

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Das Borderline-Syndrom u.a.

Leben zwischen **Schwarz** ...



... und **Weiß**



hpe

HILFE FÜR ANGEHÖRIGE
PSYCHISCH ERKRANKTER

Medieninhaber und Herausgeber:
HPE-Österreich, Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
A-1070 Wien, Bernardgasse 36/14; Tel.: (01) 526 42 02; Fax: DW 20
www.hpe.at, e-mail: office@hpe.at

3. Auflage, Juni 2008
Verfasst von Brigitte Fragner, überarbeitet von Hermine Pokorny.

Dieses Skriptum soll eine verständliche Einführung in das Phänomen „Persönlichkeitsstörung“ bieten, es dient aber auch als Grundlage für die von HPE-Österreich angebotenen Seminare für Angehörige, Freunde und Helfer von Menschen, die mit dieser Störung leben. Bewusst wurde weitgehend auf wörtliche Zitate aus der einschlägigen – und im Anhang angeführten – Fachliteratur verzichtet, weil diese meist in einer für Laien schwer verständlichen Sprache geschrieben ist. Außerdem wurden vor allem jene Fakten ausgewählt, die für das persönliche Verständnis der Erkrankten, das Zusammenleben mit ihnen und für die Verbesserung der Kommunikation relevant erschienen. Sollte dem versierten Leser die eine oder andere Formulierung zu vereinfacht erscheinen, ersuchen wir daher um Verständnis.

Inhalt

BEGRIFFSKLÄRUNG	4
Das Erscheinungsbild	4
Definition der Persönlichkeitsstörung laut DSM-IV	5
Definition der Borderline-Störung laut DSM-IV	5
Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen laut DSM-IV	6
Unterschied Neurose / Persönlichkeitsstörung / Psychose	7
DIE ENTSTEHUNG VON PERSÖNLICHKEIT UND IDENTITÄT	12
Theorien zur Entstehung der Persönlichkeitsstörung	12
Wie entsteht eigentlich Identität?	13
Die narzisstische Persönlichkeit	15
DIE SUBJEKTIVE SEITE	18
Wie fühlt sich ein Mensch, der mit einer Persönlichkeitsstörung lebt?	18
Die Persönlichkeitsstörung als Beziehungsstörung	21
Die Persönlichkeitsstörung als Störung des Selbstwerts	23
SUIZIDALITÄT	24
Suizidalität bei Borderline-Persönlichkeitsstörung	24
Hilfreiche Interventionen bei Suizidalität bei Borderline	24
Suizidalität bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung	25
Interventionen bei narzisstischer Suizidalität	25
BEHANDLUNG VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	26
Psychotherapie	26
Tiefenpsychologische Therapieformen	27
Verhaltenstherapie	27
Psychiatrie und Krisenintervention	28
Gibt es Heilung?	29
WIE GEHT ES DEN ANGEHÖRIGEN?	30
SET-Kommunikation nach J. Kreisman	33
LITERATUR	35
...empfehlenswert für Angehörige	35
...weiterführend	35

Begriffsklärung

Das Erscheinungsbild

„Borderline-Syndrom“ ist ein noch recht junger Begriff (erstmalig Stern 1938) und galt lange Zeit als Verlegenheitsdiagnostik, wenn man nicht wußte, wo zwischen Neurose, Psychose, „Charakterstörung“ oder „Psychopathie“ man die Symptomatik einordnen sollte. Und tatsächlich sind Borderline-Persönlichkeiten „Grenzgänger“ in vieler Hinsicht. Inzwischen ist diese Diagnose nicht nur weltweit anerkannt, sie wird sogar zunehmend gestellt, vor allem auch, weil sie häufig als Zweit- oder Dritt diagnose verwendet wird.

Heute weiß man, daß es eine große Bandbreite an Persönlichkeitsstörungen gibt, von denen das Borderline-Syndrom nur eine ist. Es gibt darunter Menschen, die nur einzelne Elemente dieser Persönlichkeitsstruktur tragen, und andere, die unter der vollen Ausprägung des Syndroms leiden. Und es gibt auch eine große Bandbreite im Schweregrad dieser Störung: Menschen, die sozial gar nicht weiter auffallen, bis hin zu solchen, die weder arbeits- noch beziehungsfähig sind.

Der persönlichkeitsgestörte Mensch kann weder in sich noch in seine Umwelt Vertrauen setzen, daher erlebt er sich und andere als unsicher, instabil, chaotisch und fühlt sich ständig massiv in seiner Existenz bedroht.

Es wundert nicht, dass viele, die sich ernsthaft mit dem Erscheinungsbild und der Therapie dieses Syndroms auseinandersetzen, meinen, diese Krankheit spiegle das vorherrschende Bild unserer Gesellschaft wider, die ja ebenfalls zunehmend das innere Gleichgewicht verliert und persönliche Freiheit mit „Beliebigkeit“ verwechselt. So wie der Gesellschaft mehr und mehr die Sicherheit von Orientierungsstützen fehlt, so fehlen diese auch dem Einzelnen, wenn er seine Individualität und Einzigartigkeit - aus welchen Gründen immer - nicht zu entwickeln imstande war.

Es handelt sich dabei um Menschen, die „draußen“ oft gar nicht weiter auffallen, ja sie sind sogar weitgehend sozial angepasst. Aber sie „tun“ etwas mit den anderen, egal, ob sie schweigen, sprechen, handeln...: Sie „irritieren“, ein diffuses Unbehagen schleicht sich ein. Man versteht diesen Menschen nicht - und man versteht plötzlich auch sich selbst nicht mehr.

Menschen, die mit einem persönlichkeitsgestörten Patienten zusammenleben, beginnen über kurz oder lang, sich selbst in destruktive Konflikte zu verwickeln.

Der Psychoanalytiker **Otto F. Kernberg**, einer der führenden Psychotherapeuten für Persönlichkeitsstörungen und Autor maßgebender Bücher über deren Therapie, stellte in einem Interview fest, er glaube, dass Persönlichkeitsstörungen deshalb so stark im Zunehmen seien, weil immer mehr Kinder und Jugendliche einer chronischen Desorganisation ausgesetzt seien, womit eine gewisse Zerfahrenheit und Ziellosigkeit und der Wegfall von Werten gemeint ist.

Der persönlichkeitsgestörte Mensch lebt in einer **permanenten inneren Widersprüchlichkeit, er ist ein Zerrissener zwischen einer schwarzen und einer weißen, einer absolut bösen und einer absolut guten Welt. Er kennt keine Zwischentöne. Er kennt nur das Entweder / Oder.** Und dieses Erleben betrifft ihn selbst ebenso wie seine Umwelt. So wertet er sich selbst wie auch seine Angehörigen, Freunde und Partner abwechselnd völlig ab, um sie gleich darauf wieder maßlos zu idealisieren.

Seine Umwelt ist diesem Wechselbad von heftigen Affekten, Emotionen und „Launen“ hilflos ausgeliefert, denn die Reaktionen des Patienten sind kaum je voraus berechenbar und abzusehen.

Persönlichkeitsgestörte Menschen zerstören immer wieder sowohl sich selbst wie auch jene, die ihnen nahestehen.

Da die Persönlichkeitsstörung sehr oft in Zusammenhang mit anderen psychischen Krankheiten auftritt (Essstörungen, Depressionen, Süchte...) und da es fallweise auch zu psychotischem Erleben kommen kann, ist eine exakte diagnostische Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern unabdinglich. Man nimmt aber an, dass über ein Drittel der

Menschen, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, an einer Persönlichkeitsstörung leiden.

Traditionell galten Persönlichkeitsstörungen als schwer behandelbar. In den 80er und 90er Jahren wurden sie jedoch zu einer großen Herausforderung, die eine Vielzahl von Forschungsarbeiten und Therapiekonzepten hervorgebracht hat.

Definition der Persönlichkeitsstörung laut DSM-IV¹

Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein

- überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar,
- das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht,
- tiefgreifend und umfassend ist,
- seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat,
- im Zeitverlauf stabil ist
- und zu Leid oder Beeinträchtigung führt.

