

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*

*Komplett aktualisierte und
erweiterte Neuausgabe*

Kösel

Aus dem Amerikanischen von Beate Gorman, Tewantin, Queensland/Australien

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »I Hate You – Don't Leave Me. Understanding the Borderline Personality« bei Perigee, a member of Penguin Group (USA) Inc., New York.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This edition published by arrangement with Perigee, a member of Penguin Group (USA) Inc.



Verlagsgruppe Random House FSC-DEU-0100

Das für dieses Buch verwendete FSC®-zertifizierte Papier

Munken Premium Cream liefert Arctic Paper Munkedals AB, Schweden.

24., komplett aktualisierte und erweiterte Neuauflage, 109.–115. Tausend

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

Copyright © 2012 Kösel-Verlag, München,

in der Verlagsgruppe Random House GmbH

Umschlag: Monika Neuser, München, nach einer Idee der Agentur Kaselow Design, München

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

ISBN 978-3-466-30947-4

Weitere Informationen zu diesem Buch und unserem gesamten lieferbaren Programm finden Sie unter www.koesel.de

Wie immer für Doody

Weder der Verlag noch die Autoren sind dazu verpflichtet, dem Leser gegenüber professionelle Beratung oder Dienstleistungen zu erbringen. Die Gedanken, Therapieverfahren und Hinweise dieses Buches können keine professionelle ärztliche Unterstützung ersetzen. Alle Ihre gesundheitlichen Fragen erfordern medizinische Begleitung. Die Autoren und der Verlag sind weder verantwortlich noch haften sie für irgendwelche Schäden, die angeblich auf die Informationen und Vorschläge dieses Buches zurückgehen könnten.

Inhalt

Danksagung	9
Vorwort	10
Anmerkung für die Leser	13
1 Die Welt der Borderline-Persönlichkeit	15
2 Chaos und Leere	39
3 Die Wurzeln des Borderline-Syndroms	75
4 Die Borderline-Gesellschaft	97
5 Die Kommunikation mit der Borderline-Persönlichkeit	127
6 Mit der Borderline-Persönlichkeit leben	153
7 Die Therapie	175
8 Spezifische psychotherapeutische Ansätze	213
9 Medikamente: Wissenschaft und Versprechen	231
10 Verstehen und heilen	245
Anhang A: Die Klassifizierungen des DSM-IV-TR	267
Anhang B: Die Entwicklung des Borderline-Syndroms	272
Quellen	283
Anmerkungen	286
Register	302

Danksagung

Bei der Fertigstellung dieser Neuausgabe waren sowohl enorme Unterstützung als auch große Nachsicht erforderlich. Erste Unterstützung kam von Bruce Seymour von Goodeye Photoshare (goodeye-photoshare.com), der viel Zeit und Mühe für die Lösung technischer Fragen bei der Produktion des Manuskripts aufwendete. Eugene Horwitz, ein weiterer geschätzter Freund, half bei frustrierenden Computerproblemen. Meine Sekretärinnen Jennifer Jacob und Cindy Fridley halfen, Artikel und Bücher zusammenzutragen, die in die Arbeit aufgenommen wurden. Lynne Klippel, die energiegeladene Bibliothekarin des DePaul Health Center in St. Louis, spürte wichtiges Referenzmaterial auf.

Meine Partner und Mitarbeiter bei Allied Behavioral Consultants in St. Louis, die mir die Zeit und Freiheit für die Durchführung dieser Arbeit gewährten, zeigten große Nachsicht. Meine Frau Judy und meine Kinder Jenny, Adam, Brett und Alicia sowie die kleinen Owen und Audrey und ein Mitspieler, der noch keinen Namen hat, waren bereit, auf ein paar Ballspiele, verschiedene Theaterstücke und jede Menge Kinofilme zu verzichten, während ich sonnige Nachmittage mit Recherche und Schreiben verbrachte.

