

Wolfgang Wöller



Bindungstrauma und Borderline-Störung

Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT)

 Schattauer

Wolfgang Wöller

**Bindungstrauma
und Borderline-Störung**

This page intentionally left blank

Bindungstrauma und Borderline-Störung

**Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie
(RPT)**

Wolfgang Wöller

Unter Mitarbeit von
Ulrike Funke, Helga Mattheß, Wiebke Pape,
Sarah Schnabel und Eva Schuldt

Mit 4 Tabellen

 **Schattauer**

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychoanalytiker

Ärztlicher Direktor und Leitender Arzt
der Abteilung II

Rhein-Klinik

Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef

E-Mail: wolfgang.woeller@johanneswerk.de

**Bibliografische Information der Deutschen
Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

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

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem

Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2014 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem,
Landau; Dipl.-Chem. Claudia Ganter, Stuttgart
Umschlagabbildung: Borderline-Spiegel,

© Robert Tyss

Satz: Stahringer Satz GmbH, Grünberg

Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6870-3

ISBN 978-3-7945-3065-6

Vorwort

Brauchen wir wirklich ein weiteres Konzept zur psychodynamischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung? Bei allem Respekt vor den bereits entwickelten Konzepten sprechen einige Gründe für die Annahme, dass ein traumaorientierter und ressourcenbasierter Ansatz die therapeutischen Möglichkeiten bereichern kann.

Die empirische Forschungslage zur Prävalenz schwerer Traumatisierungen in der Vorgeschichte von Patienten mit einer Borderline-Störung und die zahlreichen, auf traumatische Einflüsse verweisenden neurobiologischen Befunde legen auch bei Würdigung der genetischen und konstitutionellen Faktoren eine traumatherapeutische Perspektive nahe. Eine derartige Perspektive ist geeignet, eine Vielzahl Borderline-typischer Reaktionsmuster plausibel zu erklären. Dabei handelt es sich um äußerst komplexe Traumatisierungen, die tief in das Bindungssystem der Betroffenen eingreifen und alle wichtigen menschlichen Beziehungen beeinflussen.

Gleichzeitig können wir in den letzten Jahren eine beeindruckende Erweiterung der therapeutischen Optionen im Bereich der Traumafolgestörungen feststellen. Eingebettet in ein psychoanalytisch reflektiertes Beziehungsverständnis nutzen wir die neuen therapeutischen Möglichkeiten inzwischen auch in der Behandlung von Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung. Die systematische Aktivierung von Ressourcenpotenzialen scheint uns dabei eine ideale Ergänzung der strukturbezogenen psychodynamischen Arbeit zu sein.

Das Konzept der »Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie« (RPT), das in grundlegender Form in dem Buch »Trauma

und Persönlichkeitsstörungen«¹ dargestellt wurde, soll in diesem Buch auf die spezifischen Problemstellungen von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angewendet werden. Beide Bücher mögen in wechselseitiger Ergänzung und Vertiefung die Erarbeitung dieses Ansatzes unterstützen.

Bei der Entwicklung des Konzeptes der RPT fühlen wir uns vielen hervorragenden Kolleginnen und Kollegen mit psychoanalytischem, traumatherapeutischem, systemischem und hypnotherapeutischem Hintergrund zu Dank verpflichtet. Unter den deutschsprachigen psychodynamischen Autoren seien, stellvertretend für viele andere, Gerd Rudolf und Luise Reddemann genannt, die der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen in besonderem Maße richtungsweisende Impulse gegeben und dieses Konzept maßgeblich beeinflusst haben.

Bezogen auf die Fertigstellung dieses Buches gilt mein besonderer Dank Helga Mattheß, Mitautorin des Kapitels 5, die das gesamte Manuskript durchgesehen und mit zahlreichen wertvollen Ergänzungen bereichert hat. Mein Dank gilt auch meiner Frau Hildegard Wöller, die den Prozess der Entstehung des Buches geduldig begleitet hat.

Ich danke auch den Kolleginnen und Kollegen der Abteilung II der Rhein-Klinik, die das dargestellte Konzept – das in erster Linie für die ambulante Behandlung konzipiert wurde

1 Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

– seit einigen Jahren mit großem Engagement im stationären Bereich angewendet und kontinuierlich verfeinert haben. Einen anschaulichen Einblick in diese Arbeit geben die von Ulrike Funke, Wiebke Pape, Sarah Schnabel und Eva Schuldt verfassten Kapitel zur stationären Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Abschließend gilt ein besonderer Dank unseren Patientinnen und Patienten, von deren unerschöpflicher Kreativität bei der Weiterentwicklung der ressourcenbasierten Interventionen vieles in dieses Buch eingeflossen ist.

Bad Honnef,
im März 2014

Wolfgang Wöller

Anschriften der Autoren

Ulrike Funke

Gesundheits- und Krankenpflegerin
Traumazentrierte Fachbegleiterin
und -betreuerin
Stationspflegeleitung
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: ulrike.funke@johanneswerk.de

Dipl.-Phys. Helga Mattheß

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Psychoanalytikerin, Psychotraumatology
Institute Europe
Großenbaumer Allee 35 a, 47269 Duisburg
E-Mail: helga.matthess@t-online.de

Dr. med. Wiebke Pape

Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberärztin der Abteilung II
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: wiebke.pape@johanneswerk.de

Dipl.-Psych. Sarah Schnabel

Psychologische Psychotherapeutin
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: sarah.schnabel@johanneswerk.de

Eva Schuldt

Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für
Psychosomatik und Psychotherapie
Traumazentrierte Fachbegleiterin und
-betreuerin
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: eva.schuldt@yahoo.de

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychoanalytiker
Ärztlicher Direktor und Leitender Arzt
der Abteilung II
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: wolfgang.woeller@johanneswerk.de

This page intentionally left blank

Inhalt

I	Strukturdimensionen der Borderline-Störung		
1	Störung der Emotionsregulierung	3	
1.1	Borderline-Störung – Begriffliches und Allgemeines	3	
1.2	Emotionale Dysregulation mit Dominanz negativer Emotionen	5	
1.3	Borderline-typische Emotionen und Affektzustände	6	
2	Traumatisierung und Bindungsstörung	15	
2.1	Traumaerfahrungen	15	
2.2	Neurobiologie der gestörten Emotionsregulierung	17	
2.3	Borderline-Störung als Bindungsstörung	19	
3	Defizitäre Ich-Funktionen	25	
3.1	Kontextabhängigkeit der Defizite	25	
3.2	Kognitive Defizite	28	
3.3	Störung der Mentalisierungsfunktion	30	
3.4	Impulsivität	32	
3.5	Weitere Ich-Funktionsdefizite	33	
4	Abwehrorganisation und maladaptive Verhaltensmuster		37
4.1	Frühe Abwehrmechanismen und verzerrte Repräsentanzenwelt		37
4.2	Selbstschädigende Verhaltensmuster		41
4.2.1	Schädigung zur Emotionsvermeidung		41
4.2.2	Selbstverletzung		43
5	Beziehungs- und Identitätsstörung		48
	Wolfgang Wöllner und Helga Mattheß		
5.1	Allgemeines		48
5.2	Wechselnde Selbstzustände als Grundlage der Identitätsstörung		52
5.3	Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit		53
5.4	Wechselnde Persönlichkeitszustände und das Modell der Persönlichkeitsanteile		56
5.5	Ein Blick auf die Objektbeziehungstheorie		60
5.6	Selbstverurteilende und nicht integrierte innere Normenwelt		61
6	Aspekte der deskriptiven Diagnostik		66
6.1	Validität der Diagnose		66
6.2	Borderline-Störung als komplexe Traumafolgestörung?		67