Dabei ergibt es sich als problematisch, was die soziokulturelle Umgebung jeweils als „abweichend“ empfindet. Die Störung ist äußerst persistent², allerdings im hohen Alter rückläufig. Sehr häufig wird die Störung vom Patienten als ich-synton³ empfunden, so dass das eigentliche Leiden erst durch die Folgen des Verhaltens auftritt.

Definition der Borderline-Störung laut DSM-IV

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen zutreffen, damit man von einer Borderline-Störung sprechen kann:

- Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes **Verlassenwerden zu vermeiden**.
- Ein Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der **Idealisierung** und **Entwertung** gekennzeichnet sind.
- **Identitätsstörung**: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- **Impulsivität** in mindestens zwei **potentiell selbstschädigenden Aktivitäten** (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
- Wiederholte **suizidale Handlungen**, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- **Affektive Instabilität** infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hoch-gradige episodische Dysphorie⁴, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- Chronische **Gefühle von Leere**.
- **Unangemessene, heftige Wut** oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste **paranoide Vorstellungen** oder schwere **dissoziative⁵ Symptome**.

¹ Sass u.a., Diagnostische Kriterien DSM-IV. Hogrefe 1996.

² anhaltend, beharrlich

³ zu sich selbst gehörend

⁴ gedrückte, gereizte Verstimmung

⁵ Zwischen den Denkinhalten und den sie begleitenden Gefühlen besteht eine auffallende Diskrepanz.

Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen laut DSM-IV

Persönlichkeitsstörungen sind nicht klar zu kategorisieren, man einigte sich daher auf eine **Klassifizierung nach Prototypen**. Daher sind auch Mehrfachdiagnosen möglich. Man vermeidet dabei den Terminus „Erkrankung“ und konzentriert sich mehr auf die Auffälligkeiten in den interpersonellen Verhaltensmerkmalen, also jenen Schwierigkeiten, die im Zusammensein mit einem Betroffenen auffällig werden.

Das DSM-IV unterscheidet 10 Persönlichkeitsstörungen und teilt diese in 3 Gruppen (Cluster) ein. Sehr häufig finden sich aber Mischbilder, die durchaus auch cluster-übergreifend sein können.

CLUSTER A:

Paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörungen

Seltsames, exzentrisches Verhalten; ausgesprochene Affektarmut, Gefühlskälte; diese kann jedoch bei vermeintlichen Kränkungen und Bedrohungen schnell umkippen in Wut und Zorn, unter Umständen Gewalttätigkeit; Misstrauen bis hin zum Gefühl der Bedrohung und paranoiden Vorstellungen; fehlender zwischenmenschlicher Kontakt; Streitsucht, der Betroffene macht aus jeder Mücke einen Elefanten; bei vermeintlicher Gefahr geht er gleich zum Gegenangriff über; andererseits aber auch Zustände der Angst, Depression und dysphorische Verstimmungen; kritisch gegenüber anderen, vertragen aber selbst keinerlei Kritik.

Paranoide Persönlichkeitsstörung:

Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen. Die Motive der anderen werden böswillig ausgelegt. Der Patient erscheint streitsüchtig und überaus beharrlich und starr. Innerlich aber ist er überaus empfindsam gegen jede Zurückweisung.

Schizoide Persönlichkeitsstörung:

Der Patient ist distanziert in den Beziehungen und hat nur geringe emotionale Ausdrucksfähigkeit. Der Patient kann kaum Freude erleben und hat wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen. Er ist meist Einzelgänger.

Schizotypische Persönlichkeitsstörung:

Nahe Beziehungen werden als unerträglich erlebt. Denken und Wahrnehmung sind meist verzerrt, das Verhalten wirkt eigentümlich und exzentrisch. Beziehungsideen und paranoide Vorstellungen erinnern an schizophrene Symptome. (Daher wird dieses Störungsmuster im ICD-10⁶ dem Bereich der Schizophrenie zugeordnet.)

CLUSTER B:

Dissoziale (antisoziale), emotional instabile, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störung

Der Patient erscheint dramatisch, emotional oder launisch. Impulsivität im affektiven Bereich aus mehr oder minder gravierenden Anlässen; übermäßig starke Wut und Unfähigkeit, diese Wut zu kontrollieren (Neigung zu Gewalt); Tendenzen zur Selbstschädigung bzw. zu Suizidversuchen; Tendenzen zur Heteroaggressivität, vor allem bei der dissozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung; wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl mit Gefühlen der Wut, Scham und Demütigung bei berechtigter und unberechtigter Kritik; schneller Wechsel von Idealisierung und Entwertung von nahestehenden Personen; Probleme in der Regulierung von Nähe und Distanz zu anderen Menschen (Alleinesein wird angstvoll vermieden, der Patient tut alles, um ein Verlassenwerden zu verhindern); potentiell selbstschädigendes Verhalten wie verschwenderisches Einkaufen, Missbrauch psychotroper Substanzen, rücksichtsloses Fahren, Promiskuität, Freßanfälle, delinquentes Verhalten, Suiziddrohungen und Suizidversuche; Selbstverletzung ohne suizidale Handlung. Hauptmerkmal dieser Gruppe von Persönlichkeitsstörungen ist ein durchgängiges Muster von Instabilität der Lebensziele, des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung.

⁶ Dilling u.a., Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, WHO. Hans Huber 1992.

Antisoziale (dissoziale) Persönlichkeitsstörung:

Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer mit der Konsequenz krimineller Handlungen. Der ICD-10 betont den Mangel an Empathie und Frustrationstoleranz und die niedrige Schwelle für aggressives Verhalten.

Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Muster instabiler und intensiver menschlicher Beziehungen, Wechsel zwischen Überidealisierung und Abwertung. Starke Schwankungen zwischen Hochgefühl und Depression, Angst vor Verlassenheit, Unklarheit der Identität und der Lebensziele.

Histrionische Persönlichkeitsstörung:

Theatralisches Verhalten, übertriebener Gefühlsausdruck, Heischen nach Aufmerksamkeit. Erhöhte Kränkbarkeit bei ausbleibender Anerkennung.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung:

Überstarker Wunsch nach Bewunderung, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, Phantasien von der eigenen Großartigkeit, mangelnde Empathiefähigkeit. Scham und Wut als Reaktion auf Übersehen-Werden.

CLUSTER C:**Ängstliche, abhängige (dependente), anankastische (zwanghafte), selbstunsichere und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen**

Der Patient ist ängstlich oder furchtsam; leichte Verletzbarkeit durch Kritik und Ablehnung; Übertreibung potentieller Probleme, körperlicher Gebrechen und Risiken; andauerndes Angespannt- und Besorgtsein; Gefühl der Hilflosigkeit und Abhängigkeit, was zu einer massiven Einschränkung von Eigeninitiative und Aktivitäten führt; massive Trennungsängste; übermäßige Gewissenhaftigkeit und fehlende Flexibilität (Kontrolle durch Rituale bei anankastischen Persönlichkeiten); passive Aggressivität. Gehen Beziehungen in Brüche, sind die Patienten am Boden zerstört. Oft entwickelt sich in der Folge auch eine Sozialphobie.

Vermeidend selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:

Eingeschränkter Lebensstil mit sozialen Hemmungen. Ständige Besorgnis, Anspannung und Minderwertigkeitsgefühle.

Dependente Persönlichkeitsstörung:

Abhängiges und unterwürfiges Verhalten; Unfähigkeit, alltägliche Entscheidungen selbst zu treffen. Angst vor dem Verlassenwerden. Der Patient kann nicht für sich selber eintreten.

Zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung:

Im Vordergrund stehen Ordnung, Perfektion und Kontrolle. Übermäßige Vorsicht gekoppelt mit Zweifeln und Unentschlossenheit.

Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen:

Darunter fallen Persönlichkeitsstörungen, die sich aus mehreren Komponenten verschiedener Störungen zusammensetzen. Außerdem die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, die den Patienten mürrisch und reizbar erscheinen lässt.

Unterschied Neurose / Persönlichkeitsstörung / Psychose

Die psychoanalytische Strukturdiagnose:

Es handelt sich dabei um eine psychodynamische Diagnose, ein Modell von Otto F. Kernberg (1988), welches sich auch klinisch bewährt hat.

