

Borderline oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Alja Renk

Matrikel-Nr.: 16613

Psychologie II



**Hochschule
Ravensburg-Weingarten**

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	2
1.1	Persönliche Auseinandersetzung.....	2
1.2	Ziel der Arbeit.....	3
1.3	Persönlichkeitsstörungen allgemein.....	3
1.3.1	Definition.....	3
1.4	Definition der Borderline oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.....	3
2	Symptome der Borderline oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.....	4
2.1	Unterschiede in der Klassifizierung zwischen ICD-10 und DSM-IV.....	4
2.1.1	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung.....	4
2.1.2	Borderline Persönlichkeitsstörung.....	4
2.2	Symptome.....	4
2.2.1	Symptome nach DSM-IV.....	5
3	Epidemiologie und Komorbidität.....	6
3.1	Epidemiologie.....	6
3.2	Komorbidität.....	6
4	Ätiologie der Borderline Persönlichkeitsstörung.....	7
4.1	Objekt-Beziehungs-Theorie.....	7
4.2	Biologische Faktoren.....	7
4.3	Diathese-Stress-Theorie.....	8
4.4	Weitere Gedanken.....	9
5	Therapien der Borderline Persönlichkeitsstörung.....	11
5.1	Objekt-Beziehungs-Psychotherapie.....	11
5.2	Dialektische Verhaltenstherapie.....	12
5.3	Weitere Gedanken.....	13
5.4	Prognose.....	13
6	Schlusswort.....	14
7	Literaturverzeichnis.....	15

1 Einführung

1.1 Persönliche Auseinandersetzung

Auf Grund meines großen Interesses an der Persönlichkeitspsychologie habe ich mich bei dieser Arbeit für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline Persönlichkeitsstörung entschieden.

Im Laufe der Entwicklung eines Menschen festigen sich bestimmte Verhaltensmuster und es entwickelt sich eine gewisse Art, wie mit den Herausforderungen des Lebens umgegangen wird. Auch im Umgang mit anderen Menschen bildet sich ein bestimmter Stil heraus.

Der Psychologe William Moulton Marston (1893-1947) beschäftigte sich mit der Frage, welche Emotionen der „normale“ Mensch zeigt und wie sie sich unterscheiden lassen. Dabei stellte er fest, dass sich Menschen grundsätzlich in zwei Hinsichten unterscheiden:

- Menschen können sich gegenüber der Umwelt als stärker oder als schwächer einschätzen.
- Menschen können ihre Umwelt als ihnen freundlich bzw. feindlich gesonnen wahrnehmen.

Auf der Grundlage dieser Unterscheidung entwickelte Marston ein System zum Verständnis und zur Beschreibung menschlichen Verhaltens. Diese Muster lassen auf verschiedene Verhaltensdimensionen schließen, die heute als Dominanz, Initiative, Stetigkeit und Gewissenhaftigkeit bezeichnet werden.¹

Diese verschiedenen Dimensionen können das individuelle Verhalten unterschiedlicher Menschen erklären. So gibt es Personen, die herausforderndes oder teilweise sogar aggressives Verhalten zeigen. Des Weiteren sind manche eher scheu und gehen sozialen Kontakten bisweilen aus dem Weg, wobei andere sehr gesellig sind und es kaum alleine aushalten. Diese Verhaltensweisen sind aber ganz normal und es würde keine Störung der Persönlichkeit abgeleitet werden. Erst wenn Verhaltens- und Erlebensmuster für einen Menschen enorme Belastungen mit sich bringen und den Lebensalltag erheblich beeinträchtigen, kommt eine Persönlichkeitsstörung in Frage.

In Bezug auf die Borderline oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung stellen sich damit nun verschiedene Fragen, die im Laufe dieser Arbeit behandelt und beantwortet werden sollen:

- Wie wird die Borderline Persönlichkeitsstörung definiert?
- Welche Symptome zeigen sich bei dieser Störung?
- Wie kann eine solche Störung entstehen?
- Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?
- Wie hoch sind die Chancen zur Genesung?

¹ Gay 2005, 17

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist, die Borderline oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung zu beschreiben. Dabei werde ich auf Symptome, Verbreitung, Entstehung und auch Therapiemöglichkeiten eingehen.