6.3	Komorbide Störungen _____	68
6.4	Psychotische und psychosenahe Symptome ____	70
6.5	Bipolare Störungen und Borderline-Störung _____	71

8.7	Therapiemotivation und Angst vor Veränderung ____	101
8.8	Postulat eines reifen und reflexions- bereiten Persönlichkeitskerns ____	104

II Grundlinien der Behandlung

7	Ressourcenbasierte Psycho- dynamische Therapie (RPT) __	77
7.1	Psychodynamisches und traumatherapeutisches Grundverständnis _____	77
7.2	RPT im Kontext anderer Behandlungsansätze ____	80
7.3	RPT im Kontext der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie _____	83
7.4	Integration therapeutischer Techniken _____	85
7.4.1	EMDR _____	86
7.4.2	Klopftchniken _____	86

9	Gegenübertragung und Therapeuten-Selbstfürsorge _	107
9.1	Bedeutung der Gegenübertragung _	107
9.2	Projektive Identifizierung _____	110
9.3	Ärger, Wut und Hilflosigkeit ____	112
9.4	Angst, Verunsicherung und Minderwertigkeit _____	115
9.5	Feindselige Impulse und Hass gegenüber Patienten ____	117
9.6	Gegenübertragung mitteilen? ____	120
9.7	Selbstfürsorge für Therapeuten ____	121

III Phasenorientiertes Therapiekonzept

8	Therapeutische Beziehung und Übertragung _____	92
8.1	Bedrohungserleben und Sicherheitsbedürfnis _____	92
8.2	Verbale Kommunikation _____	94
8.3	Nonverbale Kommunikation ____	96
8.4	Umgang mit negativen Übertragungen ____	97
8.5	Der »verletzliche Punkt« und die Reparatur der Beziehung __	98
8.6	Patientenmitwirkung _____	100

10	Phase 1: Sicherheit, Halt und Stärkung der Bewältigungskompetenz _	127
10.1	Sicherheit, Beruhigung und Reduktion des Bedrohungsgefühls _	127
10.2	Kontrolle _____	131
10.3	Eduktion und Transparenz _____	131
10.4	Halt und Schutz – Grenzsetzung und Verträge ____	133
10.5	Stärkung der Alltagskompetenz ____	135
10.6	Selbstschädigende Verhaltensmuster _____	136

10.7	Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	138	12.2	Die Stressabsorptionstechnik	171
10.8	Suizidalität	139	12.3	Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit	172
10.9	Pharmakotherapie	141	12.4	Stärkung der Fähigkeit, Bedürfnisse mitzuteilen und Hilfe anzunehmen	173
11	Phase 2: Emotionsregulierung und Selbstfürsorge	144	12.5	Stärkung der Objekt Konstanz	174
11.1	Empathisches Erfassen der Affektzustände	144	12.6	Stärkung der Mentalisierungsfunktion	174
11.2	Positive und angemessene Emotionen generieren	146	12.7	Vom dichotomen zum ausgewogenen Denken	177
11.3	Positive Emotionen verstärken und verankern	147	12.8	Stärkung der Arbeitsfähigkeit und Motivation	178
11.4	Affektzustände nach Vergangenheits- und Gegenwartsanteilen differenzieren	149	12.9	Arbeit mit kindlichen und destruktiven Persönlichkeitsanteilen	181
11.5	Affekte und Körperempfindungen achtsam wahrnehmen	151	12.10	Arbeit mit aggressiven und manipulativen Persönlichkeitsanteilen	184
11.6	Affekttoleranz und State-Integration stärken	152	12.11	Selbst-Objekt-Differenzierung und Realitätsprüfung	185
11.7	Umgang mit Impulsivität, Ärger und ohnmächtiger Wut	153	13	Phase 4: Schonende Traumabearbeitung	188
11.8	Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge	154	13.1	Traumabearbeitung bei der Borderline-Störung?	188
11.9	Selbstakzeptanz als Mitgefühl für sich selbst	157	13.2	Was bedeutet Traumabearbeitung?	189
11.10	Arbeit mit dem inneren Kind	158	13.3	Sprechen über traumatische Erfahrungen oder EMDR?	190
11.11	Kognitive Arbeit zur Reduktion des Bedrohungsgefühls	160	13.4	Herausforderungen und Chancen der Traumabearbeitung	192
11.12	Gefühl einer positiven Bindungserfahrung vermitteln	162	13.5	Planung des traumabearbeitenden Vorgehens	195
12	Phase 3: Strukturbezogene Arbeit an defizitären Ich-Funktionen	166	14	Phase 5: Konfliktbearbeitung und die Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern	199
12.1	Modifikation maladaptiven Verhaltens und Identifikation von Ich-Funktionsdefiziten	166	14.1	Tieferegehende Bearbeitung alter und neuer Themen	199

14.2	Verhaltensinszenierungen früher traumatischer Erfahrungen	201
14.3	Analyse früher Abwehr- mechanismen	203
14.4	Entwicklung gesunder Abhängigkeit und Beziehungsfähigkeit	204
14.5	Scham, Trauer und Anpassung an die Umwelt	206
14.6	Beendigung der Therapie	207
14.7	Therapiedauer	208

IV Komorbide Bedingungen und spezifische Settings

15	Behandlung komorbider Störungen	213
15.1	Allgemeines	213
15.2	Depressive Störungen	214
15.3	Maniforme Zustände	215
15.4	Posttraumatische Belastungs- störung	215
15.5	Dissoziative Störungen	216
15.6	Schlafstörungen und Alpträume	219
15.7	Essstörungen	219
15.8	Substanzmissbrauch	220
16	Familie und andere Angehörige	226
16.1	Familienorientierte Interventionen	226
16.2	Eduktion für Angehörige	227
16.3	Wie können Angehörige die Patienten auf ihr schädliches Verhalten ansprechen?	228

17	Partnerschaft und Sexualität	232
17.1	Allgemeines	232
17.2	Borderline-typische Beziehungs- probleme	233
17.3	Edukative Interventionen in Paargesprächen	235
17.4	Ressourcenbasierte Paartherapie: Verletzlichkeitszirkel identifizieren	237
17.5	Aus dem Kampfmuster aussteigen	239
17.6	Achtsames Beobachten und Selbstfürsorge	240
17.7	Sexualität bei Borderline-Patienten	241
18	Gruppenpsychotherapie	247
18.1	Vorteile der Gruppentherapie	247
18.2	Ressourcenbasiertes psychodyna- misches Vorgehen und Indikation	248
18.3	Behandlungstechnische Details	249
18.4	Förderung der Mentalisierungsfunktion	251
18.5	Übertragung und Gegenübertragung	252
18.6	Settingfragen	253

V Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störung

19	Ressourcenbasiertes stationä- res Behandlungskonzept	259
	Sarah Schnabel	
19.1	Grundlagen	259
19.2	Ablauf der Therapie	260
19.2.1	Aufbau von Arbeitsbeziehungen	260

