesten verbreiteten psychischen Störungen. Die BPS wird in verschiedene Schweregrade, sog. Symptomniveaus, unterteilt und kann also leichtere (z.B. angsthaftes Symptomniveau) bis sehr schwere Formen (z.B. psychotisches Symptomniveau) annehmen.

Borderliner leiden unter einer andauernden Identitätsstörung. Sie wissen nicht, wer sie sind, was sie für Wünsche und Vorlieben haben, welchen Beruf sie wählen sollen oder ganz allgemein welche Ziele sie verfolgen wollen. Das Selbstwertgefühl basiert auf aktuellen (Miss-)Erfolgserebnissen und Feedback durch Dritte. Betroffene erleben oft sehr starke, äusserst unangenehme Anspannungen, und können diese nicht einem klaren Gefühl wie Angst oder Wut zuordnen.

#### 3.2 Verbreitung

Das Vorkommen von BPS schwankt aufgrund der deutlich variierenden Schweregrade zwischen 0.2 und 2%. Die Betroffenen sind weitaus häufiger weiblich (ca. 70%). Sie tendieren eher zu einem Leben in der Stadt, haben stürmische Ehebeziehungen und sind überdurchschnittlich häufig geschieden oder leben getrennt. Menschen mit BPS sind häufiger körperbehindert und haben vermehrt Alkohol- oder Drogenprobleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und sexuelle Probleme. Sie haben jedoch ebenso häufig einen höheren Schulabschluss als der Bevölkerungs-Gesamtdurchschnitt. Man nimmt an, dass viele Prostituierte in der Kindheit Missbrauch erlebten und einige davon an einer BPS leiden. Die Suizidrate ist mit 5-10% relativ hoch (vgl. Birger Dulz und Angela Schneider, 2004, S.9) und kann deshalb als eine lebensbedrohliche Erkrankung gesehen werden. Viele Suizidversuche wurden von Behandlern als manipulativ und somit nicht ernsthaft eingeschätzt!

#### 3.3 Neurobiologische Aspekte

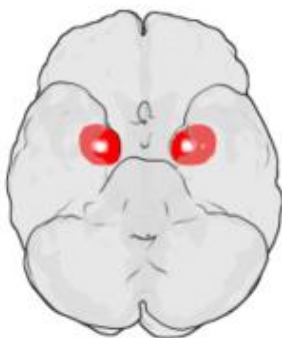


Abb. 1  
Amygdala (Ansicht v. unten)

In mehreren Studien (Koenigsberg, Siever 2001) konnte belegt werden, dass bei Borderlinern und Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen eine verminderte Gesamtaktivität des serotonergen Systems besteht. Dies wird gemessen, indem man serotogene Substanzen verabreicht und anschliessend die Prolaktinfreisetzung misst, die bei BPS-Patienten geschwächt ist. Auch das cholinerge System ist empfindlicher, wodurch ein Mensch emotional sensibler und stimmungslabiler wird. Das cholinerge System ist verantwortlich für eine verminderte und stärker schwankende REM-Phase (Traumphase des Schlafes). Die Amygdala (zentraler Teil des

stressverarbeitenden Systems und mit dem Furchtgedächtnis verbunden) und der Hippocampus (wichtig für Gedächtnisab-speicherungen) sind zwei zusammen spielende Funktions-einheiten des Limbischen Systems. Mit MRI und PET konnte festgestellt werden, dass bei BPS-Patienten die Amygdala verkleinert und übererregbar ist (Bohus 2004). Nach Heller und Van der Kolk ist der Hippocampus noch stärker zurückgebildet als die Amygdala. Diese Defizite stören die Gefühlsverarbeitung, intensivieren das Emotionsgedächtnis und machen Patienten überempfindlich für Reize. Das System wird zusätzlich durch sehr starke negative Gefühle geschädigt. So kann eine Abwärtsspirale entstehen.

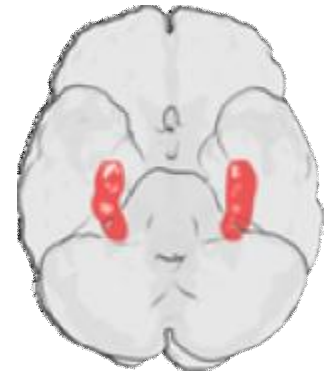


Abb. 2  
Die beiden Hippocampi

### 3.4 Klassifizierung nach DSM IV

Diese Klassifizierung wurde von der „American Psychiatric Association“ erstellt und besagt, dass mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen, um von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sprechen zu können:

1. Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern  
Anmerkung: Kriterium 5 soll hier nicht berücksichtigt werden.
2. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch einen Wechsel von Überidealisierung und Entwertung gekennzeichnet sind
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls von sich selbst (Unsicherheit in Bereichen wie langfristige Ziele, sexuelle Orientierung, Empfindungsstörungen, Art der Freunde und Partner, persönliche Wertvorstellungen etc.)
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (z.B. Geldausgeben, Kleptomanie (Diebstahlsucht), Glücksspiel, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)  
Anmerkung: Kriterium 5 soll hier nicht berücksichtigt werden.
5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen, -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen
6. Instabilität im Gefühlsbereich, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der akuten Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. intensive episodische (kurzzeitig und wiederkehrend) Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder in seltenen Fällen länger als einen Tag dauern).
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien)
9. Andauernde, stressabhängige paranoide Phantasien oder schwere dissoziative Symptome

Zitiert aus: Peter Fiedler, *Persönlichkeitsstörungen*, 3. Auflage, 1997, Beltz, S.222

### 3.5 Verhaltensmuster & Abwehrmechanismen

#### 3.5.1 Verhaltensmuster

Gemäss Marsha Linehan (1996a, S.8) gibt es sechs spezifische Verhaltensmuster bei Menschen mit einer BPS:

1. **Emotionale Verletzbarkeit:** Ein Muster von umfassenden Schwierigkeiten, negative Gefühle zu verarbeiten. Dazu zählen ausgeprägte Empfindlichkeit gegenüber negativen emotionalen Reizen, hohe Gefühlsintensität, ein nur langsamer Rückgang zur Ausgangsstimmung sowie die Tendenz, der sozialen Umwelt unrealistische Erwartungen und Anforderungen zu verschaffen.
2. **Selbst-Entwertung:** Tendenz, die eigenen emotionalen Reaktionen, Gedanken, Überzeugungen und Verhaltensweisen zu entwerten oder nicht anzuerkennen. Unrealistisch hohe Standards und Anforderungen an die eigene Person. Kann ausgeprägte Scham, Selbsthass und auf sich selbst gerichtete Wut beinhalten.
3. **Ständige Krisen:** Ein Muster häufig belastender, negativer äusserer Ereignisse, Störungen oder Hindernisse, von denen einige durch die unangebrachte Lebensführung der Person verursacht sind, andere durch ein unangemessenes soziales Umfeld und viele durch Schicksal oder Zufall.
4. **Unterdrücktes Trauern:** Negative Gefühlsreaktionen werden unterdrückt und übermässig kontrolliert, insbesondere Gefühlsreaktionen, die mit Trauer und Verlust zusammenhängen, u.a. Traurigkeit, Wut, Schuld- oder Schamgefühle, Angst und Panik.
5. **Aktive Passivität:** Neigung zu einem passiven Problemlöseverhalten, das durch die Unfähigkeit gekennzeichnet ist, eigene Lebensprobleme aktiv zu lösen, oft begleitet von aktiven Versuchen, eine Lösung der Probleme von anderen zu erbitten; erlernte Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit.
6. **Scheinbare Kompetenz:** Betroffene neigen dazu, kompetenter zu erscheinen, als sie tatsächlich sind

Die Betroffenen bewegen sich jeweils an den Polen und können keine ausgewogene Position finden (siehe Abb. 3).



Abb. 3  
Marsha Lineham, 1996, S.51

### 3.5.2 Abwehrmechanismen

Jeder Mensch zeigt Abwehrmechanismen, denn sie sichern ein psychisches Überleben. Grundsätzlich hat das mit psychischen Störungen nichts zu tun. Im Gegensatz zu gesunden Menschen sind jedoch bei BPS-Patienten durchgängig unreife Abwehrmechanismen zu sehen. Die selbstschädigenden und destruktiven Verhaltensmuster können als Reaktion auf eine überwältigende und chronische Krise gesehen werden (Marsha Linehan, 1996a, S. 64).

