

Symptome des Borderline- Syndroms

Straube

2008

IWB

Teil 1: Erkrankung und Symptome



BORDERLINE

Inhalt

Die Entstehungsgeschichte	3
Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).....	5
Symptome des Borderline-Syndroms	10
Das erste Symptom: Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.	11
Das Zweite Symptom: Muster von instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.	12
Das dritte Symptom: Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.	14
Das vierte Symptom: Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).	15
Das fünfte Symptom: Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder – drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.	16
Das sechste Symptom: Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmungen, etwa hochgradige episodische Dysphorie (Freudlosigkeit), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden, selten mehrere Tage anhalten.	17
Das siebte Symptom: Chronisches Gefühl von Leere	18
Das achte Symptom: Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)..	19
Das neunte Symptom: Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Störungen.	19
Weitere Symptome.....	21

BORDERLINE



Die Entstehungsgeschichte

„Border“ heißt „Grenze“, „Borderline“ ist die Grenzlinie. Als Bezeichnung für eine Erkrankung kann dies mehreres bedeuten. Der Zustand kann „grenzwertig“ sein, es kann sein, dass sich der Erkrankte „hart an der Grenze“ bewegt (zu was?); Grenzerfahrungen gemacht hat oder sich ständig auf einer Grenze bewegt. Das Wort „Grenze“ bedeutet, dass es ein „Vor“ und ein „Hinter“ der Grenze gibt, dass

ein „Hier“ und ein „Dort“ gibt, dass es eine Heimat und ein Ausland gibt. Auf der Grenze zu sein, heißt aber auch, weder noch zuhause zu sein, noch schon woanders angekommen zu sein. Der Borderliner ist unterwegs, er hat die Sicherheit des Zuhause nicht mehr und eine neue Heimat noch nicht. Er wird in der Regel an einer Grenze kontrolliert, muss seinen Pass vorweisen, wird kontrolliert, wer er ist, seine Identität spielt eine größere Rolle als vorher oder nachher im Alltag, es wird unser veraltetes Passbild mit unserem veränderten Aussehen verglichen, es wird kontrolliert, ob er etwas schmuggelt, ein Visum hat. Er hat kein Visum, hat geschmuggelt, wird auseinandergenommen, der Pass ist abgelaufen, er kann nicht zurück, er kann nicht weiter, ist nicht mehr „der Alte“ und noch nicht „der Neue“. Er ist hängengeblieben im Zwischen, ist ein Stück Nebel, seine Identität ist unsicher, er hängt in der Luft zwischen „Immernoch“ und „Immerschon“, zwischen den Fernen und den Weiten, zwischen Ungewohnt und Unbekannt, zwischen Woher und Wohin, Vorher und Danach, Fakt und Vision, Soll und Haben, Realität und Illusion, im Niemandsland der Albträume und der Endstation der Hoffnungslosigkeit, in dem er rennt, ohne voran zu kommen, während die Welt sich bewegt – wie im Zug, wenn wir am Bahnhof hinter dem Fenster den Zug auf dem Nachbargleis sehen, es sich bewegt und wir nicht wissen, ob unser Zug fährt, oder der Andere.

Ursprünglich war gemeint, dass es sich um die Grenze zwischen entwicklungsbedingten neurotischen und stoffwechselbedingten psychotischen Erkrankungen handelt, auf denen der Borderliner wandelt. Denn er hat Symptome beider Erkrankungstypen. Inzwischen hat man sich geeinigt, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung handelt.

Die Borderlineerkrankung hat immer eine lange Vorgeschichte und sie ist bei allen Erkrankten anders. Oft ist die kindliche Entwicklung durch viele Traumata gekennzeichnet. Nicht selten fangen die Traumata schon in der Schwangerschaft an. Ich habe eine Patientin kennengelernt, deren Eltern eine Abtreibung vornehmen ließen, es aber nicht bekannt war, dass es sich um Zwillinge handelte – eines der Zwillinge wurde „erfolgreich“ abgetrieben, das andere Kind kam zur Welt, ungewollt, abgelehnt, wuchs ohne Liebe auf und wurde borderlinekrank. Oft findet sich ein „Brokenhome“, die Eltern leben vor den Kindern im Streit, sind Suchtkrank, soziale Außenseiter, sind selber psychiatrisch krank, emotional instabil, mit der Erziehung überfordert, drohen Strafen an, die sie nicht vollziehen, vollziehen Strafen, die sie aus heiterem Himmel ohne Anlass verhängen. Oder die Kinder sind krank, lebten lange in Kliniken unter der Obhut wechselnder Bezugspersonen, dann starben vielleicht Mut-



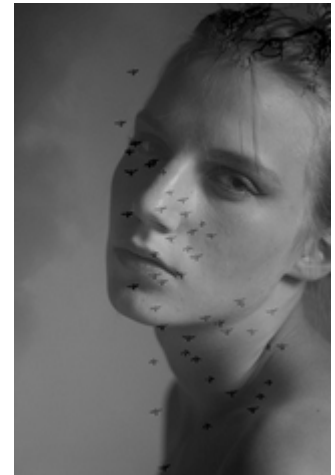
BORDERLINE

ter oder Vater, das Kind kam zu Tanten oder in Heime. Oder es hatte eine Hirnhautentzündung und erlebte die liebevolle Zuwendung als Bedrohung oder gar nicht. Immer wird es in seinem Bemühen, sich geliebt, eingebettet, beheimatet und zugehörig zu fühlen, gestört.

Aus Äußerungen Betroffener:

Borderline :

- bedeutet für mich ein Mensch der sehr sensibel, mitfühlend, verständnisvoll, aber auch hochgradig verletzbar ist.
- ist für mich wie eine Reise ohne Fahrschein und der Kontrolleur naht.
- ist wie ein Leben ohne feste Wurzeln.
- ist wie eine Reise im Zug, dessen Notbremse defekt ist.
- zu sein bedeutet für mich, ein Baum zu sein der versucht seine Wurzeln in harten Beton zu schlagen.
- ist ein Land, das immer wieder droht mich zu verschlingen.
- ist ein Leben am Rande des Aushaltbaren.
- ist der Abgrund, an dem ich steh.
- ist wie ein Kind, das in einem erwachsenen Körper lebt.
- ist die Blume, die nie erblühen durfte.
- bedeutet für mich, rote Tränen weinen zu müssen.
- bedeutet, das ich die die ich liebe verletzen muss.
- bedeutet für mich, einsam zu sein, weil ein du für mich unerreichbar ist.
- ist der Alptraum, aus dem es kein Erwachen gibt.
- bedeutet ein Kind zu sein, das verzweifelt nach seiner Mutter sucht.
- bedeutet für mich, dass ich mich nie auf mich verlassen kann.
- ist für mich eine geniale Überlebensstrategie der Psyche in einer Hölle, das Problem dabei ist nur, diese gelernten Verhaltensmuster wieder los zu lassen, wenn die äußere Hölle vorbei ist. Solange dies nicht gelingt lebt man in einer anderen inneren Hölle weiter.
- ist irgendwie ganz schön kompliziert und schwierig zu beschreiben.
- bedeutet für mich Gefühle wie in einer ungewollten/erzwungenen Fahrt in der Seilbahn.
- ist der ständige Kampf zwischen Wollen und Nicht-Wollen, Müssen und Nicht-Müssen.
- ist der Kampf zwischen Rationalität und Irrationalität.
- ist der Kampf der Gefühle gegen die Realität.
- den ganzen Farbkasten des Lebens in seiner Intensität gleichzeitig zu leben - von tief-schwarz bis grellpink - Lieben und Leiden in einem Augenblick ohne dass auch nur eine kleine Nuance des "kreativen Chaos" verloren geht.
- ist für mich "Borderline"! Ich möchte versuchen, es als "kreatives Chaos" zu sehen, weil diese "Störung" viele Türen öffnet, die für andere verschlossen sind - wir aber gerade genau darunter leiden. Trotz allem möchte ich die Kreativität, die ich gewonnen habe, nicht mehr missen.
- Segen und Fluch gleichermaßen.
- ist Himmel und Hölle zusammen.
- bedeutet für mich ein irrsinniges Gefühlschaos zwischen Liebe und Hass, Idealisierung und Abwertung, in einer schwarz-weißen Welt, ohne Grenzen.
- ist wie eine ständig wieder tickende, sich selbsterneuernde Zeitbombe, man spürt sie, weiß aber nie, wann sie explodiert!
- ist ein stimmungsschwankendes, selbstzerstörerisches, süchtiges, Monster !
- ist eine gespaltene, unsichere Seele, die kein "entweder-oder" kennt!
- ist, wenn man innen langsam stirbt und sich trotzdem viel zu lebendig fühlt für diese tote Welt.



BORDERLINE

Aus: <http://www.borderline-plattform.de> folgende Anmerkungen zur Entstehung:

Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Eine Borderline-Symptomatik und ihre Manifestationen sind letztlich das Produkt einer komplexen Mischung von angeborenem Temperament, schwierigen Erfahrungen in der Kindheit und relativ subtilen Formen neurologischer und/oder biochemischer Dysfunktionen.

Entlang diesem multifaktorialen Modell glauben die Forscher, dass 3 Faktoren für die Entwicklung einer BPS notwendig sind: ein Umweltfaktor, ein konstitutioneller Faktor und ein Faktor, der die Interaktion der anderen beiden darstellt oder ein Triggering-Faktor (Auslöser) ist.