1.3 Persönlichkeitsstörungen allgemein

1.3.1 Definition

Als **Persönlichkeitsstörungen** bezeichnet man krankheitsüberdauernde, festgefügte und unflexible Verhaltens- und Erlebensmuster, die tief in der Persönlichkeit verwurzelt sind und sichtlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen und unangepasst sind. Sichtbar wird dies durch die Art und Weise, wie jemand wahrnimmt, denkt und fühlt und wie er seine zwischenmenschlichen Beziehungen gestaltet. Die soziale und berufliche Funktions- und Leistungsfähigkeit wird dadurch meist beeinträchtigt, was dann zu subjektivem Leid und emotionaler Belastung führt.

! Persönlichkeitsstörungen entwickeln sich langfristig. Die ersten typischen Verhaltensweisen zeigen sich bereits in der Kindheit und verstärken sich in der Adoleszenz, bis sie im Erwachsenenalter dann endgültig als Persönlichkeitsstörung hervortreten.²

1.4 Definition der Borderline oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

Die Borderline oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein fortlaufendes Muster von Instabilität in sozialen Beziehungen, im Selbstbild und der Stimmung aus. Borderline Persönlichkeiten neigen darüber hinaus zum Substanzmissbrauch und zur Promiskuität. Äußere Anzeichen sind häufig Schnitt- und/oder Brandwunden an den Extremitäten, welche von autoaggressivem Verhalten herrühren. Diese Instabilitäten ziehen meist das persönliche Umfeld in Mitleidenschaft und beeinträchtigen so Alltag, langfristige Lebensplanung und das Selbstbild.

² Machleidt u. a. 2004, 104

2 Symptome der Borderline oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

2.1 Unterschiede in der Klassifizierung zwischen ICD-10 und DSM-IV

2.1.1 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, wie sie nach ICD-10 benannt ist, lässt sich in einen impulsiven Typus (F60.30) und einen Borderline-Typus (F60.31) unterteilen. Hauptmerkmal ist die Tendenz, Impulse ohne Rücksicht auf mögliche Handlungskonsequenzen, auszuagieren.³

Der Unterschied besteht darin, dass beim **impulsiven Typus** eine mangelnde Impulskontrolle im Vordergrund steht, die häufig zu Gewaltausbrüchen führt, welche dann für andere bedrohlich sind. Beim **Borderline-Typus** ist das Gegenteil der Fall. Hier drückt sich die Aggression in Form von Autodestruktion aus.

Der impulsive Typus tritt häufiger bei Männern auf, als bei Frauen. Der Borderline-Typus jedoch ist eindeutig bei Frauen überrepräsentiert.⁴

2.1.2 Borderline Persönlichkeitsstörung

Eine genauere Beschreibung der Störung lässt sich im DSM-IV finden.

Als erstes (und damit bedeutendstes) von insgesamt 9 Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird in dieser Aufzählung das verzweifelte Bemühen dieser Patienten hervorgehoben, die Erfahrung des Verlassenwerdens zu vermeiden, um sich nicht unversehens allein in einer als feindlich erlebten Welt vorzufinden.⁵

Ursprünglich beinhaltete der Begriff Borderline (Grenzlinie), dass sich der Patient an der Grenze zwischen Neurose und Psychose befindet. Im DSM hat das Konzept der Borderline Persönlichkeitsstörung jedoch diese Konnotation nicht mehr.⁶

2.2 Symptome

Persönlichkeitsstörungen beinhalten immer Verhaltensweisen, mit denen wir in gewisser Weise alle zu kämpfen haben. In einem bestimmten Maß kennt jeder Mensch die Angst vor dem Alleinsein und viele haben schon instabile Beziehungen erlebt. Auch Zornausbrüche, Stimmungsschwankungen und Selbstverletzungsgedanken kennt beinahe jeder. Allerdings sind nicht alle Menschen von diesen Symptomen so sehr betroffen, dass es ihr Leben stört oder erheblich

³ Vgl. Machleidt u. a. 2004, 105

⁴ Vgl. Machleidt u. a. 2004, 105

⁵ Machleidt u. a. 2004, 108

⁶ Davison und Neale 2002, 460

beeinträchtigt. Erst wenn solche Verhaltensmuster seit längerem bestehen, tiefgreifend und fehlangepasst sind, würde eine Störung diagnostiziert werden.