- ④ **Spaltung** (= Wechsel von Idealisierung und Entwertung)
  - Kann bei besonders belastenden Situationen auch bei gesunden Menschen vorkommen. Dies ist jedoch ein vorübergehender, während dies bei BPS-Patienten ein dauerhafter Zustand ist. Diese Spaltung dient der Reduzierung von Angst. Zur Spaltung gehört auch, dass Menschen als ausschliesslich gut erlebt und wahrgenommen werden (=Überidealisierung), egal wie viele Fehler sie sonst haben. Werden dann jedoch Eigenschaften entdeckt, die nicht in das idealisierte Bild passen, erfolgt eine totale Entwertung.
- ④ **Projektive Identifizierung**
  - Es werden eigene, v.a. aggressive Anteile auf das Gegenüber projiziert, gleichzeitig aber ein Einssein mit dem Betreffenden empfunden, das Gegenüber muss mit allen Mitteln kontrolliert und jederzeit angegriffen werden können. Indem man sich dann als Opfer z.B. von Hass sieht, werden die Schuldgefühle der eigenen Aggressivität abgebaut.
- ④ **Grössenphantasien**
  - BPS-Patienten können das Abhängigsein von anderen Menschen nicht ertragen und flüchten in eine Welt der Grössenphantasien, in der sie alle Probleme ignorieren und ohne Schwierigkeiten lösen können. Sie sind dann allmächtig und entwerten so andere Menschen. Häufig macht ihnen jedoch ihre aktive Passivität einen Strich durch die Rechnung, denn sie erwarten trotz ihres kompetenten Erscheinens, dass andere ihre Probleme lösen.
- ④ **Verleugnung**
  - Dient dazu, die Spaltung aufrecht zu erhalten. Dies geschieht jedoch unbewusst und unabsichtlich, z.B. werden gewalttätige und alkoholsüchtige Eltern idealisiert und die traumatisierenden Erfahrungen verleugnet (mit Stockholm-Syndrom zu vergleichen).

## 4 Ursachen, Entstehung & Verlauf

### 4.1 Ursachen

#### 4.1.1 Genetische Faktoren

Durch Vererbung bedingte Faktoren sind z.B. grössere emotionale Sensibilität, höhere Impulsivität, stärkere Neigung zu Dissoziationen und nach neueren Erkenntnissen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Man nimmt an, dass auch die Neigung zu einem instabilen Selbstbild und wechselhafte zwischenmenschliche Affekte vererbt werden. Zur BPS kommt es jedoch erst im Zusammenwirken mit ungünstigen Umweltbedingungen (siehe Punkt 4.1.2).

#### 4.1.2 Biografische Faktoren

Biografische Einflussfaktoren sind vor allem traumatische Erlebnisse und emotionale Vernachlässigung sowie Entwicklungsstörungen in den ersten drei Lebensjahren (Borderliner lernen nicht, dass eine Person, v.a. die Mutter, „gut“ und „böse“ sein kann, sondern halten diese Züge eines Menschen voneinander getrennt). Dazu gehören sexueller Missbrauch, Gewalt, Erniedrigung, Demütigung und deutlich fehlende Wertschätzung als Kind. Reaktionen, Gefühle und Gedanken wurden sehr oft missachtet, zurückgewiesen, kritisiert, abgewertet oder bestraft. BPS entstehen häufig bei folgenden zwei Familientypen und deren Mischform:

**Chaotisch-instabile Familien**, gekennzeichnet durch häufigen Streit, ständige Ehekrisen, Alkohol oder Sucht und Kinder als Sündenbock.

**Vernachlässigend und emotional missbrauchende Familien** sind geprägt durch Gefühlskälte gegenüber dem Kind, Vernachlässigung, frühe Trennung der Eltern, lange Phasen des Alleinseins und depressive Erkrankungen der Eltern.

Jedoch gibt es auch Borderline-Patienten, die aus einer intakten Familie kommen und deren Eltern fürsorglich und vorbildlich handeln.

### 4.2 Entstehung

Die wesentlichen Grundsteine für eine BPS werden schon in der frühen Kindheit gelegt. Es gibt verschiedene Entstehungsmodelle, die hier aber nicht genauer erläutert werden. Nach Richard L. Fellner (2002) wird heute vor allem das Modell von Zanarini & Frankenberg verwendet, welches besagt, dass im Wesentlichen 3 Faktoren für eine BPS erforderlich sind, nämlich:

- Ⓢ Ein Umweltfaktor (meist traumatische Kindheitserfahrung)
- Ⓢ Ein konstitutioneller Faktor (familiäre Neigung zu psychi(atri)schen Störungen, temperamentsbedingte Verletzlichkeit etc.)
- Ⓢ Ein Triggering-Faktor (Auslöser) wie z.B. starker Stress

Borderline-Patienten lernten nicht wie andere Kinder, ihre Gefühle richtig zu erkennen, zu benennen und auszudrücken. Deshalb fehlen ihnen die Fertigkeiten, ihre Gefühle zu regulieren und die Probleme zu lösen, die zu den unangenehmen Gefühlen führen.