Das dreiteilige Modell der Entwicklung einer BPS besteht somit aus

- Umweltfaktor: traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit
- Konstitutioneller Faktor: übersteigertes Temperament
- Interaktionen von 1. und 2. oder auslösendes Ereignis

Laut Aussage von Untersuchungsberichten, hat jeder Patient eine einzigartige Kombination bei der Entwicklung einer Borderline-Störung, die eine schmerzvolle Abwandlung eines unglücklichen, aber gleich bleibenden Themas ist.

1. Umweltfaktor

Er besteht aus einer häuslichen Umgebung, die im weitesten Sinne traumatisch ist. Es gibt 3 Typen umweltbedingter Traumata, die nach Schweregrad abgestuft werden.

Typ-I-Trauma: Kindheitserfahrungen, die als unglücklich, aber nicht vollkommen unvorhersehbar kategorisiert werden können. Dazu gehören: dauerhafte Trennung oder Scheidung der Eltern in frühester Kindheit, chronische Unsensibilität der Eltern, mangelndes Einfühlungsvermögen in die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes - ernsthafte Konflikte in der Familie, die evtl. zu Trennung oder Scheidung führen.

Typ-II-Trauma: - Erfahrungen verbaler oder emotionaler Misshandlungen - Vernachlässigung altersgemäßer körperlicher Bedürfnisse des Kindes durch die Eltern - eingeschränkte Episoden/einschränkende Phasen psychiatrischer Krankheit der Eltern

Typ-III-Trauma: - Erfahrungen unverhohlener körperlicher Misshandlung oder sexuellen Missbrauchs - chronische psychiatrische Krankheit, Substanzmissbrauch der Eltern - generell chaotisches, dysfunktionales häusliches Umfeld (z. B. Eltern, die sich wiederholt heftig streiten; Geschwister, die sich gegenseitig körperlich angreifen; niemand befolgt die Familienregeln oder achtet die persönlichen Grenzen eines anderen Familienmitglieds). In diesen Familien existiert nur eine unzureichende Rollenzuteilung, und es besteht kaum die Möglichkeit, Gefühle und Erwartungen auszudrücken. Ihr Ausdruck führt nicht zu einer emphatischen oder unterstützenden Antwort, sondern zu Kritik, Vorwürfen oder stößt auf völliges Desinteresse.

Diese 3 Typen des umweltbedingten Traumas, die sich häufig in den Geschichten von BPS-

BORDERLINE

Patienten finden, können abwechselnd oder gleichzeitig auftreten. Neueste Ergebnisse der Forschung zeigen, dass etwa die Hälfte der BPS-Patienten von einem Typ-I- und/oder Typ-II-Trauma in der Kindheit berichteten. Die andere Hälfte berichtete sogar von allen 3 Typen. Bei einem Drittel der Patienten, die von schwerem Missbrauch oder Misshandlungen berichten, kommt dem erlebten Trauma eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung einer BPS zu. Bei den Übrigen haben andere Faktoren eine bedeutendere Rolle gespielt.

Vorläufig empirisch erforschte 6 Faktoren, die ätiologische Bedeutung für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben:

3 Umweltfaktoren (traumatisierende Kindheitserfahrungen)

- Trennung/Scheidung/Verlust eines Elternteils in früher Kindheit
 - gestörte Beziehung zu den Eltern
 - Kindheitserfahrungen von Missbrauch oder Misshandlung
- **3 konstitutionelle Faktoren (angeborene und/oder erworbene Verletzbarkeit)**
 - familiäre Neigung zu bestimmten psychiatrischen Störungen
 - temperamentsbedingte Verletzbarkeit
 - Fehlregulationen der Neurotransmittersysteme und neurologische Dysfunktionen

Trennung/Scheidung/Verlust eines Elternteils in früher Kindheit

Dauerhafte Trennung/Scheidung der Eltern oder Verlust eines Elternteils kommt bei Borderline-Patienten häufig vor (37 % - 64 %).

Dauerhafte Trennung/Scheidung der Eltern oder Verlust eines Elternteils unterscheidet Borderline-Patienten auffallend von anderen. So berichtete ein signifikant höherer Prozentsatz von BPS-Patienten davon als bei Kontrollgruppen mit Psychose, affektiven oder Persönlichkeitsstörungen.

Gestörte Beziehung zu den Eltern

Studien ergaben:

- Borderline-Patienten sehen das Verhältnis zu ihrer Mutter gewöhnlich als konfliktbeladen, distanziert oder unbeteiligt an
- Das fehlende Engagement des Vaters hat sogar einen noch stärkeren (diskriminierenden) Effekt als das problematische Verhältnis zwischen Mutter und Kind.
- Gestörte Verhältnisse zu beiden Elternteilen gleichzeitig können sowohl spezifischer als auch pathogener (krankheitsauslösender) für die BPS sein als das gestörte Verhältnis zu nur einem Elternteil, da eine problematische Beziehung des Kindes zu einem Elternteil nicht ausreichend durch eine wirklich positive Beziehung mit dem zweiten Elternteil, die schützend gegen die Psychopathologie wirken würde, ausgeglichen werden kann. Vielmehr ist die elterliche Beziehung in Borderline-Familien oftmals von einer rigiden Festigkeit der ehelichen Beziehungen gekennzeichnet, die Aufmerksamkeit, Unterstützung und Schutz für die Kinder ausschließt
- Borderline-Patienten berichten einigen Untersuchungen zufolge von häufigem Auftreten von Konflikten, Feindseligkeit und chaotischer Unvorhersehbarkeit in ihren

BORDERLINE

Ursprungsfamilien. Ein hohes Maß an zornigen Konflikten in Kombination mit einem geringen Ausmaß an Struktur und unterstützender Kohäsion darf als wahrscheinlicher Auslöser für ein besonders toxisches familiäres Umfeld angesehen werden.

- Zwei unterschiedliche Erziehungsstile fanden sich in den Familien von Borderline-Patienten
 - a) Überengagement der Eltern
 - b) Unterengagement der Eltern
-

Überengagierte, feindselig-abhängige, trennungsresistente Familien

Hier stehen die Kinder oft im Kampf mit ihrer Abhängigkeitsproblematik, weil jeder Schritt in Richtung größerer Unabhängigkeit bei den Eltern eine intensive emotionale Reaktion auslöst, andererseits aber die Abhängigkeitsbedürfnisse der Kinder oftmals von der Familie aktiv belohnt werden. Individuationsversuche lösen bei den Eltern Angst vor Kontrollverlust aus, was zu einer gesteigerten Einmischung dieser in die Belange des Kindes führt. Solche familiären Konflikte spitzen sich im Laufe der Zeit spiralförmig zu.

Unterengagierte Eltern mit geringer Fürsorge und Überprotektion

Dieses familiäre Muster ist häufiger verbreitet und durch zahlreiche Studien mit verschiedenen Kontrollgruppen abgesichert. Bei den meisten davon fand sich übereinstimmend das Muster, dass Borderline-Patienten beide Elternteile als weniger fürsorglich, aber stärker schützend erlebten als die jeweilige Kontrollgruppe. Die Kombination von geringer Fürsorge und emotionaler Unterstützung sowie Überprotektion bestätigt den von Parker et al. schon 1979 geprägten Begriff der „lieblosen Kontrolle“. Insgesamt entsteht aus den jüngst veröffentlichten Ergebnissen der Eindruck, dass die pathologische Dynamik der Familien in einer Kombination von elterlichem Überengagement (vor allem Kontrolle) und Vernachlässigung, Unterengagement oder sogar Misshandlung und Missbrauch besteht.

Kindheitserfahrungen von Missbrauch und/oder Misshandlung

- Sowohl körperliche Misshandlung als auch sexueller Missbrauch kommen häufig in der Kindheitsgeschichte von Borderline-Patienten vor.
- Über körperliche Misshandlung wird von Borderline-Patienten signifikant häufig berichtet.
- Über sexuellen Missbrauch wird durchgängig signifikant öfter von BPS-Patienten berichtet als in anderen Krankheitsgruppen.
- Ein Viertel aller BPS-Patienten berichtet von Kindheitserfahrungen von Eltern-Kind-Inzest.
- Weitere 25% bis 30 % berichten von sexuellem Missbrauch durch andere Verwandte, Nachbarn oder Gleichaltrige.
- Borderline-Patienten erreichen im Vergleich zu Kontrollgruppen mit anderen Persönlichkeitsstörungen ungewöhnlich hohe Werte bei Dissoziationserfahrungen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass kein spezielles Trauma alleine und schon gar kein Einzelereignis für die Entwicklung der ganzen Bandbreite der Borderline-Störung verantwortlich gemacht werden kann. Vielmehr müssen eine chronische und wiederholte Exposition traumatischer Erfahrungen und das gestörte Umfeld, in dem es zu diesen Erfahrungen kommt, als Nährboden für die Entstehung einer Borderline-Störung angesehen werden. Das Fehlen adäquater Unterstützung in Form von stabilen Strukturen, beruhigender Anwesenheit und aktiver Erziehung oder eines entsprechenden Ersatzes in der Familie ist als äthio-

BORDERLINE

logischer Faktor für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeit von größerer Bedeutung als das erlebte Trauma.