2.2.1 Symptome nach DSM-IV

Im Folgenden sollen die Symptome nach DSM-IV genauer erläutert werden. Hier werden 9 diagnostische Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung beschrieben. Diese Kriterien sind aus meiner Sicht stimmig und umfassend. Sie geben einen sehr guten Überblick über die Symptomatik dieser Persönlichkeitsstörung.

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden,
2. ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist,
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung,
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“),
5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten,
6. affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern),
7. chronische Gefühle von Leere,
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen),
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.⁷

⁷ Machleidt u. a. 2004, 108

3 Epidemiologie und Komorbidität

3.1 Epidemiologie

Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird (lt. DSM-IV) auf ca. 2% der Allgemeinbevölkerung geschätzt. In klinischen Populationen mit Persönlichkeitsstörungen liegt sie im Bereich von 30-60%. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird überwiegend (zu ungefähr 75%) bei Frauen diagnostiziert.⁸

3.2 Komorbidität

Borderline Patienten leiden häufig auch an affektiven Störungen. Zu dem wurde eine Komorbidität mit Substanzmissbrauch, posttraumatischen Belastungsstörungen und Essstörungen festgestellt.⁹

Im Allgemeinen ist eine spezifische Diagnose und Unterscheidung zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen nicht immer einfach, da viele Menschen mit solchen Störungen etliche Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, die mehrere Diagnosen zulassen.

⁸ Machleidt u. a. 2004, 108

⁹ Vgl. Davison und Neale 2002, 460

4 Ätiologie der Borderline Persönlichkeitsstörung

Über die Ursachen zur Entstehung der Borderline Persönlichkeitsstörung gibt es verschiedene Ansichten und Ansätze. Ich möchte im Besonderen drei dieser Ansichten näher beleuchten.

4.1 Objekt-Beziehungs-Theorie

Bei der Objekt-Beziehungs-Theorie handelt es sich um eine wichtige Variante der psychoanalytischen Theorie. Sie befasst sich damit, wie sich Kinder mit Menschen identifizieren, an die sie emotional stark gebunden sind.

Diese introjizierten Menschen (Objektrepräsentationen) werden ein Teil des Ego, können jedoch mit den Wünschen, Zielen und Idealen des Heranwachsenden in Konflikt geraten.¹⁰

Die Vertreter der Objekt-Beziehungs-Theorie gehen davon aus, dass Menschen auf ihre Welt entsprechend ihren Beziehungserfahrungen mit wichtigen Menschen aus ihrer Vergangenheit (vor allem ihren Eltern oder wichtigsten Bezugspersonen) reagieren. Manchmal stehen diese Erfahrungen im Gegensatz zu ihren eigenen Wünschen und Interessen.¹¹

Kernberg (1985) vermutet, dass schädliche Erfahrungen in der Kindheit – z. B. wenn Eltern Liebe und Aufmerksamkeit auf widersprüchliche Weise geben, vielleicht Erfolge loben, aber unfähig sind, emotionale Unterstützung und Wärme zu geben – dazu führen, dass das Kind ein unsicheres Ego, das wichtigste Merkmal der Borderline Persönlichkeitsstörung, entwickelt.¹²

Viele Borderline-Patienten berichten, dass ihre Mütter sich wenig um sie gekümmert haben. Sie empfinden ihre Familien als emotional ausdruckslos, mit wenig Zusammenhalt und sehr konfliktgeladen. Häufig liegt körperlicher oder sexueller Missbrauch in der Kindheit vor und die Betroffenen wurden in vielen Fällen in der Kindheit von ihren Eltern getrennt.¹³

Die Objekt-Beziehungs-Theorie scheint mir sehr plausibel zu sein. Da ich die beschriebenen familiären Situationen bei Patienten beobachten konnte, bin ich überzeugt, dass dieser Ansatz, wobei ich eine multifaktorielle Genese für am wahrscheinlichsten halte.