19.2.2	Förderung der affektiven Selbstwahrnehmung	262	20.5	Unsere Haltung nach innen	285
19.2.3	Aktivierung von Ressourcen	263	20.5.1	Raum für Affekte	285
19.2.4	Verbesserung der Affektregulation und Impulssteuerung	264	20.5.2	Alle Perspektiven sind wichtig	286
19.2.5	Verringerung der Häufigkeit und Intensität dissoziativer Symptome	265	20.5.3	Austausch über Grenzen	286
19.2.6	Erweiterung der interaktionellen Fertigkeiten	265	20.5.4	Akzeptanz unserer Eigenheiten	287
19.2.7	Verbesserung der Selbstannahme und Entlastung von Schuldgefühlen	266	20.5.5	Reflektieren, was wir gerade tun	288
19.2.8	Intensivierung der Selbstfürsorge	267	20.5.6	Supervision	289
19.2.9	Bearbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen	269	20.6	Unsere Haltung nach außen	289
19.2.10	Vorbereitung des Transfers in den Alltag	270	20.6.1	Bedeutung der Eigenständigkeit	289
20	Teamarbeit in der stationären Behandlung	274	20.6.2	Wir wissen auch nicht alles besser	290
	Wiebke Pape		20.6.3	Grenzen setzen	291
20.1	Borderline-typische Problematik im stationären Setting	274	20.6.4	Begrenzungen der Realität akzeptieren	292
20.2	Unser Setting	275	20.7	Wenn es gut läuft [...]	293
20.3	Hilfreiche Konzepte	276	21	Interventionen des Pflegeteams	295
20.4	Die Beziehungskontexte	278		Ulrike Funke und Eva Schuldt	
20.4.1	Einzeltherapie	278	21.1	Einführung	295
20.4.2	Bezugspflege	279	21.2	Rolle des Pflegeteams	295
20.4.3	Analytisch-interaktionelle Gruppentherapie	279	21.3	Entscheidungsspielräume entwickeln	298
20.4.4	Pflege	280	21.4	Stabilität halten lernen	299
20.4.5	Kunsttherapie	281	21.5	Umgang mit Konflikten	301
20.4.6	Die »neuen Gruppen«	282	21.6	Umgang mit der Schwere: Die Humorgruppe	303
20.4.7	Visite	282	21.7	Umgang mit Selbstverletzung und Suizidalität	305
20.4.8	Das Team als Ganzes – die Großgruppe	283	21.8	Umgang mit dissoziativen Episoden	307
20.4.9	Die selbstgeleiteten Gruppen	284	21.9	Schriftliche Vereinbarungen	309
20.4.10	Wenn alle vernetzt sind	284	Sachverzeichnis		312

This page intentionally left blank

Strukturdimensionen der Borderline-Störung

This page intentionally left blank

1 Störung der Emotionsregulierung

1.1 Borderline-Störung – Begriffliches und Allgemeines

Störungen der Emotionsregulierung sind das zentrale Merkmal von Patientinnen und Patienten¹ mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Leichsenring et al. 2011; Rosenthal et al. 2008). Sie stehen in engem Zusammenhang mit den weiteren Problembereichen der Patienten: ihrer Neigung zu Impulsivität, den Problemen der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung und der Störung der Identität (ICD-10; WHO 2000).

Die Borderline-Störung ist nicht nur ein schweres, sondern auch ein häufiges psychisches Störungsbild – mit *Prävalenzraten* von 1 bis 2 % in der Allgemeinbevölkerung, etwa 10 % in ambulanten und 15 bis 20 % in stationären Psychotherapiepopulationen. Die bisher größte epidemiologische Studie mit 35 000 untersuchten Personen erbrachte eine *Lebenszeitprävalenz* von 5,9 % in der Allgemeinbevölkerung (Grant et al. 2008; Tomko et al. 2013).

Die Borderline-Störung geht mit einer erheblichen Einschränkung der *Lebensqualität* einher (Ishak et al. 2013) und ist mit einem hohen Maß an *Selbstgefährdung* verbunden. 75 % der Patienten haben *Selbstverletzungen* in ihrer Vorgeschichte (Dubo et al. 1997). *Suizidversuche* kommen bei etwa 20 % vor (Soloff u. Fabio

2008); in etwa 10 % der Fälle führen sie zum vollendeten Suizid (Black et al. 2004; Paris 2002). Als Folge ihrer interpersonellen Beziehungsproblematik sind Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungen einer ungewöhnlich starken *Stigmatisierung* ausgesetzt, nicht nur bei Interaktionspartnern des Alltagslebens, sondern auch bei professionellen Behandlern (Aviram et al. 2006).

Wir wissen heute aus epidemiologischen Untersuchungen, dass *beide Geschlechter* gleichermaßen betroffen sind. Das häufig berichtete Überwiegen des weiblichen Geschlechts konnte in neueren Studien nicht mehr bestätigt werden (Grant et al. 2008). Die früheren Ergebnisse beruhten auf Daten, die an Patienten in allgemeinspsychiatrischen und psychotherapeutischen Settings erhoben worden waren; in diesen Populationen waren tatsächlich über 70 % der als Borderline-Störung diagnostizierten Patienten weiblich (Schwartz 1991). Wir müssen aber annehmen, dass männliche Borderline-Patienten in diesen Settings unterrepräsentiert und eher, mit oder ohne adäquate Diagnosestellung, unter Substanzabhängigen und im Justizsystem anzutreffen sind, denn die Borderline-Erkrankung weist eine hohe Komorbidität mit der Substanzabhängigkeit auf (► Kap. 15.8) und 29,5 % der zu Gefängnishaft Verurteilten erhalten eine Borderline-Diagnose (Black et al. 2007).

Die Borderline-Störung kommt in allen gesellschaftlichen Schichten vor und findet sich tendenziell häufiger bei Personen, die aus *geringeren Einkommens- und Bildungsschichten* stammen (Grant et al. 2008; Lenzenweger et al. 2007).

¹ Im Folgenden werden wir in unsystematischer Variation entweder die männliche oder weibliche Form verwenden, immer in der Absicht, beide Geschlechter zu bezeichnen. In den Fällen, in denen wir nur das eine Geschlecht meinen, machen wir dies durch die Zusätze »männlich« und »weiblich« kenntlich.

Wir sprechen in diesem Buch, der Gewohnheit folgend, von »Borderline-Persönlichkeitsstörung«. Doch ist der in der ICD-10 (WHO 2000) an erster Stelle aufgeführte Begriff der »Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung« wegen der großen Bedeutung der Störung der Emotionsregulierung treffender als der historisch gewachsene Begriff »Borderline«. Der in den 1930er Jahren von Stern (1938) geprägte Begriff der »border line group« sollte zum Ausdruck bringen, dass sich die damit beschriebenen Patienten weder eindeutig der Diagnosegruppe der Neurosen² noch derjenigen der Psychosen zuordnen ließen, sondern an der »Grenzlinie« zwischen beiden anzusiedeln seien. Bezeichnungen wie »borderline state« (Knight 1953), »borderline syndrome« (Grinker et al. 1968) und »borderline character« (Giovacchini 1978) hatten sich in einem solchen Maße durchgesetzt, dass der Borderline-Begriff auch beibehalten wurde, als das Störungsbild in der amerikanischen DSM-Klassifikation (APA 1980, 1996) den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet wurde (Herpertz u. Saß 2011; Kind 2011; Wöller u. Huppertz 1984). Die seit Mai 2013 als *DSM-5* vorliegende 5. Revision der DSM-Klassifikation hat die diagnostische Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung weiter beibehalten (APA 2013). Die für 2015 zu erwartende ICD-11 wird voraussichtlich an dem Begriff der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung festhalten (Maercker et al. 2013; WHO 2007).