In einem ausführlichen Erstgespräch („strukturelles Interview“) werden alle Informationen gesammelt, die für eine Diagnose der psychischen Struktur erforderlich sind. Es geht dabei nicht nur um eine „Erhebung“ der Symptome oder ein Fragenstellen, es wird dabei auch das Verhalten des Patienten miterfasst. Dabei werden drei Bereiche für die Unterscheidung der Persönlichkeitsstruktur herangezogen:

- die Identitätsintegration,
- die Abwehrmechanismen,
- und die Realitätsprüfung.

Integrierte Identität versus Identitätsdiffusion

Ein Mensch, der über eine „integrierte Identität verfügt, wird wahrscheinlich ein nachvollziehbares Bild seiner selbst zeichnen können. Er wird mit ziemlicher Sicherheit sagen können, wo seine persönlichen Stärken und wo seine Schwächen liegen. Ebenso wird er auch ein Bild nahestehender Personen entwerfen können. Selbstverständlich wird es dabei immer um ein verinnerlichtes Bild von sich und den anderen gehen und daher nicht unbedingt ganz der Realität entsprechen.

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung und psychotische Menschen haben hingegen kein integriertes Bild von sich und den anderen, weil sie mit einer höchst unklaren Identität leben (Identitätsdiffusion). Das Bild, das sie von sich und anderen zeichnen, wird also häufig ein schablonenhaftes sein. Es kann auch überidealisiert oder extrem abwertend sein. Jedenfalls wird es kaum der Realität entsprechen. Es fehlt also völlig der emotionale Bezug.

Es ist daher einsichtig, daß ein Mensch, der kein konstantes, sondern ein häufig wechselndes Bild von sich und anderen in sich trägt, nur sehr schwer eine Beziehung zu sich selber und zu den anderen leben kann.

Niveau der Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen sind ein Schutzverhalten der Psyche. Was uns unerträglich ist, wehren wir auf die eine oder andere Weise ab. In der frühen Kindheit sind diese Mechanismen sehr radikal, weil sie sehr viel Angst beruhigen müssen. Das kleine Kind muss sich vor so vielen Frustrationen schützen, dass es vieles abspalten muss, woran es sich später nie mehr erinnern wird. Später wird die Abwehr reifer.

Ein persönlichkeitsgestörter Mensch greift auf die ganz frühe Abwehr (das ganz frühe Schutzverhalten) zurück, weil es ihm die Orientierung in einer zu unklaren und bedrohlichen Welt erleichtert. Meist werden diese Abwehrmechanismen bereits im Erstinterview offenbar.

Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung

Hier geht es darum, ob der Patient in der Lage ist, die Realität anzuerkennen. Dass jemand die Realität lediglich verzerrt wahrnimmt, ist noch kein Kriterium für eine Psychose. Bei einer Persönlichkeitsstörung ist die Fähigkeit zur Realitätsprüfung weitgehend erhalten, weil der Patient weder unter Halluzinationen noch unter Wahnvorstellungen leidet.

Das psychoanalytische Strukturmodell⁷

STRUKTURELLE KRITERIEN	NEUROTISCHE ORGANISATION	BORDERLINE ORGANISATION	PSYCHOTISCHE ORGANISATION
IDENTITÄTS= INTEGRATION	Selbst- und Objektvorstellungen sind scharf voneinander abgegrenzt.	Identitätsdiffusion: Widersprüchliche Aspekte vom Selbst und von anderen sind schwach integriert und werden getrennt gehalten.	
	Integrierte Identität: Widersprüchliche Selbst- und Objektbilder sind in umfassende Konzepte integriert.	Selbst- und Objektvorstellungen sind schwach voneinander angegrenzt, oder es besteht eine phantasierte Identität.	
ABWEHR= MECHANISMEN	Verdrängung und Abwehrmechanismen höherer Ebene: Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Rationalisierung, Intellektualisierung	Hauptsächlich Spaltung und Abwehrmechanismen niedriger Ebene: primitive Idealisierung, projektive Identifizierung, Verleugnung, Omnipotenz, Entwertung	
	Abwehrmechanismen schützen den Patienten vor intrapsychischen Konflikten. Interpretation verbessert das Funktionieren.	Abwehrmechanismen schützen den Patienten vor Desintegration und Verschmelzung von Selbst und Objekt. Interpretation führt zu Regression.	
REALITÄTS= PRÜFUNG	Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist erhalten: Differenzierung von Selbst und Nicht-Selbst sowie von intrapsychischen und äußeren Ursprüngen der Wahrnehmungen und Reize.	Veränderungen in der Beziehung zur Realität und in Gefühlen hinsichtlich der Realität treten auf.	
	Die Fähigkeit zur realistischen und tiefgehenden Einschätzung des Selbst und anderer ist vorhanden.	Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist verloren gegangen.	

⁷ Kernberg, Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta Stuttgart 1988.

Und vereinfacht:

	NEUROSE	BORDERLINE	PSYCHOSE
Die Identität: WER BIN ICH?	<p>Integrierte Identität Ich und Du sind scharf voneinander abgegrenzt. Ich kenne meine starken und meine schwachen Seiten - ebenso erkenne ich die starken und die schwachen Seiten meines Gegenübers.</p>	<p>Identitätsdiffusion Du bist entweder ein idealer Mensch oder aber ein schlechter Mensch - du bist niemals einer, der gute und schwache Seiten gleichzeitig hat. Ich kann dich nur als den einen oder den anderen wahrnehmen. Dasselbe gilt auch für meine Person: Ich bin entweder großartig oder aber ein Versager.</p>	<p>Identitätsdiffusion Ich weiß nicht, wo ich aufhöre und wo du anfängst. Bist du gefährlich für mich (kannst du mich verschlingen?) oder brauche ich dich (kann ich ohne dich nicht leben?). Vielleicht sind du und ich ein- und dasselbe?</p>
Schutzverhalten (Abwehr- mechanismen)	<p>Reifes Schutz- verhalten, wie z.B.: Verdrängung, Rationalisierung, Intellektualisierung, Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen etc. Wird dieses Verhalten gedeutet, verbessert sich der Zustand des Patienten meist recht schnell.</p>	<p>Schutzmechanismen auf dem Niveau eines kleinen Kindes: Spaltung, primitive Idealisierung, Projektive Identifizierung, Verleugnung, Omnipotenz, Entwertung. Deutungen werden vom Patienten als bedrohlich erlebt.</p>	<p>Schutzmechanis- men wie beim Borderliner (siehe linke Spalte) dienen zur Abwehr gegen die gefürchtete Verschmelzung mit dem anderen und sollen vor dem Verfall der eigenen Persönlichkeit schützen. Deutungen sind gefährlich, weil sie zu Regression führen.</p>
Realitätsprüfung	<p>Ich kann mich auf das, was ich in mir und bei anderen wahrnehme, verlassen. Selbst wenn ich gerade starke Gefühle habe, so weiß ich doch, mich und die anderen realistisch einzuschätzen.</p>	<p>Veränderungen in der Beziehung zur Realität und in Gefühlen hinsichtlich der Realität treten auf.</p>	<p>Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist verlorengegangen.</p>

Einige Erläuterungen zu den Fachausdrücken:

Unter **Subjekt** versteht die Psychoanalyse das Erleben der eigenen Person in deren Gesamtheit von Leib und Seele (oft identisch mit dem Begriff des „Selbst“ gebraucht).

Als **Objekt** wird ein Gegenüber des Subjekts (ein Du) bezeichnet, welches von besonderer Bedeutung ist. Das kann ein wichtiger Mensch (z.B. die Mutter), das kann aber auch eine Idee oder ein wichtiger Gegenstand sein.

Verdrängung: Verbotene oder peinliche Vorstellungen oder Erinnerungen werden aus dem Bewusstsein gelöscht, wirken aber unbewusst weiter.

Reaktionsbildung: Ist ein Impuls nicht annehmbar, wird er durch das Gegenteil ersetzt (z.B. ich behandle jemanden, den ich eigentlich hasse, mit besonderer Höflichkeit).

Isolierung: Eine unangenehme Erinnerung wird von den sie begleitenden Gefühlen getrennt. Z.B.: Jemand wäre beinahe ertrunken. Nun fürchtet er sich vor dem Wasser, kann sich aber an das eigentliche traumatische Ereignis nicht mehr erinnern.

Ungeschehenmachen: Jemand handelt so, als wäre das, was ihm unerträglich ist, nie geschehen.

Rationalisierung: Jemand kann die Motivation für sein Verhalten eigentlich nicht billigen (z.B. seine Angst vor „fremd“ wirkenden Menschen) und rechtfertigt es daher durch eine „vernünftige“ Erklärung (z.B. die Ausländer gefährden meinen Arbeitsplatz).

Intellektualisierung: der Versuch, durch eine intellektuelle Leistung unangenehme Gefühle und emotionale Konflikte zu meistern.

Desintegration: das Auseinanderfallen des Erlebens meines „Selbst“.

Spaltung: Sie hat die Aufgabe, gute Objekt- und Selbstanteile vor bösen zu schützen. Aufgrund dieser Spaltung ist es dem persönlichkeitsgestörten Menschen nicht möglich, ein integriertes Bild von sich und den anderen zu erlangen. Ist der eine Aspekt gerade im Vordergrund, kann der andere Aspekt absolut nicht mehr wahrgenommen werden. Die Teilung des Selbst und äußerer Objekte in „absolut gut“ und „absolut böse“ führt zu plötzlichen und vollständigen Umkehrungen aller Gefühle und Vorstellungen.

Primitive Idealisierung: Gute Eigenschaften bei anderen werden pathologisch übertrieben, bis hin zum Ausschluss alltäglicher menschlicher Fehler. Der Patient toleriert bei der idealisierten Person keine Unvollkommenheit. Früher oder später muss es aber dazu kommen, dass bei der idealisierten Person Unvollkommenheiten zutage treten. Dann wird der Spieß umgedreht und sie wird sofort total entwertet.

Projektion ist die Überzeugung, andere seien so wie ich selbst. Werden negative Selbstanteile auf andere Personen projiziert, dann fühlt sich der Patient von Feinden umzingelt. Handelt es sich um positive Selbstanteile, wird der andere gleichsam wie ein Heiliger verehrt.

Projektive Identifizierung: (Meist) negative Selbstanteile werden auf den Empfänger projiziert. Der andere wird nun provoziert, sich so zu verhalten, wie es diesem negativen Bild entspricht, was auch nun tatsächlich geschieht. Und der Patient fühlt sich bestätigt. Aber die Entlastung ist nur kurzfristig. Da er ja nun die negativen Impulse dem anderen zuschreibt, hat er auch Angst vor diesem anderen, und daher das Bedürfnis, diese andere Person zu kontrollieren. Thekla Weihs⁸: *„Die Kontrolle über eine sichtbare, beobachtbare „böse“ Person erscheint viel einfacher als die Kontrolle über die inneren, aggressiven Selbstanteile, die ebenso wenig sicht- wie greifbar sind und durch den Mechanismus der Spaltung ja ständig präsent im Hintergrund lauern, um bei der nächsten Gelegenheit die Herrschaft zu ergreifen und die „guten“ Selbstanteile in die hintersten Ecken zu verbannen.“*

Verleugnung: Den Patienten ist bewusst, daß ihre Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle im Hinblick auf sich selbst und andere zu einem bestimmten Zeitpunkt genau gegenteilig zu jenen sind, die zu einem anderen Zeitpunkt vorherrschen, was für sie aber emotional bedeutungslos bleibt.

Omnipotenz und Entwertung: Sie sind Derivate der Spaltung und führen zu einem extrem aufgeblähten, grandiosen Größen-Selbst und die damit verbundene Herabsetzung anderer.

⁸ Weihs, Manchmal weiß ich nicht, was ich fühle und was ich bin. VIP-Verlag Innsbruck 2001. S. 66.

Die Entstehung von Persönlichkeit und Identität

Theorien zur Entstehung der Persönlichkeitsstörung

Über die wahre und die falsche Identität

Wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch, spielen genetische Faktoren im Sinne erhöhter Sensibilität und Verletzlichkeit eine Rolle. Aber - ähnlich wie bei Symptomneurosen - ist auch die frühe Kindheit für das Verständnis der Störung wichtig. Damit ist aber keinesfalls eine Schuldzuweisung an die Eltern gemeint, denn diese ist nicht nur nutzlos, sie vermehrt vielmehr Schmerz und Leid. *„Wir alle sind als Menschen fehlbar und können unseren Kindern lediglich unzureichende Eltern sein. (...) Wir können uns oft, bedingt durch persönliche Probleme, Erschöpfung oder andere individuelle Grenzen, unseren Kindern nicht so widmen, wie wir vielleicht gerne würden; häufig wissen wir nicht einmal, was der in unseren Armen liegende Säugling, der all seine Stacheln aufstellende Jugendliche nun wirklich gerade braucht. (...) Wir können uns lediglich mit all unserer Kraft bemühen, unseren Kindern das Beste zu geben. Eine Garantie dafür, dass sie psychisch vollkommen gesund sein werden, wenn sie erwachsen sind, gibt es nicht.“* Das sind die Worte einer selbst von der Borderline-Störung betroffenen Frau und Mutter⁹.

Selbstverständlich gibt es keine Kindheit ohne Angst, Verzweiflung und Frustration, denn das „Paradies“ haben wir mit dem Augenblick unserer Geburt unwiderruflich verlassen. Ja die Geburt selbst ist schon ein höchst traumatisches Ereignis für das Kind. Aber jeder gelungene Bewältigungsschritt, mit dem das Kind seine Angst und Hilflosigkeit überwindet, ist ein Schritt hin in Richtung eines gesunden Selbst, welches dann auch im Erwachsenenleben mit Extremsituationen zurande kommt.

Das wahre Selbst besitzt im Gegensatz zum falschen Selbst des Patienten Fähigkeiten, sich in der realen Welt erfolgreich zu behaupten. Es verleiht unserer Identität selbst in Krisensituationen eine gewisse Sicherheit und Festigkeit, auf die wir uns verlassen können. Wir können sagen: *„Ich war gestern, ich bin heute und ich werde morgen der sein, der ich bin.“* Wer das von sich sagen kann, der weiß, dass die Welt nicht nur gut und nicht nur böse ist, sondern dass sie ein Ort der Gegensätze ist, so wie die Menschen, die in ihr leben, auch gute und schlechte Seiten haben.

Menschen mit einem wahren Selbst können intensive Gefühle erleben, ohne sich in Auflösungsangst oder maßlosen Affektimpulsen zu verlieren. Sie können sich durchsetzen und behaupten, ohne aggressiv zerstörerisch gegen sich und andere wüten zu müssen. Sie können Intimität ebenso genießen wie das kreative Alleinsein. Sie interessieren sich für eine Sache und bleiben dran, um sie zu einem guten Ende zu bringen. Sie müssen nicht von heute auf morgen ihre Einstellung ändern. Menschen mit einem gesunden Selbst verfügen über eine realistische Selbsteinschätzung, die auch jene Selbstachtung mit einschließt, die erst Beziehungsfähigkeit möglich macht.

wahres Selbst:	falsches Selbst:
Auch intensive Gefühle können gefahrlos erlebt werden. Selbstbehauptung ist möglich. Intimität wie auch Alleinsein sind möglich. Interesse für eine Sache führt dazu, dass man sich ausdauernd mit ihr beschäftigt. Gesunde Selbsteinschätzung und Selbstachtung.	Auflösungsangst, zerstörerische Affekte und Aggressionen. Angst vor Verlassenheit und Verschlungenwerden. Ständiger Wechsel der Interessen. Grandiosität versus Selbstverdammung.

⁹ a.a.O S. 6.

Wie entsteht eigentlich Identität?

Um verstehen zu können, warum sich bei dem einen Menschen ein wahres, beim anderen ein falsches Selbst heranbilden konnte, sollen hier die wichtigsten Entwicklungsschritte der ersten drei Lebensjahre vereinfacht dargestellt werden:

A) In den ersten Lebenswochen erlebt sich der Säugling gleichsam in einer **Symbiose mit der Mutter**. Kind und Mutter sind eins in einer besonders engen Zweiheit (= **Dyade**). Diese Phase ist daher von totaler Abhängigkeit geprägt, sie birgt aber auch die Chance der Entwicklung eines **Urvertrauens** in sich.

B) Nach einigen Monaten beginnt das Kind, zwischen sich und den anderen zu unterscheiden, es erkennt, dass außer ihm selbst und seiner Mutter auch noch andere Objekte in dieser Welt existieren (**Differenzierung** von Subjekt und Objekt, Unterscheidung zwischen Ich und Du).

Ist diese Unterscheidung zwischen „innen“ und „außen“ (also zwischen Ich und Du) nicht oder nur unzureichend gelungen, dann kann dies der Grundstein für die Entstehung einer Psychose sein. Denn wenn ich mir meines „Ichs“ nicht sicher sein kann, dann wird mich jedes heftige Gefühl in einen chaotischen Zustand versetzen. Was eigentlich in mir „drinnen“ stattfindet, wird dann als von außen kommend erlebt. Und umgekehrt werden Geschehnisse, die „draußen“ stattfinden, mich „drinnen“ zutiefst beeinflussen. Die Grenze zwischen Subjekt und Objekt ist also bei einem ichstarken Menschen relativ stabil, und lediglich dann durchlässig, wenn er mit einem Du gerade in einer starken Beziehung steht (Liebe, Mitgefühl, Hass...). Die Grenze ist hingegen brüchig bzw. fällt zeitweise sogar gänzlich weg, wenn die Unterscheidung zwischen „drinnen“ und „draußen“ nicht möglich ist, also eine psychotische Seelenstruktur gegeben ist.

C) Später beginnt das Kind außerdem, **zwischen guten und bösen Objekten zu unterscheiden**. Es nimmt zu den *Guten* Kontakt durch sein Lächeln auf und wehrt die *Bösen* durch „Fremdeln“ ab. Da sich das Kind in dieser Phase selbst noch als Urheber aller Wirkungen erlebt, empfindet es sich auch selbst je nach Art der Wirkung als entweder *nur gut* oder *nur böse*. Diese **Spaltung** ermöglicht dem noch so abhängigen Kind eine relative Orientierung in der Welt und lindert seine Angst.

D) Ab etwa dem 7. - 8. Lebensmonat beginnt das Kind wahrzunehmen, daß nicht nur es selbst, sondern auch alle anderen wichtigen Menschen, mit denen es täglich zu tun hat, **sowohl gut wie auch böse** sind. Das ist ein ganz entscheidender Schritt, ist er doch eine Annäherung an die Realität. Es ist dies die wichtige Phase der **Integration** guter und böser Subjekt- und Objektanteile.

E) In den kommenden Monaten nimmt das **Identitätsgefühl** des Kindes nach und nach zu, weil es sich nun nicht nur selbst differenzierter wahrnehmen kann, sondern weil sich auch durch die Wahrnehmung der Umwelt auf seinen Krabbelausflügen Bewusstsein und Realitätssinn festigen und erweitern.

F) Rund um den ersten Geburtstag macht das Kind seine ersten selbständigen Schritte, die es auch schon kurze Strecken von der Mutter wegführen. Es macht seine **erste, zaghafte Bekanntschaft mit der eigenen Autonomie**, kehrt aber immer wieder um, um bei der Mutter „aufzutanken“. Deren Funktion ist es, ein verlässlicher „Stützpunkt“ für das Kind zu sein: also sowohl dem zaghaften Autonomiebestreben des Kindes nachzugeben, wie auch seinen Wunsch nach Geborgenheit zum richtigen Zeitpunkt zu spüren. Das heißt, dass die Mutter das Kunststück zuwege bringen muss, das Kind einerseits in seiner **Unabhängigkeit zu fördern und Trennung zuzulassen**, andererseits liebevoll und gleichsam mit offenen Armen auf es zu warten, **ohne es symbiotisch zu ersticken**. Diese Entwicklungsphase wird die Phase der **Separation**¹⁰ genannt. Hand in Hand mit ihr beginnt auch der lebenslange Prozess der **Individuation**¹¹. Gelingen Separation und Individuation nicht, ist **Abhängigkeit** die Folge.

¹⁰ Selbstabgrenzung

¹¹ Selbstwerdung: Nach C.G.Jung ein Prozess, der die Entwicklung einer individuellen Persönlichkeit zum Ziel hat und der nie wirklich abgeschlossen sein kann.

G) Wenn alles gut geht, wird das Kind gegen Ende des zweiten Lebensjahres schon trotzig und selbstbewusst seine Unabhängigkeit verteidigen, andererseits aber wissen, dass die Mutter immer für es „da“ ist und sich freut, wenn es von seinen kleinen Ausflügen in die Selbständigkeit zurückkehrt. Es fühlt sich großartig und meint, die ganze Welt gehöre ihm und sei für es da. Aber immer wieder erlebt es die **Grenzen seiner vermeintlichen Allmacht** und reagiert wütend und enttäuscht auf die Nichterfüllung seiner Wünsche.

In dieser Phase ist die Funktion des Vaters eine besonders wichtige, stellt er doch die Brücke in die Nicht-Mutter-Welt dar. Der **Vater** hat eine ganz andere Rolle als die Mutter. Er ist derjenige, der dem Kind etwas „zutraut“ und ihm dann auch „zumutet“.

H) Gegen Ende des dritten Jahres hat das Kind meist all das gelernt, was das Fundament für ein starkes und gesundes Selbstempfinden und eine intakte Gefühlswelt ausmacht: Es weiß, daß Menschen nicht nur *gut* oder *böse* sind, sondern beides in einem. Es weiß, dass Wünsche oft nicht spontan erfüllt werden können und dass dies nicht gleich eine Katastrophe bedeutet. **Es weiß, dass es Menschen und Dinge gibt, auf die es sich verlassen kann**, denn sie werden morgen ebenso zur Verfügung stehen wie sie es heute tun. **Auf diese Weise ist das „integrale Ich“ entstanden.**

Mit diesen Entwicklungsschritten der ersten drei Lebensjahre hat das Kind ein enormes Lernprogramm absolviert und es versteht sich von selbst, dass diese wichtige Periode in keinem Fall störungsfrei ablaufen kann.

Ist durch eine biologische Prädisposition¹² eine besonders starke Sensibilität und Verletzbarkeit vorgegeben, dann wird die Störungsanfälligkeit entsprechend größer sein. Außerdem sind auch Eltern Menschen, die nicht unbelastet im Leben stehen. Es gibt viele Faktoren, die auch in einem Elternleben Trauer, Wut, Depression, Unverlässlichkeit, Nicht-Verfügbarkeit, Verzagtheit, Empathieunfähigkeit usw. für kurze oder aber auch längere Perioden nach sich ziehen. Fatal für das Kind sind aber vor allem chronifizierte Mangel- und Konfliktsituationen.

Noch immer gibt es keine endgültige Antwort auf das Warum, es gibt lediglich Hypothesen. Die enorme Zunahme von Persönlichkeitsstörungen hat mit Sicherheit auch etwas mit der Zeit zu tun, in der wir leben.

Häufig findet man in der Kindheit des Betroffenen ein Verlassenheitstrauma.

- Die wichtigste Bezugsperson kann aus persönlichen oder gesundheitlichen Gründen nicht empathisch auf das Kind eingehen: Sie ist vielleicht selbst psychisch instabil, sie hat gravierende persönliche Probleme mit dem Leben, der Partnerschaft, dem Beruf o.a.
- Die wichtigste Bezugsperson steht aus anderen Gründen „nicht zur Verfügung“: beispielsweise weil zu bald ein neues Geschwister zur Welt kommt oder weil ein naher Angehöriger intensive Pflege benötigt (lange andauernde Überforderung) u.v.a.
- Die wichtigste Bezugsperson hat selbst nur böse Erfahrungen mit der Welt und den Menschen gemacht. Das Kind „*ist alles, was sie hat*“.
- Reales Verlassenwerden durch einen Krankenhausaufenthalt (des Kindes selbst oder der Bezugsperson) oder ein sonstiges traumatisches Ereignis, das zu einer längeren Trennung führt;
- Das Fehlen des Vaters (auch Väter, die physisch anwesend sind, sind oft psychisch nicht verfügbar).
- Entscheidend sind auch die oben erwähnten Entwicklungsphasen E) und F), also jene Phasen, in denen das Kind sein eigenes Ich, seine Identität erprobend entwickelt. Die ideale Antwort der Eltern auf diese Versuche sind das Zulassen von Eigenständigkeit (das Gegenteil von Überfürsorglichkeit) bei gleichzeitigem liebevollen Annehmen (ohne symbiotischem Klammern). So lernt das Kind, dass ein Weggehen von der Mutter nicht endgültiges Verlassensein, und dass das Zurückkehren zur Mutter kein Verschlungenwerden bedeutet. Es lernt auch, dass Intimität nicht Verlust des eigenen Ich bzw. Eigenständigkeit nicht Verlust der mütterlichen Liebe bedeutet. Diese Phasen sind nicht zuletzt entscheidend für die spätere Beziehungsfähigkeit des Menschen.

¹² Veranlagung

Die Regression

Es gibt keine größere Abhängigkeit als die des kleinen Kindes von seinen Eltern. Geht in einer der Entwicklungsphasen etwas schief, dann reagiert das Kind mit innerem Chaos, Angst und Verunsicherung und greift auf eine frühere Entwicklungsphase, die eigentlich schon überwunden war („als die Welt noch in Ordnung war“), wieder zurück. Das ist normal, denn selbst als Erwachsene greifen wir manchmal auf kindliche Verhaltensweisen zurück, z.B. wenn wir krank sind oder wenn uns ein großer Konflikt unlösbar erscheint. Im Falle einer möglichen Borderline-Entwicklung handelt es sich um ein Zurückgreifen auf die oben erwähnte Phase C), und das Kind beginnt wieder zu spalten. Diese Verhaltensweise hilft dem Kind, aus seinem inneren Chaos herauszukommen, denn es registriert nun nur noch die „guten“ (ihm gut-tuenden) Seiten seiner Bezugspersonen, während es die „bösen“ einfach nicht mehr wahrnimmt.

Wenn eine solche Störung vorübergehend ist, wird sie nur eine der vielen (und unerlässlichen) Frustrationen einer Kindheit sein. Handelt es sich hingegen um einen chronischen Zustand, dann kann es zu einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung kommen. Es kommt dann häufig zu einer inneren Migration (das Kind zieht sich in sich zurück), es passt sich den Erwartungen der Bezugspersonen bedingungslos an, oder es nimmt Zuflucht in Phantasien, die dann als real erlebt werden.

„Gute soziale Anpassung von frühester Kindheit an ist nicht eine Wahl des betroffenen Individuums, sondern eine Überlebensstrategie, um mit dem Selbstverlust fertig zu werden.“¹³

Die narzisstische Persönlichkeit

Es gibt zahlreiche erfolgreiche Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens (Politiker, Geschäftsleute, Schauspieler...), die eine ausgeprägte narzisstische Persönlichkeit haben. Sie haben sich von ihrer Umwelt insofern unabhängig gemacht, als sie sich selbst maßlos überschätzen, die anderen dafür abwerten. So sichern sie sich ihre phantasierte Grandiosität.

Die narzisstische Persönlichkeit fällt auf durch rastloses und geräuschvolles Verhalten, sie ist ständig in Bewegung und auf der Suche nach Bestätigung, Anerkennung und „Applaus“. Nach außen hin wirkt sie zielstrebig und selbstsicher, ja erfolgreich. Ihre Verleugnungsstrategien waren so wirksam, dass sie sich grandios und wichtig fühlen kann. Diese Defensiv-Strategie führt dazu, dass der Narzisst tatsächlich erfolgreich sein kann, eine bewunderte und glänzende Erscheinung dort, wo man ihm hofiert und Anerkennung zollt. Wer das nicht tut, wird für ihn uninteressant. Nur solange er Menschen manipulieren und benützen kann, sind sie ihm hilfreich, die gefürchtete Realität weiterhin zu verleugnen und sein „Als-Ob“, also sein grandioses Selbst aufrecht zu erhalten. Der Mensch an sich ist ohne Interesse für ihn, Intimität ist ihm nicht möglich, da sie ihm Angst macht.

Der Narzisst ist ein Mensch, der zwar funktioniert, aber nicht wirklich „lebt“.

Was führt zu einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung?

Ist das Milieu der Kindheit nicht „ausreichend gut“, schafft es also nicht, dem Kind das zu geben, was es braucht, dann ist ein solcher Mensch zu vergleichen mit einem Baum ohne Wurzeln. Er vertrocknet. Ein solcher Mensch muss nun viel zu früh selber für das sorgen, was ihm vorenthalten blieb, will er überleben. Er treibt – vertrocknet wie er ist – Blätter aus eigener Kraft. Er entwickelt ein grandioses Selbst.

Wer sich selbst als hochgenial, begabt und vollkommen erlebt, ist gegen Kränkungen scheinbar geschützt. Dieser Schutz kann aber auch von einem allmächtig gesprochenen Objekt ausgehen, das nicht unbedingt ein lebender Mensch sein muss, sondern genauso gut auch eine Ideologie o.ä.

¹³ Asper, Verlassenheit und Selbstentfremdung. dtv München S. 118.

Kränkung und Wut als zentrale Affekte der narzisstischen Persönlichkeit:

Auf Kränkung, Verletzung und Beschämung reagiert der narzisstisch gestörte Mensch mit destruktiver Wut.

Narzisstische Menschen erscheinen auf den ersten Blick als unabhängig und über allem stehend, sie sind aber – ganz im Gegenteil – überaus abhängig von anderen Menschen: von deren Bewunderung und Beurteilung. Gekränkt werden aber kann man nur von jemandem, den man idealisiert oder mit Allmachtsaspekten ausgestattet hat. Geschieht Kränkung, dann muss der bis dahin idealisierte Mensch schnellstens abgewertet werden.

Abwertung in diesem Kontext heißt aber nicht einfach Entidealisierung, sondern gleich Vernichtung. Narzisstische Wut ist immer Vernichtungswut und daher gefährlich.

Unvollkommenes hat in der Welt eines narzisstisch gestörten Menschen keinen Platz. –Der Narzisst hat ja den/das Andere/n nach seinem Bild geschaffen, das unvollkommene Objekt lässt also auch ihn selber unvollkommen erscheinen.

Typisch für den narzisstisch gestörten Menschen ist es, dass er über eine sehr geringe Kränkungstoleranz verfügt, gleichzeitig aber über ein hohes Kränkungspotential.

Er ist von seinen Begabungen überzeugt, braucht sie also nicht erst zu erwerben. Lernen und mühsames Sich-Erarbeiten verbieten sich also von selbst. Vieles wird mit Schwung begonnen, bei der ersten Schwierigkeit aber sofort fallengelassen.

Oft handelt es sich um Menschen, **die schon in der Kindheit durch besondere Gaben aufgefallen** sind: hoher Intellekt, besondere körperliche Schönheit o.a.

Früh haben sie sich daran gewöhnt, aufgrund dieser Voraussetzungen bewundert und hofiert zu werden. Sie sind mit der Überzeugung groß geworden, dass ihnen im Leben alles zufallen würde, dass es für sie keine Barrieren gibt. Stoßen sie dann an die unvermeidlichen Barrieren im Leben, dann reagieren sie mit „**narzisstischer Kränkung**“, sie fühlen sich gedemütigt und erniedrigt.

Um besser verstehen zu können, wie es zur narzisstischen Störung kommen kann, hier eine hypothetische Erklärung (nach dem Modell der Analytischen Psychologie):

Zu den Begriffen ICH und SELBST – Eine Theorie zur Entstehung der narzisstischen Störung:

Das **SELBST** ist gleichsam die Ganzheit des Menschen: Körper, Seele und Geist, Bewusstsein und Unbewusstes, alle unsere Potentiale und (auch unentwickelten) Fähigkeiten, alles das, was wir sind bzw. einmal sein könnten.

Das Selbst ist unsere Mitte, die treibende Kraft, und gleichzeitig unsere Totalität. Aus diesem Selbst schält sich nach und nach das **ICH** heraus: Es ist das regierende, bewusste Zentrum unserer Persönlichkeit. Das ICH würde von sich selber sagen: „**ICH BIN ICH.**“

Immer aber bleiben Selbst und Ich miteinander verbunden, d.h. ich kann nur entsprechend meiner Persönlichkeit, meines Charakters, meiner Fähigkeiten u.a. handeln, denken und fühlen. Das ICH wird aber vorübergehend immer wieder aufgegeben (z.B. im Zustand der Erschöpfung, im Schlaf, in Phasen der Depression, der Verzweiflung, der Ekstase und dann, wenn uns heftige Affekte bedrängen). Wir sprechen dann von einem „Kontrollverlust“.

Infolge einer frühkindlichen Störung kann es zur Ausbildung eines NOT-ICH¹⁴ kommen. Es ist dies ein infantiles und *grandioses* Ich, das mit Spannungen, Gegensätzen und Frustrationen nicht fertig wird. Also wird alles Unangenehme und Bedrohliche (oder bedrohlich Scheinende) radikal abgespalten. „*Weil nicht sein kann, was nicht sein darf*“.

Man spricht von einer narzisstischen Störung: *Ich bin großartig, ich bin wichtig, ich bin gut. Alle anderen sind nichtig, dumm und böse.*

Ein Mensch, der mit einem Not-Ich leben muss, wird unbeweglich und starr, er lebt gleichsam in seiner eigenen Festung. Er ist nicht mehr flexibel, kann sich an neue Situationen nicht anpassen, denn seine gesamte Energie geht in die Verteidigung. Er

¹⁴ Ein Begriff, den Erich Neumann in seinem Buch „Das Kind. Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit“ (Bonz Fellbach 1980) prägte.

verliert die Neugier auf die Welt. Denn das einzige, worauf es ankommt ist, sich vor der bedrohlichen Welt zu schützen.

Das reife Ich hingegen ist ein integrales Ich, das heißt, es schließt Positives und Negatives, Gutes und Schlechtes in sich ein. Es hebt die Spaltungen auf und arrangiert sich mit der Tatsache, dass sowohl jedes Individuum für sich, als auch die Mitmenschen und die Welt sowohl gut wie auch böse sind.

Ein Mensch mit einem reifen Ich kann von sich sagen:

„Ich bin in manchen Dingen gut, in manchen aber schlecht. Die anderen ebenso.

Ich bin manchmal ein guter Mensch, manchmal aber auch ein Versager.

Die Welt ist manchmal wunderschön, dann aber wieder schlecht und angstmachend.

Mit dem allen kann ich leben, ja muss ich leben. Aber ich arbeite weiter an meiner eigenen Entwicklung und an der Entwicklung der Welt.“

Mit dieser Realität muß der persönlichkeitsgestörte Mensch immer wieder auf konsequente, aber behutsame Art konfrontiert werden, damit das mangelnde Urvertrauen und der Selbstwert nachreifen können.

Die subjektive Seite

Wie fühlt sich ein Mensch, der mit einer Persönlichkeitsstörung lebt?

Das Leben mit unsicherer Identität:

Er lebt mit einer unsicheren, weil falschen Identität. Könnte er selbst Worte für diesen Zustand finden, würde er von sich sagen: *"Ich weiß nicht was ich fühle, ich weiß nicht, wer ich bin."* So ist er gleichsam gezwungen sich seine **Identitäten zu borgen**, nur um der unerträglichen Angst und Verunsicherung zu entgehen. Oft werden solche Identitäten aus Film und Literatur geborgt.

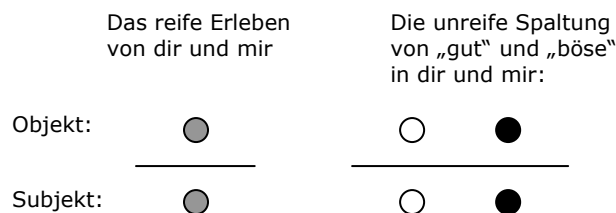
Es fehlt die Kontinuität des Seins.

Wer sich selbst nicht halbwegs realistisch einschätzen kann, der kann auch andere Menschen nicht realistisch einschätzen. Er ist nicht imstande, diese zu sehen, wie sie wirklich sind - mit allen ihren Stärken und Schwächen - sondern er sieht in ihnen entweder **abgehobene Idealgestalten oder bedrohliche Angreifer**, gegen die er sich dann impulsiv und zerstörerisch wehren muß. Und auch sich selbst sieht er einmal als grandios, dann wieder als minderwertig, hässlich und schlecht. Die Grautöne zwischen diesem Schwarz / Weiß, das verbindende Mittelstück zwischen dem Entweder / Oder hat er nie gefunden. **Er kann weder sich noch andere als vollständige Person wahrnehmen, sondern erlebt einen Teil als das Ganze, und dieses Ganze ist immer ein anderes.** Man spricht in diesem Fall von **Spaltung**, dem frühesten Abwehrmechanismus (Schutzverhalten) der Kindheit.

Die Spaltung:

In den ersten Lebensmonaten dient die Spaltung dazu, *gute* und *böse* Objekte auseinanderzuhalten und damit gleichzeitig das Gute vor dem Bösen zu schützen. Sie ist eine wichtige Hilfe bei der Bewältigung von Konflikten, die das hilflose Kleinkind bedrohen, indem es einen Teil seiner Wahrnehmung einfach ausblendet und damit die Angst besänftigt.

Der Erwachsene hingegen verliert mit der Spaltung eine wertvolle Hälfte seiner Existenz und führt erst dadurch ein wirklich bedrohtes Leben, da ihm nicht mehr alle seine Persönlichkeitsanteile zur Verfügung stehen. Die Folge sind innere Leere, existentielle Angst und eine ewige Sehnsucht nach Verlässlichkeit und Sicherheit. Er sehnt sich ein Leben lang nach dem „Paradies“.



Leben "als ob":

Da er sich nie als authentisch erlebt, muß er zu „**Rollen**“ oder „**Masken**“ greifen. Werden diese Rollen durchschaut oder bringen sie ihm nicht den gewünschten Erfolg, muss er möglichst schnell Handlung und Schauplatz der *Inszenierung* verändern. Das kann den Wechsel des Berufes, des Partners, der Wohnung, der äußeren Erscheinung (Frisur, Kleidung) oder einer noch eben radikal vertretenen Wertvorstellung zur Folge haben. Gleichzeitig aber kann in ihm eine große Sehnsucht danach spürbar sein, doch endlich „durchschaut“ zu werden und dadurch der mühsamen Arbeit des Inszenieren-Müssens entoben zu sein.

Sekten oder extreme politische Gruppierungen können unter Umständen jenes Sicherheitsgerüst bieten, die dem verzweiferten Sucher nach Identität und Wert eine trügerische Heimat bieten.

Thekla Weihs¹⁵ berichtet das aus ihrem subjektiven Erleben wie folgt: *„Dieses Empfinden, mich eigentlich andauernd zu verstellen, gepaart mit der von dem Gefühl, nicht zu wissen, wer und wie ich in Wirklichkeit war, hervorgerufenen starken Verunsicherung, erfüllte mich mit tiefster Scham und Verachtung meiner selbst sowie der permanenten Angst, von meinem jeweiligen Gegenüber durchschaut zu werden, was nach meiner Überzeugung dazu führen musste, dass man mich wegen meines „falschen“ Wesens genauso hasste und verachtete wie ich mich selbst. Ich habe mir wohl in meinem ganzen Leben nichts sehnlicher gewünscht, als authentisch zu sein, echt zu sein, das zu sagen und zu tun, was wirklich in dem Moment meinem inneren Empfinden entsprach.“*

OBJEKTPOL (Ich bin ganz beim anderen.)	oder	SUBJEKTPOL (Ich bin ganz bei mir.)
<p>„Ich brauche die Nähe der anderen, weil ich nicht alleine leben kann, ich sehne mich nach Symbiose und Fusion mit einer stärkeren Existenz als ich es bin, ich gebe meine Ichgrenzen auf, ich nehme auch die Grenzen der anderen nicht mehr wahr, alles, was rund um mich geschieht, ist auf meine Person bezogen.“</p>	oder	<p>„Da meine Ichgrenzen schwach sind, erscheinen mir die anderen bedrohlich, sie beeinflussen mich, sie vereinnahmen mich, sie verschlingen mich; ich muss mich von ihnen fernhalten. Ich schütze mich, indem ich die anderen und die Welt ausschalte und mich einzig und allein auf mich beziehe.“</p>

Das Dilemma von Nähe und Distanz:

Wer ständig Angst hat und sich unsicher fühlt, sucht gleichzeitig immer auch einen Partner / eine Partnerin, der/die ihn positiv spiegelt, ihm Halt gibt, ihn umsorgt und ihm damit zeigt, dass er liebenswert ist. Kommt ihm dieser Partner aber zu nahe, dann fühlt er sich schnell von dieser Nähe bedroht und fürchtet sich, von diesem anderen vereinnahmt und verschlungen zu werden und dadurch den letzten Rest der mühsam aufrecht erhaltenen Identität zu verlieren.