4.2 Biologische Faktoren

Auf Grund eines gehäuftten Auftretens der Borderline Persönlichkeitsstörung innerhalb von Familien, geht man davon aus, dass es eine genetische Komponente bei der Entstehung der Störung gibt.

¹⁰ Davison und Neale 2002, 461

¹¹ Davison und Neale 2002, 461

¹² Davison und Neale 2002, 461

¹³ Vgl. Davison und Neale 2002, 461

Einige lassen auf eine beeinträchtigte Funktionsweise der Frontallappen schließen, von denen oft angenommen wird, dass sie bei impulsivem Verhalten eine Rolle spielen. Beispielsweise schneiden Borderline Patienten in neurologischen Tests zur Überprüfung der Funktionsweise der Frontallappen schlecht ab, und ihr Glukosestoffwechsel in den Frontallappen ist niedrig (Goyer et al., 1994; Van Reekum et al., 1993).¹⁴

Des Weiteren wird angenommen, dass ein niedriger Spiegel des Neurotransmitters Serotonin mit Impulsivität zusammenhängt, ging die Wut bei Borderline Patienten zurück, nachdem ihnen ein Medikament zur Erhöhung des Serotoninspiegels verabreicht wurde.¹⁵

Das gehäufte Auftreten der Borderline Persönlichkeitsstörung in Familien könnte allerdings zu einem gewissen Teil auch an einem weitergegebenen Stil des Familienlebens liegen, da Kinder normalerweise später mit ihren eigenen Kindern ähnlich umgehen, wie ihre Eltern mit ihnen selbst umgegangen sind. Dies könnte meiner Meinung nach aus Sicht der Objekt-Beziehungs-Theorie für eine Weitergabe der Störung innerhalb von Familien sprechen. Trotzdem hat die Forschung nach biologischen Ursachen der Borderline Persönlichkeitsstörung sehr interessante und wichtige Anhaltspunkte hinsichtlich des impulsiven Verhaltens erbracht.

4.3 Diathese-Stress-Theorie

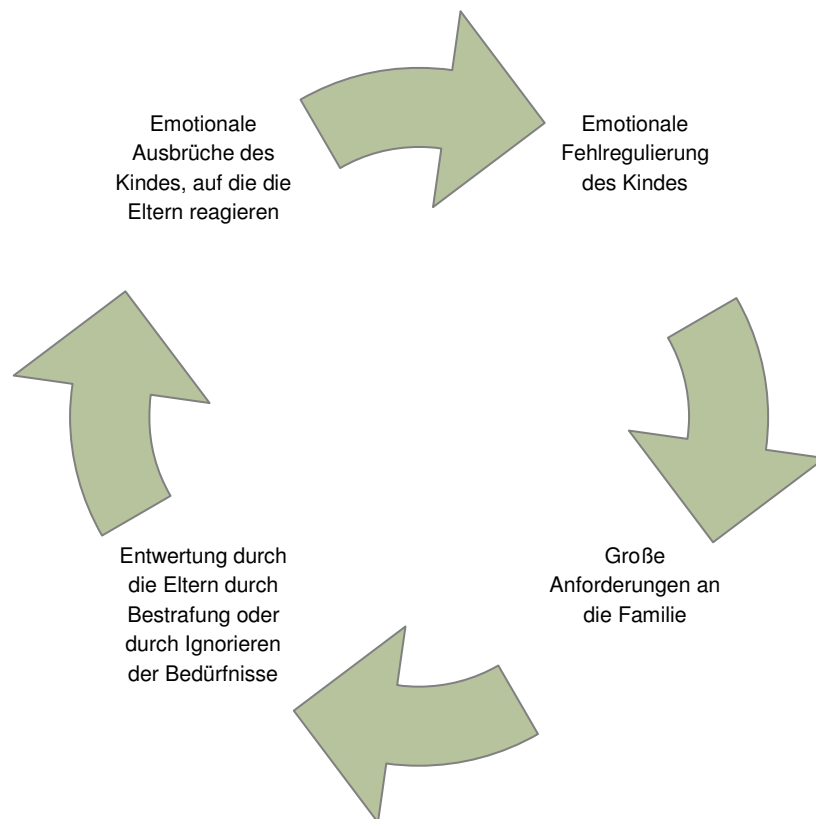
Nach Linehan kommt es zu einer Borderline Persönlichkeitsstörung, wenn Menschen mit einer biologischen (möglicherweise einer genetischen) Diathese – der Schwierigkeit, ihre Emotionen zu kontrollieren – in einer familiären Umgebung aufwachsen, die sie entwertet. Das heißt, eine Diathese für eine emotionale Fehlregulierung kann mit Erfahrungen interagieren, die das sich entwickelnde Kind entwerten, was dann zu einer Borderline Persönlichkeit führt.

