



Leseprobe

Jerold J. Kreisman, Hal Straus
Ich hasse dich - verlass mich nicht

Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit - Der Longseller komplett aktualisiert und erweitert

Bestellen Sie mit einem Klick für 28,00 €



Seiten: 416

Erscheinungstermin: 27. Juni 2022

Mehr Informationen zum Buch gibt es auf

www.penguinrandomhouse.de

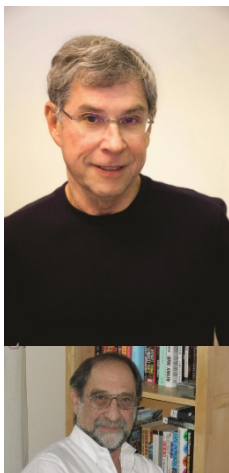
Inhalte

- Buch lesen
- Mehr zum Autor

Zum Buch

Zerrissen zwischen Extremen

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit leiden unter extremen Stimmungsschwankungen und der ständigen Angst, verlassen zu werden. **Fundiert und verständlich erklärt** der führende Experte Jerold J. Kreisman zusammen mit Hal Straus anhand **zahlreicher Fallbeispiele**, wie das Borderline-Syndrom entsteht, wie es sich auf Betroffene und Angehörige auswirkt und wie man damit umgeht. Dabei enthält dieses erneut **komplett überarbeitete und aktualisierte Standardwerk** die **neuesten Forschungsergebnisse** und **weiterentwickelte Therapieansätze**. Von Borderline Betroffene, die früher als »unheilbar« galten, haben heute eine echte Chance, gut damit zu leben.



Autor

Jerold J. Kreisman, Hal Straus

Dr. med. Jerold J. Kreisman ist Psychiater und einer der weltweit führenden Experten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit über 40-jähriger Erfahrung auf diesem Gebiet. Er gründete eine der ersten Betreuungseinrichtungen für Borderline-Patienten weltweit und führt eine Privatpraxis in St. Louis, Missouri. Der Autor betreibt einen Blog für Psychology Today und hält seit Jahrzehnten Vorträge in den gesamten USA und auch im Ausland. Sein

JEROLD J. KREISMAN / HAL STRAUS

**ICH HASSE DICH
VERLASS MICH NICHT**

Jerold J. Kreisman
Hal Straus

**ICH HASSE
DICH
VERLASS MICH
NICHT**

Die schwarzweiße Welt der
Borderline-Persönlichkeit

Aus dem Amerikanischen von Beate Gorman,
Palm Cove, Queensland/Australien

Kösel

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel *I Hate You – Don't Leave Me. Understanding the Borderline Personality* bei TarcherPerigee, einem Imprint der Penguin Publishing Group.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This edition published by arrangement with TarcherPerigee, an imprint of Penguin Publishing Group, a division of Penguin Random House LLC.

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten, so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung, da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.

Die Geschichten am Anfang der meisten Kapitel und alle andere Fallbeispiele im Buch wurden auf der Basis unterschiedlicher Fallgeschichten entwickelt. Jede Ähnlichkeit mit lebenden oder toten Personen ist nicht beabsichtigt und rein zufällig.

Alle Methoden, Hinweise, Ratschläge und Vorschläge in diesem Buch sind von den Autoren sorgfältig geprüft worden. Sie ersetzen jedoch keine ärztliche Abklärung. Für eine korrekte Diagnose und entsprechende Behandlung muss stets ein Arzt aufgesucht werden. Eine Haftung vonseiten der Autoren oder des Verlags wird ausdrücklich ausgeschlossen.



Penguin Random House Verlagsgruppe FSC® N001967

Copyright © 2021, 2010 by Jerold J. Kreisman, MD & Hal Straus

Copyright © 2022, 2012 Kösel-Verlag, München,

in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,

Neumarkter Str. 28, 81673 München

Umschlaggestaltung: Weiss Werkstatt München

nach einer Idee der Agentur Kaselow Design, München

Redaktion: Imke Oldenburg, Bremen

Fachliche Beratung: Mihrican Özdem, Landau

Satz: Satzwerk Huber, Germering

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-466-34784-1

www.koesel.de

Wie immer für Doody

Inhalt

Danksagung	9
Vorwort	10
1. Die Welt der Borderline-Persönlichkeitsstörung	13
Die demografische Eingrenzung	20
Wie Ärzte psychiatrische Erkrankungen diagnostizieren....	23
Spaltung: Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit.....	30
Stürmische Beziehungen	32
Probleme im Beruf.....	33
Eine »Frauenkrankheit«?	34
Borderline-Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen Altersgruppen	35
Sozioökonomische Faktoren	36
Geografische Grenzen	37
Borderline-Verhalten bei berühmten Persönlichkeiten und Romanfiguren	38
Fortschritte in der Forschung und Behandlung.....	40
Die Frage der Borderline-»Pathologie«	41
2. Chaos und Leere.....	43
Borderline: Eine Persönlichkeitsstörung	46
Vergleiche mit anderen Störungen	48
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Autismus- Spektrum-Störung	55
Die Anziehungskraft von Sekten.....	62
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und Selbstmord.....	63
Die klinische Definition der Borderline- Persönlichkeitsstörung	64
Das Borderline-Mosaik.....	89

3. Die Wurzeln des Borderline-Syndroms	91
Genetische und neurobiologische Wurzeln:	
Die Aspekte der »Veranlagung«	99
Wurzeln in der Entwicklung: Die Aspekte der »Erziehung« ..	103
Veranlagung versus Erziehung	116
4. Die Borderline-Gesellschaft	119
Eine in Auflösung begriffene Kultur	123
Der Zusammenbruch der Struktur:	
eine fragmentierte Gesellschaft	127
Die Angst vor der Zukunft	132
Der Dschungel zwischenmenschlicher Beziehungen	135
Änderungen der geschlechtlichen Rollenmuster	135
Familien- und Erziehungsmuster	142
Die turbulenten Zehnerjahre:	
Ein Jahrzehnt massiver Veränderungen	155
5. Das SET-UP-System der Kommunikation	167
Die SET-UP-Kommunikation	170
Das Dilemma der Borderline-Persönlichkeit	176
Das Bedürfnis nach Konstanz – Grenzen setzen	195
6. Familie und Freunde:	
Mit der Borderline-Persönlichkeit leben	211
Anzeichen der Borderline-Persönlichkeitsstörung	
erkennen	213
Fürsorge und Hilfe	216
Besondere Probleme der Elternschaft	218
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Laufe	
des Lebens	222
Die Borderline-Persönlichkeit am Arbeitsplatz	229
Die Borderline-Persönlichkeit in ihrer Freizeit	232
Die eigenen Gefühle verstehen	233
Der Umgang mit den einzelnen Borderline-Symptomen	234
7. Die Suche nach einer Therapie und	
die anschließende Behandlung	255
Der Beginn der Behandlung	261
Die Ziele der Therapie	263

Die Therapiedauer	264
Wie die Psychotherapie funktioniert.....	266
Die »Passung« von Patient und Therapeut.....	271
Therapeutische Ansätze.....	279
Die stationäre Behandlung	292
8. Spezifische psychotherapeutische Ansätze.....	301
Kognitive und behaviorale Behandlungen	304
Psychodynamische Behandlungen	311
Die Behandlungen im Vergleich.....	317
Andere Therapien	318
Welche Therapie ist die beste?	319
9. Medikamente: Wissenschaft und Versprechen... 325	325
Genetik.....	326
Medikamente	331
Generika.....	338
Andere physische Behandlungen.....	339
Getrennte Behandlung.....	339
Kann Borderline-Persönlichkeitsstörung geheilt werden? ..	340
10. Verstehen und heilen	343
Wachsen und sich verändern	351
Grenzen festlegen: Die Begründung einer Identität	361
Beziehungen aufbauen.....	363
Anhang.....	367
Anhang A: Alternative Modelle zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung	367
Anhang B: Die Entwicklung des Borderline-Syndroms	375
Quellen.....	388
Anmerkungen.....	391
Register.....	408

Danksagung

Dr. Kreisman ist seiner Frau Judy, die ihm mit ihrer Unterstützung und Nachsicht all sein Wirken ermöglicht hat, unendlich dankbar. Wir danken unserer Agentin Danielle Egan-Miller bei Browne & Miller Literary Associates und Lauren Appleton bei Random House für die Ermutigung und Unterstützung bei diesem Projekt.

Vorwort

Es war eine äußerst befriedigende Aufgabe, an dieser dritten Ausgabe von *Ich hasse dich – verlass mich nicht* zu arbeiten. Es bedeutet uns sehr viel, dass unser Buch nach mehr als dreißig Jahren und in der Übersetzung in zehn Sprachen weiterhin weltweit eine wichtige Ressource sowohl für das allgemeine als auch das Fachpublikum ist und sogar diese umfangreiche Neubearbeitung für erforderlich gehalten wurde.