Trotz der Schwere der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die *Prognose nicht ungünstig*. Die methodisch sorgfältig durchgeführten Verlaufsuntersuchungen deuten übereinstimmend auf eine langfristige Besserung der Borderline-Symptomatik hin (Zanarini u. Hörz 2011). Einige der wichtigsten neueren Befunde seien an dieser Stelle aufgeführt:

- Eine über 10 Jahre durchgeführte Längzeitkatamnese zeigt, dass 2 Jahre nach Behandlungsbeginn bei 39,3% der Patienten die Borderline-Kriterien nicht mehr nachweisbar waren. Nach 4 Jahren waren 61,6%, nach 6 Jahren 83,5% und nach 10 Jahren 88% remittiert (Zanarini et al. 2006). Im Vergleich zu Patientinnen mit affektiven Störungsbildern brauchten Borderline-Patientinnen länger bis zum Eintritt der Remission. War diese einmal eingetreten, kam es bei ihnen wesentlich seltener zu Rückfällen. 50% hatten nach 10 Jahren ein gutes soziales und berufliches Funktionsniveau erreicht (Zanarini et al. 2006, 2010). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Längzeitstudie von Gunderson et al. (2011), bei der 85% der untersuchten Patientinnen nach 10 Jahren die Borderline-Kriterien nicht mehr erfüllten.
- Die einzelnen Borderline-Symptome remittieren in sehr unterschiedlichem Maße: Während Symptome der Impulsivität, der Selbstverletzung und Suizidversuche und auch dissoziative Symptome früher zurückgehen, brauchen die affektiven Symptome, vor allem die chronische Dysphorie und die Verlassenheits-, Leere- und Abhängigkeitsgefühle längere Zeit bis zur Remission (Arens et al. 2013; Zanarini et al. 2007, 2008).
- Obwohl die meisten Symptome während der Untersuchungszeiträume zurückgehen, bleibt eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber jeder Form von Stress noch längere Zeit ein ernst zu nehmender Problembereich der Borderline-Patienten (Reed et al. 2012).

Auch wenn es bei derartig langen Untersuchungszeiträumen unmöglich ist, anzugeben, welche Effekte auf therapeutische und welche auf andere Einflüsse zurückzuführen sind, können die Befunde der Längzeituntersuchungen insgesamt als ermutigend gelten. Die Längzeitkatamnesen machen aber auch deutlich, dass

2 Wird heute als »neurotische Störungen« bezeichnet.

genügend lange Behandlungszeiten notwendig sind, um nachhaltige Besserungen zu erzielen – sehr in Übereinstimmung mit neueren Metaanalysen zur Wirksamkeit von Langzeittherapie bei komplexen psychischen Störungen und vor allem Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring et al. 2013). Und sie zeigen, dass weitere konzeptuelle Anstrengungen notwendig sind, um auch die affektive Symptombelastung der Patienten therapeutisch zu beeinflussen.

1.2 Emotionale Dysregulation mit Dominanz negativer Emotionen

Obwohl der Begriff der »Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung« das zentrale Problem der Patienten besser erfasst als der gebräuchliche Begriff der Borderline-Störung, bringt auch er nicht genügend zum Ausdruck, dass das beherrschende regulatorische Problem nicht auf die Instabilität der Emotionen beschränkt ist.

Vielmehr ist das Verhältnis positiver zu negativen Affekten eindeutig zum *negativen Pol hin verschoben*. Zwar können bei der Borderline-typischen emotionalen Reaktivität immer auch, zumindest für eine gewisse Zeit, positive Affektzustände auftreten, jedoch *dominieren negative Affekte*, was das Hauptproblem von Patientinnen mit einer Borderline-Störung ist. Die Auswertung von Tagebucheinträgen ergab, dass Patientinnen mehr unangenehme Affekte und stärkere kurzzeitige Fluktuationen negativer Affektivität erleben als gesunde Kontrollpersonen (Stein 1996). Sie geraten signifikant häufiger in Zustände der Angst und Dysphorie als die Kontrollpersonen und können sich schlechter als diese von negativen Emotionen distanzieren (Koenigsberg 2011). Auch berichten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich weniger positive Emotionen im Vergleich zu Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung (Reed u. Zanarini 2011). In einer qualitativen Unter-

suchung beschrieben Patienten mit einer Borderline-Störung ihre Emotionen im Vergleich zu depressiven Patienten ausschließlich negativ mit Begriffen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Wut und Angst; positive Gefühle wie Freude oder Liebe waren in ihren Schilderungen kaum zu finden (Dammann u. Benecke 2004).

Die umfassende Störung der Emotionsregulierung von Borderline-Patienten äußert sich darin, dass diese unter Stress abrupt mit großer Geschwindigkeit von einem interpersonell aktivierten Stimmungszustand in einen anderen wechseln und dabei verschiedene überwiegend dysphorische emotionale Zustände von Depression, Angst und Wut während eines Tages erleben können (Koenigsberg et al. 2002; Lieb et al. 2004). Doch scheint bei ihnen, anders als vielfach angenommen (Linehan et al. 1993), nicht eine allgemein erhöhte emotionale Reagibilität, sondern eine insgesamt erhöhte Ausprägung negativer Emotionalität vorzuliegen. Neueren Untersuchungen zufolge kennzeichnet extreme negative Affektivität die Emotionalität von Patientinnen mit einer Borderline-Störung offenbar besser als die bislang zumeist angenommene emotionale Hyperreaktivität (Feliu-Soler et al. 2013; Jacob et al. 2009).

Experimentell lässt sich zeigen, dass die soziale Wahrnehmung durch ein *verstärktes Bedrohungserleben* geprägt ist: Patienten mit einer Borderline-Störung nehmen neutrale Gesichter tendenziell als bedrohlich und nicht wohlwollend wahr (Donegan et al. 2003; Scott et al. 2011).

Wie ist das zu verstehen? Neuere Studien deuten darauf hin, dass vor allem stärkere und länger anhaltende emotionale Reaktionen auf bedrohliche Stimuli, die mit der Erinnerung an *Misshandlungen oder Verlassenwerden* verbunden sind, für die intensiven und anhalten-

den negativen emotionalen Reaktionen verantwortlich sind (Lobbestael u. Arntz 2010). Die Befunde sprechen für die Annahme, dass die starke Ausprägung negativer Emotionen darauf zurückzuführen ist, dass *traumatische Erinnerungen im Alltagsleben aktualisiert* werden. Alltagsstimuli, die mit belastenden Erfahrungen der Vergangenheit assoziativ verbunden sind, bewirken die Aktivierung der damaligen traumatischen Affekte, die zu den Gegenwartsaffekten hinzukommen. In der Regel sind es Alltagssituationen, die geeignet sind, über assoziative Verknüpfungen *bindungsrelevante Ängste der Kindheit* zu aktualisieren (► Abschn. 1.3).

Frühere Hypothesen, nach denen Borderline-Patienten eine generell verminderte Fähigkeit zur *Emotionswahrnehmung* haben, lassen sich nach heutiger Auffassung nicht aufrechterhalten. Bei genauerer Betrachtung der Reaktionsmuster von Betroffenen ist sogar anzunehmen, dass ihre Fähigkeit zur Wahrnehmung negativer Reize erhöht sein kann (Koenigsberg et al. 2002; Scott et al. 2011). Dies passt zu unserer klinischen Beobachtung, dass Borderline-Patienten äußerst wachsam kleinste Veränderung unserer Gesichtsmimik bemerken, die anderen Menschen nicht auffallen würden. Sie interpretieren aber das, was sie sehen, häufiger als negative Emotion. Offensichtlich ist also nicht ihre Fähigkeit der Emotionswahrnehmung eingeschränkt, sondern die als »emotionale Intelligenz« umschriebene Fähigkeit, die Emotionen zu verstehen und einzuordnen (Peter et al. 2013).