Eine entwertende Umgebung liegt dann vor, wenn nicht auf die Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle der Betroffenen eingegangen wird. Bemühungen die eigenen Gefühle auszudrücken werden nicht beachtet und respektiert, manchmal sogar bestraft. Die schlimmste Form der Entwertung ist sexueller oder körperlicher Missbrauch des Kindes. In solchen Fällen ist es häufig so, das z. B. der Vater zu dem Kind sagt, dass er es liebt, es aber trotzdem verletzt und damit droht es noch mehr zu verletzen, wenn es etwas sagt.

¹⁴ Davison und Neale 2002, 462

¹⁵ Vgl. Davison und Neale 2002, 462

Das folgende Schaubild soll die Dynamik der Wechselwirkung der beiden wichtigsten Faktoren in Linehans Theorie – der Fehlregulierung und der Entwertung – darstellen:



Ein wichtiger Anhaltspunkt, der für Linehans Theorie spricht, ist der körperliche und sexuelle Missbrauch in der Kindheit; er findet sich bei Borderline Persönlichkeiten häufiger als bei Patienten der meisten anderen Diagnosen (Herman et al., 1989)¹⁶

4.4 Weitere Gedanken

Zur Erklärung insbesondere der dissoziativen Symptome wird angeführt, dass Borderline-Patienten überwiegend eine durch schweren körperlichen und / oder sexuellen Missbrauch belastete Kindheit erlebt haben. Die dissoziativen Symptome sind vor diesem Hintergrund vor allem als unbewusste Versuche zu verstehen, die Erinnerungen an diese traumatischen Erfahrungen abzuspalten und auf diese Weise eine Realität zu konstruieren, die nicht mit diesem Trauma belastet ist.¹⁷

! Schwere dissoziative Symptome, Selbstverletzungen und massive Angst vor dem Alleinsein, die von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet werden, deuten in der Regel auf eine traumatische, durch körperlichen und / oder sexuellen Mißbrauch belastete Kindheit hin.¹⁸

¹⁶ Davison und Neale 2002, 462

¹⁷ Machleidt u. a. 2004, 108

¹⁸ Machleidt u. a. 2004, 108

Diese dissoziativen Symptome habe ich in Begegnungen mit Borderline Patienten immer wieder erlebt. Häufig wissen diese Menschen nicht sicher, ob sie z. B. sexuell missbraucht wurden oder nicht. Sie erinnern sich immer wieder an bestimmte Situationen aus der Vergangenheit, können aber nicht mit Gewissheit sagen, ob diese Dinge tatsächlich geschehen sind. Diese Ungewissheit führt dann bei den Patienten häufig zu weiteren Problemen. So kann es geschehen, dass z. B. Freunde oder auch die Familie den Eindruck haben, der Patient würde sich diese Erlebnisse nur einbilden oder sogar lügen, um Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Es ist in solchen Situationen sehr schwierig herauszufinden, was tatsächlich geschehen ist. Jedenfalls scheinen hier sehr starke Verdrängungsmechanismen zu wirken, die die Borderline Patienten in starke innere Zerrissenheit bringen.

Vulnerabilitätstheorie. Eine weitere Möglichkeit, die die Entstehung der Borderline Persönlichkeitsstörung erklären könnte, ist die Vulnerabilitätstheorie. Diese wird beispielsweise auch in den kognitionstheoretischen Erklärungsansätzen verwendet und geht von einer Vulnerabilität der Betroffenen aus, die genetisch, biologisch und umweltbedingt ist.¹⁹

Diese Sichtweise ist einleuchtend, da sie verschiedene Ansätze in sich vereint. Dies spricht meiner Meinung nach für eine multifaktorielle Genese der Störung. Durch die verschiedenen Einflüsse und Aspekte, die auch schon in den einzelnen erläuterten Ansätzen behandelt wurden, entsteht eine Vulnerabilität (Verletzlichkeit), die dann zu einer Borderline Persönlichkeitsstörung führen kann.