In den zehn Jahren seit unserer letzten Neubearbeitung wurden im neurobiologischen, physiologischen und genetischen Bereich beträchtliche Fortschritte erzielt. Entwicklungstheorien und Behandlungsansätze haben sich weiterentwickelt. Für die Fachleserschaft haben wir die klassischen Referenzmaterialien beibehalten und diese bis zu unserem Abgabetermin mit den aktuellsten Literaturhinweisen etc. ergänzt. Im Hinblick auf unsere nicht fachlich versierten Leserinnen und Leser haben wir wieder versucht, komplexe wissenschaftliche und theoretische Konstrukte mit leserfreundlichen Begriffen zu beschreiben. Dazu haben wir viele weitere Fallstudien und Beispiele von Patienten eingefügt, um diese Konzepte besser zu illustrieren.

Ich hasse dich – verlass mich nicht entstand ursprünglich aufgrund der Frustration von Jerold J. Kreisman, der als Kliniker unzufrieden damit war, dass es sowohl für das Allgemein- als auch das Fachpublikum nur sehr wenige gut strukturierte Informationen über eine Störung gab, die entweder größtenteils unbekannt war oder häufig

vollkommen missverstanden wurde. Es war das erste populäre Buch zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung und wir hoffen, dass es die Störung aus ihrem Schattendasein geholt hat. In der zweiten Ausgabe zwanzig Jahre später standen die immer zahlreicher werdenden Forschungs- und Behandlungsansätze und die Erkenntnis im Mittelpunkt, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung keine hoffnungslose Krankheit ist, sondern vielmehr eine hoffnungsvolle Prognose hat. Seitdem hat die Fachliteratur zu diesem Thema rasant zugenommen, ebenso wie das Bewusstsein in der Öffentlichkeit. Menschen, die unter der Störung leiden, haben ihre Erfahrungen offengelegt – unter ihnen auch Personen, die im Blickpunkt der Öffentlichkeit stehen. Selbst der Titel dieses Buches wurde von Demi Lovato als Titel eines Musikstücks verwendet. Viele ihrer Fans interpretierten das Lied als einen Song über ihren persönlichen Kampf mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Leider werden psychische Erkrankungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung noch immer stark stigmatisiert. In den Medien wird die Störung zumeist als eine Erkrankung verhaltensgestörter, unverantwortlicher Menschen dargestellt, bei denen es sich in der Regel um Frauen handelt. Die optimistische Prognose für diese Störung wird zum größten Teil verkannt. Und im Vergleich mit anderen, selteneren Krankheiten mangelt es weiterhin an Forschungsarbeiten. Wir hoffen, dass diese Neuauflage unseres Buches dazu beiträgt, dass allen psychischen Erkrankungen mit weniger Abneigung und mehr Verständnis begegnet wird.

Jerold J. Kreisman, MD / Hal Straus

1.

DIE WELT DER BORDERLINE- PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

»Alles sah seltsam aus und klang unwirklich. Nichts war, was es ist. Genau das wollte ich – mit mir allein sein in einer anderen Welt, wo die Wahrheit unwahr ist und sich das Leben vor sich selbst verstecken kann.«

Aus: Eines langen Tages Reise in die Nacht von Eugene O'Neill

Dr. White glaubte, dass die Sache unkompliziert sei. Gabriela war nun schon seit fünf Jahren Patientin bei ihm und sie war nur selten krank. Die Ursache für ihre Magenschmerzen war vermutlich eine Magenschleimhautentzündung und Dr. White verschrieb Gabriela die entsprechenden Medikamente. Die Magenschmerzen wurden jedoch trotz Behandlung stärker. Da die üblichen Tests ganz normale Ergebnisse ergaben, wies Dr. White Gabriela schließlich ins Krankenhaus ein.

Nach einer eingehenden medizinischen Untersuchung erkundigte sich Dr. White, ob Gabriela im Beruf oder zu Hause irgendwelchen Stresssituationen ausgesetzt sei. Sie gab bereitwillig zu, dass ihr Beruf als Leiterin der Personalabteilung in einer großen Firma sehr belastend sei, aber sie meinte, dass viele Menschen beruflichen Belastungen ausgesetzt seien. Auch ihr Familienleben

war in letzter Zeit hektischer geworden: Ihr Mann war durch seine gut gehende Rechtsanwaltspraxis beruflich sehr eingespannt, und Gabriela musste auch noch ihren Pflichten als Mutter nachkommen. Dennoch bezweifelte sie, dass diese Faktoren irgendetwas mit ihren Magenschmerzen zu tun hatten.

Dr. White empfahl Gabriela, sich von einem Psychiater behandeln zu lassen, was sie zuerst ablehnte. Erst als ihr Leiden sich verschlimmerte und sie unter stechenden Schmerzen litt, ließ sie sich widerwillig zu Dr. Gray überweisen.

Ein paar Tage später besuchte Dr. Gray Gabriela. Sie wirkte freundlich und jünger als 28 Jahre alt. Das unpersönliche Krankenzimmer hatte sich in eine gemütliche Höhle verwandelt. Neben ihr im Bett lag ein Kuscheltier, ein zweites stand auf dem Nachttisch neben mehreren Fotos ihres Mannes und ihres Sohnes. Karten mit Genesungswünschen waren ordentlich auf der Fensterbank aufgereiht, auf beiden Seiten von Blumensträußen flankiert.

Zuerst beantwortete Gabriela alle Fragen von Dr. Gray sehr genau und ernsthaft. Dann witzelte sie darüber, dass ihr Beruf sie so weit gebracht habe, dass sie »einen Seelenklempner brauche«. Je länger sie sich unterhielten, desto trauriger wurde sie. Ihre Stimme verlor an Autorität und wurde kindlicher.

Gabriela erzählte, dass sie durch ihre Beförderung jetzt mehr gefordert würde und ihre beruflichen Pflichten sie verunsicherten. Ihr fünfjähriger Sohn würde bald in die Schule kommen und die Trennung fiel beiden schwer. Die Konflikte mit ihrem Mann Alfred häuften sich. Gabriela litt unter starker Launenhaftigkeit und Schlafstörungen. Ihr Appetit nahm immer mehr ab und sie verlor an Gewicht. Ihre Konzentration, Energie und ihr Geschlechtstrieb hatten nachgelassen.

Dr. Gray verschrieb probeweise Medikamente gegen Depressionen, wodurch sich die Magenbeschwerden verbesserten und Gabrielas Schlaf sich normalisierte. Nach einigen Tagen konnte

Gabriela aus dem Krankenhaus entlassen werden, aber sie versprach, die Therapie fortzusetzen.

In den nächsten Wochen erzählte Gabriela mehr von ihrer Kindheit. Sie war als Tochter eines bekannten Geschäftsmannes und seiner eleganten Frau in einer kleinen Stadt aufgewachsen. Ihr Vater, der Mitglied der Kirchengemeinde war, forderte von seiner Tochter und den beiden älteren Brüdern Perfektion. Ständig erinnerte er die Kinder daran, dass ihr Verhalten von der Gemeinde genau beobachtet würde. Gabrielas Zensuren, ihr Verhalten, ja sogar ihre Gedanken waren ihm nie gut genug. Sie hatte Angst vor ihrem Vater, aber suchte ständig seine Anerkennung – ohne Erfolg. Ihre Mutter war passiv und gleichgültig. Die Eltern musterten die Freunde ihrer Tochter genau und lehnten sie oft ab. Aus diesem Grund hatte sie nur wenige Bekannte und verabredete sich selten.

Gabriela erzählte von ihren schwankenden Gefühlen, die sich verschlimmerten, als sie das College besuchte. Zum ersten Mal trank sie Alkohol, manchmal bis zum Exzess. Ohne jede Warnung fühlte sie sich an einem Tag einsam und depressiv und war dann wieder vor Glück und Liebe hochgestimmt. Bisweilen hatte sie vor Freunden regelrechte Wutausbrüche – Wutanfälle, die sie als Kind immer hatte unterdrücken können.

Etwas zur selben Zeit fand sie auch Gefallen an der Aufmerksamkeit, die die Männer ihr schenkten, etwas, was sie bisher immer vermieden hatte. Obwohl es ihr gefiel, begehrt zu werden, hatte sie immer das Gefühl, die Männer irgendwie »auszutricksen«. Wenn sie sich einige Male mit einem Mann verabredet hatte, sabotierte sie die Beziehung, indem sie einen Streit entfachte.

Dann lernte sie Alfred kennen, der kurz vor seinem juristischen Examen stand. Er bemühte sich beharrlich um sie und ließ sich auch nicht abweisen, als sie versuchte sich zurückzuziehen. Er wählte ihre Kleidung aus und sagte ihr, wie sie gehen, sprechen und sich richtig ernähren sollte.