### 4.3 Verlauf

Bei vielen BPS-Patienten war schon die Jugendzeit von Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet. Die Diagnose BPS wird jedoch erst ab dem Erwachsenenalter vergeben. Häufig dauert es lange, bis eine BPS diagnostiziert wird, da im Vordergrund häufig eine andere Störung steht (z.B. Sucht, Angst, Essstörungen etc.). Leider wird meist auch zu lange gewartet, bis endlich reagiert wird.

Gemäss einer Langzeitstudie zwischen 1950 und 1975 aus dem amerikanischen Sanatorium Chestnut Lodge (McGlashan 2001) geht hervor, dass der Verlauf zwischen männlichen und weiblichen Patienten sehr unterschiedlich ist. Jedoch sind die Ergebnisse nicht allgemeingültig, da man z.B. auch annimmt, dass mehr männliche BPS-Patienten eher im Gefängnis als in der Klinik landen. Weibliche BPS-Patientinnen zeigten mittelfristig eine geringere Symptomatik, aber wesentlich stärkere kurzfristige Durchbrüche. Langfristig war der Zustand jedoch schlechter als zu Beginn der Aufzeichnungen. Dies stand oft in Verbindung mit dem Verlust von Angehörigen. Die männlichen Patienten unterschieden sich folgendermassen: Sie verweigerten weitere Behandlungen sogar gegen ärztlichen Rat und der langfristige Verlauf war erstaunlich gut.

Mädchen und Frauen neigen eher zu SVV, während bei Jungen und Männer Drogen- und Alkoholmissbrauch oder Extremerfahrungen wie z.B. Bungee Jumping überwiegen.

Die Phase grösster Stabilität liegt in der Regel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr.

## 5 Symptome

Nach Ingrid Senders (2000) werden vier Symptomebenen unterschieden:

### 5.1 Körperliche Ebene

- Ⓢ Alpträume
- Ⓢ Konzentrationsstörungen
- Ⓢ Taubheitsgefühle
- Ⓢ Unwirklichkeitsgefühle
- Ⓢ Wahrnehmungen, Vorstellungen und Bilder, die ängstigen
- Ⓢ **Schlafstörungen**  
→ nicht immer gleich ausgeprägt, aber bei allen früher oder später vorhanden
- Ⓢ **Innerliche Hochspannung**  
→ Wird durch Hochrisikoverhalten reduziert
- Ⓢ **Innere Leere, chronische Gefühle von Leere und Langeweile**  
→ kann sehr intensiv erlebt werden, oft mit körperlichen Empfindungen verbunden (z.B. Druck im Kopf, Spannungen in der Brust)
- Ⓢ **Das Gefühl, vom Körper getrennt zu sein**  
→ Kurzzeitige stressabhängige paranoide Phantasien oder schwere dissoziative Symptome wie pseudo-halluzinatorische Erlebnisse, Störungen in der Körperwahrnehmung und auf den Konfliktbereich beschränkte Denk- und Wahrnehmungsstörungen. Sie treten meist als Folge emotionaler Erregung auf und verschwinden meist nach wenigen Stunden/Tagen. Diese Episoden werden als ich-dyston (ich-fremd) wahrgenommen.

## 5.2 Emotionale Ebene

- ⊕ Schuld-, Scham-, Ekelgefühl
- ⊕ **Gefühlswirrwarr oder Gefühlsüberflutung**  
→ Gefühle können oft nicht benannt werden, werden als Wirrwarr empfunden
- ⊕ **Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit**  
→ Intensive emotionale Erregung kann handlungsunfähig machen. Dieser Kontrollverlust löst Ängste aus, die Verletzlichkeit wird erhöht.
- ⊕ **Spezifische Ängste und Angstzustände**  
→ Dazu gehören generalisierte Ängste, Angstanfälle (Panikattacken) und diverse phobische Störungen, die jeweils stark ausgeprägt sind.
  - Angst vor Nähe
  - Angst vor dem Alleinsein (durch Gleichsetzung mit Verlassen sein)
  - Angst vor Selbstverlust (Befürchtung, die eigene Identität zu verlieren)
  - Angst vor sich selbst (Befürchtung, die Kontrolle zu verlieren)
  - Angst vor Image-Verlust (Angst, den erreichten Ich-Status wieder zu verlieren)
- ⊕ **Wut & Ärger, häufige und unangemessene Zornausbrüche**  
→ stehen in ihrer Intensität in keinem Verhältnis zu den auslösenden Ereignissen und basieren auf einer massiven Angst vor Enttäuschung und dem Verlassenwerden.
- ⊕ **Starke Stimmungsschwankungen zwischen Angst, Ärger & Depression**  
→ Ein Lob hebt auf Wolke sieben, Kritik kann zu totaler Verzweiflung führen.
- ⊕ **Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen**  
→ Fehlende Wahrnehmung aufgrund eines anhaltenden „Leere-Gefühls“