¹⁹ Vgl. Machleidt u. a. 2004, 110

5 Therapien der Borderline Persönlichkeitsstörung

Im Folgenden möchte ich auf mögliche Therapieformen zur Intervention bei der Borderline Persönlichkeitsstörung eingehen. Grundsätzlich ist es sehr schwierig, Patienten mit dieser Störung zu begegnen und sie therapeutisch zu begleiten, da es diesen Persönlichkeiten sehr schwer fällt, Vertrauen zu gewinnen und dieses aufrecht zu halten.

Kaum ein Patient ist eine größere therapeutische Herausforderung als ein Patient mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Die Probleme, die diese Menschen mit anderen haben, wiederholen sich im Behandlungszimmer.²⁰

Solche Patienten schwanken abwechselnd von der Idealisierung des Therapeuten bis zur Diffamierung. Daher muss sich der Therapeut sehr sensibel an die Person herantasten und darauf achten, dass er nicht zum falschen Zeitpunkt zu tief in die Problematik hineingeht.

Suizidalität. Bei Borderline Persönlichkeiten besteht zwar immer ein ernsthaftes Suizidrisiko, jedoch ist es oft schwierig, zu unterscheiden, ob in einer bestimmten Situation tatsächlich ein Hilfeschrei vom Patienten ausgeht, oder ob es sich nur um eine manipulierende Geste handelt, um den Therapeuten zu testen und zu sehen, ob ihm wirklich etwas an ihm liegt.

Pharmakotherapie. Bei der Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung wurden bisher hauptsächlich Antidepressiva und Neuroleptika eingesetzt. Allerdings können Antidepressiva kaum empfohlen werden und Neuroleptika zeigen nur mäßige Wirkung auf die Ängste, die Suizidalität und psychotische Symptome der Patienten. Auf Grund der Neigung zum Drogenmissbrauch bei diesen Patienten ist erhöhte Vorsicht bei medikamentösen Behandlungen von höchster Bedeutung.²¹

5.1 Objekt-Beziehungs-Psychotherapie

Die Objekt-Beziehungs-Theorie befasst sich damit, dass Kinder sich mit Menschen identifizieren, an die sie stark gebunden sind. Kernberg, ein wichtiger Vertreter dieser Theorie geht davon aus, dass Borderline Persönlichkeiten ein schwaches Ego aufweisen und daher große Schwierigkeiten haben, mit der Regression umzugehen, die bei der psychotherapeutischen Behandlung auftritt. Auf Grund dieses schwachen Egos reagieren die Patienten mit Spaltung und Dichotomisierung, also auch ein aufteilen in Schwarz und Weiß. Daher ist das vorrangige Ziel des Ansatzes Kernbergs, das Ego des Patienten zu stärken.

Die verwendeten Verfahren sind grundsätzlich interpretierend – d. h., der Therapeut arbeitet heraus, auf welche Weise der Patient seine Emotionen und sein Verhalten durch Abwehrmechanismen wie die Spaltung reguliert.²²

²⁰ Davison und Neale 2002, 475

²¹ Vgl. Davison und Neale 2002, 476

²² Davison und Neale 2002, 476

Kernbergs Vorgehen ist direkter als das der meisten anderen Analytiker. Er erläutert dem Patienten nicht nur sein Abwehrverhalten, sondern macht auch konkrete Vorschläge für angepasste Verhaltensweisen und weist ggf. einen Patienten, dessen Verhalten für sich selbst oder für andere gefährlich wird, in die Klinik ein.²³

Die Ergebnisse einer Langzeitstudie haben zudem auch ergeben, dass sich die klassische Psychoanalyse nicht für die Behandlung dieser Störung eignet, was Kernbergs Ansicht bekräftigt.²⁴

Die Objekt-Beziehungs-Therapie setzt meiner Meinung nach genau da an, wo die Wurzel des Problems liegt, nämlich das schwache Ego. Gelingt es dem Therapeuten dieses zu stärken, kann mit Sicherheit positive Veränderung erwartet werden. Allerdings denke ich, dass die direkte Vorgehensweise beim Patienten – auf Grund dessen Empfindlichkeit – auch auf Widerstand stoßen kann.