»Alfred gab mir eine Identität«, sagte sie. Er erklärte ihr, wie sie sich anderen Rechtsanwälten gegenüber verhalten sollte, wann sie aggressiv und wann zurückhaltend sein sollte. Sie schuf sich ein Ensemble von »Charakterdarstellern«, die sie auf Stichwort auf die Bühne bringen konnte.

Alfred bestand darauf, dass sie noch vor Abschluss ihres Studiums heirateten. Sie gab das Studium auf und nahm einen Job als Empfangsdame an. Ihr Arbeitgeber erkannte ihre Fähigkeiten und übertrug ihr verantwortungsvollere Aufgaben. Die Situation zu Hause verschlechterte sich jedoch.

Alfred verbrachte immer mehr Zeit außer Haus, da seine Karriere ihn sehr beanspruchte. Außerdem verbrachte er viel Zeit im Sportstudio beim Bodybuilding. Gabriela hasste das. Manchmal fing sie einen Streit an, damit er gezwungen war, etwas länger zu Hause zu bleiben. Bisweilen provozierte sie ihn so sehr, dass er sie schlug. Anschließend forderte sie ihn dann auf, mit ihr ins Bett zu gehen.

Gabriela hatte kaum Freundinnen. Andere Frauen wertete sie als geschwätzig und uninteressant ab. Sie hoffte, dass die Geburt ihres Sohnes Scott zwei Jahre nach der Eheschließung ihr den Trost geben würde, den sie suchte. Er würde sie immer lieben und immer für sie da sein. Aber die Anforderungen, die das Kind an sie stellte, überwältigten sie, und nach kurzer Zeit beschloss sie, wieder ins Berufsleben zurückzukehren.

Obwohl Gabriela an ihrer Arbeitsstelle immer wieder gelobt wurde und Erfolg hatte, fühlte sie sich noch immer unsicher und glaubte, dass sie alle nur täuschte. Schließlich ließ sie sich mit einem Arbeitskollegen ein, der fast vierzig Jahre älter war als sie.

»Meistens geht es mir gut«, erzählte sie Dr. Gray, »aber dann kommt diese andere Seite in mir zum Vorschein und übernimmt die Kontrolle. Ich bin eine gute Mutter, aber dann werde ich zur Hure. Ich kann dann nicht mehr normal handeln!«

Gabriela setzte sich selbst herab, besonders wenn sie allein war. Wenn sie einsam war, fühlte sie sich ganz verlassen, was sie auf ihre Wertlosigkeit zurückführte. Angst drohte sie zu überwältigen, wenn sie sich nicht irgendwie Erleichterung verschaffen konnte. Manchmal gab sie sich wahren Fressorgien hin und schlang einmal eine ganze Schüssel voll Kuchenteig in sich hinein. Stundenlang starrte sie Fotos von ihrem Mann und ihrem Sohn an, um »sie in meinem Kopf lebendig zu halten«.

Wenn Gabriela zur Therapie kam, änderte sich ihr Erscheinungsbild oft dramatisch. Wenn sie direkt von der Arbeit kam, trug sie ein Kostüm, das Reife und Perfektion ausstrahlte. An freien Tagen kam sie jedoch in kurzer Hose, Kniestrümpfen und mit Zöpfen. Bei diesen Sitzungen verhielt sich Gabriela wie ein kleines Mädchen, sprach mit hoher Stimme und begrenztem Wortschatz.

Manchmal verwandelte sie sich direkt vor Dr. Grays Augen. Sie konnte einsichtig und intelligent sein und gemeinsam mit dem Arzt daran arbeiten, sich selbst besser zu verstehen. Im nächsten Augenblick wurde sie jedoch wieder zum Kind, war kokett und verführerisch und erklärte, sie könne in der Welt der Erwachsenen nicht funktionieren. Sie konnte charmant sein und einnehmend, dann wieder manipulierend und feindselig. Bisweilen stürmte sie aus der Sitzung und schwor sich, nie wiederzukommen, um beim nächsten Mal verschüchtert dazusitzen, aus Angst, dass Dr. Gray sich weigern würde, sie weiterzubehandeln.

Gabriela fühlte sich wie ein Kind, das in der Rüstung eines Erwachsenen steckte. Verwundert registrierte sie den Respekt, mit dem andere Erwachsene ihr begegneten. Sie erwartete, dass man jederzeit durch ihre Verkleidung hindurchsehen würde, und fühlte sich wie ein Kaiser ohne Kleider. Sie brauchte einen Menschen, der sie liebte und vor der Welt beschützte. Verzweifelt suchte sie die Nähe zu anderen, aber wenn sich ihr jemand zu sehr näherte, ergriff sie die Flucht.

Gabriela leidet unter der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Damit steht sie nicht allein da. Nach neueren Untersuchungen zeigen schätzungsweise bis zu 19 Millionen Amerikaner (drei bis sechs Prozent der Bevölkerung) primäre Symptome dieser Störung, und viele Untersuchungen legen nahe, dass diese Zahl noch höher liegt.^{1,2} Bei etwa zehn Prozent der Patienten, die sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinden, und zwanzig Prozent der stationär behandelten Patienten sowie bei 15 bis 25 Prozent aller Patienten, die sich in psychiatrische Behandlung begeben, wird diese Störung diagnostiziert. Damit handelt es sich um eine der häufigsten Persönlichkeitsstörungen überhaupt.^{3,4}

Trotz dieses gehäuften Auftretens ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Allgemeinheit weitgehend unbekannt. Wenn man dem Durchschnittsbürger Fragen zu Angst, Depressionen oder Alkoholismus stellt, kann er wahrscheinlich eine skizzenhafte, vielleicht auch technisch korrekte Beschreibung der jeweiligen Krankheit geben. Sollte er jedoch die »Borderline-Persönlichkeitsstörung« definieren, würde er einen vermutlich verblüfft anstarren. Befragt man hingegen einen erfahrenen Facharzt für psychische Erkrankungen zu dieser Störung, sieht die Antwort ganz anders aus. Wahrscheinlich wird er seufzen und erklären, dass von Borderline Betroffene von allen Psychatriepatienten die schwierigsten und gefürchtetsten sind und möglichst gemieden werden sollten – mehr als an Schizophrenie erkrankte Menschen, mehr als Alkoholiker oder Drogensüchtige und mehr als alle anderen Patienten. Seit Jahrzehnten existiert die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie eine »Dritte Welt« der geistigen Erkrankungen nur im Verborgenen – unklar, massiv und irgendwie bedrohlich.

Ein Grund, warum die Störung so wenig anerkannt wurde, ist teilweise auf die relative Neuheit der Diagnose zurückzuführen. Jahrelang fielen Patienten, auf die eine bestehende Diagnose nicht passte, unter den Sammelbegriff »Borderline«. Menschen, bei denen

diese Diagnose gestellt wurde, schienen kränker zu sein als neurotische Patienten (die neben emotionalen Konflikten schwere Ängste durchmachen), aber wiederum nicht so krank wie psychotische Patienten (deren Losgelöstsein von der Realität normales Funktionieren unmöglich macht).

Die Störung besteht neben anderen seelischen Erkrankungen oder grenzt an sie an: Depression, Angst, manisch-depressive Störung, Schizophrenie, Somatisierungsstörung (Hypochondrie), dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung), Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Alkoholismus, Drogenmissbrauch (einschließlich Nikotinabhängigkeit), Essstörungen, Phobien, obsessiv-zwanghafte Störungen, Hysterie, Soziopathie und andere Persönlichkeitsstörungen.

Der Begriff *Borderline* wurde zum ersten Mal in den 1930er-Jahren geprägt, der Zustand selbst wurde jedoch erst in den 1970er-Jahren klar definiert. Jahrelang schienen sich die Psychiater nicht über die separate Existenz des Syndroms einigen zu können und schon gar nicht über die spezifischen Symptome, die für die Diagnose notwendig sind. Doch da immer mehr Menschen wegen bestimmter Lebensprobleme eine Therapie machten, kristallisierten sich die Parameter der Störung heraus. 1980 wurde die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* in die dritte Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) der American Psychiatric Association aufgenommen, die diagnostische »Bibel« der Psychiater und Psychologen. Seitdem sind mehrere überarbeitete Ausgaben erschienen. Die neueste, DSM-5, wurde 2013 veröffentlicht. Verschiedene Schulen innerhalb der Psychiatrie streiten sich zwar noch über die genaue Natur, die Ursachen und die Behandlung der *Borderline-Persönlichkeitsstörung*, aber sie wird heute in Amerika offiziell als großes psychisches Problem anerkannt. Tatsächlich wird für von *Borderline* Betroffene ein größerer Anteil an psy-

chiatrischen Leistungen aufgewendet als bei fast allen anderen Diagnosen.^{5 6} Zudem bestätigen Studien, dass etwa neunzig Prozent der Patienten, bei denen die Borderline-Störung diagnostiziert wurde, auch unter mindestens einer anderen der bekannteren psychiatrischen Störungen leiden.^{7 8} Die Borderline-Persönlichkeitsstörung steht häufig auch im Zusammenhang mit bedeutsamen medizinischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Dazu zählen chronische Kopfschmerzen und andere Schmerzen, Arthritis und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-, Magen-Darm-, Harn-, Lungen-, Leber-, Immun- und onkologischen Systems.^{9 10 11 12 13 14 15} Im Jahr 2008 ernannte der US-Kongress den Monat Mai zum »Monat zur Hebung der Aufmerksamkeit auf Borderline-Persönlichkeitsstörung«. Dennoch stellt die aktuelle, von der Regierung geförderte Forschung im Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung nur einen Bruchteil der Arbeit dar, die sich mit weniger häufig auftretenden Störungen wie Schizophrenie und der bipolaren Störung beschäftigt.

