

# Die Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung - das “Borderline-Syndrom”

Ein Überblick mit allgemeiner Diskussion

Vorge stellt in der intego-gGmbH

Mi. 19.01.2011

# Inhalt des Vortrags:

- Was heißt eigentlich “Borderline-Syndrom”?
- Ist das nicht nur eine neue Mode?
- Was macht denn ein “Borderliner” so? Warum wird man mit “Borderline” behandelt wie ein Aussätziger?
- Woher kommt das überhaupt?
- Was kann man tun? Wie verläuft ein “Borderline-Syndrom” normalerweise?

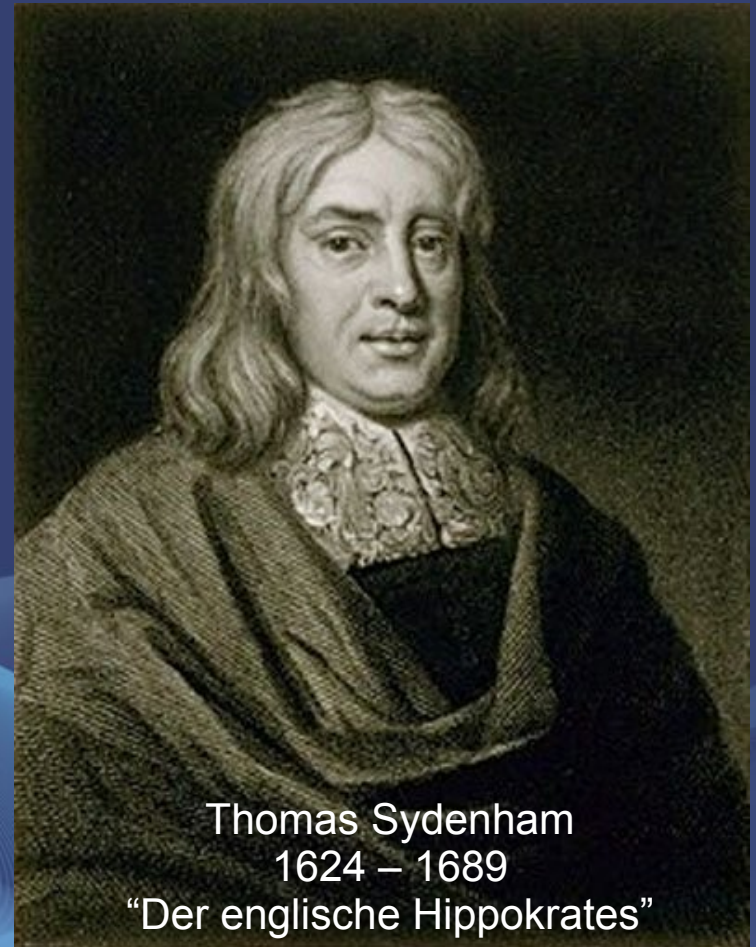
# Was heißt eigentlich “Borderline-Syndrom”?

- Man unterschied in der Psychiatrie (z.T. auch heute noch) Störungen u.a. (sehr grob) als
  - **Neurose** (i.S. von erlernten / entwickelten Verhaltensabweichungen, eher beeinflussbar)
  - **Psychose** (tiefgreifende psych. Störungen mit z.B. deutlichem Verlust des Realitätsbezugs)
- Einige Patienten befanden sich scheinbar auf der “**Grenzlinie**” zwischen beiden Befindlichkeiten → also auf der “Border-Line”. Die charakteristischen Symptome wurden in den Leitlinien der Psychiater zusammengefasst.

# Ist das nicht nur eine neue Mode? Das gab's doch früher nicht!

Die erste Beschreibung von Patienten, die man durchaus i.S. eines Borderline - Verhaltens auffassen könnte findet sich in:

„Dissertatio epistolaris (Dissertation on the Letters), on the treatment of confluent smallpox and on hysteria“, adressiert an Dr. William Cole in Worcester (1682).



Thomas Sydenham  
1624 – 1689

“Der englische Hippokrates”

# Beschreibung von 1682

„Es liegt in der Natur der Erkrankung, daß sie mit einer unheilbaren Verzweiflung einher geht, so daß sie [die Patienten] in Zorn geraten, wenn man von Hoffnung spricht; sie bilden sich mit Leichtigkeit ein, daß alles Unheil, das der Menschheit zu Teil werden kann, sie befällt, und sagen sich selbst das größte Unglück voraus.