Der zweite notwendige Faktor ist ein anfälliges Temperament. Im Wesentlichen geht es um die neurobiologischen Mechanismen, die der Impulskontrolle und Affektregulation zugrunde liegen und die beide bei Borderline-Patienten häufig beeinträchtigt sind. Eine Dysfunktion in der Regulation von Emotionen und Impulsen kann sich von einer genetischen Anfälligkeit herleiten. Gleichzeitig verdichten sich die Hinweise darauf, dass sich Störungen in der Temperamentregulation auf die Auswirkungen früher, sowohl akuter als auch wiederholter, oder chronischer Traumatisierung zurückführen lassen.

Familiäre Neigung zu bestimmten psychiatrischen Störungen

10 Studien haben sich mit einer Breite von psychiatrischen Störungen bei Verwandten ersten Grades von Borderline-Patienten beschäftigt. Die Studienergebnisse zusammengekommen zeigen folgende Schlüsse auf:

- Es gibt durchgängig wenige Verbindungen zwischen BPS und Schizophrenie oder schizotypischer Persönlichkeitsstörung.
- Affektive Störungen, teilweise unipolare affektive Störungen treten bei Verwandten ersten Grades von Borderline-Patienten durchgängig sehr häufig auf. während die unipolare Depression auch bei Verwandten in den Kontrollgruppen häufig festgestellt wurde.
- Die Resultate der Studien legen eine starke familiäre Verbindung zwischen Substanzmissbrauch sowie antisozialer Persönlichkeitsstörung und BPS nahe.
- Vielleicht am wichtigsten: Alle Studien konstatieren, dass BPS von einer Generation an die nächste weitergegeben wird. So tritt BPS signifikant häufiger bei Verwandten ersten Grades von BPS-Patienten auf als bei den Kontrollgruppen. Zwillingsstudien an ein- und zweieiigen Zwillingen lassen zunehmend den Schluss zu, dass die BPS selbst zwar nicht vererbbar ist, jedoch die bei einer BPS vorliegende impulsive Aggression und affektive Instabilität. Impulsive Aggression ist auch in der Allgemeinbevölkerung erblich. In der Verwandtschaft von BPS-Patienten sind impulsiv-aggressive Persönlichkeiten und affektive Instabilität gehäuft festgestellt worden. Diese Eigenschaften werden aber unabhängig voneinander vererbt. Somit ist es wahrscheinlich, dass eine Anfälligkeit für eine BPS einer Verbindung verschiedener, zum Teil genetisch determinierter Anteile des Temperaments entspringt.

Familiäre Neigung zu bestimmten psychiatrischen Störungen

10 Studien haben sich mit einer Breite von psychiatrischen Störungen bei Verwandten ersten Grades von Borderline-Patienten beschäftigt. Die Studienergebnisse zusammengekommen zeigen folgende Schlüsse auf:

- Es gibt durchgängig wenige Verbindungen zwischen BPS und Schizophrenie oder schizotypischer Persönlichkeitsstörung.
- Affektive Störungen, teilweise unipolare affektive Störungen treten bei Verwandten ersten Grades von Borderline-Patienten durchgängig sehr häufig auf. während die unipolare Depression auch bei Verwandten in den Kontrollgruppen häufig festgestellt wurde.
- Die Resultate der Studien legen eine starke familiäre Verbindung zwischen Substanzmissbrauch sowie antisozialer Persönlichkeitsstörung und BPS nahe.
- Vielleicht am wichtigsten: Alle Studien konstatieren, dass BPS von einer Generation an die nächste weitergegeben wird. So tritt BPS signifikant häufiger bei Verwand-

BORDERLINE

ten ersten Grades von BPS-Patienten auf als bei den Kontrollgruppen. Zwillingsstudien an ein- und zweieiigen Zwillingen lassen zunehmend den Schluss zu, dass die BPS selbst zwar nicht vererbbar ist, jedoch die bei einer BPS vorliegende impulsive Aggression und affektive Instabilität. Impulsive Aggression ist auch in der Allgemeinbevölkerung erblich. In der Verwandtschaft von BPS-Patienten sind impulsiv-aggressive Persönlichkeiten und affektive Instabilität gehäuft festgestellt worden. Diese Eigenschaften werden aber unabhängig voneinander vererbt. Somit ist es wahrscheinlich, dass eine Anfälligkeit für eine BPS einer Verbindung verschiedener, zum Teil genetisch determinierter Anteile des Temperaments entspringt.

Fehlregulationen der Neurotransmittersysteme und neurologische Dysfunktionen

Die Ergebnisse der Studien zu neurologischen oder biochemischen Fehlfunktionen bei Borderline-Patienten sind uneindeutig. Die Hälfte der Studien findet im Vergleich mit Kontrollgruppen mit psychiatrischen oder PS-Diagnosen Unterschiede (1-mal sogar signifikant): Entwicklungsdefizite, Intelligenzmin- derung, abnormale EEG-Werte, abnormale CT-Werte. Die andere Hälfte meint, dass sich die BPS-Patienten in ihren Werten nicht von normalen oder klinischen Kontrollgruppen unterscheiden.

Am besten abgesichert sind die Ergebnisse der Studien, welche die neurobiologischen Me- chanismen der beiden zentralen Störungsbereiche der BPS untersucht haben, und zwar die impulsive Aggression und fehlende Wutkontrolle sowie die affektive Instabilität. Mehrere Studien wiesen einen Zusammenhang zwischen impulsiver Aggression und einer herabgesetzten serotonergen Reaktion nach, der bei BPS-Patienten, aber auch bei ande- ren PS-Patienten auftritt. Dies betrifft sowohl Autoaggression (selbstschädigendes Verhal- ten, Suizidversuch) als auch Fremdaggression (Wutausbrüche, Gewalt). Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (CT, PET, fMNR) belegen, dass eine serotonerge Hypoaktivität in einzelnen Hirnregionen mit der Auslösung und Kontrolle von aggressivem Verhalten as- soziiert sind.

Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der dopaminergen Aktivität und reSSION. Die Untersuchungen dazu sind allerdings widersprüchlich.



Weitere Zahlen:

- 47,4% Therapieabbrüche
- 20,7% häufige Zwangseinweisungen
- Eine durchschnittliche Dauer von 6,5 Jah- ren zwischen erstem Kontakt zu einer The- rapeutin und/oder einem Psychiater und der Diagnosestellung BPS.
- Aufgrund häufiger und langer Klinikauf- enthalte schätzen Jerschke et al. die Kos- ten pro Jahr und Patient auf 12 000 Euro (bezogen auf die letzten beiden Jahre vor Aufnahme auf einer speziellen DBT-Station an der Universitätsklinik in Freiburg)

(Jerschke et al., 1998)

- 70-77% aller Borderliner sind Frauen
- 81-100% affektive Erkrankungen
- 24-81% Angsterkrankungen
- 21-67% Substanzmissbrauch
- 14% Essstörungen

BORDERLINE



Symptome des Borderline-Syndroms

Es gibt bis heute keine eindeutige Diagnostik des Borderline-Syndroms. Zwar sind sich alle erfahrenen Psychiater und Psychotherapeuten in der Regel einig und kommen bei den selben Patienten zu der gleichen Diagnose, aber die Kriterien sind mitunter höchst unterschiedlich. Ein Autor sagte einmal in einem anderen Zusammenhang: „ich könnte nicht definieren, wo der Unterschied zwischen einem erotischen und einem pornographischen Bild liegt, aber wenn ich ein Bild sehe, kann ich direkt sagen, ob es pornographisch oder erotisch ist!“. Ähnlich verhält es sich mit vielen psychiatrischen Diagnosen. Ein erfahrener Diagnostiker kann sehr eindeutig und treffsicher zwischen einer Neurose, einer Persönlichkeitsstörung und einem Borderline-Syndrom unterscheiden. Das ist umso beachtlicher, als es keine zwei Patienten derselben Erkrankung gibt, der dem Anderen gleicht. Darum hat das gängigste Diagnosesystem, die amerikanische DSM IV-Klassifikation einen Katalog von neun Kriterien aufgestellt, von denen fünf erfüllt sein müssen, um die Diagnose wahrscheinlich zu machen. Sicher ist sie dann noch nicht. So ist ein Glas ein Glas, wenn es aus Glas ist, rund, aufrecht, zylindrisch ist, mit einem geschlossenen Boden und oben offen, man daraus trinken kann etc. Wenn von diesen sieben Kriterien fünf erfüllt sein müssen, um ein Glas als Glas zu erkennen, dann würde eine Bodenvase von einem Meter Höhe auch ein Glas sein, obwohl niemand daraus trinken würde... Mit der Eindeutigkeit, mit der wir ein Glas als Glas, einen Apfel als Apfel erkennen, ist es dahin, wenn wir uns mit solchen eingrenzenden Kriterien einer Sache nähern. Aber bevor man lesen kann, muss man buchstabieren.... Dieses Buchstabieren von Borderline erfolgt also zunächst anhand der DSM IV-Klassifikation.



Diese neun Kriterien, von denen fünf erfüllt sein müssen, sind:

1. Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Muster von 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 (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

BORDERLINE

6. Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmungen, etwa hochgradige episodische Dysphorie (Freudlosigkeit), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden, selten mehrere Tage anhalten.
7. Chronisches Gefühl 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 Störungen.