## 5.3 Gedankliche Ebene

- ⊕ Selbstentwertung und Selbstvernichtung
- ⊕ Versagensgedanken
- ⊕ Schuldvorwürfe
- ⊕ Gedanken der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
- ⊕ Entweder-oder- und Alles-oder-nichts-Denken
- ⊕ **Schwarz-Weiss-Denken**  
→ Eine Person kann nur gut oder böse sein, sie kann nicht gute und schlechte Eigenschaften haben
- ⊕ **Flashbacks**  
→ Häufig bei Patienten mit Traumata in der Vergangenheit, welche sie, obwohl diese meist weit zurückliegen, wieder erleben als würden sie in der Gegenwart stattfinden. Dies kann in Form von Bildern und Filmen, Stimmen und Geräuschen, Gerüchen, Körperempfindungen und Gefühlen geschehen. Oft können dabei psychotische Symptome, z.B. optische oder akustische Halluzinationen vorkommen, anders als bei der Psychose sind sich Borderliner aber bewusst, dass diese Wahrnehmungen unrealistisch sind.

## 5.4 Verhaltensebene

- ④ Unfähigkeit, Hilfe anzunehmen
- ④ **Sozialer Rückzug:**  
→ Aufgabe von Kontakten, von beruflichen und Freizeitinteressen
- ④ **Anklammerung und Vermeidung von Alleinsein**  
→ Verzweifelt Bemühen, die reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassenwerden zu vermeiden. Auch kurzzeitiges vorübergehendes Alleinsein (sei es nur für eine Stunde) wird als dauerhafte Isolation wahrgenommen. Nahestehende Menschen werden mit allen Mitteln unter Druck gesetzt (z.B. Suiziddrohung).
- ④ **Beziehungskonflikte, unbeständige und unangemessen intensive zwischenmenschliche Beziehungen**  
→ Entwicklung einer Abhängigkeit zum Partner und dessen Idealisierung, solange die Bedürfnisse befriedigt werden. Bei Zurückweisung/Enttäuschung erfolgt jedoch eine totale Abwertung des Partners, ohne sich von ihm trennen zu können. Gleichzeitige Aktivierung von Gegensätzen wie „Ich kann nicht allein sein“ und „ich kann Nähe nicht aushalten“.
- ④ **Impulsive Handlungen bei potentiell selbstzerstörerischen Verhaltensweisen**  
→ Alkohol-, Drogenmissbrauch, sexuelle Promiskuität und Anhedonie (kann abwechseln), Spielsucht, Kleptomanie (Diebstahlsucht), Essstörungen, schnelles Autofahren, Verschwendung von Geld
- ④ **Selbstbeschädigung, Selbstverletzendes Verhalten (SVV)**  
→ Schnitt- und Stichverletzungen an Gliedmassen, Rumpf und Genitalien sowie Drogen-, Alkohol- und Nahrungsmittelmissbrauch, auch Blutabnehmen, Quetschen, Brennen (Feuerzeug) und andere Methoden.
  - Abbau von Angst, Zorn, Traurigkeit (Entspannungstechnik)
  - Ablenkung von anderen Leidformen
  - Bestrafung nahe stehender Menschen oder sich selbst (Schuldgefühle)
  - Hilferuf
  - Mitteilung von erlittenem psychischem Schmerz
  - Lösung innerer Spannungen
  - Reorientierung bei schweren dissoziativen Zuständen
  - Um sich wieder zu spüren
  - Auslösung eines Hochgefühls: SVV kann euphorisieren, weil dadurch Serotonin ( sog. Glückshormon) ausgeschüttet wird, an dem es Betroffenen zumindest teilweise mangelt
  - Meist wird währenddessen kein Schmerz empfunden. SVV führt zu Entspannung und Erleichterung, die Schmerzempfindung kehrt erst nach einiger Zeit zurück.
- ④ **Suiziddrohungen-/Versuche**  
Hervorgerufen durch schwere Depressionen, chronische Erschöpfung oder Verzweiflung, in bestimmten Situationen auch durch Kontrollverlust. Kann auch als Druckmittel bei Mitmenschen angewandt werden.