Bei **geringstem Anlaß** frönen sie der Wut, dem Ärger, Neid und Mißtrauen und anderen schlechten Leidenschaften; zugleich meiden sie Freude, Hoffnung und Fröhlichkeit, die, sollten sie denn einmal auftreten, **nur kurz anhalten und schnell vergehen**, wobei sie aber den Geist **genau so verstören** wie die depressiven Gedanken, so daß sie nie das Mittelmaß wahren und nur **konstant in der Inkonstanz** sind.

Sie lieben die gleichen Personen außerordentlich zu einer Zeit und hassen sie **kurz danach ohne Grund**; in diesem Moment wollen sie das eine tun, dann ändern sie ihre Meinung und tun das Gegenteil, ohne es zu vollenden. Ihr Verstand ist so erregt, daß sie nie Ruhe finden.“ → T. Sydenham.

# Was macht denn ein “Borderliner” so?

Die wichtigsten Symptombeschreibungen im Überblick

## Impulsivität

**Unberechenbares** Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen  
Häufige **Streitereien**, insbesondere im familiären / Partnerschaft  
Kann **schlecht „durchhalten“**, wenn keine Belohnung unmittelbar folgt  
Unbeständige, unberechenbare Stimmung  
Explosiver Zorn / **Wutausbrüche**

## Instabilität

Häufiges Wechseln der Stimmung, z.T. **nach geringsten Anlässen**  
Häufiges Trennen / Versöhnen / **Beziehungskrisen**

## Gefühlsstörungen

Ziele und eigene Präferenzen (z.T. auch sexuelle) **unscharf**  
Chronisches Gefühl **innerer Leere**  
Angst vor dem **Verlassensein** / Alleinsein  
Suizidale Impulse, parasuizidales Verhalten, **SVV** und SVV-Ersatzverhalten  
Austesten der Tragfähigkeit einer Beziehung, Suche nach **Liebesbeweisen**  
Hochgradige **Empfindsamkeit**, dabei geringe bewußte Eigenwahrnehmung  
Häufigkeit „Status Quo“ bekannt: „Wie fühlst du dich?“ - „Keine Ahnung“

# Warum werden solche Patienten häufig schlecht behandelt?

Viele Therapeuten / Einrichtungen machen sich Sorgen wegen:

- z.T. dramatischen Verhaltensweisen, Selbstverletzungen, **Suizidalität**, Wutausbrüchen → **Überforderung** eines nicht darauf eingerichteten Hilffsystems
- Forensische Gründe, Sorge von Therapeuten und Hilfspersonal bzgl. Suizidalität und Selbstverletzungen
- Wenig **Identifikation** nicht Betroffener, da es einen selbst „nicht mehr erwischen kann“ → Anders als bei z.B. Demenz
- Starke Betonung des Beziehungsaspekts erfordert souveränes **Nähe-Distanz**-Handling des Therapeuten
- Häufige **Behandlungsabbrüche** gehören praktisch zwingend zur Diagnose → Frustration der Helfer, Resignation, Zynismus

# Woher kommt das denn?

- In der Person liegende Gründe:
  - Vielleicht biolog. Grundlage (**Gefühlswahrnehmung**, -dauer, -intensität)?
  - Hohe Empfindsamkeit / Emotionale **Verletzlichkeit**, dabei schlechte Gefühlsdifferenzierung
- Im Umfeld liegende Gründe:
  - **Traumatische** Erfahrungen, traumaähnliche Erfahrungen im familiären Bereich
  - **Invalidierendes** Umfeld → s. Nächste Seite