Allen Symptomen liegt das fundamentale Phänomen der „Selbstunsicherheit“ zugrunde. Im Folgenden werden die einzelnen in der DSM IV-Kriterien im Einzelnen beschrieben.

Das erste Symptom: Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Unter den Verhaltensweisen, mit denen ein Verlassenwerden verhindert werden soll, zählen nicht Selbstmorddrohungen oder suizidale Handlungen, denen ein Extrapunkt „gewidmet“ ist.

Es ist keine sehr früh sich entwickelnde Fähigkeit, sich der Nähe eines Menschen bewusst zu bleiben, auch wenn er nicht grade anwesend ist. Kleine Kinder ertragen es nicht, wenn die Eltern abwesend sind. Alle Erklärungen, wie „Mama und Papa kommen gleich wieder“ können den Schmerz der Trennung nicht beeinflussen. Wer nicht zu sehen ist, ist nicht da und wer nicht da ist, ist nicht da, weil er nicht mit mir zusammen sein will und wer das nicht will, liebt mich nicht und wer mich nicht liebt, will sich von mir trennen. Säuglinge brauchen dafür die körperliche Nähe und Berührung, dann irgendwann mit ein bis zwei Jahren genügt der Blickkontakt. Ein dreijähriges Kind etwa kann eine Weile im Kinderzimmer spielen, schaut aber etwa alle 20 Minuten um die Ecke schauen, ob die Mama noch da ist. Bis es stundenweise bei Freunden sein kann, ohne dass die Eltern dabei sind, dauert es länger. Bald kann es bei vertrauten, später (etwa ab Schulreife) auch bei fremden Menschen übernachten, weil es sich des inneren Bezuges zur eigenen Familie bewusst sein kann, auch wenn diese nicht ansichtig ist.



Sie geht dann nicht verloren, auch wenn sie fern ist. Heimweh kann zeigen, dass dieser Prozess der Distanzierung bei gleichzeitiger Bewahrung der Beziehung, erschwert ist. Aber selbst während der Ausbildung wird oft der Kontakt nach „Zuhause“ aufrechterhalten, jetzt muss der junge Erwachsene alle ein bis vier Wochen zurück ins „Hotel Mama“, um einmal den Külschrank zu plündern und die Wäsche zu waschen. Es braucht lange, bis ein Dasein ohne Rückversicherung der „Heimat“, der „Familie“ auf größere Distanzen gelingt.

Ein Borderline-Patient hat diese Abnabelung nicht leisten können. Diese schrittweise Entwicklung ist in der frühen Kindheit scheinbar „stehen geblieben“. Ähnliche Phänomene finden wir häufiger bei Traumatisierungen: Teile der Seele werden durch traumatische Erlebnisse da fixiert, wo sie zum Zeitpunkt des Traumas stehen. Sie entwickeln sich dann nicht weiter und behalten Sicht- und Reaktionsweisen bei, wie sie für das Alter des Traumas typisch sind. Solche kindlichen Muster, das Verlassenwerden durch einen nahe stehenden Menschen zu

BORDERLINE

vermeiden, ist für ein Kleinkind normal. Findet es im Erwachsenenalter noch statt, so wird das als unangemessen erlebt. Diese Unangemessenheit des Verhaltens ist hier gemeint.

Es ist eine Selbstsicherheit, die wir erwerben, auch dann angemessen, kohärent und ohne Angst zu sein, wenn unsere wichtigsten Bezugspersonen nicht in unmittelbarer Nähe sind. Das Kind braucht noch, um sich sicher zu fühlen, den Anderen. Auch wenn wir nie davon unabhängig werden, so gewinnen wir doch eine Autonomie unabhängig von anderen Menschen. Hier kann der Borderline-Patient nicht loslassen. Die wichtigsten Menschen bleiben Teil des Selbstbildes. Alle Jahre wieder lesen wir in der Zeitung von Familientragödien, wo ein Erwachsener alle Familienangehörigen und zuletzt sich selber umbringt. Oft liegt dem eine ähnliche Struktur zugrunde: die umgebenden Menschen sind so sehr Teil des Selbst, dass ein Suizid, also das Auslöschen des eigenen Selbst die Vernichtung derer mit einschließt, die Teil dieses Selbstes sind.

Es gibt ein altertümlich anmutendes Wort: „Jemanden im Herzen tragen“: sich der inneren Nähe eines Menschen bewusst sein, auch wenn er nicht gegenwärtig ist. Das ermöglicht die Toleranz der vorübergehenden Abwesenheit. Diese Toleranz ermöglicht einen freien Umgang mit Nähe und Distanz. Der Borderline-Patient erlebt Nähe nur, wenn sie physisch ist. Ist der Andere abwesend, so erlebt er es als Verlassenheit. Er kennt nur das Entweder-Oder, das Ganz oder Garnicht. Dies ist ein Schwarz-Weiß-Sehen, wie es für viele Symptome des Borderline gilt. Für die Buntheit dazwischen ist er blind. Beziehung aber lebt davon, dass das Positive der Gemeinsamkeit die Autonomie nicht infragestellt. Der Borderliner aber nicht die Autonomie des Partners akzeptieren, wie das kleine Kind die Eltern nicht als autonome Wesen erlebt, sondern nur in ihrer Funktion im Bezug auf sich selbst.

Eifersucht, Angst vor dem Alleinsein und das Klammern am anderen Menschen sind Symptome, die diese fehlende Toleranz markieren, aber nicht jeder eifersüchtige Mensch hat ein Borderline-Syndrom!



Das Zweite Symptom: Muster von instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Beziehungen sind immer dialektische Prozesse. Das bedeutet, dass sowohl die Sicherheit des Bestandes einer Beziehung wichtig ist, aber auch die Akzeptanz der Entwicklung dazugehört. Ebenso, wie man sich selber entwickelt, entwickelt sich der Andere auch. Die Beziehung selber entwickelt sich nicht nur, weil beide Partner sich verändern, sondern Beziehungen haben darüber hinaus eine eigene Beziehungsentwicklung. Aus der heißen Verliebtheitsphase eines Paares wird irgendwann die kühlere und alltäglichere Gewohnheit. Gespräch, Verhandlungen und Streitereien führen immer wieder zu neuen Gleichgewichten der Partner zueinander. Vertrauen in die Beziehungsstabilität trotz der unterschiedlichen Entwicklungen macht es möglich, dass man noch nicht gleich das Ende der Beziehung voraussieht, sobald der Andere einmal schlecht gelaunt ist, oder lieber ins Kino gehen will, statt, wie gewöhnlich zuhause fernzusehen. Was eine Beziehung stiftet, sind in der Regel Sympathie, Vertrauen oder Verliebtheit. Keine Beziehung hält dieses Niveau. Immer werden im Alltag Situationen entstehen, die dieser Eingangssituation nicht entsprechen. Sie stehen nur scheinbar im Widerspruch zur ersten Situation, sondern sind hinzutretende Aspekte. Jeder Mensch birgt viele Widersprüche in

BORDERLINE

sich. Das erste Bild, das wir vom Anderen gewinnen, bildet diese Vielheit und diese Widersprüchlichkeit nie ab. Wer den anderen aber akzeptiert, Freundschaft, ein Vertrauensverhältnis zu ihm entwickelt hat oder eine Partnerschaft eingegangen ist, akzeptiert dies und ist auch darauf gefasst. Für den Borderliner ist dies ein unerträglicher Widerspruch und er erlebt eine massive Bedrohung der Beziehung, die er oft vorausseilend abbricht. Auch hier können die „Zwischentöne“ nicht erfasst werden und Entwicklungen werden nicht wahrgenommen und fehl gedeutet. Ist ein Borderline-Patient ernster krank und erlebt intensive Zuwendung durch



das Pflegepersonal und die Ärzte einer Klinik, so wird er die nachlassende Intensität der Betreuung, die einsetzt, sobald es ihm besser geht und die Gefahrensituation vorüber ist, als Vernachlässigung, Pfl egenotstand, Liebesentzug oder als Quittung für ein vermutetes Fehlverhalten seinerseits interpretieren, vielleicht sogar die Klinik in Wut verlassen, da er sich nicht mehr angemessen behandelt fühlt. Er kann aber auch plötzlich Symptome zeigen, die eine Intensivierung der Be-

treuung nach sich zieht. Dabei darf man nicht davon ausgehen, dass er bewusst simuliert – es ist seine Not, die ihn die Verschlimmerung erleben lässt. Meist werden Pflegepersonal und Ärzte die neuen Symptome nicht sehr ernst nehmen, der Patient aber erlebt sich weiterhin in Todesgefahr und das nachlassen der Versorgung wird er wiederum als Bedrohung erleben.

Die wenigen Beziehungen, die er zulässt, sind von hoher Erwartung. Meist entspricht dies auch in Etwa dem hohen Niveaus der Eingangssituation. Positive Zeichen der Vertrauenswürdigkeit, der Sympathie oder der Verfügbarkeit, die er am Anderen wahrnimmt, lassen ihn auf mehr hoffen. Seine Erwartungen sind also oft 150%ig. Erfüllt der Andere aber diese Erwartungen irgendwann nicht mehr voll, sondern nur noch eingeschränkt, z.B. nur noch 140%ig, so sieht der Borderliner dies als 100%igen Vertrauensbruch! Der zuvor Hochgelobte ist jetzt ein Nichtsnutz, ein unzuverlässiger, unsympathischer Widerling, den er verachtet und den er als keines Vertrauens würdig erlebt. Dadurch geht die Stabilität, bevor sie entstehen konnte, verloren, solange die Beziehung bestand, war sie aber intensiv.