5.2 Dialektische Verhaltenstherapie

Die dialektische Verhaltenstherapie wurde von Marsha Linehan entwickelt und verbindet klientenzentrierte Empathie mit verhaltensorientierter Problemlösung und dem Training sozialer Fertigkeiten.

Linehan verwendet den Begriff „dialektisch“, um die scheinbar paradoxe Haltung zu beschreiben, die der Therapeut einem Patienten gegenüber einnehmen muss. – Er muss ihn annehmen, wie er ist, und ihm gleichzeitig helfen, sich zu ändern. Linehan verwendet den Begriff auch in dem Sinne, dass der Patient zu der Einsicht gelangt, dass er die Welt nicht in Schwarz und Weiß aufteilen muss, sondern eine Synthese scheinbarer Gegensätze erreichen kann.²⁵

Diese Therapiemöglichkeit konzentriert sich auf drei allgemeine Ziele:

1. Die Borderline Persönlichkeit soll lernen, ihre extreme Emotionalität zu modulieren und ihre Verhaltensweisen zu kontrollieren;
2. sie soll lernen, das Gefühl der Verzweiflung zu tolerieren;
3. sie soll lernen, ihren eigenen Gedanken und Emotionen zu trauen.²⁶

Empathie und uneingeschränkte Akzeptanz dem Patienten gegenüber stehen im Mittelpunkt der dialektischen Verhaltenstherapie.

Dabei soll der Therapeut auf empathische Weise versuchen, ihre verzerrten Überzeugungen mit einer sachlichen Einstellung gegenüber ihrem suizidalen und anderweitig dysfunktionalen Verhalten zu bewerten. Der kognitiv-verhaltensorientierte Aspekt der Behandlung besteht darin, dem Patienten bei der

²³ Davison und Neale 2002, 476

²⁴ Vgl. Davison und Neale 2002, 476

²⁵ Davison und Neale 2002, 477

²⁶ Davison und Neale 2002, 476 f.

Lösung von Problemen zu helfen. Er soll sich wirksamere und sozial akzeptable Möglichkeiten aneignen, mit alltäglichen Problemen umzugehen und seine Emotionen zu kontrollieren.²⁷

In einer Studie über die Wirksamkeit von Interventionen bei Borderline Persönlichkeitsstörungen konnte eine klare Überlegenheit der dialektischen Verhaltenstherapie gegenüber herkömmlichen Behandlungen festgestellt werden.

In folgenden Parametern wurde eine deutliche Überlegenheit festgestellt: Absichtliches selbstschädigendes Verhalten einschließlich Selbstmordversuchen, Zahl der Behandlungsabbrüche und Zahl der Klinikaufenthalte.²⁸

Auch die dialektische Verhaltenstherapie klingt sehr überzeugend und die Zahlen der Studie über die Wirksamkeit sprechen für diesen Ansatz. Besonders gefällt mir hier die Grundhaltung, den Patienten so anzunehmen, wie er ist und ihm trotzdem zu helfen, sich zu verändern. Ich glaube, dass diese Haltung besonders bei Borderline Patienten ungeahnte Ressourcen und Kräfte freisetzt.

5.3 Weitere Gedanken

Aus meiner Sicht widersprechen sich die Objekt-Beziehungs-Therapie und die dialektische Verhaltenstherapie nicht grundsätzlich. Beide Ansätze gehen auf die wichtigen Entstehungsmerkmale der Borderline Persönlichkeitsstörung ein und könnten in Teilaspekten evtl. auch gut miteinander verknüpft werden.