## 5.5 Positive Symptome

Es wird oft vergessen, dass Borderliner auch „gute Symptome“ haben, wie

- Ⓢ Überdurchschnittliche Kreativität
- Ⓢ Sprachgewandtheit
- Ⓢ Sarkasmus
- Ⓢ Unbestechliches Misstrauen und fehlende Naivität
- Ⓢ Rastlos im Einsatz
- Ⓢ Streben nach Ehrlichkeit

## 5.6 Komorbiditäten

Gleichzeitig auftretende andere Erkrankungen werden als Komorbiditäten bezeichnet. Mögliche komorbide Störungen können sein:

- Ⓢ Angststörungen
- Ⓢ Depressionen
- Ⓢ Posttraumatische Belastungsstörung PTBS
- Ⓢ Schizophrenie oder schizophrenieforme Symptome
- Ⓢ Andere psychotische Symptome
- Ⓢ Essstörungen wie Ess-Brech-Sucht, Magersucht, Esssucht
- Ⓢ Suchterkrankungen aller Art
- Ⓢ Zwangsstörungen
- Ⓢ Schlafstörungen
- Ⓢ Manie (zwanghafte Handlung)
- Ⓢ ADHS – Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung  
→ Rückblickend lässt sich bei mehr als der Hälfte aller BPS-Patienten eine ADHS feststellen.
- Ⓢ Diverse andere Persönlichkeitsstörungen

## 6 Behandlung

### 6.1 Allgemein

Die BPS ist sehr schwer zu behandeln, die Chance auf eine völlige Heilung ist gering. Je früher und intensiver die Störung ausbricht desto schwieriger ist die Therapie. Bei ca. 10% kann mittels Therapien die Störung so weit zurückgehen, dass zwar noch Symptome der BPS vorhanden sind, man jedoch nicht mehr eigentlich von einer BPS sprechen kann. Die Schwierigkeiten einer erfolgreichen Behandlung bestehen unter anderem auch darin, dass die Therapien häufig von den Patienten abgebrochen werden oder mangelnde Kooperationsbereitschaft vorhanden ist. Gelegentlich können auch stationäre Therapien notwendig werden (z.B. bei wiederholten Suizidversuchen). Auf jeden Fall ist eine intensive Behandlung wichtig.

### 6.2 Psycho-, Trauma-, & Familientherapie

Da viele Borderline-Patienten schwer traumatisch geschädigt sind, wird die BPS auch in speziellen Traumatherapien behandelt. Diese Therapien funktionieren aber nur dann, wenn die Konstellation von Therapeut und Patient harmoniert. In bestimmten Fällen werden auch Familientherapien durchgeführt, da diese Diagnose sehr besorgniserregend und belastend sein kann.

### 6.3 Medikamente

Medikamente können eigentlich nur gegen die Symptome eingesetzt werden, führen jedoch nicht zu einer Heilung. Je nach Intensität der Symptome ist es sinnvoll, Medikamente einzusetzen. Verwendet werden dabei:

- Ⓢ **Lithiumpräparate** zur Dämpfung der Stimmungsschwankungen
- Ⓢ **Antidepressiva** zur Linderung von Depressionen
- Ⓢ Gering dosierte **Neuroleptika/Antipsychotika** um psychotische Symptome, impulsives Verhalten und suizidale Tendenzen aufzufangen. Sie sind jedoch wegen der Nebenwirkungen und möglichen schweren Langzeitschäden schwer umstritten.
- Ⓢ **Serotonin-Wiederaufnahmehemmer** zeigten positive Wirkungen gegen Angstgefühle, Selbstverletzungsdrang und aggressive Impulse.
- Ⓢ **Benzodiazepine** sollten nur auf begründete kurzfristige Einzelfälle beschränkt werden, da sie ein erhebliches Suchtpotenzial bergen.

### 6.4 Dialektisch-Behaviorale Therapie – DBT

Zu Beginn galt die BSP als sozusagen unbehandelbar. Mittlerweile fand eine Weiterentwicklung der psychologischen Kenntnisse und therapeutischen Methoden statt. In den 1980er-Jahren wurde von Marsha Linehan in Seattle (USA) die Dialektisch-Behaviorale Therapie entwickelt, welche Widersprüche im menschlichen Funktionieren aufgreift und versucht, mit geeigneten Methoden konstruktiv zu arbeiten. Die DBT ist bis jetzt die einzige Therapie, für die in mehreren kontrollierten Studien eine gute Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Sie beruht auf einer intensiven Einzeltherapie und einem Fertigkeitentraining in der Gruppe und setzt sich aus folgenden 4 Modulen zusammen:

- Ⓢ **Achtsamkeitstraining:** den aktuellen Erlebnisinhalten wird „bewusst“, „im augenblicklichen Moment“ und „nicht wertend“ Aufmerksamkeit geschenkt.
- Ⓢ **Stresstoleranzfertigkeiten:** Üben von Fertigkeiten, die schnell wirken und helfen, Krisen zu überleben und auszuhalten und Dissoziationen unter Kontrolle zu bekommen ohne sich selbst zu verletzen.
- Ⓢ **Fertigkeiten im Umgang mit Gefühlen:** Lernen, die eigenen Gefühle zu erkennen und ihre Bedeutungen und Auswirkungen zu verstehen.
- Ⓢ **Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Problemlösetechniken:** Lernen, Wünsche, Ziele und Meinungen zu äussern und dabei die Selbstachtung zu wahren und von anderen respektiert zu werden. Während der Behandlung darf unter keinen Umständen ein Suizidversuch vorgenommen werden.

Die DBT erfordert ein Mindestmass an Fähigkeit, sich dauerhaft an Regeln zu halten. Das können besonders schwer erkrankte Patienten oft nicht, was eine wirksame Therapie nahezu unmöglich macht.

## 7 Zusammenfassung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung bezeichnet hochkomplexe Störungen an der Grenzlinie zwischen Neurose und Psychose. Eine Neurose ist eine Psychische Störung mit Realitätsbezug, bei der Psychose dagegen ist kein Wirklichkeitsbezug mehr gegeben; der Betroffene erkennt selber nicht mehr, ob etwas real oder unreal ist. Es werden verschiedene Schweregrade differenziert, die dementsprechend schwierig zu behandeln sind.

**Ganz wichtig:** Alle Symptome können bei „normalen“ Menschen auch vorkommen, bei Borderline ist jedoch ein übertriebenes Ausmass der Symptome/des Ganzen zu erkennen! Die Symptome müssen ernst genommen werden. Es ist wichtig, das Vertrauen der betroffenen Person zu gewinnen, dieses jedoch nicht wieder zu erschüttern, was für die Personen im Umfeld sehr schwierig sein kann.

In der Praxis, d.h. auf der Röntgenabteilung, wird es wohl eher schwierig sein, solche Patienten zu erkennen, da selten so viel Zeit mit dem Patienten verbracht wird, damit ein sicherer Schluss gezogen werden könnte. Auch Schnittwunden können zwar auf eine BPS hinweisen, sind aber kein sicheres Zeichen, da ja verschiedene Kriterien erfüllt sein müssen, um von einer BPS sprechen zu können.

## 8 Schlusswort

Für mich war es sehr interessant und lehrreich, mich ins Krankheitsbild der BPS einzulesen und mein Wissen zu vertiefen. Ich hätte nicht gedacht, dass die BPS so schwer zu diagnostizieren ist, weil so viele verschiedene Formen und Schweregrade vorhanden sind und sie auch mit anderen psychischen Krankheiten zusammen auftauchen kann.

Meiner Meinung nach ist es wichtig, über die BPS gut informiert zu sein, da es viele „unentdeckte“ Fälle gibt und je eher mit der Therapie begonnen wird, desto weniger verheerend sind die Auswirkungen und das Schlimmste kann verhindert werden. Ich bin froh, dass ich mich sozusagen darüber informieren musste, denn nun kenne ich sowohl die Definition und die Symptome der BPS als auch deren Entstehung und kann somit Augen und Ohren offen halten. Auch kann ich endlich erklären, was die BPS ist. Denn man wird noch häufig danach gefragt, wenn ein Fall in der Verwandtschaft bekannt ist.

Für uns Röntgenassistenten/Innen denke ich nicht, dass es etwas zu beachten gibt. Man sieht den Patienten wohl kaum an, ob sie eine BPS oder sonst eine psychische Störung haben, sofern das Ausmass nicht total überwältigend ist. Ausserdem sollen alle Patienten so behandelt werden, wie man selber auch gerne behandelt werden möchte.

## 9 Literaturverzeichnis

### 9.1 Internetquellen vom 29.05.2008

**Richard L. Fellner**, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Jahr 2002, update 12/03,  
<http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/borderline/borderline.phtml>

**Monika Kreusel**, Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen GePs, Updates Jahr 2005 – 2007,  
<http://www.blumenwiesen.org/borderline.html>

**Gisela Wagenbreth**, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und Verhaltenstherapeutin SGVT, Therapeutin für Dialektisch-Behaviorale Therapie DBBT, Klinik Meisenberg – DBT-Abteilung für Borderline-Patientinnen, CH – 6301 Zug; Was ist eine Borderline-Störung?; 18. Februar 2008  
<http://www.sgvt-ssccc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/psychische-stoerungenbr-des-erwachsenenalters/borderline-stoerungen/index/html>