In vielerlei Hinsicht verhält es sich mit dem Borderline-Syndrom in der Psychiatrie wie mit dem Virus in der Allgemeinmedizin: Es ist ein ungenauer Begriff für eine unbestimmte, aber bösartige Krankheit, die sich nur schwer behandeln lässt, die schwierig zu definieren ist und die der Arzt seinem Patienten nur unzureichend erklären kann.

Die demografische Eingrenzung

Wer sind die Borderline-Persönlichkeiten, denen wir im täglichen Leben begegnen?

Betrachten wir beispielsweise Carola, mit der Sie seit der Grundschule befreundet sind. Bei der geringsten Kleinigkeit beschuldigt

sie Sie, dass Sie ihr in den Rücken fallen, und behauptet, dass Sie ihr nie ein wirklicher Freund waren. Einige Wochen oder Monate später ruft Carola wieder an. Sie ist freundlich und tut so, als ob nichts geschehen sei.

Bob ist Ihr Chef. Einmal überhäuft er Sie für Ihre Arbeit in einer Routineangelegenheit mit Lob, um Sie beim nächsten Mal wegen eines unbedeutenden Fehlers herunterzuputzen. Bisweilen ist er reserviert und distanziert, ein anderes Mal gehört er plötzlich mit zur »Bande«.

Oder nehmen wir Arlene, die Freundin Ihres Sohnes. In der einen Woche ist sie ein Schulmädchen durch und durch, in der nächsten Woche der Inbegriff eines Punks. Sie verkracht sich mit Ihrem Sohn, um Stunden später wiederzukommen und ihm ewige Treue zu schwören.

Oder Fred, Ihr Nachbar. Es gelingt ihm nicht, sich mit seiner zerrütteten Ehe abzufinden. In einem Atemzug streitet er den offensichtlichen Ehebruch seiner Frau ab, um sich im nächsten Moment die Schuld an ihrer Untreue zu geben. Voller Verzweiflung hängt er an seiner Familie, und seine Gefühle reichen von Schuld und Selbsthass zu Wutausbrüchen gegenüber seiner Frau und den Kindern, die ihn »zu Unrecht« beschuldigt haben.

Die Menschen in diesen kurzen Beispielen scheinen widersprüchlich, und das ist nicht überraschend – Widersprüchlichkeit ist das Merkmal von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, Widersprüche zu tolerieren, und verhalten sich doch selbst durch und durch paradox. Gerade diese Widersprüchlichkeit war es, die es dem Berufsstand der Psychiater so schwer gemacht hat, einen allgemeingültigen Satz von Kriterien für diese Krankheit zu definieren.

Wenn Ihnen diese Menschen bekannt vorkommen, sollte auch dies nicht überraschen: Die Wahrscheinlichkeit, dass der Partner, ein Verwandter, ein guter Freund oder ein Arbeitskollege von

dieser Störung betroffen ist, ist groß. Vielleicht wissen Sie einiges darüber oder erkennen Eigenschaften der Borderline-Persönlichkeit an sich selbst.

Obwohl es schwer ist, die Zahlen genau festzulegen, stimmen Ärzte und Psychologen im Allgemeinen darin überein, dass die Zahl der Borderline-Fälle in der Bevölkerung wächst – und zwar schnell. Einige Beobachter sind dagegen der Meinung, die Therapeuten seien sich heute der Störung nur bewusster und die Zahl der Fälle sei gleich geblieben.

Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung wirklich eine moderne Seuche oder ist lediglich die Diagnose *Borderline* neu? Auf jeden Fall hat die Störung neue Einsichten in das psychologische System von mehreren verwandten Zuständen gewährt. Durch unzählige Studien wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Magersucht, Bulimie, ADHS, Drogenabhängigkeit und Selbstmord bei Jugendlichen in Verbindung gebracht – Dinge, die in den letzten zehn Jahren in alarmierender Weise zugenommen haben. In einigen Studien wurde bei fünfzig Prozent der Patienten mit Essstörungen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt.¹⁶ Andere Untersuchungen haben offenbart, dass mehr als fünfzig Prozent der Menschen, die von Drogen und Medikamenten abhängig sind, ebenfalls die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen.

Die Neigung zur Selbstzerstörung oder Selbstmordabsichten sind bei den Betroffenen sehr häufig – in der Tat ist dies ein Kriterium bei der Definition des Syndroms. Bis zu siebenzig Prozent der von Borderline Betroffenen unternehmen einen Selbstmordversuch. Das Auftreten von dokumentierten Todesfällen durch Selbstmord beträgt bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung etwa acht bis zehn Prozent und liegt bei jugendlichen Patienten noch höher. Eine Geschichte von Selbstmordversuchen, ein chaotisches Familienleben und fehlende Systeme zur Unter-

stützung erhöhen das Risiko. Es steigt bei Patienten, die außerdem an depressiven oder manisch-depressiven Störungen leiden oder alkohol- oder drogenabhängig sind.^{17 18}

Wie Ärzte psychiatrische Erkrankungen diagnostizieren

Vor 1980 erklärten DSM-I und -II psychiatrische Krankheiten auf beschreibende Weise, doch seit Veröffentlichung des DSM-III werden psychiatrische Störungen gemäß strukturierten, *kategorischen* Bezugssystemen definiert. Das heißt, mehrere Symptome legen eine bestimmte Diagnose nahe, und wenn eine Reihe dieser Kriterien vorliegt, wird bei dem Betreffenden davon ausgegangen, dass er die kategorischen Anforderungen für die Diagnose erfüllt. Es ist interessant, dass in den vier überarbeiteten Ausgaben des DSM seit 1980 nur geringfügige Anpassungen an den Definitionskriterien für die Borderline-Störung vorgenommen wurden. Wie wir gleich sehen werden, werden neun Kriterien mit dieser Störung in Verbindung gebracht, und die Diagnose kann gestellt werden, wenn der betreffende Patient fünf oder mehr der neun Symptome aufweist.

Das kategorische Bezugssystem hat unter Psychiatern zu Kontroversen geführt, insbesondere im Hinblick auf die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen. Im Gegensatz zu den meisten anderen psychiatrischen Erkrankungen geht man bei Persönlichkeitsstörungen davon aus, dass sie sich im frühen Erwachsenenalter entwickeln und über längere Zeiträume hinweg anhalten. Diese Persönlichkeitsmerkmale scheinen dauerhaft zu sein und ändern sich im Lauf der Zeit nur wenig. Das kategorische Diagnosesystem kann jedoch zu einer unrealistisch abrupten Diagnoseänderung

führen. Im Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein von Borderline Betroffener, der fünf Symptome der Störung zeigt, theoretisch keine Borderline-Persönlichkeit mehr, wenn sich nur ein Symptom ändert. Solch eine schnelle »Heilung« scheint mit dem Persönlichkeitskonzept unvereinbar zu sein.