Wir möchten unserer Agentin Danielle Egan-Miller von Browne & Miller Literary Associates sowie John Duff (unserem Verleger) und Jeanette Shaw (unserer Lektorin) bei Perigee/Penguin danken. Alle spielten wichtige Rollen bei der Realisierung dieses Buches.

Vorwort

Als 1989 die erste Ausgabe von *Ich hasse dich – verlass mich nicht* veröffentlicht wurde, war in der Öffentlichkeit zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung nur sehr wenig bekannt. Die Erforschung der Ursachen dieser Störung und ihrer Behandlung steckte noch in den Kinderschuhen. Die wenigen Artikel, die in Zeitschriften erschienen waren, stellten die Störung nur vage dar, als sie stärker in das »amerikanische Bewusstsein« eindrang. Es gab praktisch keine Bücher zur Borderline-Persönlichkeitsstörung – weder für Patienten noch für nahe Verwandte und Freunde. Die Reaktion auf unser Buch sowohl in den USA als auch im Ausland, wo es übersetzt wurde, war äußerst befriedigend. Meine Absicht, ein Buch zu schreiben, das für die Allgemeinheit zugänglich war, aber auch Fachleuten nützliche Informationen bot, scheint sich erfüllt zu haben.

Zu behaupten, dass sich in diesem Bereich in über 20 Jahren viel getan hätte, ist sicher eine starke Untertreibung. Über die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden mehrere andere Bücher veröffentlicht, so auch unser eigenes (*Zerrissen zwischen Extremen*, 2005), das die Erfahrung dieser Krankheit aus der Perspektive der Betroffenen, von Familienangehörigen und den behandelnden Spezialisten beschreibt. Unser Wissen wurde durch weitere Erkenntnisse im Hinblick auf die Kausalität, die biologischen, genetischen, psychologischen und sozialen Implikationen und Behandlungsansätze enorm erweitert. Die Herausforderung beim Schreiben dieser zweiten Fassung bestand also darin, die wichtigsten Fortschritte aufzuzeigen und zu erläutern, nützliche Informationen für Fachleute bereitzustellen und gleichzeitig die Länge des Buches im Auge zu behalten, sodass es für den Laien weiterhin eine spannende Einführung in die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist. Dazu mussten einige Kapitel nur aktualisiert werden, doch andere, insbesondere jene, die sich mit den möglichen biologischen und genetischen Wurzeln des Syndroms befassen, wurden umfassend neu geschrieben, um die neueste wissenschaftliche Forschung widerzuspiegeln.

Zudem wurden spezielle psychotherapeutische Ansätze und medikamentöse Behandlungen so stark weiterentwickelt, dass zu diesen Themen völlig neue Kapitel aufgenommen werden mussten. Die Fallgeschichten aus der Praxis, die dem Leser Einblicke in das Leben einer Borderline-Persönlichkeit (und das Leben mit ihr) gewähren, sind auch in dieser neuen Fassung enthalten, obwohl der Hintergrund zu diesen Geschichten geändert wurde, um die Veränderungen in der amerikanischen Gesellschaft von einem Jahrhundert zum nächsten darzustellen. Die vielleicht größte Änderung gegenüber der ersten Fassung ist der Gesamtton: Während die Prognose für Patienten vor zwei Jahrzehnten verständlicherweise düster war, ist sie jetzt auf der Grundlage unzähliger Längsschnittstudien sehr viel positiver.