Besonders im Verhältnis zu Menschen, die dem Borderliner helfen wollen, erweist sich dieses Muster als sehr problematisch. Er empfindet sich als hilfebedürftig und setzt übergroße Erwartungen in seine Therapeuten oder helfenden Freunde. Kein Therapeut oder Freund aber kann diese Intensität aufrechterhalten, die der Borderliner erwartet, weswegen es hier zu vielen Abbrüchen kommt und kontinuierliche Therapien, die hier besonders nötig sind, finden wir entsprechend selten. Dauerhafte und tragfähige Partnerschaften, in denen er das Leben einer Beziehung „durch dick und dünn“ erfahren könnte, scheitern, sobald es „dünn“ wird. Dabei sieht er das Problem nicht bei sich – seine Bedürfnisse haben sich ja auch nicht geändert – sondern beim Anderen, der sich im Verhältnis zu ihm verändert hat. Irgendwann erlebt er sich als den einzig normalen Menschen und die Welt als gegen sich gerichtet.

Menschen in der Umgebung, zu denen der Borderliner nicht so intensive Beziehungen hat, bleiben bestehen, denn hier hat er die hohen Erwartungen nicht, die enttäuscht werden könnten. Sie sind genauso „normal“ wie er. Da sie aber auch so gewöhnlich sind, dass er an sie keine Erwartungen hat, ihm also egal sind, färbt das unangenehm auf sein Selbstbild ab...

BORDERLINE

Das dritte Symptom: Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

Niemanden nehmen wir so unscharf wahr, wie uns selber. Andere zu beurteilen, scharf anzusehen, kennen zu lernen und zu beschreiben, ist leichter, als dasselbe mit uns selber zu tun. Natürlich hat das auch damit zu tun, dass wir vom Anderen weniger wissen, als von uns und das Wenige ist leichter beschreibbar, als das Viele und Widersprüchliche, was wir von uns kennen und das sich auf so vielen verschiedenen Ebenen abspielt. Andere sehen wir schärfer, wir selber sind naturgemäß für uns mehr im Nebel. Immer wenn wir etwas über uns erfahren, stellen sich vielerlei Erinnerungen und Erfahrungen ein, die auch das Gegenteil plausibel erscheinen lassen. Dennoch haben wir, wenn wir uns keiner philosophischen Nachdenklichkeit hingeben, mit unserem Selbstbild oft keine allzu großen Nöte. Im jungen Erwachsenenalter bilden wir als Ergebnis von Suche, Experiment, Entscheidung, Erfolg und Scheitern eine Identität aus, die unser Selbstbild prägt. Hier gehen Erfahrungen und Erinnerungen ein, die Summe unserer Geschichte, die Summe dessen auch, was an Reaktionen auf uns, uns von anderen Menschen entgegengebracht wird. Je unterstützender und wertschätzender diese Rückmeldungen ausgefallen sind, sehen wir unsere eigene Geschichte als eine geschlossene und positive Geschichte, die uns ein kohärentes Bild von uns widerspiegelt. Diese Kohärenz des Selbstbildes wird erschüttert durch viele negative Erfahrungen, negatives Feedback, negative Erlebnisse und Erinnerungen, Entwertungen und Traumata. Es gelingt dann nicht um das Viele ein einheitliches Band zu schnüren das Vielerlei zu einem Ganzen zusammenzufassen und daraus Sicherheit zu ziehen. Diese Ganzheit und Unverletzlichkeit des Selbstbildes und letztlich das Selbstbild selber sind keine intellektuellen Essenzen. Sie sind mehr Gefühl. Die Widersprüche liefert der Intellekt, der Hinterfragt, zweifelt und kritisch alles betrachtet, was dieser kohärenten Ganzheit widerspricht. Dieses Gefühl gründet auf dem Selbstgefühl, wonach der Jugendliche in der Pubertät sucht. Dieses Selbstgefühl ist ein Ergebnis des oft mühevollen Pendelganges zwischen Überheblichkeit und Minderwertigkeitsgefühl. Irgendwo dazwischen ist es gesund.

Aber Gefühlen gegenüber ist der Borderliner skeptisch. Seine Art Schwarz-Weiß zu sehen verträgt sich nicht mit solchen vereinheitlichenden Gefühlen und Bildern. Oft ist die Vorgeschichte der Borderlineerkrankung voll von Traumatisierungen und Entwertungen, die das Zustandekommen solcher Identitäten, Selbstbilder und Selbstgefühle nicht gestatten.

In dem Buch von T. Berry Brazelton und Stanley I. Greenspan: „Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern“, aus dem BELZ-Verlag, in dem zwei amerikanische Kinderärzte ihre langjährige Erfahrung zusammenfassen, beschreiben sie die folgende Bedürfnisse, deren Erfüllung Grundbedingungen sind für ein gutes Selbstgefühl und eine intakte Persönlichkeitsbildung:

- Das Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen
- Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation
- Das Bedürfnis nach Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind
- Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen
- Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen
- Das Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und nach kultureller Kontinuität
- Die Zukunft sichern



BORDERLINE

Und an der Befriedigung dieser Grundbedingungen mangelt es in der Vorgeschichte der Erkrankten. Diese Befriedigung wäre das wertschätzende Feedback, das Sicherheit vermittelt. Diese Sicherheit nicht zu gewinnen, bedeutet, dass das Selbstbild und die Identität fragil und brüchig ausfallen. In stressfreien und nicht überfordernden Situationen kann es ausreichen. In Krisen wird es überlastet. Der betreffende Kranke kann weder auf erfolgreiche Erinnerungen, auf ein kreatives Potential von Strategien, oder auf Erfahrungen zurückgreifen, die ihm Mut machen, etwas zu wagen, ohne zu wissen, wie es ausgeht. Ihm fehlt es an Resilienz.

Hier liegt die Quelle der Selbstunsicherheit. Sie wiederum ist die Quelle der Angst, der Verzagtheit und der Unruhe, wenn Herausforderungen zu bewältigen sind. Wer keine Selbstsicherheit hat, hat kein Fundament, kein stabiles Lebensgefühl, hat kein Selbstvertrauen, kein Vertrauen in das Schicksal oder die Welt und hat keinen Kontakt zu sich selber, hat keine bleibenden Werte, die ihn tragen, keine Zuversicht, die ihm Hoffnung gibt und keinen Halt in sich. In herausfordernden Situationen kann es daher sein, dass er sich selbst nicht mehr spürt, Angst vor aufkeimenden Gefühlen hat, weil sie undurchschaubar sind und ihm den letzten Halt nehmen, den er vielleicht noch hat.

Das vierte Symptom: Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).

Jeder Mensch hat fortwährend Impulse, die in ihm auftreten. Wer hat noch nie Jemanden den Tod gewünscht oder den Drang verspürt, einem anderen Menschen „die Fresse polieren“ zu wollen oder ist in seiner Phantasie nicht schon mal Jemandem „an die Wäsche gegangen“? Wer hat nicht schon einmal davon geträumt, alles anders machen zu wollen, kreativer zu sein, fröhlicher, liebevoller, wagemutiger oder einfach mal auf einem anderen Weg von der Arbeit nachhause zu fahren? Aber wir tun

es nicht. Warum? Weil wir eine unbewusst funktionierende Impulsabwehr haben. Es ist sicher gut, dass wir vieles nicht tun, was in uns als Impuls „hochkommt“. Für manche Dinge, manche Träume, manche Phantasien aber ist es auch schade, dass wir den Mut nicht finden, sie zu leben. Man kann zu viel und man kann zu wenig kontrollieren. Der Gesunde WEHRT DAS Eine ab und lässt das Andere zu. Unsere unbewussten Lebensmotive kommen in der Gestalt solcher Träume daher. Sie sind nur begrenzt abwehrbar. Je früher wir sie ernst nehmen, desto eher gelingt es uns, dies in einer kreativen und verträglichen Weise

zu tun und das Neue in unser Leben zu integrieren. Je länger wir warten, desto elementarer sind die Auswirkungen für uns, unsere Familie, unsere Freunde und unsere Arbeitswelt. Wahrzunehmen, dass sich in Form von Phantasien, von Lust auf Anderes, in Form von Aversion auf das Bisherige etwas neues regt, Entwicklungen anstehen, ist sicher eine Quelle von

Ein Mensch darf nie aufhören zu träumen. Der Traum ist für die Seele, was Nahrung für den Körper bedeutet. Wir müssen häufig in unserem Leben erfahren, wie unsere Träume zerstört und unsere Wünsche nicht erfüllt werden, dennoch dürfen wir nie aufhören zu träumen, sonst stirbt unsere Seele.