Machleidt u. a. unterscheiden allerdings zwischen aufdeckend orientierten und zudeckend orientierten Psychotherapieverfahren. Eine aufdeckend orientierte Psychotherapie setzt voraus, dass der Patient zur therapeutischen Ich-Spaltung fähig ist. Das heißt, dass er auch in Zuständen tiefer Regression oder von Wut, Verzweiflung oder Misstrauen gegenüber dem Analytiker die Fähigkeit zur Selbstreflexion aufrechterhalten kann. Der Patient muss außerdem eine ausreichende Ich-Stärke besitzen, um die mit einer aufdeckenden Therapie verbundenen negativen Gefühle (Angst, Wut, Depression, Scham und Schuld) zu ertragen.²⁹

Im einzelnen Fall könnte dies bedeuten, dass die eher aufdeckende Objekt-Beziehungs-Therapie für solche Patienten, die unter der Belastung einer aufdeckend orientierten Psychotherapie keine therapeutische Ich-Spaltung aufrechterhalten können, nicht so sehr geeignet ist. Trotzdem ist es meiner Meinung nach in jedem Fall sinnvoll, das Ego des Patienten zu stärken.

5.4 Prognose

Die Prognose ist nicht günstig; in einer Folgeuntersuchung nach sieben Jahren litten noch etwa 50 Prozent einer Stichprobe an der Störung.³⁰

²⁷ Vgl. Davison und Neale 2002, 477

²⁸ Vgl. Davison und Neale 2002, 478

²⁹ Vgl. Machleidt u. a. 2004, 154

³⁰ Links 1998, in Davison und Neale 2002, 460

6 Schlusswort

Bei der Borderline oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein sehr interessantes Thema und es hat mir viel Freude gemacht mich intensiv damit auseinanderzusetzen.

Ob sich nun durch widersprüchliche Liebe und Aufmerksamkeit von Seiten der Eltern ein unsicheres Ego entwickelt hat, oder die Störung durch Wechselwirkung zwischen einem Mangel an emotionaler Regulierung und entwertendem familiären Umfeld entsteht, eins ist sicher: Die Ursache für die Entstehung der Borderline Persönlichkeitsstörung liegt zu einem sehr großen Teil an einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung.

Borderlinepatienten haben sich in ihrer Beziehung zu den Eltern oft als ohnmächtig erlebt und leiden auch im Erwachsenenalter unter der Spannung zwischen Macht und Ohnmacht, die in Beziehungen immer auftreten kann. Sie neigen dann auch dazu, entweder eine Machtposition einzunehmen, oder in die Opferrolle zu schlüpfen, in der sie dann wieder, wie in der Kindheit, diese Ohnmacht erleben. Daher kommt es unter anderem, dass es Borderline Persönlichkeiten sehr schwer fällt, Beziehungen langfristig so zu gestalten, dass keiner der Beteiligten darunter leidet.

Den Patienten fällt es außerdem sehr schwer, anderen Menschen zu vertrauen. Dies stellt den Therapeuten vor eine schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe, denn auch dieser führt eine Beziehung zum Patienten. Würde es nun dem Therapeuten gelingen, eine sehr verlässliche und wertschätzende Beziehung zu dem Patienten aufzubauen, ohne dass ein Abhängigkeitsverhältnis entsteht, könnte der Patient lernen, neues Vertrauen in seine Mitmenschen gewinnen. Wird nun das Selbstbewusstsein gestärkt, und dem Patienten vermittelt, dass das Verhalten seiner Mitmenschen, nicht nur als „gut“ und „böse“ einzuordnen ist, wäre schon ein großer Schritt in Richtung Genesung getan.

Leider sieht die Prognose für diese Persönlichkeitsstörung nicht besonders gut aus, wobei es immer mehr Belege gibt, die für die Nützlichkeit der dialektischen Verhaltenstherapie sprechen.³¹

Die völlige Annahme des Patienten mit der gleichzeitigen Hilfe zur Veränderung öffnet bei dieser Therapieform eine Tür, durch die Besserung in das Leben der Patienten kommen kann.

³¹ Vgl. Davison und Neale 2002, 481

7 Literaturverzeichnis

Davison G. C. & Neale J. M. (2002): Klinische Psychologie. Weinheim

Gay F. (2005): Das DISG Persönlichkeitsprofil. Persönliche Stärke ist kein Zufall.
Remchingen

Machleidt M. u. a. (2004): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart