

Vorwort zur 2. Auflage

Ein Jahrzehnt hat es gedauert, bis das »Handbuch der Borderline-Störungen« nun in der zweiten Auflage vorliegt – komplett überarbeitet und erheblich erweitert, somit noch etwas umfangreicher geworden, aber immer noch in einer Hand zu tragen. Deshalb erscheint die Bezeichnung »Handbuch« nach wie vor gerechtfertigt.

Die Herausgeberschaft wurde um Sabine C. Herpertz erweitert. Die Autorenschaft stammt überwiegend aus dem deutschsprachigen Raum, um den Bedürfnissen nach unmittelbarer Relevanz für unseren Versorgungs- und Kulturbereich Rechnung zu tragen. Nur wenige Beiträge wurden deshalb aus der ersten Auflage übernommen.

Besonders ausgebaut wurden die Bereiche »Grundlagenforschung« und »Psychotherapie«, da es hier einen gewaltigen Erkenntniszuwachs gegeben hat.

Aufmerksam machen möchten wir auch auf die »Themenstränge«, welche sich durch das gesamte Buch ziehen – beispielsweise zu Dissoziationen, Affekten oder zu Traumatisierungen, um nur einige zu nennen. Die Autoren haben selbstverständlich einen Schwerpunkt auf ihre jeweilige Sichtweise gelegt; wenn Sie aber diesen Themensträngen folgen (z. B. durch die Zuhilfenahme der Querverweise), so sollten innerhalb der unterschiedlichen Texte alle wesentlichen Perspektiven zu finden sein. Mit anderen Worten: Wir haben uns trotz unserer eigenen theoretischen Fundierungen darum bemüht, auch unterschiedlichen Meinungen und Theorien Raum zu geben.

In den Feldern Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gibt es beim bisherigen Stand der Wissenschaft vorrangig eine Konkurrenz von Konzepten. Naturwissenschaftlich sind diese Disziplinen noch nicht so weit, dass ihre Diagnosen die gleiche Validität besitzen wie Diagnosen anderer medizinischer Fächer (beispielsweise die unterschiedliche Interpretation der Diagnose »Depression« im Vergleich zur einheitlichen Definition der Diagnose »Tuberkulose«).

Bei dieser Konkurrenz ist das Konzept »Borderline« uneingeschränkt ein Erfolgsmodell. Die klinische Forschung ist hier entscheidend vorangekommen und die Psychotherapieergebnisse haben sich kontinuierlich verbessert. Therapieergebnis-Studien aus dem Zeitraum 1960–1980 brachten Therapieerfolge von 30 % der behandelten Patienten. Studien aus der Zeit zwischen 1980 und 1995 konnten bereits eine 50%ige Erfolgsrate melden. Aktuelle Untersuchungen weisen darauf hin, dass wir inzwischen mindestens zwei Drittel der Borderline-Patienten psychotherapeutisch gut helfen können. Solche Fortschritte sind nicht auf allen Feldern der Medizin vorzufinden. Beispielsweise weist die

Behandlung mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei Herzinfarkt-Patienten eine Effektstärke von $d = 0,3$ auf, wenn es um die Verhinderung eines zweiten Infarktes geht. Besitzt hingegen ein Psychotherapieverfahren Effektstärken von $0,3$, dann gilt es als nicht besonders wirksam. Auch in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind Effektstärken von $0,8$ – $1,3$ inzwischen eher an der Tagesordnung. Der kritisch-wissenschaftliche Vergleich von Psychotherapie mit anderen medizinischen Behandlungsverfahren hat gezeigt, dass dieses Therapieverfahren anderen Vorgehensweisen gegenwärtig oft überlegen ist.

Wir haben also in den letzten zehn Jahren viele Antworten bekommen. Bedeutet das: Keine weiteren Fragen? Mitnichten! Wie immer führen wissenschaftliche Ergebnisse auch auf diesem Feld zu einigen guten Antworten und vielen neuen Fragen.

Was ist ein guter wissenschaftlicher Artikel? Zeichnet ihn aus, dass er geschichtlich weit zurückschaut sowie die Entstehung eines wissenschaftlichen Denkens umfangreich belegt und bis in die Gegenwart darstellt? Oder ist er dadurch gekennzeichnet, dass er nur Veröffentlichungen der letzten fünf Jahre berücksichtigt? – Welche Bedeutung hat heute noch die klinische Erfahrung? Können wir uns nicht beschränken auf die Aussagen der evidenzbasierten Medizin? Brauchen wir klinische Erfahrung überhaupt noch? Schließlich ist so manche klinische Überzeugung inzwischen empirisch widerlegt. Oder stimmt es, dass Studien, die sich auf Mittelwerte beziehen, nur zu 60–80 % der befragten Patienten etwas aussagen? Wenn wir 20–40 % der Patienten an den Extremen des befragten Spektrums durch unsere Studien nicht erfassen, dann brauchen wir weiterhin Klinik. – Ist im Feld der Borderline-Störungen die Genetik ein unverzichtbares Erklärungsmodell oder sind ihre Einflüsse eher zu vernachlässigen? – Was besagen neurobiologische Forschungsergebnisse? Bedeuten sie, dass therapeutisch nichts zu machen ist? Oder bilden sie nur ab, was uns klinische Erfahrung längst gelehrt hat? Oder ermöglicht es uns die Neurobiologie, künftig präziser zu sagen: Hier können wir therapeutisch gut Einfluss nehmen, dort braucht ein Patient lange Behandlungszeiten oder zusätzlich zur Psychotherapie eine pharmakotherapeutische Behandlung?