Aus diesem und anderen Gründen haben einige Forscher und Kliniker vorgeschlagen, das DSM anzupassen und für die Diagnose stattdessen einen *dimensionalen* Ansatz zu verwenden. Bei einem solchen Modell würde versucht, sogenannte »Grade der Borderline-Störung« festzustellen, da einige von Borderline Betroffene offensichtlich auf einer höheren Ebene funktionieren als andere. Diese Autoren plädieren dafür, die Störung gemäß eines Spektrums zu erfassen, statt zu entscheiden, dass der Betreffende eine Borderline-Persönlichkeit ist (oder nicht ist). Bei diesem Ansatz hätten einige der definierenden Kriterien eine unterschiedliche Gewichtung, je nachdem, welche Symptome Untersuchungen zufolge stärker verbreitet und anhaltender sind. Mit dieser Methode könnte ein repräsentativer, »reiner« Borderline-Prototyp entwickelt werden. Wobei Messungen auf der Grundlage dessen standardisiert werden könnten, wie sehr ein Patient der Beschreibung entspricht. Ein dimensionaler Ansatz könnte zum Messen funktionaler Beeinträchtigung verwendet werden. Auf diese Weise könnte ein auf höherer oder niedrigerer Ebene funktionierender von Borderline Betroffener anhand seiner Fähigkeit bei der Handhabung seiner üblichen Lebensaufgaben identifiziert werden. Eine andere Methode würde bestimmte Merkmale wie Impulsivität, die ständige Suche nach Neuem, Belohnungsabhängigkeit, Schadensvermeidung, Neurotizismus (dazu zählen Merkmale wie Anfälligkeit für Stress, schlechte Impulskontrolle, Angst, Stimmungs labilität usw.) messen, die mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Verbindung gebracht wurden.^{19 20 21} Solche Anpassungen können Änderungen und Grade der Verbesserung wahrscheinlich

genauer messen, statt nur das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Störung festzustellen.

Um uns den Unterschied zwischen diesen beiden Definitionsansätzen vor Augen zu führen, überlegen Sie, wie wir »Geschlecht« wahrnehmen. Die Feststellung, dass eine Person männlich oder weiblich ist, ist eine *kategorische* Definition, die auf objektiven physischen, genetischen und hormonellen Faktoren beruht. Bezeichnungen wie Maskulinität oder Weiblichkeit sind jedoch *dimensionale* Konzepte, beeinflusst durch persönliche, kulturelle und andere weniger objektive Kriterien. Anhang A enthält eine Beschreibung bereits vorgeschlagener dreidimensionaler Modelle, die zurzeit weiterentwickelt werden. Zu diesen Modellen zählen das Alternative Modell der Persönlichkeitsstörungen (AMPD) im DSM-5 der American Psychiatric Organization, die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation und die Research Domain Criteria (RDoC) des National Institute of Mental Health. Es ist wahrscheinlich, dass zukünftige Ausgaben des DSM dimensionale Merkmale für die Diagnose enthalten werden.

Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das DSM-5 führt neun kategorische Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf, von denen fünf vorhanden sein müssen, damit diese Diagnose gestellt werden kann.²² Abgesehen von wenigen Änderungen sind diese offiziellen bestimmenden Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung seit mehr als vierzig Jahren unverändert geblieben. Auf den ersten Blick scheinen diese Kriterien vielleicht unzusammenhängend oder nur am Rande miteinander verwandt. Wenn man sie jedoch genauer betrachtet, erkennt man, dass die neun Symptome miteinander zu tun haben

und in einer Wechselbeziehung zueinander stehen, sodass ein Symptom ein weiteres entfacht, ähnlich wie die Kolben eines Verbrennungsmotors.

Die neun Symptome kann man wie folgt zusammenfassen (jedes wird einzeln für sich ausführlich in Kapitel »Chaos und Leere« beschrieben):

1. Verzweifelte Bemühungen, die reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassenwerden zu verhindern.
2. Unbeständige und unangemessen intensive zwischenmenschliche Beziehungen.
3. Das Fehlen eines klaren Identitätsgefühls.
4. Impulsivität bei potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen, beispielsweise Drogen- und Alkoholmissbrauch, Sex, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren, übermäßiges Essen.
5. Wiederkehrende Selbstmorddrohungen oder -versuche oder Selbstverletzungen.
6. Starke Stimmungsschwankungen und extreme Reaktionen bei situationsbedingtem Stress.
7. Chronische Gefühle von Leere oder Langeweile.
8. Häufige und unangemessene Wutausbrüche.
9. Vorübergehende, stressbezogene Gefühle von Irrealität oder Paranoia.

Diese Konstellation von neun Symptomen lässt sich in vier Hauptbereiche eingruppierten, auf die die Behandlung häufig gerichtet wird:

1. Stimmungslabilität (Kriterien 1, 6, 7 und 8).
2. Impulsivität und gefährliches, unkontrolliertes Verhalten (Kriterien 4 und 5).

3. Interpersonelle Psychopathologie (Kriterien 2 und 3).
4. Verzerrung des Denkens und der Wahrnehmung (Kriterium 9).

Emotionales Ausbluten

Hinter der klinischen Fachsprache verbirgt sich der Schmerz, den die Betroffenen selbst und ihnen nahe stehende Menschen erfahren. Für die Borderline-Persönlichkeit ist ein großer Teil des Lebens eine unbarmherzige, emotionale Achterbahnfahrt ohne erkennbares Ziel. Für jene, die mit einer Borderline-Persönlichkeit zusammenleben, einen von der Störung betroffenen Menschen lieben oder ihn als Arzt behandeln, kann die Reise genauso hoffnungslos und frustrierend sein.

Gabriela und Millionen andere von Borderline Betroffene fühlen sich zu unkontrollierten Wutausbrüchen gegenüber den Menschen, die sie am meisten lieben, provoziert. Sie haben keine Hoffnung, fühlen sich leer und ihre Identität ist durch starke emotionale Widersprüche zersplittert.

Stimmungsschwankungen treten schnell auf und sind explosiv. Sie treiben den Betroffenen von höchsten Glücksgefühlen in tiefste Depressionen. In einer Stunde von Zorn erfüllt, in der nächsten von Ruhe, hat der Kranke meistens keine Ahnung, warum er zu solchem Zorn getrieben wurde. Die Unfähigkeit, die Ursachen zu erkennen, führt anschließend zu noch größerem Selbsthass und weiteren Depressionen.

In gewisser Weise blutet die Borderline-Persönlichkeit emotional aus. Ihr fehlt der Gerinnungsmechanismus, der nötig ist, um plötzliche Gefühlsausbrüche zu mäßigen. Sticht man eine Leidenschaft oder ein Gefühl in der zarten »Haut« der Borderline-Persönlichkeit

an, verblutet der Betreffende emotional. Längere Zeiten von Zufriedenheit sind dem Betroffenen fremd. Er wird von chronischer Leere zerfressen, bis er verzweifelt versucht, irgendetwas zu tun, um zu entrinnen. Wenn ihn ein Tief im Griff hat, ist er anfällig für eine Unzahl impulsiver, selbstzerstörerischer Handlungen: Drogen- und Alkoholmissbrauch, Essmarathone, Magersucht, Bulimie, Ausflüge in Spielhallen, Geldverschwendung bei sinnlosen Einkäufen, sexuelle Promiskuität und Selbstverletzung. Es kann zu Selbstmordversuchen kommen, die häufig nicht mit der Absicht unternommen werden, zu sterben. Der Betroffene will *etwas* fühlen, um sich zu bestätigen, dass er lebt.

»Ich hasse es, wenn ich mich so fühle«, gesteht ein Patient. »Wenn ich an Selbstmord denke, scheint diese Aussicht so verlockend, so einladend. Manchmal ist es die einzige Sache, auf die ich mich beziehen kann. Es ist schwer, mich davor zurückzuhalten, mich selbst zu verletzen. Es ist so, als ob Angst und Schmerz weggehen werden, wenn ich mir wehtue.«

Von großer Bedeutung beim Borderline-Symptom ist das Fehlen einer grundlegenden Selbstidentität. Wenn die Betroffenen sich selbst beschreiben, zeichnen sie typischerweise ein verwirrtes oder widersprüchliches Selbstporträt, im Gegensatz zu neurotischen Patienten, die ein viel klareres Gefühl ihrer selbst haben. Um ihr ungenaues und meist negatives Selbstbild zu überwinden, suchen Borderline-Persönlichkeiten wie Schauspieler ständig nach »guten Rollen«, vollständigen »Charakteren«, in die sie schlüpfen können, um die Identitätsleere zu füllen.

Aus diesem Grund passen sie sich oft wie ein Chamäleon an die Umgebung, eine bestimmte Situation oder an die momentane Gesellschaft anderer an, ähnlich wie der Titelheld in Woody Allens Film *Zelig*, der die Persönlichkeit, die Identität und das Erscheinungsbild seiner Mitmenschen annimmt. Genauso adaptieren sich Borderline-Persönlichkeiten an die entsprechenden Gegebenheiten.

Der Reiz ekstatischer Erfahrungen, die durch Sexualität, Drogen oder andere Mittel erreicht werden können, ist für die Borderline-Persönlichkeit bisweilen überwältigend. In der Ekstase kann der Betroffene in eine Urwelt zurückkehren, in der das Ich und die äußere Welt miteinander verschmelzen – eine Form von zweiter Kindheit. In Zeiten starker Einsamkeit und Leere gibt er sich Drogenexzessen hin, trinkt übermäßig viel Alkohol und lebt sich sexuell aus (mit einem oder mehreren Partnern). Dieses Verhalten kann manchmal tagelang andauern. Wenn der Kampf um das Finden einer Identität unerträglich wird, glaubt er, die Antwort liege darin, die Identität völlig zu verlieren oder eine Form des Ichs durch Schmerz oder Betäubung zu finden.