# Invalidierendes Umfeld

- Invalidierend heißt **entwertend**
- Gefühlsäußerungen oder -wahrnehmungen des Kindes werden bestraft, verhöhnt, als unzutreffend erklärt:  
Im Sinne von: „Das tut mir weh!“ - „Halt still, das kann gar nicht weh tun!“
- Die Gefühlsäußerungen des Kindes werden **umgedeutet**: „Du bist gar nicht traurig, sondern wütend, weil du nicht deinen Willen kriegst“
- Auch in anderen Lebenslagen werden Wahrnehmungen, Handlungen und Absichten umgedeutet (Freunde, Beziehung zu Verwandten, Musik- und Kleidung, Sozialverhalten) → Kommunikation über „**Du-Botschaften**“ sehr häufig und problematisch.
- Häufig führt dies zu einer Ablehnung des Kindes **als Person**, statt einer Ablehnung der evtl. tatsächlich problematischen Verhaltensweisen; später „**internalisiert**“ das Kind die Invalidierung.  
→ Evtl. daher (insbesondere nach Traumatisierung) fühlt sich ein Kind den Eltern gegenüber machtlos, liebebedürftig, verängstigt und haßerfüllt **zugleich oder im raschen Wechsel**. Später ist die Gefahr groß, selbst so zu erziehen.

# Therapie allgemein

- Gesprächs- und Gruppentherapie: Es liegt in der Natur der Störung, daß die therapeutische Beziehung turbulent verläuft → Erfahrung des Therapeuten und der Einrichtung (z.B. Pflegepersonal!) nötig.
- In schwerwiegenden Fällen ist eine Medikamentöse Therapie möglich u. ggf. nötig; die Wirkung ist z.T. sehr unterschiedlich und wird auch mitunter überschätzt.
- Akute Krisen: „Intervention“ auf psychiatrischen Stationen → Suizidverhinderung, Gelegenheit zur Beruhigung der Betroffenen.

# Hilfreiche Techniken bei der Therapie

- Wichtig ist eine Therapieform, bei der das Empfinden des Patienten **validiert** (!) wird. Ein Kernproblem bei der Therapie ist der Widerspruch zwischen „Du mußt Dich ändern“ und „Du bist OK“. → Therapie kann sonst von vorneherein invalidierend erlebt werden.
- Problematische Verhaltensweisen (SVV) werden von der Person **getrennt**; diese können problematisiert werden, nicht aber die Person!
- Die „Regeln“, nach denen eine Therapie stattfinden kann und evtl. beendet werden muß, werden **vorher** festgelegt, nicht hinterher.
- Es sollte ein klares Krisenkonzept geben, das **schriftlich** festgehalten und von allen (vor allem dem Patienten!) akzeptiert wird.
- Therapie macht der Patient, nicht der Therapeut! → Keine Therapie „weil die Familie das so will“ / „weil mich der Richter schickt“ o.ä.

# In der Therapie können:

- Ein Bündel an Maßnahmen für **Krisen** erarbeitet werden
  - dem Pat. **schädliche Eigenanteile** aufgezeigt werden (selbst - invalidierung, dysfunktionales Denken u.a.)
  - Die **Eigenwahrnehmung** gefördert werden
  - Die **Streßtoleranz** erhöht werden
  - Der **Umgang mit Gefühlen** geübt werden
  - **zwischenmenschliche Fertigkeiten** geübt werden
  - Die Pflege des **Selbstwertgefühls** vermittelt werden
- Bestandteile der **DBT**

# Die Medikamentöse Therapie

- 3 Medikamentengruppen sind am Wichtigsten:
  - Die Stimmung **stabilisierende** Medikamente (Li+, Valproat, Carbamazepin, Lamotrigin), z.T. erhebliche UW → Einstellung nur durch erfahrene Ärzte
  - **Antidepressiv** wirkende Medikamente (etliche); alleine oft nicht durchschlagend wirksam, am Besten bei begleitender depressiver Symptomatik.
  - **Beruhigende** Medikamente (hauptsächlich im Akutbereich, z.T. Suchtpotential)

# Wie ist der Verlauf?

- Während der „heißen Phase“ der BPS ist **Suizidalität** das größte Problem; die Suizidrate ist auch im Vergleich zu anderen psych. Erkrankungen hoch.
- Je nach Schwere, Therapieverlauf und Umfeld des Patienten ist eine deutliche Besserung möglich, zudem nimmt die akute Symptomatik mit **zunehmendem Alter** deutlich ab.
- Häufig kommen erschwerend andere Faktoren hinzu: **Traumatisierung**, Depressionen, körperliche Erkrankungen, Entgleiten des Sozialgefüges etc. → berücksichtigen, differenziert therapieren, **realistische Erwartungen** pflegen.

Vielen Dank!