1.3 Borderline-typische Emotionen und Affektzustände

Vor dem Hintergrund der bindungstraumatischen Kindheitserfahrungen der Patientinnen gehen wir davon aus, dass der überwältigende Charakter und die tendenziell bedrohliche Fär-

bung der Borderline-typischen Emotionen durch assoziative Verknüpfungen mit frühen Bindungserfahrungen, vor allem des *kindlichen Alleingelassenseins*, zustande kommen. Situationen, die über assoziative Brücken frühere *Gefühle der Bedrohung von Autonomie, Selbstwert und Identität* aktivieren, können in ähnlicher Weise Zustände emotionaler Dysregulation herbeiführen. Dabei können minimale Auslöser das Borderline-typische Bedrohungserleben in Gang setzen. Viele Borderline-Patienten leben daher mit dem unterschweligen Gefühl, zu jedem Zeitpunkt von einer wichtigen Bezugsperson verlassen werden zu können (Rinsley 1989). Was die Auslösemomente sind, ist den Patienten in der Regel nicht bewusst.

Eine Patientin geriet in einen Zustand verzweifelten Alleingelassenseins, als sie beim Betreten ihrer Wohnung überrascht feststellte, dass die Person, die sie darin erwartet hatte, nicht anwesend war.

Typischerweise finden wir *globale, überwältigende und undifferenzierte Affektzustände* (Krystal 1978), die über Stunden andauern und von unangenehmen körperlichen Spannungen begleitet sind. Die Heftigkeit und Undifferenziertheit der entstehenden Affektzustände erklärt sich daraus, dass sich Gefühlszustände von belastenden Momenten der Gegenwart mit denen von traumatischen Erfahrungen der Vergangenheit vermischen.

Eine Patientin konnte ihren Gefühlszustand nicht näher beschreiben. Der Zustand fühlte sich nur »total schlecht« an und war von einem intensiven körperlichen Spannungsgefühl begleitet. Erst nach und nach ließ sich herausarbeiten, dass überwältigende Gefühle von Ohnmacht, Scham und Alleingelassensein mit ihm verbunden waren.

Betrachten wir die Borderline-typischen Emotionen und Affektzustände im Einzelnen (Hoffmann 1998; Woods 2008):

- In ihrem Zentrum stehen *Ängste vor dem Verlassenwerden* oder als existenziell bedrohlich erlebte *Gefühle verzweifelten Verlassenseins*. Beide Gefühle können unterschiedliche Färbungen annehmen: Sie können sich als *Angst* vor dem Ausgeschlossenwerden, der Zurückweisung oder der Isolation oder als *Gefühl* des Ausgeschlossenenseins, der Zurückweisung oder der Isolation manifestieren. Oft sind diese Zustände verbunden mit Gefühlen der Leere, des hilflosen Ausgeliefertseins und der ohnmächtigen Wut. Nicht selten berichten die Patienten von dem Gefühl oder der Angst, ohne jede Verbindung zu den anderen Menschen zu sein. Auch wenn viele Patienten mit einer Borderline-Störung das Alleinsein nicht ertragen können, ist es oft nicht das Alleinsein selbst, was sie als Bedrohung erleben, sondern der *Moment des Verlassenwerdens*. Manche Patienten leben allein, weil sie spüren, dass Trennungserfahrungen unvermeidbar wären, wenn sie sich auf ein Zusammenleben mit einem anderen Menschen einließen.

P: Abschiede sind für mich unerträglich. Es ist, als würde ich völlig alleingelassen.

- Auch *Ängste, vereinnahmt* zu werden und fremder Bestimmung *ausgeliefert* zu sein, können überflutenden Charakter annehmen und mit Identitätsverlust und dem Verlust der Selbstgrenzen assoziiert sein. Die *Ängste* können auch körperlich erlebt werden als Gefühl, zu ersticken.

P: Es war ein unerträgliches Gefühl, dass mir etwas übergestülpt werden sollte. Ich hatte Angst, nicht mehr zu existieren.

P: Das war nicht mehr ich selbst. Das war ein Gefühl, als wäre ich ein Teil von ihr.

- Schließlich können auch *Ängste vor Kontrollverlust* bestehen, die mit der Angst verbunden sind, von konflikthaften Impulsen und Vorstellungen überwältigt zu werden, z. B. durch den Impuls, andere zu verletzen oder zu schädigen.

P: Ich komme immer wieder in Zustände, in denen ich nur rotsehe. Ich habe total Angst, dass es irgendwann mit mir durchgeht und ich völlig ausraste.

- *Wut und Ärger* spielen bei vielen, allerdings nicht bei allen Patienten mit einer Borderline-Störung eine wichtige Rolle. Viele Patienten fühlen sich wütend, auch wenn sie es nicht offen äußern. Patienten, die experimentell induzierten Frustrationen beim Spielen ausgesetzt waren, zeigten ein um das Dreifache höheres Aggressionsniveau als gesunde Probanden (Dougherty et al. 1999). Genauere Analysen der Abfolge der Emotionen ergaben, dass vor den Zuständen des Ärgers und der Wut am häufigsten Zustände der Angst herrschten (Reisch et al. 2008). Dies kann als Beleg dafür angesehen werden, dass Ärger und Wut von Borderline-Patienten als *Abwehrphänomene tiefer liegender Ängste* verstanden werden sollten. Zum einen wird das unerträgliche diffuse Gefühl des Verlassenwerdens erträglicher, wenn es durch einen konturrierteren Affekt wie Wut abgelöst wird. Zum anderen vermittelt das Gefühl der Wut eine Handlungsmacht gegenüber einer anderen Person, indem es den Wechsel von

der Opfer- in die Täterrolle ermöglicht (Krause 2001). Meist kann nur aufgrund einer situativ nicht ableitbaren Wut indirekt auf ein zugrunde liegendes Gefühl des Verlassenwerdens geschlossen werden. Auch wenn Borderline-Patienten häufig aggressiv wirken und der Affekt der Wut oft im Zusammenhang mit der Borderline-Störung erwähnt wird – so z. B. im Katalog der Diagnosekriterien der ICD-10 (WHO 2000) und der DSM-IV (APA 1996) –, wird leicht übersehen, dass *Angst der dominierende Affekt* ist. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil Patienten mit einer Borderline-Störung von Interviewern selten als ängstlich eingeschätzt werden (Dörner 1998; Dulz 1999).

- Tatsächlich ist die Wut der Patienten meist Ausdruck *ohnmächtiger Wut* und im subjektiven Erleben der Patienten eher mit dem traumatischen Gefühl der *Ohnmacht* als mit einer gerichteten aggressiven Regung verknüpft. Ohnmächtige Wut kann von den bedrohlichen Gefühlen des Ausgeschlossenenseins, des Alleingelassenseins, des Verratenwerdens oder der Bedeutungslosigkeit ausgehen. Das Erleben von Hilflosigkeit und das Gewährwerden interpersoneller Defizite können kindlich-ohnmächtige Wutgefühle hervorrufen. Auch das für eine Identitätsstörung typische Gefühl, nicht zu wissen, wer man ist, kann unerträgliche Gefühle von Ohnmacht und ohnmächtiger Wut auslösen.
- *Schamgefühle* sind ebenfalls zentral für die Persönlichkeit von Borderline-Patienten. Als Ausdruck ihrer ausgeprägten Selbstwertproblematik sind sie besonders eng mit chronischer Suizidalität, selbstschädigendem Verhalten, Wut und Impulsivität verbunden (Lammers u. Jacob 2011). Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind im Innersten beschämt, weil sie sich durch Zurückweisung verletzt fühlen

und Alleingelassensein erfahren (Lester 1997; Levy et al. 2007; Rusch et al. 2007).