Nach wie vor heftig umstritten, trotz umfangreicher Forschung, ist die Frage, ob die Symptombildungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung Traumafolgestörungen sind oder vielmehr auf genetisch bedingte Dysregulationen bzw. auf frühkindliche Bindungsstörungen zurückzuführen sind. Hier verschränkt sich der eher geisteswissenschaftliche

Umgang mit Konzepten mit der naturwissenschaftlichen Forschung. Denn die Antwort auf diese Frage hängt wesentlich davon ab, wie wir den Begriff des Traumas verstehen und definieren. Bei einem weit gefassten Traumabegriff, der auch Bindungs- und Beziehungsschädigungen einbezieht, ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung eigentlich immer eine Traumafolgestörung. Damit wird der Trauma-Begriff aber so umfassend, dass er immer nichtssagender wird und praktisch nicht mehr operationalisierbar ist. Wenn wir den Traumabegriff klar definieren wie im DSM, dann ist durchaus nicht jede Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Zur Bedeutung der genetischen Forschung wissen wir heute, dass Gene weniger psychische Erkrankungen an sich erklären als vielmehr zum Verständnis interindividueller Unterschiede in der Vulnerabilität gegenüber Lebensereignissen, und hier eben auch der Traumata, beitragen können.

Welche Bedeutung haben einzelne Symptome für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen? Ist die emotionale Instabilität die Kernsymptomatik oder die Identitätsdiffusion? Ist die Angst zentral oder eher die Wut, die Dissoziation oder das selbstverletzende Verhalten? Offenkundig ist es hilfreich, die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu fokalisieren und damit zu strukturieren: entweder auf eine bestimmte Symptomatik, eine bestimmte psychologische Funktionsstörung oder auf einen bestimmten Typ von Beziehungsstörung. Andererseits gibt es »die Borderline-Persönlichkeitsstörung« gar nicht: Es handelt sich um eine Gruppe von Störungen, welche sich durchaus unterschiedlichen Persönlichkeitsdimensionen zuordnen lassen.

Unsere Entstehungs- und Erklärungskonzepte bestimmen unsere Therapie. Gerade Therapeuten unterliegen nicht selten dem Zirkelschluss: Wenn mein Konzept therapeutisch hilfreich war, dann war es sicher auch wissenschaftlich richtig. »Wer heilt, hat recht«, postulierte schon Hahnemann für die Medizin. Gerade im Bereich der Psychotherapie hat es in den letzten Jahren mehrere neue Methoden gegeben, die ihre Wirksamkeit empirisch belegen konnten. Inzwischen beeinflussen sich alle Therapieansätze wechselseitig und es wird immer schwieriger, Elemente neuer therapeutischer Vorgehensweisen auf bestimmte Schulen, Denktraditionen und berufspolitisch einflussreiche Verfahren zu beziehen. Welche Schule kann mit Recht das Primat für welches Therapieelement beanspruchen? Jede Behandlungsmethode kann begründet behaupten, andere hätten bei ihr abgeschrieben. Jede Methode kann für

sich reklamieren, ein wesentliches Wirksamkeitselement genuin neu entwickelt zu haben. Berufspolitisch bedingte Abgrenzungen werden wissenschaftlich und therapeutisch immer unhaltbarer. Den Patienten soll es recht sein. Jedes psychotherapeutische Vorgehen bedient sich sinnvollerweise bei anderen Verfahren, sofern diese offenbar wirksam sind. Dabei spielt neben der universitären Forschung für die klinische Versorgung sicher auch die direkte Rückmeldung der Patienten eine wichtige Rolle: Das hat mir sehr geholfen! Jeder Therapeut arbeitet gerne erfolgreich.

Wird es in zehn Jahren eine dritte Auflage vom »Handbuch der Borderline-Störungen« geben? Werden sich bessere Konzepte entwickeln, mit denen wir aussagefähigere Forschungsergebnisse bekommen und bessere Therapiemethoden entwickeln können? Werden wir dann besser wissen, was es in den Methoden ist, das hilft und wie es hilft? Kein Konzept hat einen Wert in sich. Jedes muss sich in Konkurrenz zu anderen bewähren. Viele Konzepte der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind bereits untergegangen. Wir sind überzeugt, dass das Konzept »Borderline« weiterhin ein besonders fruchtbares und zukunftsfähiges Konzept sein wird.

Die deutsche Sprache ermöglicht es nicht, weibliche und männliche Form gleichzeitig politisch korrekt und lesbar zu verwenden. Es wird unerträglich, wenn in jedem Satz von Therapeutinnen und Therapeuten die Rede ist, von Patientinnen und Patienten, von Täterinnen und Tätern. Jede Festlegung ist somit auch immer falsch. Uns ist bewusst, dass die Mehrzahl der therapeutisch Tätigen Therapeutinnen sind, und uns ist bewusst, dass die Mehrzahl der Behandelten Patientinnen sind. In diesem Buch wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form generalisierend verwendet, wenn von den Autorinnen oder Autoren nicht ausdrücklich etwas anderes gefordert wurde und die Formulierung inhaltlich nicht verfälschend ist.

Wir danken vor allem Marion Lemnitz, Alina Piasny und Dr. Wulf Bertram, ohne die dieses Buch nicht entstanden wäre; die Zusammenarbeit mit ihnen bestand nicht nur darin, die Texte »abzuarbeiten«, sondern gemeinsam wurde diskutiert, geplant und kreativ gestaltet. Wir Herausgeber und die Mitarbeiter des Verlages wurden zu einem Team im besten Sinne des Wortes.

Hamburg – Heidelberg – New York – Göttingen,
im Frühjahr 2011

**Birger Dulz, Sabine C. Herpertz,
Otto F. Kernberg, Ulrich Sachsse**