Und dennoch ist es trotz dieser Fortschritte enttäuschend, bei der Überarbeitung des Vorworts zur ersten Fassung festzustellen, dass weiterhin Missverständnisse und Stigmen bestehen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist noch immer eine Krankheit, die die Allgemeinheit verwirrt und viele Fachleute in Schrecken versetzt. Erst 2009 hieß es in einem Artikel der Zeitschrift *Time*, dass »Borderline-Persönlichkeiten die von den Psychologen meistgefürchteten Patienten sind« und »viele Therapeuten keinerlei Vorstellung haben, wie sie behandelt werden können«. Marsha Linehan, eine führende Expertin in diesem Bereich, erklärte: »Borderline-Persönlichkeiten sind das psychologische Äquivalent zu Patienten mit Verbrennungen dritten Grades. Sie haben sozusagen keine emotionale Haut. Selbst die leichteste Berührung oder Bewegung kann enormes Leid auslösen.«⁴ Dennoch hat die Entwicklung spezifischer Therapien und Medikamente für diese Störung (siehe Kapitel 8 und 9) für die Patienten zu einer gewissen Erleichterung geführt. Und vielleicht noch wichtiger ist die Tatsache, dass das öffentliche Bewusstsein im Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung seit 1989 beträchtlich gewachsen ist. Die Anzahl von Büchern, Websites und Selbsthilfegruppen hat stark zugenommen. Das vielleicht klarste Zeichen für die öffentliche Zurkenntnisnahme war die Tatsache, dass der amerikanische Kongress im Jahr 2008 den Monat Mai zum »Bewusstseinsmonat für die Borderline-Persönlichkeitsstörung« ernannt hat.

Dennoch bleiben enorme Herausforderungen, insbesondere finanzieller Art. Die Rückerstattung für kognitive medizinische Dienste ist beschämend und unverhältnismäßig gering. Für eine Stunde Psychotherapie zahlen die meisten Versicherungen (und Medicare) in Amerika weniger als acht Prozent des Erstattungssatzes, der für kleinere ambulante Operationen wie beispielsweise eine 15-minütige Star-operation gezahlt wird. Die Forschungsaufwendungen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung waren ebenfalls unzureichend. Die lebenslange Prävalenzrate der Störung in der Bevölkerung ist zweimal so hoch wie die von Schizophrenie und manisch-depressiven Erkrankungen zusammen. Dennoch wendet das National Institute of Mental Health (NIMH) weniger als zwei Prozent der Gelder, die Untersuchungen dieser Krankheiten zugeteilt werden, für die Erforschung der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf.² Auch wenn die USA versuchen, die Kosten für die Gesundheitsfürsorge zu kontrollieren, müssen wir uns vor Augen führen, dass Investitionen in die Forschung die Gesundheit dieses Landes insgesamt verbessern und damit die langfristigen Ausgaben in diesem Bereich senken werden. Wir müssen jedoch die Prioritäten, die wir bei begrenzten Ressourcen setzen, neu bewerten und uns bewusst sein, dass sich Sparmaßnahmen nicht nur auf die Fürsorge als solche, sondern auch auf die Fortschritte bei der Suche nach Heilung auswirken.

Viele Fachleute und Laien haben die Erstausgabe dieses Buches freundlicherweise als »Klassiker« in diesem Bereich bezeichnet. Nach zwei Jahrzehnten war es ein Liebesdienst, dieses Werk zu überarbeiten und die umfangreichen Daten zu aktualisieren, die sich in dieser Zeit angesammelt haben. Ich hoffe, dass wir durch das Auffrischen und Aufarbeiten unserer ursprünglichen Bemühungen einen kleinen Beitrag dazu leisten können, die Missverständnisse und das Stigma im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beseitigen, und die Ehre beibehalten, weitgehend als primäre Quelle herangezogen zu werden.

Dr. Jerold J. Kreisman

Anmerkung für die Leser

Die meisten Bücher zum Thema Gesundheit befolgen eine Reihe von Stilrichtlinien (zum Beispiel das *Publication Manual of the American Psychological Association*), die das Stigma einer Krankheit minimieren und die Verwendung politisch korrekter Geschlechtsbezeichnungen durchsetzen sollen. Insbesondere wird der Verweis auf einen Menschen im Zusammenhang mit seiner Krankheit (zum Beispiel: »Der Schizophrene hat in der Regel ...«) zu verhindern versucht. Stattdessen wird von einem Menschen gesprochen, der Symptome der Krankheit zeigt (zum Beispiel: »Der als schizophrene diagnostizierte Patient hat in der Regel ...«). Zudem werden geschlechtsspezifische Pronomen vermieden. Dafür werden Passiv-Sätze gebildet oder Konstruktionen mit »er/sie«, »ihn/ihr« verwendet.

Obwohl dies in mancher Hinsicht lobenswert ist, komplizieren diese Empfehlungen die Vermittlung von Informationen. Auch wenn wir die implizierte Respektlosigkeit und die Entmenschlichung verabscheuen, wenn von Personen in Bezug auf ihre Krankheit gesprochen wird (»Sehen Sie sich die Gallenblase im nächsten Zimmer an!«), haben wir uns dennoch aus Gründen der Klarheit und Effizienz entschieden, uns hin und wieder auf Personen mit ihrer Diagnose zu beziehen. So verwenden wir den Begriff »Borderline-Persönlichkeit(en)« als eine Art Stenogramm der präziseren Bezeichnung »Menschen, die Symptome der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen«, wie im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. Ausgabe, überarbeiteter Text (DSM-IV-TR) der American Psychiatric Association definiert. Aus dem gleichen Grund verwenden wir Pronomen in diesem Buch abwechselnd, statt den Leser mit der Konstruktion »er/sie, ihn/ihr« zu strapazieren. Wir vertrauen darauf, dass der Leser uns diese Freiheit zur Optimierung des Textes gewährt.

1

DIE WELT DER BORDERLINE- PERSÖNLICHKEIT

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 hatten, 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 ge-

worden: 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 war eine attraktive blonde Frau, die jünger als 28 wirkte. 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 Klapsdoktor brauche«. Je länger sie sich unterhielten, desto trauriger wurde sie. Ihre Stimme verlor an Autorität und wurde kindlicher.

Sie 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.

Etwa 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. Er bestand darauf, dass sie ihn ins Sportstudio begleitete, wo er häufig trainierte. »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 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 40 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 über 18 Millionen Amerikaner (fast sechs Prozent der Bevölkerung) primäre Symptome dieser Störung, und viele Untersuchungen legen nahe, dass diese Zahl noch höher liegt.¹ Bei etwa zehn Prozent der Patienten, die sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinden, und 20 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.^{2, 3, 4}

Trotz dieses gehäuferten Auftretens ist die Borderline-Persönlich-

keitsstörung 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 Borderline-Patienten von allen Psychiatriepatienten die schwierigsten und gefürchtetsten sind und möglichst gemieden werden sollten – mehr als an Schizophrenie erkrankte Menschen, mehr als Alkoholiker und mehr als alle anderen Patienten. Mehr als zehn Jahre lang existierte 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«. Patienten, bei denen diese Diagnose gestellt wurde, schienen kränker zu sein als Neurotiker (die neben emotionalen Konflikten schwere Ängste durchmachen), aber wiederum nicht so krank wie Psychotiker (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, Sozio-pathie 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-IV-TR, wurde 2000 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 Borderline-Patienten ein größerer Anteil an psychiatrischen Leistungen aufgewendet als bei fast allen anderen Diagnosen.^{5,6} Zudem bestätigen Studien, dass etwa 90 Prozent der Patienten, bei denen die Borderline-Störung diagnostiziert wurde, auch unter mindestens einer anderen der bekannteren psychiatrischen Störungen leiden.^{7,8}

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-Menschen, 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 zerütteten 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 nicht gering. 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 50 Prozent der Patienten mit Essstörungen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt.⁹ Andere Untersuchungen haben offenbart, dass mehr als 50 Prozent der Menschen, die von Drogen und Medikamenten abhängig sind, ebenfalls die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen.

Die Neigung zur Selbsterstörung oder Selbstmordabsichten sind bei den Betroffenen sehr häufig – in der Tat ist dies ein Kriterium bei der Definition des Syndroms. Bis zu 70 Prozent der Borderline-Patienten 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 Unterstützung erhöhen das Risiko. Es steigt bei Patienten, die außerdem an depressiven oder manisch-depressiven Störungen leiden oder alkohol- oder drogenabhängig sind.^{10, 11}