Der gute Kampf ist der, den wir im Namen unserer Träume führen. Wenn sie mit aller Macht in unserer Jugend aufflammen, haben wir zwar viel Mut, doch wir haben noch nicht zu kämpfen gelernt. Wenn wir aber unter vielen Mühen zu kämpfen gelernt haben, hat uns der Kampfesmut verlassen. Deshalb wenden wir uns gegen uns selber und werden zu unseren schlimmsten Feinden. Wir sagen, dass unsere Träume Kindereien, zu schwierig zu verwirklichen seien oder nur daher rührten, dass wir von den Realitäten des Lebens keine Ahnung hätten. Wir töten unsere Träume, weil wir Angst davor haben, den guten Kampf zu kämpfen.

Das erste Symptom dafür, dass wir unsere Träume töten, ist, dass wir keine Zeit haben. Die meistbeschäftigten Menschen, die ich in meinem Leben kennengelernt habe, waren zugleich auch die, die immer für alles Zeit hatten. Diejenigen, die nichts taten, waren immer müde, bemerkten nicht, wie wenig sie schafften, und beklagten sich ständig darüber, dass der Tag zu kurz sei. In Wahrheit hatten sie Angst davor, den guten Kampf zu kämpfen.

Das zweite Symptom dafür, dass unsere Träume tot sind, sind unsere Gewissheiten. Weil wir das Leben nicht als ein großes Abenteuer sehen, das es zu leben gilt, glauben wir am Ende, dass wir uns in dem Wenigen, was wir vom Leben erbeten haben, weise, gerecht und korrekt verhalten. Der gute Kampf bleibt uns fremd.

Das dritte Symptom für den Tod unserer Träume ist schließlich der Friede. Das Leben wird zu einem einzigen Sonntagnachmittag, verlangt nichts Großes von uns, will nie mehr von uns, als wir zu geben bereit sind. Wir halten uns dann für reif, glauben, dass wir unsere kindlichen Phantasien überwunden und die Erfüllung auf persönlicher und beruflicher Ebene erlangt haben. Wir reagieren überrascht, wenn jemand in unserem Alter sagt, dass er noch dies oder das vom Leben erwartet. Aber in Wahrheit, ganz tief im Inneren unseres Herzens, wissen wir, dass wir es in Wirklichkeit nur aufgegeben haben, um unsere Träume zu kämpfen, den guten Kampf zu führen.

Paulo Coelho: „Auf dem Jakobsweg“

BORDERLINE

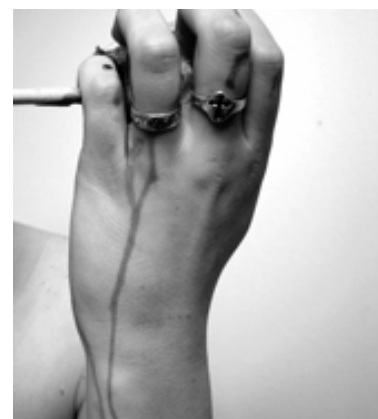
Lebensglück, Wandlung und Entwicklung. Diese Wahrnehmungen können aber auch Angst machen. Sind wir nicht mehr im Einklang mit dem Bisherigen, z.B. mit unserer Arbeit, so können die Sorgen überhand nehmen, dass Veränderungen den Verlust eines sicheren Arbeitsplatzes bedeuten, dass man glaubt, die Familie nicht mehr ernähren zu können, etc.. Ängste und Sorgen veranlassen uns, diese aufkeimenden Träume als Kindereien abzutun, gegen wir uns doch als reif und erwachsen betrachten. Nur diese Impulse verschwinden nicht. Sie werden immer drängender und lauter. Schließlich muss die Kraft, diese Impulse abzuwehren, immer größer werden und beansprucht immer mehr Energien unserer Seele. Dann steht ein Druck. Und irgendwie entlädt sich der Druck, wenn es immer noch nicht gelingt, die Impulse unserer Seele ernst zu nehmen, achtsam mit ihnen umzugehen und sie irgendwie zusetzen. Letztlich ist es eine Identitätskrise. Mein Sosein und mein unbewusst gewolltes Sein stehen im Widerspruch.

Die Abwehr sorgt dafür, dass wir den Inhalt unserer Träume und Phantasien nicht ernst nehmen und im Bewusstsein nicht zulassen. Dennoch erleben wir den Druck und wissen nicht, wo er her kommt. Den Stau aufzulösen und die Mauern fallen zu lassen, kann dann nur ungezielt, ungerichtet passieren. Bei gleichzeitiger Selbstunsicherheit sind solche plötzlichen entlastenden Kontrollverluste oft Ursachen von Handlungen, mit denen wir uns selbst schaden, zumal instinktiv das eigene Ich als Quelle solcher Träume und Phantasien, die das Bisherige infrage stellen, gespürt wird. Dieses Ich wird bestraft und die Kontrollverlustsaktion führt zwar zu einer kurzfristigen Entlastung, verschlimmert aber mittelfristig umso mehr, als dieses Selbst bestraft wurde und damit die Selbstunsicherheit erneut Nahrung bekam. Impulse dieses Selbst müssen also immer mehr abgewehrt werden, aber sie werden umso stärker, je weniger dieses Selbst sich befriedigend Raum verschafft. Die Entlastungsausbrüche sind ungezielt. Sie haben Blitzableiterfunktion.

Ein Beispiel ist der Alkohol. Er enthemmt. Das baut die Mauer der Selbstkontrolle ab. Zugleich aber wird unser Selbst bestraft, weil was wir dann vielleicht tun, wenn die Selbstkontrolle im Rausch abnimmt, Dinge sind, die uns im Nachhinein leid tun, da wir nicht damit identisch sind. Das Ich oder Selbst basiert auf dem aufrechten Gang, der Sprache und dem Denken. Im Rausch nimmt erst das Denken, dann die Sprache und zuletzt der aufrechte Gang ab. Sogar bildlich sind wir nicht wir selbst. Die kurzfristige Befriedigung tut gut, aber die zuvor erlebte Diskrepanz zwischen Traum und Wirklichkeit hat sich durch die Taten im Vollrausch eher erhöht. (Die Freud ist kurz, die Reu ist lang). Die Spannung wächst, was den nächsten Rausch und die Verschlimmerung des Ganzen wahrscheinlicher macht. Sucht entsteht. Dieser konditionierende Effekt, vorbei am Ich, ist Grundlage solcher ungerichteten Entlastungsaktionen. Je ineffektiver sie sind, desto eher werden sie wiederholt.

Das fünfte Symptom: Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

Die Selbstunsicherheit, das Scheitern von Beziehungen, das Verlassenwerden von vertrauten Menschen und die Eskalationsspirale durch selbstschädigendes Verhalten sind irgendwann nicht mehr zu übersehen. Irgendwann reicht es nicht, sich zu schädigen und zu bestrafen. Irgendwann muss Schluss sein. Diesen Schlussstrich kann man nur ziehen, wenn man das Übel beseitigt, das für diese Unbill zuständig ist. Und Ursache des Übels ist man selber. Dieses Selbst ist



BORDERLINE

wertlos. Man kann, wenn man merkt, dass der Verlust menschlicher Nähe dadurch zu dem ist, dass man mit dem Suizid droht, auch damit spielen. Dieses „Spiel“ ist durchaus ein ernstes. Das Risiko eines „Gelingens“ wird akzeptierend in Kauf genommen, die Drohungen sind immer ernst zu nehmen. Die Symptome des Präsuizidalen Syndroms gilt es zu kennen und zu beachten, denn oft werden Zeichen ausgesandt, aber nicht immer erkannt.¹

Auch das selbstverletzende Verhalten, das man genauso gut dem vorherigen Symptom hätte zuordnen können, hat sowohl eine entlastende Funktion, wie das vierte Symptom, wendet sich aber ebenso aggressiv gegen sich selber, wie das „Spiel“ mit dem Suizid. Diese selbstverletzenden Verhaltensweisen wie das Ritzen können in der Tat entlasten. Der mit Argwohn betrachtete Gefühlsstau, der sich bei grundsätzlicher Skepsis Gefühlen gegenüber dem oft betonten distanzierenden Intellekt nicht erschließt, wird erst durch den Schmerz übertönt, dann wird das herausfließende warme Blut als ein archaisches Gefühl von Wärme, Geborgenheit, Bei-Sich-Sein erlebt und das Fließen als Lösung des Staus empfunden, als Erleichterung, als Gegenteil von sich stauenden Emotionen. Die durch die Selbstverletzung ausgeschütteten „Glückshormone“, die Endomorphine, bereiten Gefühle, die allerdings noch weiter gehen. Es scheinen zuweilen echte Glücksgefühle zu sein. Für einen Moment empfindet der Kranke, es sei alles in Ordnung. Dennoch wird selbstverletzendes Verhalten oft von einer tiefen Scham begleitet, wie stattgehabte Suizidversuche auch. Es sind aber wichtige und wichtigste Erfahrungen und Erlebnisse. Indem mit Niemanden darüber gesprochen wird, verstärkt sich das Einsamkeitsgefühl enorm. Das erfordert, das tatsächliche oder das vermeintliche Verlassenwerden verhindert wird, dass intensive Beziehungen gesucht werden, die sich als instabil erweisen, die Selbstunsicherheit wächst und andere Formen des selbstschädigenden Verhaltens zur Abbau des wachsenden Staus und der schwächer werdenden Impulskontrolle werden ausgeübt.... Es entsteht ein Teufelskreis, in dem alle Symptome mehr oder weniger sich gegenseitig bedingen.