Der familiäre Hintergrund der Borderline-Persönlichkeit ist oft durch Alkoholismus, Depressionen und emotionale Störungen gekennzeichnet. Oft ist die Borderline-Kindheit ein wüstes Schlachtfeld, gekennzeichnet durch die Trümmer gleichgültiger, abweisender oder fehlender Eltern, durch emotionale Vernachlässigung und chronische Ausbeutung. In den meisten Studien wurde bei vielen von Borderline Betroffene ein Hintergrund starken psychologischen, körperlichen oder sexuellen Missbrauchs festgestellt. Tatsächlich unterscheiden sich von Borderline Betroffene durch das Erleben von Misshandlungen, von Gewalttätigkeiten, Vernachlässigung oder Erfahrungsentwertung durch die Eltern oder wichtige Bezugspersonen von Patienten mit anderen Störungen.²³ ²⁴ Diese Patienten sind gegenüber anderen Erkrankungen anfälliger und zeigen eher Veränderungen in hormonellen, entzündlichen, genetischen und anderen neurobiologischen Prozessen.²⁵ In einer Studie mit Schwangeren mit einer Vorgeschichte an traumatischen Erlebnissen in der Kindheit wurden Chromosomenmuster bei ihren Kindern untersucht. Es bestand ein direkter Zusammenhang zwischen der Schwere des Missbrauchs in der Kindheit der Mutter und dem Verkürzungsgrad der Telomerlänge

bei ihrem Kind (Telomere sind die Schutzkappen an den Chromosomenenden). Dies ging einher mit vermehrten Verhaltensproblemen im Alter von achtzehn Monaten.²⁶

Diese instabilen Beziehungen werden in die Pubertät und das Erwachsenenalter übertragen, sodass die romantischen Verbindungen hoch aufgeladen und meistens von kurzer Dauer sind. Die Borderline-Persönlichkeit bemüht sich an einem Tag verzweifelt um einen Partner (oder eine Partnerin), um ihn dann am nächsten Tag wieder abzuservieren. Längere Romanzen – länger im Sinne von Wochen oder Monaten statt Jahren – sind meistens turbulent und von Zorn, Verwunderung und Erregung erfüllt.

In diesem Zusammenhang lohnt sich möglicherweise ein Blick auf Forschungsarbeiten, die bei Menschen, die in der Kindheit misshandelt wurden, auf eine Überempfindlichkeit bei körperlicher Berührung und die Vorliebe für zwischenmenschliche Distanz hinweisen.²⁷

Spaltung: Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit

Die Welt der erwachsenen Borderline-Persönlichkeit ist wie die Welt des Kindes in Helden und Bösewichte aufgeteilt. Der Betroffene ist emotional gesehen ein Kind und kann menschliche Widersprüche und Mehrdeutigkeit nicht tolerieren. Er kann die guten und schlechten Eigenschaften eines anderen Menschen nicht in einen beständigen Zusammenhang bringen. Der andere ist immer entweder »gut« oder »schlecht«, es gibt keine Abstufungen, keine Grauzone. Nuancen und Schattierungen werden, wenn überhaupt, nur sehr schwer begriffen. Geliebte und Partner, Mütter und Väter, Geschwister, Freunde und Psychotherapeuten können an

einem Tag idealisiert werden, um am nächsten Tag völlig abgewertet und abgelehnt zu werden.

Wenn der idealisierte Mensch schließlich zur Enttäuschung wird (was früher oder später immer geschieht), muss die Borderline-Persönlichkeit ihr eindimensionales Denken drastisch umstrukturieren. Das Idol wird dann entweder in ein Verlies verbannt oder die Borderline-Persönlichkeit verbannt *sich selbst*, um das gute Image des anderen aufrechterhalten zu können.

Diese Art von Verhalten, das als »Spaltung« bezeichnet wird, ist der primäre Verteidigungsmechanismus bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Technisch gesehen ist die Spaltung die starre Trennung positiver und negativer Gedanken sich selbst und anderen gegenüber, das heißt die Unfähigkeit, bei diesen Gefühlen zu einer Synthese zu gelangen. Normalerweise sind Menschen ambivalent und können zwei sich widersprechende Gefühlszustände auf einmal erfahren. Für die Borderline-Persönlichkeit ist es hingegen charakteristisch, sich hin und her zu bewegen, wobei sie einen Gefühlszustand völlig vergisst, wenn sie sich in einem anderen befindet.

Die Spaltung schafft einen Fluchtweg für die Angst: Für die Borderline-Persönlichkeit ist es typisch, einen engen Freund oder einen Verwandten (wir wollen ihn »Joe« nennen) zu verschiedenen Zeiten als zwei völlig verschiedene Menschen wahrzunehmen. An einem Tag kann sie den »guten Joe« ohne Vorbehalt bewundern und nimmt ihn als durch und durch gut wahr. Negative Eigenschaften sind nicht vorhanden, denn diese wurden ausgeschlossen und dem »bösen Joe« zugesprochen.

An anderen Tagen kann sie den »bösen Joe« ohne Schuldgefühle völlig verachten und ohne Selbstvorwurf wegen seiner Schlechtigkeit toben. In diesem Augenblick existieren seine positiven Eigenschaften nicht und er verdient mit Recht, dass sie ihn die volle Kraft ihres Zorns spüren lässt.

Der Spaltungsmechanismus soll die Borderline-Persönlichkeit vor einer Überflutung widersprüchlicher Gefühle und Bilder schützen – und vor der Angst, zu versuchen, diese Bilder in Einklang zu bringen. Dabei wird häufig das genaue Gegenteil erreicht: Die durchgescheuerten Stellen in der Persönlichkeit werden zu Rissen, das Gefühl der eigenen Identität und der Identität anderer verschiebt sich noch dramatischer und häufiger.

Stürmische Beziehungen

Obwohl sich die Borderline-Persönlichkeit ständig als Opfer anderer fühlt, sucht sie ironischerweise verzweifelt neue Beziehungen, denn Einsamkeit oder auch zeitweiliges Alleinsein ist unerträglicher als schlechte Behandlung. Um der Einsamkeit zu entfliehen, sucht die Borderline-Persönlichkeit Singlebars auf, besucht Dating-Websites oder flieht in die Arme flüchtiger Bekanntschaften, irgendwohin, um jemanden zu treffen, der sie von der Qual der eigenen Gedanken rettet.

Auf der unablässigen Suche nach einer strukturierten Rolle im Leben wird die Borderline-Persönlichkeit typischerweise von anderen Menschen mit einer komplementären Persönlichkeitsstörung angezogen, die sich wiederum zu ihr hingezogen fühlen. Die dominante, narzisstische Persönlichkeit von Gabrielas Ehemann teilte ihr mühelos die ihr bestimmte Rolle zu. Er war in der Lage, ihr eine Identität zu geben, auch wenn Unterwürfigkeit und schlechte Behandlung zu dieser Rolle gehörten.

Für die Borderline-Persönlichkeit lösen sich Beziehungen jedoch schnell wieder auf. Die Nähe zu einer Borderline-Persönlichkeit aufrechtzuerhalten, macht das Verständnis des Syndroms erforderlich und den Willen, einen langen und schwierigen Balanceakt auf

sich zu nehmen. Durch zu starke Nähe droht der Betroffene zu ersticken. Wenn er Distanz erlebt und sich selbst überlassen wird – auch wenn es nur kurzzeitig ist –, erinnert er sich an das Gefühl des Verlassenseins, das er als Kind erlebte. In beiden Fällen reagiert er sehr stark.

In gewisser Weise trägt die Borderline-Persönlichkeit nur eine skizzenhafte Landkarte von zwischenmenschlichen Beziehungen mit sich herum. Es fällt ihr äußerst schwer, die optimale psychische Distanz zu anderen abzumessen, besonders zu anderen Menschen, die dem Betroffenen viel bedeuten. Als Ausgleich wechselt das Verhalten von klammernder Abhängigkeit zu zorniger Manipulation, von Dankbarkeitsergüssen zu irrationalen Hass. Der Betroffene hat Angst davor, verlassen zu werden, und klammert sich an den Partner; er hat Angst davor, vereinnahmt zu werden, und stößt den anderen weg. Die Borderline-Persönlichkeit sehnt sich nach Intimität und hat gleichzeitig schreckliche Angst vor ihr. Schließlich stößt sie jene von sich, zu denen sie am meisten eine Verbindung sucht.