P: Jemand, den man alleinlässt, kann ja nichts wert sein.

Nicht wenige Patienten werden von intensiven Gefühlen der Scham regelrecht überflutet. Das Gefühl, vor Scham versinken zu müssen und unsichtbar sein zu wollen, ist oft verbunden mit der Überzeugung, zu Recht zurückgewiesen zu werden. Scham hat dann eine »toxische« Qualität von großer Schmerzhaftigkeit, die sich in einer globalen Selbstentwertung und der Überzeugung mitteilt, falsch, fehlerhaft und wertlos zu sein. Implizite und unbewusste schambezogene Erinnerungen und Fantasien sind bei Borderline-Patienten für ihre erhebliche emotionale Verletzlichkeit verantwortlich (Lansky 1987). Aus Angst vor Überflutung durch Schamgefühle vermeiden sie Situationen, die Scham auslösen könnten, wie Hilfe anzunehmen oder soziale Zusammenkünfte. Schamgefühle können besonders für Patienten mit ausgeprägteren narzisstischen Anteilen vernichtenden Charakter annehmen. Gedemütigt zu werden kann unter einer evolutionären Perspektive gleichbedeutend mit dem Ausschluss aus der Gemeinschaft der Artgenossen sein. Scham kann sekundäre Reaktionen wie Ärger oder Wut auslösen und mit starker Impulsivität verbunden sein (Tangney et al. 2002). Die Abwehr der Schamgefühle kann auch Dissoziationen und Selbstschädigung umfassen (Coid 1993; Philipsen et al. 2004). Schamgefühle werden leicht übersehen, wenn sie hinter aggressiv-fordernden oder feindselig-vorwurfsvollen Verhaltensweisen verborgen sind.

- Als weitere Borderline-typische Emotionen sind *Zustände der Leere* zu nennen. Leere-

gefühle sind schwer zu definierende Gefühlszustände; am ehesten lassen sie sich mit dem Begriff der »Unfähigkeit, zu fühlen« beschreiben. Sie kommen in Verbindung mit Gefühlen der Einsamkeit und Isolierung, aber auch mit Gefühlen der Entfremdung, der Bedürftigkeit und der Hoffnungslosigkeit vor. Gelegentlich manifestieren sie sich als viszerale Empfindungen, die im Bauch oder in der Brust gespürt werden. Für viele Patienten repräsentieren sie ein *schmerzhaft empfundenes Gefühl eines Mangels* (Klonsky 2008). Besonders oft gehen sie Suizidimpulsen voraus (Schnyder et al. 1999). Der scheinbare Affektmangel in den Zuständen der Leere kann auch als dissoziatives Phänomen verstanden werden (Benecke et al. 2011).

- Verschiedene Autoren haben darauf aufmerksam gemacht, dass die Borderline-Störung mit einer Erfahrung von *intensivem inneren Schmerz* verbunden ist (Holm u. Severinsson 2008; Zanarini u. Frankenburg 2007; Zittel et al. 2005). Der für Borderline-Patienten charakteristische innere Schmerz ist mit einer Vielzahl dysphorischer Affekte assoziiert: mit extremer Trauer, Angst vor Erstickern, Fragmentierung, Gefühlen der Identitätslosigkeit, des Kontrollverlusts, der Destruktivität und des Opferseins. Wenn die Gefühle des Betrogenwerdens, des Verletztseins und des Kontrollverlusts gemeinsam vorkommen, sind sie besonders eng mit der Diagnose einer Borderline-Störung verknüpft (Zanarini et al. 2007). Eine vorübergehende Trennung oder ein nicht erwartetes Alleinsein kann das Gefühl völliger Isolation und totalen Abgeschnitten-seins von der Welt hervorrufen. Es ist ein *katastrophaler Schmerz*, oft verbunden mit dem Gefühl, nicht mehr zu existieren, in dem der Schmerz des kindlichen Alleingelassenseins wiederkehrt. Die Intensität und der überwältigende Charakter dieser

Affektzustände machen verständlich, dass Borderline-Patienten – bewusst oder unbewusst – *alle Mittel recht sind*, um diese Zustände zu beenden oder nicht entstehen zu lassen, und seien die Mittel noch so destruktiv.

P: Ich fühle mich wie innerlich verbrannt. Es ist ein Schmerz, den man schwer beschreiben kann.

- Immer wieder kommen auch Zustände *primärer undifferenzierter Angst* vor, die als *katastrophale Bedrohung* empfunden und am ehesten als Angst vor der *Auflösung eines kohärenten Selbst* verstanden werden können. Es sind wortlose Ängste vor katastrophaler Vernichtung, für die verschiedenartige Begriffe geprägt wurden. Es ist die Rede von der »Angst vor dem Zusammenbruch« (Winnicott 1980) oder dem »Auseinanderfallen« (Adler u. Buie 1979). Andere Autoren sprechen von »namenlosen Schrecken« (Bion 1962/1990), einem »Schrecken ohne Auflösung« (Hesse u. Main 1999), dem »Gefühl endlosen Falles« (Knox 2008) oder dem »Gefühl eines Abgrundes, in dem alle Bedeutung kollabiert« (Grotstein 1990). Sie sind mit Gefühlen der Bedrohung, Scham, Wertlosigkeit, Bedeutungslosigkeit und Hoffnungslosigkeit verbunden (Adams 2006, 2011). Jede Abwehrmaßnahme, und sei sie auch noch so sehr mit dem Preis der verzerrten Realitätswahrnehmung erkaufte, muss ergriffen werden, um das »Udenkbare« zu verhindern, das der Vernichtung gleichkommt.
- Die genannten Affekte können auch *in sexualisierter Form* erscheinen, was im Zusammenhang mit dem Kontrollverlust zu einer überwältigenden Empfindung von Scham und Demütigung führen kann. Das Gefühlsgemisch mit einer Färbung von Ge-

walt und sexueller Erregung spiegelt die »archaische Gleichsetzung von traumatischen Gefühlsstürmen, Sexualisierung und Aggression« wider (Wurmser 2007).

P: Ich fühle mich total allein, alles ist nur grauenhaft. Am liebsten wäre ich gar nicht da. Dann geht es wieder eine Zeitlang, bis alles wieder zusammenbricht. Meine Gefühle sind mir ein einziges Rätsel.

P: Solange ich für mich allein bin, geht es. Wenn mich Menschen ansprechen, entsteht sofort das Gefühl: Was wollen die jetzt von mir? Was habe ich falsch gemacht? Ich möchte dann am liebsten sofort weglaufen.

P: Manchmal reicht ein einziger Satz oder nur der Tonfall, wie jemand etwas sagt, und der Tag ist gelaufen. Dann geht es mir nur noch schlecht und ich verkrieche mich.

- Der von vielen Patienten berichtete *Selbsthass* hat seinen Ursprung in den bindungs-traumatischen Erfahrungen der Kindheit, als Gefühle von Wut und Hass von der Beziehung zur frühen Bezugsperson ferngehalten und gegen die eigene Person gelenkt werden mussten. Für das Kind war es doch weniger gefährlich, die Wut auf sich zu lenken, als sich dem vernichtenden Gefühl des Alleingelassenseins auszusetzen. Im Selbsthass konnte immerhin die Beziehung zur Bezugsperson aufrechterhalten bleiben. Selbsthass ist eng verbunden mit dem Gefühl eigener Wertlosigkeit und eigener Schlechtigkeit.

P: Ich gehe schlecht mit mir um, weil ich es verdiene, weil ich nichts wert bin, weil ich nicht mehr wert bin als ein Stück Dreck.