Das sechste Symptom: Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmungen, etwa hochgradige episodische Dysphorie (Freudlosigkeit), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden, selten mehrere Tage anhalten.

Alle Menschen haben Stimmungsschwankungen. Das hat innere, aber auch reaktive Ursachen. Sind wir schlecht gelaunt, können wir oft dennoch in unserem Beruf angemessen, routiniert oder professionell handeln. Sind die Missstimmungen nicht überwältigend, so können wir mehr oder weniger unabhängig von ihnen unseren Alltag gestalten. Der Borderliner kann das nicht. Stimmungsschwankungen sind Schwankungen der ganzen fragilen Persönlichkeit. Stimmungen machen Angst. Schlechte Stimmungen machen noch mehr Angst. Schwankende Stimmungen nehmen dem Rest an Selbstsicherheit jedweden Boden weg. Gefühle und Stimmungen sind ein Angriff auf das Bedürfnis nach Kontrolle und kontrolliert wird das, was Stabilität verschafft. Diese Stabilität ist definierbar, sie gehört dem Intellekt. Gefühle haben da nichts zu suchen. Stimmungsschwankungen sind der Inbegriff von Wandelbarkeit und Wandelbarkeit ist das Gegenteil von kontrollierter Sicherheit. Ist diese in Frage gestellt, so ist alle Selbstsicherheit dahin. Schon kleine Stim-

*Freudvoll und leidvoll, gedankenvoll sein;
Hangen und bängen in schwebender Pein;
Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt;
Glücklich allein ist die Seele, die liebt.*

BORDERLINE

mungsschwankungen können große Katastrophen auslösen. An Arbeit, an die Bewältigung des Alltages ist nicht zu denken! Lieber stabile schlechte Gefühle, als Stimmungsschwankungen! Lieber Schmerzen, lieber Taten, die später bereut werden, lieber straffällig werden, als sich den Rest von Selbstsicherheit nehmen zu lassen. Um in die Stimmungsschwankungen mit eindeutigen Gefühlen stabilisierend einzugreifen, muss es heftig sein. Eine gefährliche Schlägerei, eine extreme Droge, starke Schmerzen können das. Das Verhalten wird immer extremer.

Am stärksten finden wir wechselnde Stimmungen im sozialen Miteinander. Was man gemeinsam unternehmen möchte, welchen Film man ansehen will oder worauf man gerade Appetit hat, das sind Dinge, die von der Lust abhängen und Lust und Unlust sind Schwankungen unterworfen. Der oder die Anderen haben unkalkulierbare Wünsche, Lüste und Stimmungen. Das ist für den Borderliner nicht zu ertragen. Da das Leben in Gruppen, Freundeskreisen und Beziehungen sehr gefühlsreich sind und Anpassungen an die Situationen der Gruppen eine innere Wandlungsfähigkeit voraussetzen, die vom Borderliner als Verlust von innerer Stabilität erlebt wird, meidet er soziale Prozesse und Erfahrungen. In dem Maße, in dem ihm diese Erfahrungen fehlen, fehlt ihm auch die Übung, soziale Prozesse zu verstehen und richtig zu interpretieren. Sie wirken wie eine Bedrohung. Leicht fühlt er sich angegriffen, wenn er nur liebevoll angesprochen wird, Lappalien werden zur Gefahr, harmlose Scherze kommen als aggressive Signale an, ein freundliches Lachen wird interpretiert, als würde man ausgelacht. Hier reagiert der Borderliner oft mit aggressiver Abwehr.

Das siebte Symptom: Chronisches Gefühl von Leere

Erleben ist immer eine Internalisierung von Reizen. Reize können von Außen, oder von Innen kommen. Von Innen kommen z.B. Erlebnisse durch das Nacherleben von Erinnerungen. Schöne Erinnerungen sind verknüpft mit angenehmen Gefühlen und schönen Assoziationen. Negative Erinnerungen aber lösen unangenehme Gefühle, unangenehme Assoziationen aus und mit solchen unangenehmen Erinnerungsinhalten will der Borderliner sich nicht belasten. Die Vorgeschichte des Borderliners aber besteht zum größten Teil aus vielen sehr unangenehmen Erinnerungen. Indem er sich mit ihnen nicht belasten will, versucht er sich gar nicht erst zu erinnern. Er schützt sich vor diesen inneren Reizen, indem er seine Erinnerungen abwehrt, absplattet und bald zu einem nahezu geschichtslosen Wesen wird. Das ent-



steht aus Not. Von Traumapatienten kennen wir das, dass sich unterbewusst die Seele vor traumatischen Flashbacks schützt, indem sie das Erlebnis absplattet. Es wird wie in Beton umschlossen vor dem Licht des erinnernden Bewusstseins geschützt und der Betreffende weiß nichts mehr von dem Ereignis. Die Vorgeschichte vieler Borderliner ist eine Aneinanderreihung von Traumata. Der Schutz davor ist dann eine Leere dort, wo andere Menschen eine Fülle von Erinnerungen, Erfahrungen und Erlebnissen als Basis ihres Selbstgefühles haben. Statt dieser Leere kann die Erinnerung auch eine distanziert erlebte und nüchterne Faktensammlung sein, die ohne Emotionen berichtet werden kann, wie der Wetterbericht einer entfernten Stadt, mit der man nichts zu tun hat. So wird er immer abhängiger von äußeren Reizen, wenn aus dem Inneren keine Reize mehr kommen. Nur äußere Reize, die auf eine innere

BORDERLINE

Leere treffen, um die Letztere zu übertönen, verklingen rasch. Äußere Reize, die auf ein inneres Interesse stoßen, die mit eigenen Erfahrungen abgeglichen werden, die als Erfahrung sich neben den vielen anderen bisherigen Erfahrungen einreihen und behaupten müssen, lösen mehr in uns aus, verweilen länger, ernähren und bereichern uns. Äußere Reize, die auf eine innere Leere stoßen, verhallen rasch und ihre Wiederholung langweilt, der nächste äußere Reiz muss stärker oder anders sein. Irgendwann befriedigt nichts mehr. Dann kann uns die Außenwelt auch nichts mehr bieten, als kennten wir schon alles. Die Welt wird dann genauso monoton, wie die Innenwelt.

Das achte Symptom: Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)

In dem Maße, in dem die Welt im Schwarz-Weiß-Muster erlebt wird und eine große Selbstunsicherheit gegeben ist und viele Signale besonders in sozialen Erlebnisfeldern nicht angemessen interpretiert werden können, werden viele Signale als Bedrohung interpretiert. Und Bedrohungen lösen Abwehrverhalten aus. Abwehrverhalten ist aggressiv. Aggressionen setzen Wut voraus. Darum ist die Wut ein so häufiges und anhaltendes Symptom.

Auch hier macht sich die emotionale Schwäche bemerkbar. Gefühle sorgen für Angemessenheit, für Ergebnisbezug der Handlung, für Empathie im Bezug auf diejenigen Menschen, die die Folgen unserer Handlungen mittragen müssen, etc. Gefühle rufen Handlungsmuster auf, die schnelle und sichere Reaktionen auf Erlebnisse ermöglichen. Diese Gefühlsarmut des Menschen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung sorgt dafür, dass Reaktionen auf Erlebnisse ungenau, ungezielt, unangemessen und unbedacht erfolgen. Da viele Erlebnisse als Bedrohung interpretiert werden, entlädt sich die aggressive Spannung oft in solchen aggressiven Gewaltakten. Da der Borderliner oft schon viele Schmerzen erlitten hat, ist er oft indolent geworden (indolent: keinen Schmerz verspürend). In Schlägereien sind ungesteuert aggressive Menschen, die keine Angst vor Schmerzen haben, sich selber nicht achten und unkalkulierbar reagieren, sehr gefährlich. Darum sind viele Extremgewalttäter Borderlinepatienten.



Das neunte Symptom: Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Störungen.

Das Borderlinesyndrom ist keine paranoide Psychose. Aber in extremen Stresssituationen reagiert manch ein Borderliner mit paranoiden Symptomen. Das paranoide Erleben ist zum Einen eine wahnhaftige Verkennung mancher Erlebnisse, zum Anderen werden diese wahnhaft verkannten Erlebnisse auf die eigene Person bezogen. Beispiel: Wenn ich in der vollen Straßenbahn fahre, werde ich von manchen Menschen gesehen, so wie ich auch viele sehe. Der Wahn kann hier sein, dass ich den Eindruck habe, dass mich alle ansehen, dass ich mich beobachtet fühle, verfolgt und umzingelt.



BORDERLINE



Da ich mich als Borderliner selbstunsicher fühle und wertlos, vermute ich, dass die anderen Straßenbahnpassagiere das auch sehen und mich deshalb verachten und darum mir etwas antun wollen. Diejenigen, die mich nicht einmal ansehen, sind vermutlich die Schlimmsten, denn sie wissen schon bescheid und zücken wahrscheinlich gerade ihre Messer...