Probleme im Beruf

Obwohl es der Borderline-Persönlichkeit äußerst schwerfallen kann, ihr Privatleben zu bewältigen, kann sie im Beruf sehr produktiv sein – besonders dann, wenn die Arbeit gut strukturiert, klar definiert und unterstützend ist. Viele sind in der Lage, über längere Zeit gute Leistungen zu zeigen, geben aber dann ihre Arbeitsstelle plötzlich auf oder sabotieren ihre Position und suchen sich eine neue Stelle. Dies geschieht meistens aufgrund einer Veränderung in der Berufsstruktur oder aufgrund einer drastischen Verschiebung in ihrem Privatleben, aber auch einfach aus reiner

Langeweile oder durch das starke Verlangen nach Veränderung. Viele klagen über häufige oder chronische unbedeutende Krankheiten, die immer wieder zu Arztbesuchen und Krankentagen führen.²⁸

Die Arbeitswelt kann eine Zufluchtsstätte vor dem gesetzlosen Hintergrund der sozialen Beziehungen sein. Aus diesem Grund arbeiten die Betroffenen am besten in einem stark strukturierten Berufsumfeld. Die helfenden Berufe – Medizin, Krankenpflege, Klerus, Beratung – ziehen ebenfalls viele Borderline-Persönlichkeiten an, die auf diese Weise versuchen, die Macht oder Kontrolle zu erreichen, die ihnen in sozialen Beziehungen fehlt. Vielleicht noch wichtiger ist, dass die Betroffenen in diesen Rollen anderen die Fürsorge geben (und die Anerkennung durch andere erhalten), nach der sie sich im eigenen Leben sehnen. Borderline-Persönlichkeiten sind oft sehr intelligent und zeigen eindrucksvolle künstlerische Fähigkeiten. Weil sie leicht Zugang zu starken Emotionen haben, können sie kreativ und erfolgreich sein.

Aber ein Beruf mit starkem Konkurrenzdenken oder ohne Struktur oder ein sehr kritischer Vorgesetzter kann heftigen, unkontrollierten Zorn und Überempfindlichkeit gegenüber Abweisung auslösen – Merkmale, für die die Borderline-Persönlichkeit besonders anfällig ist. Der Zorn kann am Arbeitsplatz ausagiert werden und die Karriere zerstören.

Eine »Frauenkrankheit«?

Noch bis vor Kurzem legten Studien nahe, dass es drei- bis viermal so viele weibliche Borderline-Betroffene wie männliche gibt. Doch neuere Untersuchungen bestätigen, dass die Verbreitung der Störung bei Männern und Frauen gleich ist, wengleich Frauen eher

geneigt sind, sich behandeln zu lassen. Außerdem sind die Symptome und Beeinträchtigungen bei Frauen in der Regel stärker ausgeprägt. Diese Faktoren könnten erklären, warum Frauen in klinischen Versuchen überrepräsentiert waren. Doch auch andere Faktoren könnten zu dem Eindruck beitragen, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine »Frauenkrankheit« handelt.

Einige Kritiker haben das Gefühl, dass bei den Borderline-Diagnosen die Befangenheit der Ärzte eine Rolle spielt: Psychotherapeuten halten Identitäts- und Impulsivitätsprobleme bei Männern für »normaler« und stellen entsprechend keine Diagnose. Deshalb werden Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei Männern möglicherweise nicht so häufig diagnostiziert. Während destruktives Verhalten bei Frauen eventuell als Ergebnis einer Gemütszustandsstörung betrachtet würde, wird ähnliches Verhalten bei Männern womöglich als sozialgefährdend wahrgenommen. Frauen sind in dieser Situation eher bereit, sich behandeln zu lassen, während Männer möglicherweise in die Mühle der Justiz geraten und niemals richtig diagnostiziert werden.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen Altersgruppen

Viele Merkmale des Borderline-Syndroms, wie Impulsivität, turbulente Beziehungen, Identitätsverwirrung, Stimmungsinstabilität, ähneln den Hauptproblemen des Jugendlichen während der Pubertät. Tatsächlich ist die Etablierung einer Kernidentität für den Teenager wie für die Borderline-Persönlichkeit das wichtigste Ziel. Daraus folgt, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufiger unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen als in anderen Altersgruppen diagnostiziert werden.²⁹

Die Störung scheint bei älteren Menschen selten aufzutreten. Neue Untersuchungen zeigen, dass die größte Abnahme bei der Diagnose von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach dem 45. Lebensjahr eintritt. Aufgrund dieser Daten haben einige Forscher die Hypothese aufgestellt, dass ältere Borderline-Persönlichkeiten mit der Zeit »heranreifen« und sich im Lauf der Zeit stabilisieren. Doch ältere Erwachsene müssen sich mit einer ständigen Abnahme der körperlichen und geistigen Funktionen abfinden, was für sie ein gefährlicher Anpassungsprozess sein kann. Aufgrund einer zerbrechlichen Identität kann die Aufgabe, Erwartungen zu ändern und das Selbstbild anzupassen, zu einer Verschärfung der Symptome führen. Die ältere Borderline-Persönlichkeit mit andauernder Psychopathologie streitet beeinträchtigte Funktionen möglicherweise ab, projiziert die Schuld an eigenen Mängeln auf andere und wird immer paranoider. Dann wiederum übertreibt der Betroffene seine Behinderungen und wird abhängiger.

Sozioökonomische Faktoren

Die Borderline-Pathologie wurde in allen Gesellschaftsschichten und ökonomischen Klassen in den USA identifiziert. Ihr Auftreten war jedoch beträchtlich höher unter getrennt lebenden, geschiedenen, verwitweten oder alleinstehenden Menschen und bei Menschen mit niedrigerem Einkommen und schlechterer Ausbildung. Die Folgewirkungen von Armut für Kleinkinder und Kinder – ein höheres Stressniveau und das Fehlen von guten Fürsorgeeinrichtungen für Kinder, von psychiatrischer Fürsorge und Schwangerschaftsvorsorge können zu einem verstärkten Auftreten von Borderline-Persönlichkeitsstörungen unter den armen Bevölkerungsgruppen führen.

Die gesellschaftlichen Kosten der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind beträchtlich. Bei von Borderline Betroffenen sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung nicht nur die Kosten für psychiatrische und andere Erkrankungen höher, sondern auch die Kosten im Hinblick auf die verloren gegangene Arbeitsproduktivität im Zusammenhang mit diesen Krankheiten. Eine umfassende Studie, an der über einen Zeitraum von 15 Jahren Tausende Patienten in Dänemark beteiligt waren, verglich die Gesundheitskosten für von Borderline Betroffene mit denen für die Gesamtbevölkerung. Die Daten bestätigen, dass die Kosten zur Behandlung anderer Gesundheitsprobleme bereits fünf Jahre vor der Borderline-Diagnose höher waren. Auch bei den Partnern der betreffenden Patienten waren die Gesundheitskosten und die Kosten für verloren gegangene Produktivität höher.³⁰

Geografische Grenzen

Obwohl die meisten theoretischen Studien und empirischen Untersuchungen des Borderline-Syndroms in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurden, haben andere Länder, beispielsweise Kanada, Mexiko, Israel, Schweden, Dänemark, andere westeuropäische Länder und Russland, Borderline-Pathologien innerhalb der jeweiligen Bevölkerung erkannt.

Vergleichende Studien sind zurzeit noch rar und widersprüchlich. So weisen einige Untersuchungen auf vermehrte Raten von Borderline-Persönlichkeitsstörungen unter der hispanischen Bevölkerung hin, während andere diese Ergebnisse nicht bestätigen. Einige Untersuchungen haben ein vermehrtes Auftreten der Störung unter männlichen amerikanischen Ureinwohnern festgestellt. Es gibt wenige einheitliche Studien, obwohl sie große Ein-

blicke in die Kindererziehung, Kultur und sozialen Verhältnisse geben könnten, die zur Verursachung des Syndroms führen.