- Häufig werden *depressive Stimmungen* oder auch *quälende körperliche Spannungszustände* berichtet. Diese treten an die Stelle von Gefühlen der Angst, der Isolierung und des Verlassenwerdens. Implizite Erinnerungen von Hilflosigkeit, Furcht, Schrecken und Zurückweisung teilen sich in Haltung, Stimme, Worten und Verhaltensweisen mit. Oft können jedoch zumindest ansatzweise Emotionen gespürt werden, die diese Spannungszustände begleiten (Stiglmayr 2011; Wolff et al. 2007).

P: Manchmal spüre ich doch etwas hinter all den Körperspannungen. Es fühlt sich nicht gut an. Dann ist es wieder weg und ich fühle nur noch die Spannung.

- Auch Zustände der *emotionalen Taubheit* und des *Abgekoppeltseins* kommen vor. Einer Untersuchung zufolge dominieren bei einem Fünftel der Borderline-Patienten Zustände der emotionalen Überregulierung mit einer verminderten Fähigkeit zum Affekterleben und Affektausdruck ähnlich der Alexithymie (van Dijke et al. 2010). Die Tendenz zu Leere und einem »flachen« Gefühl kann dann durch Episoden von Wut, Angst oder Verzweiflung unterbrochen werden.
- Eine Untersuchung des mimisch-affektiven Verhaltens ergab, dass Patientinnen mit einer Borderline-Störung signifikant häufiger *Ekel* im Vergleich zu den gesunden Frauen zeigten (Buchheim et al. 2007; Krause 2002; Schienle et al. 2013).

Allgemein betrachtet hängen Qualität und Quantität des Affekterlebens auch wesentlich davon ab, ob eine *Aktivierung oder Deaktivierung des Bindungssystems* vorliegt. Eine Aktivierung des Bindungssystems findet sich typischerweise bei anklammernden Beziehungs-

mustern von Patienten mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil (Kobak u. Sceery 1988), eine Deaktivierung bei den beziehungsvermeidenden Verhaltensmustern von Patienten mit unsicher-distanziertem Bindungsstil (McCullough et al. 2003). Besonders im letztgenannten Fall kann das Grundgefühl des Alleingelassenseins durch *andere intensive Affekte*, durch *unreife Abwehrmechanismen* oder durch *destruktive Verhaltensmuster* abgemildert oder für die betroffene Person oder für andere unkenntlich gemacht werden.

Merkmale Borderline-typischer Affektdysregulation

- Schnelle Wechsel von Stimmungszuständen
- Dominanz negativer Emotionalität:
 - globale und undifferenzierte Affektzustände mit Gefühlen der Angst, Scham, Hilflosigkeit, Leere, Wut, Selbsthass
 - quälende körperliche Spannungszustände
 - Zustände emotionaler Taubheit und des Abgekoppeltseins
- Auslösung durch Alltagsituationen, die mit bindungsrelevanten Ängsten der Kindheit assoziiert sind:
 - Angst vor Alleingelassenwerden, Zurückweisung, Ausgeschlossenwerden, hilflosem Ausgeliefertsein
 - Gefühl der Bedrohung von Autonomie, Selbstwert und Identität

Literatur

- Adams K (2006). Falling forever: the price of chronic shock. *Int J Group Psychother*; 56: 127–72.
- Adams K (2011). The abject self: self-states of relentless despair. *Int J Group Psychother*; 61: 333–65.
- Adler G, Buie D (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. *Int J Psychoanal*; 60: 83–96.
- APA (American Psychiatric Association) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Arens EA, Stopsack M, Spitzer C et al. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *J Pers Disord*; 27: 196–207.
- Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry*; 14: 249–56.
- Benecke C, Bock A, Dammann G (2011). **Affekt und Interaktion bei Borderline-Störungen**. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 262–74.
- Bion WR (1962/1990). Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius E (Hrsg). *Melanie Klein heute*. Bd. I. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse; 225–35.
- Black DW, Blum N, Pfol B, Hale N (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*; 18: 226–39.
- Black DW, Gunter T, Allen J et al. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Compr Psychiatry*; 48: 400–5.
- Buchheim A, George C, Lieb V et al. (2007). Mischliche Affektivität von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung während des Adult Attachment Projective. *Z Psychosom Med Psychother*; 53: 339–54.
- Coid JW (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *Br J Psychiatry*; 162: 641–50.
- Dammann G, Benecke C (2004). **Angstzustände bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen**. *Erscheinungsformen, Psychodynamik und Behandlung*. *Psychotherapeut*; 49: 193–202.

- Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*; 54: 1284–93.
- Dörner K (1998). Welche Affekte charakterisieren die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Diplomarbeit. Universität Hamburg.
- Dougherty DM, Bjork JM, Huckabee HC et al. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Res*; 85: 315–26.
- Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, Williams AA (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*; 42: 63–9.
- ▶ **Dulz B (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie**; 3: 30–5.
- Feliu-Soler A, Pascual JC, Soler J et al. (2013). Emotional responses to a negative emotion induction procedure in borderline personality disorder. *Int J Clin Health Psychol*; 13: 9–17.
- Giovacchini PL (1978). The borderline aspects of adolescence and the borderline state. In: Feinstein S, Giovacchini P (eds). *Adolescence Psychiatry*. Chicago: University of Chicago Press; 320–38.
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*; 69: 533–45.
- Grinker RR, Werble B, Drye RC (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Function*. New York: Basic Books.
- Grotstein JS (1990). The »black hole« as the basic psychotic experience: some newer psychoanalytic and neuroscience perspectives on psychosis. *J Am Acad Psychoanal*; 18: 29–46.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry*; 68: 827–37.
- ▶ **Herpertz SC, Saß H (2011). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg).**
- Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 35–43.**
- Hesse E, Main M (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanal Inquiry*; 19: 481–540.
- Hoffmann SO (1998). Die Angst der Borderline-Patienten und seine Beziehungen. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie**; 2: 4–9.
- Holm AL, Severinsson E (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs*; 17: 27–35.
- Ishak WW, Elbau I, Ismail A et al. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*; 21: 138–50.
- Jacob GA, Hellstern K, Ower N et al. (2009). Emotional reactions to standardized stimuli in women with borderline personality disorder: stronger negative affect, but no differences in reactivity. *J Nerv Ment Dis*; 197: 808–15.
- Kind J (2011). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 20–34.**
- Klonsky ED (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 22: 418–26.
- Knight RP (1953). Borderline states. *Bull Menninger Clin*; 17: 1–12.
- Knox J (2008). Response to »Report from borderland«. *J Anal Psychol*; 53: 31–6.
- Kobak RR, Sceery A (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev*; 59: 135–46.
- Koenigsberg HW (2011). Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 86–92.**
- Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V et al. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 159: 784–8.
- Krause R (2001). Emotionsstörung. In: Euler OJH, Mandl H (Hrsg). Handbuch Emotionspsychologie. Weinheim: Beltz; 545–55.**