Während der Wahn auch positiv sein kann („alle lieben mich“, „ich bin vom Glück verfolgt

, alles was ich anfasse, wird zu Gold“), ist die Paranoia negativ. Es ist der Wahn, dass man nicht geliebt wird, alle gegen einen sind, einen verlassen, schlecht über einen reden oder denken, dass der Ehepartner fremd geht, dass das Unglück auf einen wartet, dass das Schicksal gegen einen ist, dass Gott etwas gegen einen hat oder dass es immer regnet, wenn ich spazieren gehen will etc. Alle Wahrnehmungen werden dahingehend interpretiert, alle Wahrnehmungen, die nicht dazu passen, werden als „Ausnahme“ interpretiert oder als besonders heimtückischer Versuch, die Wahrheit zu verbergen („es scheint ja nur die Sonne bei meinem Spaziergang, damit ich keinen Regenschirm mitnehme und ungeschützt bin, wenn es dann trotzdem anfängt zu regnen...“).

Die dissoziative Störung ist der Realitätsverlust. Dissoziation bedeutet zunächst einmal Auflösung, Trennung oder Zerfall und ist das Gegenteil von Assoziation, von Verbindung und Verknüpfung. Dissoziation ist nach der Definition ein komplexer seelisch-körperlicher Prozess, bei dem es zu einer Trennung und Abspaltung des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt kommt.

Dissoziation ist grundsätzlich eine allgemein menschliche Fähigkeit, sie ist eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Form der Reaktion und der Verarbeitung von Erlebnissen. Sie hat eine wichtige Funktion im Alltagsleben wie beispielsweise bei Zuständen hoher Kreativität während automatisch ablaufender Handlungen wie Autofahren, Stricken, Bügeln u.a. Dissoziation kommt auch vor bei leichten Trance-Erfahrungen in Verbindung mit kreativer Beschäftigung. Ebenso typische dissoziative Phänomene sind Tagträume, Gedankenabschweifen und daraus resultierende Gedächtnislücken, bei denen man sich beispielsweise nicht mehr erinnern kann, ob man den Brief wirklich eingeworfen hat oder dies nur tun wollte. Kinder verfügen in der Regel über besonders gute dissoziative Fähigkeiten, die sie als Verarbeitungsmöglichkeiten von Erlebnissen in Spiel- und Phantasietätigkeit nutzen.

Dissoziation ist deshalb als solche nicht pathologisch und führt auch häufig nicht zu wesentlichen Beeinträchtigungen wie Kontrollverlusten oder dem Wunsch nach Hilfe. Dissoziative Phänomene kommen in unterschiedlicher Intensität vor allem bei belastenden Lebenssituationen vor: Entfremdungsgefühle sich selbst und der Umgebung gegenüber können bei Erschöpfungssituationen ebenso auftreten wie bei traumatischen Situationen z.B. einem Verkehrsunfall oder beim plötzlichen Tod



BORDERLINE

eines nahe stehenden Menschen. Man muss deshalb unterscheiden zwischen normaler und pathologischer Dissoziation.

Dissoziative Störungen sind mehr. Die (5) dissoziative n Hauptsymptome können in abgestufter Intensität für die Person jedoch zu bedeutsamen Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität führen. Dazu gehören

- Gefühl der Entfremdung der Umgebung gegenüber (Derealisation)
- Gedächtnislücken (dissoziative Amnesie)
- Gefühl der Entfremdung von sich selbst (dissoziative Depersonalisation)
- Verlassen der gewohnten Umgebung (dissoziative Fugue)
- Multiple Persönlichkeit (Dissoziative Identitätsstörung)

Während der Gesunde durch Dissoziationen wie Tagträume-reien oder der Phantasie freien Lauf lassen während des Abwaschs sich erholt, Kraft schöpft, neue Impulse bekommt oder sich vor den Widrigkeiten des Alltages schützt, geht bei der dissoziativen Störung die Fähigkeit verloren, die Realität und die Traumwelt auseinander zu halten. Die Welten vermischen sich und der Realitätsbezug geht verloren. So kann ein Borderliner das Versagen in bestimmten Situationen als Ergebnis seiner Selbstunsicherheit als Schande erleben. In seiner geträumten Welt bestraft er sich durch phantasierte Menschen, die ihn prügeln. Später wird er diese phantasierte Strafe für real halten und in der Realität vor ebendiesen Menschen, die es nur in seiner Phantasie gab, davonlaufen, wird sich vielleicht mit Gegenständen schlagen und es als „real“ erinnern, von diesen Menschen geprügelt worden zu sein, wird sie anzeigen etc. Es kommt zur „mangelnden Objekt Konstanz“, d.h., dass Erinnerungen, Menschen, Gegenstände dadurch, dass sie in verschiedenen Ebenen des Erlebens (Realität, Traum, Tagträume – sie laufen wie verschiedene Filme im selben Kino gleichzeitig ab) unterschiedliche Rollen haben, sie ihre konstante Rolle verlieren. Ein Mensch, über dessen Besuch man sich heute freut, kann morgen Panik auslösen, ohne dass es für den Besucher erkennbare Gründe gibt. Die Unmöglichkeit die verschiedenen Welten auseinanderzuhalten wird auch so interpretiert, dass die einheitliche Ich-Struktur des Menschen nicht mehr geschlossen ist.



Borderline zu haben, bedeutet für mich, in einer Welt zu leben, in der andere genauso ratlos dreinblicken, wie ich in ihre Welt.

Weitere Symptome

Es können viele Beschwerden auftreten. Das beständige Gefühl der Hochspannung, wie in der ersten Stressphase ist sehr häufig, widersprüchliche Symptome wie in der zweiten Stressphase kommen ebenso häufig vor, Veränderungen des Körpergefühls, Schuld-, Scham- und Ekelgefühle im Bezug auf den eigenen Organismus werden oft beschrieben.

Das Schwarz-Weiß-Denken und das Minderwertigkeitsgefühl sorgen für Pessimismus, Entwertung, zu Versagenserwartung und zunehmender sozialen Isolation, Ängsten und Depressionen. Häufig werden eher Straffälligkeiten zu juristischen Problemen, Verhaftungen und Inhaftierungen führen, als zu Diagnosestellungen und Therapien.

BORDERLINE

	Gesamt	Borderline
Anteil der Frauen	52,2 %	ca. 75 %
antisoziales Verhalten	18,1 %	16,3 %
Alkoholprobleme	17,6 %	57,1 %
Arbeitsplatzprobleme	21,1 %	31,1 %
Drogenprobleme	22,2 %	48,1 %
körperliche Behinderung	0,3 %	7,8 %
sexuelle Probleme	4,3 %	30,7 %
stürmische Beziehungen	29,9 %	50%



¹ Symptome des Präsuizidalsyndroms:

- Einengung:
 - Einengung der persönlichen Möglichkeiten („situative Einengung“
 - Als Folge eines schicksalhaften Unglücks.
 - Als Folge eigener Verhaltensweisen.
 - Als vorgestellte oder erwartete Einengung (Krebsangst u.
 - Einengung der Gefühlswelt. Alles wird nur noch negativ erlebt, es versagen zunehmend.
 - Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen:
 - Isolation (z.B. alte Menschen).
 - Rückgang von Kontakten, weil der betroffene Mensch sich merkwürdig verhält.
 - Entwertung von Beziehungen („das hilft mir ja sowieso nicht“) und darum vernachlässigte Pflege von Freundschaften etc.
 - Einengung der Wertewelt:
 - Mangelnde Beziehung zu Werten, die früher wichtig waren („wunschlos unglücklich“)
 - Mangelnde Werteverwirklichung („ich kann mir ja doch mein Trauma nicht leisten“)
 - Überhandnehmen subjektiver Wertungen, die von der sozialen Umgebung nicht getragen wird (Außenseiterrolle).
 - Gehemmte Aggression, Aggressionsumkehr und Wendung gegen sich selber.
 - Es baut sich ein erhebliches Aggressionspotential auf, das sich gegen eine Ursache des empfundenen Unglücks richtet.
 - Durch Hemmungen innerhalb der Person oder durch äußere Faktoren kann die Aggression nicht abreagiert werden, schwindet aber nicht und wendet sich gegen die eigene Person.
 - Selbstmordfantasien:
 - Stufe 1: Vorstellung tot zu sein.
 - Stufe 2: Unkonkrete Vorstellung Hand an sich zu legen.
 - Stufe 3: Vorstellung von konkreten Suizidtechniken.

Hilfen beim präsuizidalen Syndrom:

- Einstielen der Hilfe und Koordination:
 - Informieren von Arzt, Angehörigen, ggf. Psychotherapeuten
 - Inanspruchnahme eines Krisenzentrums
 - Ggf. Rufen des Notarztes

BORDERLINE

- Im Falle einer ambulanten Versorgung Koordination der Maßnahmen, begleiten, sich interessieren.
- Kommunikationsaufbau
 - Kontaktaufnahme und Signal: „ich interessiere mich für dich“.
 - Häufige Kontaktaufnahme.
 - Einbeziehen in den Alltag.
 - Gelegenheiten schaffen für Aussprache.
 - Wiederherstellung von abgebrochenen Kontakten
 - Gemeinsames Überlegen von Alternativen zu belastenden Situationen und koordinieren oder initiieren von Schuldnerberatung, Rechtbeistand, Ämtergängen, Arbeitssuche...
 - Suche nach professionelleren Gesprächsmöglichkeiten
 - Relativierung der Rolle als HEP im Gespräch (Partner statt Therapeut sein).

Hindernisse: Zeitmangelalibi,

Fehler: Viele Ratschläge geben, wenig zuhören.