Borderline-Verhalten bei berühmten Persönlichkeiten und Romanfiguren

Die Frage, ob die Borderline-Persönlichkeit ein neues Phänomen ist oder einfach nur eine neue Bezeichnung für eine seit Langem bestehende, miteinander verwandte Gruppe innerer Gefühle und äußerlicher Verhaltensformen, ist ein Thema, das innerhalb des psychiatrischen Berufszweigs stark debattiert wird. Die meisten Psychiater sind der Meinung, dass es das Borderline-Syndrom schon seit geraumer Zeit gebe und dass das immer häufigere Auftreten nicht (wie eine Infektionskrankheit oder ein chronisches Leiden) so sehr dem Kopf des Patienten entspringe, sondern dem des Arztes. In der Tat glauben viele Psychiater, dass einige von Freuds interessantesten »neurotischen« Fällen vor rund hundert Jahren heute eindeutig als von Borderline Betroffene eingestuft würden.³¹

Wenn man das Borderline-Syndrom so betrachtet, ergibt sich eine interessante neue Perspektive, von der aus man einige der komplexesten Persönlichkeiten verstehen kann – in der Vergangenheit und Gegenwart, reale und fiktive Personen. Umgekehrt können bekannte Persönlichkeiten und Charaktere dazu dienen, die unterschiedlichen Aspekte des Syndroms zu illustrieren. In dieser Richtung haben Biografen und andere spekuliert, dass sich der Begriff auf so unterschiedliche Persönlichkeiten wie Prinzessin Diana, Marilyn Monroe, Zelda Fitzgerald, Thomas Wolfe, T. E. Lawrence, Adolf Hitler und Muammar al-Gaddafi anwenden ließe. Kulturkritiker können Borderline-Merkmale bei fiktiven

Charakteren wie Blanche DuBois in *Endstation Sehnsucht* feststellen, bei Martha in *Wer hat Angst vor Virginia Woolf?*, bei Sally Bowles in *Cabaret*, bei Travis Bickle in *Taxi Driver*, bei Howard Beale in *Network*, bei Rebecca Bunch in der Fernsehshow *Crazy Ex-Girlfriend* und bei Carmen in Bizets gleichnamiger Oper. Obwohl Borderline-Symptome oder die entsprechenden Verhaltensweisen bei diesen Persönlichkeiten ausgemacht werden können, sollte nicht angenommen werden, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen notwendigerweise die radikalen Handlungen oder das Schicksal dieser Menschen oder Romanfiguren oder der Werke, in denen sie auftreten, verursacht oder gelenkt haben. So wurde beispielsweise Hitler wahrscheinlich durch mentale Funktionsstörungen und gesellschaftliche Kräfte gelenkt, die in seiner Psyche viel hervorstechender als das Borderline-Syndrom waren. Die Ursachen für den (angeblichen) Selbstmord von Marilyn Monroe waren wahrscheinlich komplexer als einfach zu behaupten, dass er durch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung verursacht wurde. Es gibt wenige Hinweise, dass die Filmemacher von *Taxi Driver* und *Network* bewusst versucht hätten, einen Borderline-Protagonisten zu schaffen. Vielmehr bietet das Borderline-Syndrom eine weitere Perspektive, aus der heraus diese faszinierenden Persönlichkeiten interpretiert und analysiert werden können.

In den letzten zehn Jahren sind in den Medien immer wieder Gerüchte aufgetaucht, dass viele Prominente Symptome der Borderline-Persönlichkeit aufweisen. Zu ihnen zählen Angelina Jolie, Amy Winehouse, Courtney Love, Britney Spears, Selena Gomez und Lindsey Lohan, während andere wie Pete Davidson – Mitwirkender bei »Saturday Night Live« – und der frühere NFL-Star Brandon Marshall freimütig über ihre Borderline-Diagnose, das durch die Krankheit verursachte Leiden und das Stigma psychischer Erkrankungen gesprochen haben. Dr. Marsha Linehan, die bekannte Forscherin und Begründerin der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT),

einem bedeutenden Behandlungsansatz für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, hat offenbart, dass sie in der Vergangenheit selbst mit der Störung zu kämpfen hatte: in ihrer Jugend verbrachte sie aufgrund von Selbstverletzungen und anderen Symptomen längere Zeit im Krankenhaus.

Fortschritte in der Forschung und Behandlung

Seit der Veröffentlichung der ersten Ausgabe dieses Buches wurden bei der Erforschung der Ursachen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihrer Behandlungsmöglichkeiten große Schritte unternommen. Es werden in zunehmendem Maß Fortschritte bei unserem Verständnis der biologischen, physiologischen und genetischen Fundamente psychiatrischer Krankheiten gemacht. Die Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Teilen des Gehirns und der Frage, wie sich Emotionen und ausführendes Denken überschneiden, werden beleuchtet. Die Rollen von Neurotransmittern, Hormonen, Immunsystemen und chemischen Reaktionen im Gehirn sind verständlicher geworden. Genetische Schwachstellen, die Art und Weise, wie Gene ein- und ausgeschaltet werden können, sowie die Kollision mit Lebensereignissen zur Festlegung der Persönlichkeitsfunktion werden untersucht. Neue psychotherapeutische Techniken wurden entwickelt.

Langfristige Studien bestätigen, dass viele Patienten im Lauf der Zeit gesunden und sich der Zustand bei noch mehr Betroffenen beträchtlich verbessert. Nach 16 Jahren währenden Nachbeobachtungen wurden bei 99 Prozent der von Borderline Betroffenen mindestens zwei Jahre Remission erreicht und bei 78 Prozent sogar eine achtjährige Remission (laut Definition werden dabei fünf

der neun Definitionskriterien nicht mehr erfüllt). Doch trotz der Verringerung von einigen der akuterer definierenden Symptome, beispielsweise destruktive Impulsivität, Selbstverletzung, Selbstmordversuche, quasipsychotisches Denken, haben viele Patienten weiter im gesellschaftlichen und Arbeits- oder Schulumfeld zu kämpfen. Obwohl die Rückfallquote bis zu 34 Prozent beträgt, wird jedoch bei fünfzig Prozent der Patienten nach zehn Jahren eine vollständige Gesundheit mit guter gesellschaftlicher und beruflicher Funktion erzielt.^{32 33 34 35} Der Zustand vieler von Borderline Betroffenen verbessert sich ohne durchgängige Behandlung, doch eine kontinuierliche Therapie beschleunigt die Verbesserung des Zustands.³⁶

Die Frage der Borderline-»Pathologie«

In gewisser Weise kämpfen wir alle mit denselben Problemen wie von Borderline Betroffene – die Bedrohung durch Trennung, die Angst vor Zurückweisung, die Verwirrung der Identität, Gefühle von Leere und Langeweile. Wer hat nicht einmal eine intensive, instabile Beziehung erlebt oder hin und wieder einen Wutausbruch gehabt? Wer kennt nicht die Verlockung von Ekstasezuständen oder hat Angst davor gehabt, allein zu sein, hat Stimmungsschwankungen durchgemacht oder hat sich irgendwie selbstzerstörerisch verhalten?

Zumindest dienen Borderline-Persönlichkeitsstörungen dazu, uns daran zu erinnern, dass die Grenze zwischen »Normalität« und »Krankheit« bisweilen recht fließend sein kann. Zeigen wir alle in einem gewissen Maß Symptome der Borderline-Persönlichkeit? Die Antwort lautet wahrscheinlich »ja«. Tatsächlich könnten sicher viele Leser dieses ersten Kapitels die Beschreibung auf sich selbst

oder eine Person beziehen, die sie kennen. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass nicht alle Menschen so sehr von dem Syndrom kontrolliert werden, dass es ihr Leben stört oder beherrscht. Mit ihren extremen Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen repräsentieren Borderline-Persönlichkeitsstörungen einige der besten und schlechtesten Seiten des menschlichen Charakters – und unserer Gesellschaft in den ersten zwanzig Jahren des 21. Jahrhunderts. Bei der Untersuchung ihrer Tiefen und Grenzen müssen wir uns wahrscheinlich mit unseren hässlichsten Instinkten und unseren größten Möglichkeiten auseinandersetzen – und mit dem schwierigen Weg, den wir gehen müssen, um von einem Punkt zum anderen zu gelangen.

2.

CHAOS UND LEERE

»Alles ist Caprice. Sie lieben jene ohne Maß,
die sie bald ohne Grund hassen werden.«

*Thomas Sydenham, ein englischer Arzt des 17. Jahrhunderts, über
»hystericks«, der Entsprechung der heutigen Borderline-Persönlichkeit*

»Manchmal glaube ich, dass ich vom Teufel besessen bin«, sagte Carla, die als Sozialarbeiterin in der psychiatrischen Abteilung eines großen Krankenhauses arbeitet. »Ich verstehe mich selbst nicht. Ich weiß nur, dass ich durch meine Borderline-Persönlichkeit in ein Leben hineingedrängt wurde, aus dem ich alle anderen verdrängt habe. Ich bin sehr, sehr einsam.«

Bei Carla wurde das Borderline-Syndrom diagnostiziert, nachdem sie 22 Jahre Therapie, Medikamente und Krankenhausaufenthalte für eine Vielzahl von geistigen und körperlichen Erkrankungen hinter sich hatte. Ihre Krankenakte ähnelte einem abgegriffenen Pass, dessen Seiten mit den unzähligen psychiatrischen »Territorien« abgestempelt waren, durch die sie gereist war.

»Jahrelang war ich ständig in Krankenhäusern, aber ich fand nie einen Therapeuten, der mich verstand und wusste, was ich eigentlich durchmachte.«

Carlas Eltern hatten sich scheiden lassen, als sie noch ein Baby war. Bis zu ihrem neunten Lebensjahr wuchs sie bei ihrer