### 9.2 Internetquellen „o.V.“ vom 29.05.2008

- Diverse Fachwörtererklärungen aus <http://lexikon.meyers.de/meyers>
- Was ist die Borderline-Störung?,  
<http://lykantrop.beepworld.de/borderlinesyndrom.htm>
- <http://www.medical-infos.ch/berichte/Borderline.htm>
- Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie,  
[http://www.wikipedia.org/wiki/Borderline-Pers%C3%](http://www.wikipedia.org/wiki/Borderline-Pers%C3%9C)
- <http://wikipedia.org> → für diverse Fachwörtererklärungen

### 9.3 Abbildungen

Titelbild: <http://www.google.ch/korrelationen>, Dezember 2005

Abb. 1: [http://www.wikipedia.org/wiki/Borderline-Pers%C3%](http://www.wikipedia.org/wiki/Borderline-Pers%C3%9C), 29.05.2008

Abb. 2: [http://www.wikipedia.org/wiki/Borderline-Pers%C3%](http://www.wikipedia.org/wiki/Borderline-Pers%C3%9C), 29.05.2008

Abb. 3: <http://www.blumenwiesen.org/borderline.html>, 29.05.2008

### 9.4 Weiterführende Literatur

**Biger Dulz; Angela Schneider**; Borderline-Störungen, 2004

**Ingrid Senders**; Ratgeber Borderline-Syndrom, 2000, CIP-Medien

**Peter Fiedler**; Persönlichkeitsstörungen, 3.Auflage, 1997, Beltz, S. 222

**Martin Bohus**; Borderline-Störung, 1. Auflage, 2002, Hogrefe-Verlag

**Marsha Linehan**; Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen, 1996a, CIP-Medien

## 10 Fachworterklärungen

<b>Anhedonie</b>	Freud- und Lustlosigkeit
<b>Cholinerges System</b>	produziert körpereigene, das Nervensystem beeinflussende Stoffe
<b>Dissoziation</b> oder <b>Dissoziative Störung</b>	vielgestaltige Störung, bei der es zu einer teilweisen bis völligen Abspaltung von psychischen Funktionen wie des Erinnerungsvermögens, eigener Gefühle (Schmerz, Angst, Hunger, Durst...), der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder Umgebung kommt.
<b>Epidemiologie</b>	Wissenschaft von der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten
<b>Limbisches System</b>	Funktionseinheit des Gehirns, dient der Verarbeitung von Emotionen und der Entstehung von Triebverhalten. Es ist verantwortlich für die Ausschüttung von Endorphinen (körpereigenen Morphinen).
<b>MRI = MRT</b>	Magnetresonanztomografie (ein Schnittbildverfahren)
<b>Neurobiologisch</b>	von Neurobiologie, befasst sich mit Aufbau und Funktion des Nervensystems
<b>Neurose</b>	leichtgradige psych. Störung mit Realitätsbezug, die Person ist sich dessen bewusst (Gegensatz zur Psychose).
<b>Paranoid</b>	unter Verfolgungswahn leidend
<b>PET</b>	Positronen-Emissions-Tomografie (Schnittbildverfahren)
<b>Phobische Störung</b>	krankhafte, d.h. unbegründete und anhaltende Angst vor Situationen, Gegenständen, Tätigkeiten, Personen etc.
<b>Prolaktin</b>	ein Hormon
<b>Promiskuität</b>	Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern
<b>Pseudo-halluzinatorisch</b>	scheinbare Sinnestäuschung
<b>Psychose</b>	schwere psychische Störung mit Realitätsverlust, d.h. die Person erkennt nicht mehr, was real oder unreal ist.
<b>Psychotraumatologie</b>	Seelen-Verletzungs-Kunde
<b>PTBS</b>	Posttraumatische Belastungsstörung: Betroffene projizieren ihr Seelenleben (v.a. die dunklen Schatten der Vergangenheit, z.B. Kriegserlebnisse) auf die Umgebung, ohne sich dessen bewusst zu sein.
<b>Schizophrenie</b>	Persönlichkeitsspaltung
<b>Serotogenes System</b>	System, das u.a. für die Glückshormonproduktion (Serotonin) verantwortlich ist.
<b>Stockholm-Syndrom</b>	psychologisches Phänomen, bei dem Opfer von Geiselnahmen ein positives emotionales Verhältnis zu ihren Entführern aufbauen. Das Opfer sympathisiert mit dem Täter. Es kann sogar sein, dass Täter und Opfer sich ineinander verlieben oder kooperieren.
<b>SVV</b>	Selbstverletzendes Verhalten