- Krause R (2002). Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht. *PiD – Psychotherapie im Dialog*; 3: 120–6.
- Krystal H (1978). Trauma and affects. *Psychoanal Study Child*; 33: 81–116.
- Lammers CH, Jacob GA (2011). Selbstwert, Scham und Narzissmus bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 449–56.
- Lansky MR (1987). Shame in the family relationships of borderline patients. In: Grotstein JS, Solomon MF, Lang JA (eds). *The Borderline Patient*. Vol 2. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 187–99.
- Leichsenring F, Leibing E, Kruse J et al. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*; 377: 74–84.
- Leichsenring F, Abbas A, Luyten P et al. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodyn Psychiatry*; 41: 361–84.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*; 62: 553–64.
- Lester D (1997). The role of shame in suicide. *Suicide Life Threat Behav*; 27: 352–61.
- Levy KN, Edell S, McGlashan TH (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatr Q*; 78: 129–43.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet*; 364: 453–60.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 971–4.
- Lobbestael J, Arntz A (2010). Emotional, cognitive, and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorders. *Behav Res Ther*; 48: 116–24.
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*; 381: 1683–5.
- McCullough L, Kuhn N, Andrews S et al. (2003). *Treating Affect Phobia*. New York: Guilford.
- Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*; 53: 738–42.
- Peter M, Schuurmans H, Vingerhoets AJ et al. (2013). Borderline personality disorder and emotional intelligence. *J Nerv Ment Dis*; 201: 99–104.
- Philipsen A, Richter H, Schmahl C et al. (2004). Clopidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*; 65: 1414–9.
- Reed LI, Zanarini MC (2011). Positive affective and cognitive states in borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 25: 851–62.
- Reed LI, Fitzmaurice G, Zanarini MC (2012). The course of dysphoric affective and cognitive states in borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Psychiatry Res*; 196: 96–100.
- Reisch T, Ebner-Priemer UW, Tschacher W et al. (2008). Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*; 118: 42–8.
- Rinsley DB (1989). *Developmental Pathogenesis and Psychoanalytic Treatment of Borderline and Narcissistic Personalities*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS et al. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev*; 28: 75–91.
- Rusch N, Lieb K, Gottler I et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 164: 500–8.
- Schlenle A, Haas-Krammer A, Schöggel H et al. (2013). Altered state and trait disgust in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*; 201: 105–8.
- Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K (1999). Attempted suicide: do we understand the patients' reasons? *Gen Hosp Psychiatry*; 21: 62–9.
- Schwartz MA (1991). The nature and classification of the personality disorders: a reexamination of basic premises. *J Pers Disord*; 5: 25–30.
- Scott LN, Levy KN, Adams RB, Stevenson MT (2011). Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. *Personal Disord*; 2: 98–112.
- Soloff PH, Fabio A (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Pers Disord*; 22: 123–34.
- Stein KF (1996). Affect instability in adults with a borderline personality disorder. *Arch Psychiatr Nurs*; 10: 32–40.
- Stern A (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*; 7: 467–89.

- ▶ Stiglmayr C (2011). Affekte: Spannung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 384–9.
- Tangney JP, Dearing RL (2002). Shamed into anger? The special link between shame and interpersonal hostility. In: Tangney JP, Dearing RL (eds). *Shame and Guilt*. New York: Guilford; 90–111.
- Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ (2013). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* [Epub ahead of print].
- Van Dijke A, Ford JD, van der Hart O et al. (2010). Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiation under and over-regulation. *J Pers Disord*; 24: 296–311.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Kapitel V (F). Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). 4. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- WHO (World Health Organization) (2007). Production of ICD-11: The overall revision process. www.who.int/classifications/icd/ICDRevision.pdf (Zugriff am 31.01.2014).
- Winnicott DC (1980). Fear of breakdown: a clinical example. *Int J Psychoanal*; 61: 351–7.
- Wolff S, Stiglmayr C, Bretz HJ et al. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*; 46: 347–60.
- Wöller W, Huppertz BJ (1984). Borderline – eine diagnostische Einheit? *Fortschr Neurol Psychiatr*; 52: 338–45.
- ▶ Woods MZ (2008). Entwicklungspsychologische Überlegungen in der Erwachsenenpsychoanalyse. In: Green V (Hrsg). *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel; 285–310.
- Wurmser L (2007). Theoretische Ansätze bei schweren Neurosen in der Psychoanalyse. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg). *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 17–28.
- Zanarini MC, Frankenburg FR (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *J Pers Disord*; 21: 518–35.
- Zanarini MC, Hörz S (2011). Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 44–56.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 163: 827–32.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*; 164: 929–35.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S et al. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*; 118: 291–6.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*; 167: 663–7.
- Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry*; 162: 867–75.

2 Traumatisierung und Bindungsstörung

2.1 Traumaerfahrungen

In einer größeren Zahl von Studien konnte gezeigt werden, dass bis zu drei Viertel aller Patienten mit einer Borderline-Störung Traumatisierungen im Sinne körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt erfahren haben (Herman et al. 1989; Widom et al. 2009; Zanarini et al. 2002). Bezogen auf die Lebenszeit fanden Sack et al. (2013) eine Vorgeschichte von Traumatisierungen einschließlich Vernachlässigung und emotionaler Gewalt sogar bei 96 % aller Borderline-Patienten. 48 % aller Frauen und 28 % aller Männer berichteten in dieser Studie über sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend; schwere körperliche Gewalt wurde von insgesamt 65 % aller Patienten angegeben.

Durch die neuere Forschung wird zunehmend die Bedeutung der *emotionalen Misshandlung* für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung hervorgehoben (Allen 2009; Golier et al. 2003; Lobbestael et al. 2010). Elterliche Verhaltensweisen wie wiederholtes Ängstigen, Bedrohen, Einsperren, Demütigen oder plötzliches emotionales Fallenlassen haben für die Entwicklung der Betroffenen kaum abzuschätzende zerstörerische Wirkungen, die noch über die schädigenden Auswirkungen direkter Gewalteinwirkung hinausgehen. Im Extremfalle tragen sie dazu bei, die Reifung der Persönlichkeit zu verhindern und schwere interpersonelle Abhängigkeiten auszubilden (Kalsched 1996). Diese Einflüsse sind schwer zu erfassen, zumal fließende Übergänge bestehen zu der Vielzahl kumulativer Schädigungen, die wir als *Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen* bezeichnet haben: wiederholte

Brüche von Bindungsbeziehungen, frühe Verluste von Bezugspersonen, inkonsistentes oder vernachlässigendes elterliches Verhalten, Situationen des Alleinseins und der fehlenden Geborgenheit oder andauernde Entwertungen und Überforderungen (Wöller 2013, S. 7 ff.).

Der Zusammenhang zwischen physischer, sexueller oder emotionaler Misshandlung und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeit darf nicht monokausal betrachtet werden. Schon die Tatsache, dass sich bei etwa 20 bis 45 % der Betroffenen diese Faktoren nicht in ihrer Vorgeschichte finden, spricht dagegen (Dulz u. Jensen 2011; Lewis u. Grenyer 2009; Sack et al. 2011). Dennoch kann nach neuerer Auffassung von einer kausalen Beziehung gesprochen werden, allerdings im Rahmen eines multifaktoriellen ätiologischen Modells, in das auch ungünstige elterliche Erziehungsstile, neurotische Störungsbilder in der Familie und strukturelle familiäre Belastungen wie z. B. die Trennung des Kindes von den Eltern als unabhängige kausale Faktoren eingehen (Ball u. Links 2009; Bandelow et al. 2005).

Verschiedene Studien der letzten Zeit unterstreichen die Bedeutung bindungstraumatischer Einflüsse in der Kindheit für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. So prädizierten neben Misshandlungserfahrungen auch ein unsicher-desorganisiertes Bindungsmuster, mütterliche Feindseligkeit, unzureichende Vaterpräsenz, allgemeiner familiärer Stress und grenzüberschreitende familiäre Verhaltensmuster unabhängig voneinander das spätere Auftreten einer Borderline-Störung (Carlson et al. 2009). In einer anderen Studie fand sich eine stärkere Ausprägung von Borderline-Symptomen in der Adoleszenz und im