Sobald er aber wiederum den Menschen, den er ja so sehr braucht, zurückgestoßen hat, steigt die Angst vor dem Alleinsein, die Angst vor dem Verlassenwerden. Und sofort „kippt“ das Spiel wieder um, und neuerlich wird Nähe gesucht. Und es ist dies dann nicht nur einfach eine Angst vor dem Verlassenwerden, sondern die Angst davor, der andere könnte, wenn er nicht mehr anwesend ist, „tot“ sein. Betroffene berichten, dass sie sich in solchen Schrecksituationen nicht einmal mehr das Bild (Gesicht, Stimme...) dieses Menschen in Erinnerung rufen können. Er ist also dann tatsächlich gänzlich „verschwunden“.

Könnte der Patient über diesen Teufelskreis reflektieren, würde er sagen: *„Ich kann ohne dich nicht leben, aber mit dir kann ich auch nicht leben; ich hasse dich, weil ich so sehr von dir abhängig bin, aber bitte verlass mich nicht!“*

So schwankt er ständig zwischen **Idealisierung und Abwertung** seines Gegenübers, zwischen **klammernder Anhänglichkeit und kühler Distanz**.

Um diesem Dilemma zu entfliehen, beginnt er nach und nach seine Angehörigen, aber auch Ärzte und Therapeuten zu manipulieren. Er appelliert an sie mit Selbstmorddrohungen und -versuchen, er schreit gleichsam um Hilfe, indem er seine Hilflosigkeit durch Selbstbestrafung und irrealer Handlungsweisen anschaulich macht, und er übt Gewalt auf sie aus, indem er sie mit aggressiven Worten und Handlungen abwertet und unter Druck setzt. Das alles macht den Eindruck einer „Inszenierung“.

Vielleicht würde er dazu sagen: *„Solange andere sich nach mir richten, bin ich noch eine Person und lebe“*. Die **Manipulation** der anderen bewahrt den Patienten davor, selbst „ertappt“ zu werden, denn tief in seinem Inneren leidet er sehr wohl darunter, dass er den anderen immer etwas vormachen muss.

¹⁵ Weihs, Manchmal weiß ich nicht, was ich fühle und wer ich bin. VIP Vlg Innsbruck 2001. S. 39.

Auch psychisch stabile Menschen schwanken manchmal zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und dem Bedürfnis nach Distanz von anderen Menschen. Aber bei persönlichkeitsgestörten Menschen geraten diese Bedürfnisse zu Abhängigkeiten, da sie sich ihrer eigenen Identität nicht sicher sind.

Todesangst:

Das Alleinsein ist eine existentielle Bedrohung für den Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. Da er über kein eigenes, stabiles Selbst verfügt, und da er sich nicht an den eigenen Gefühlen orientieren kann, ist die **Gefahr sich zu verlieren** ständig präsent. Sich verlieren heißt in seinem Fall: nicht mehr zu sein, ja tot zu sein. Denn sich nicht spüren zu können, nur die innere Leere und Isolation wahrnehmen zu müssen, rückt ihn an den Rand des existentiellen Abgrunds. Er fürchtet, aus der Realität heraufzufallen, sich aufzulösen und seine Existenz zu verlieren.

Aus demselben Grund ist ihm aber auch zu große Nähe ein Problem, denn die Grenzen zwischen sich selbst und dem jeweils anderen, also zwischen dem Ich und dem Du empfindet er als unklar und verwaschen.

Oft ist der soziale Rückzug der Versuch einer Lösung dieses Dilemmas. Ein Schritt zu nahe, und der andere wird ihn verschlingen und vereinnahmen. Auch das ist Todesangst. So signalisiert der Patient oft, man solle ihm nicht zu nahe treten, andererseits tritt er selbst seinen Mitmenschen oft nur allzu nahe und übt eine starke Kontrolle über sie aus.

Die innere Leere:

Sie ist eine permanente Quelle der Angst, die den Betroffenen dazu bringt, rastlos von einer Aktivität zur anderen zu rasen, von einer Beziehung in die andere, nur um diesem Gefühl zu entgehen. **Drogen oder Alkohol** können ebenso betäuben wie beispielsweise das **exzessive Ausleben von Sexualität**. Oft wird diese innere Leere, dieses Sich-Nicht-Spüren-Können durch **Selbstverletzungen** und andere autoaggressive Akte gewaltsam zugedeckt.

Es versteht sich von selbst, daß man mit dieser ständigen Angst auch sein Sexualleben nicht in befriedigender und erfüllender Form leben kann. Daher findet man bei diesen Menschen sehr oft Formen von Asexualität, Perversionen und ein schwankendes Zugehörigkeitsempfinden zum eigenen Geschlecht.

Auch dazu nochmals der authentische Bericht von Thekla Weihs¹⁶: „ als gäbe es irgendwo tief in mir ein Vakuum, welches zu fühlen ich mit all meiner Kraft vermeide, indem ich verzweifelt versuche, es zu füllen mit allem, was möglich ist. Ich weiß, ich muss mich eines Tages diesem Vakuum stellen, es mit all seinem Schrecken, seiner Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit fühlen – vielleicht wird es von diesem Moment an kein Vakuum mehr sein, sondern gefüllt – mit meinen Gefühlen der Einsamkeit, des Schmerzes, der Trauer, der Wut und des Hasses und der Liebe ...“ Und die Autorin berichtet auch über ihren Weg aus diesem Dilemma mit Hilfe einer Psychotherapie.

Das depressive und wütende Kind:

Der Säugling und das Kleinkind schreien, wenn sie ein Unbehagen empfinden, sie haben ja noch keine andere Ausdrucksmöglichkeit. Wenn die Mutter nicht gleich zur Stelle ist, erlebt das kleine Kind Todesängste, denn sie könnte ja für immer verschwunden sein. Erst allmählich lernt das Kind, kürzere Phasen von Frustration und Angst auszuhalten, im Vertrauen, welches auf der positiven Erfahrung beruht, dass die Mutter ja letztlich doch kommt und das Unbehagen beseitigen wird.

Der persönlichkeitsgestörte Mensch hat dieses Vertrauen nicht, er reagiert also auf jede echte oder vermeintliche Zurückweisung wie das Kind mit Depression, Hoffnungslosigkeit und maßloser Wut. **Er will das verlorene Wohlfühl so schnell wie möglich wieder hergestellt haben** und damit das oberflächliche seelische Gleichgewicht wieder erlangen.

Nichts ist sicher:

So wie die Frage „Wer bin ich?“ unbeantwortet bleibt, so bleibt auch die Frage nach der Wirklichkeit der Welt und der anderen Menschen unbeantwortet. Der Patient lebt in einer Welt der Vorstellungen, Phantasien und der Selbsttäuschung, er baut sich gleichsam einen Lebensmythos auf, an dem er sich zu orientieren versucht. Er wird zum

¹⁶ a.a.O S. 53.

Grenzgänger zwischen Wahn und Wirklichkeit. Es gibt keine festen Grenzen, die diesem Menschen Halt und Orientierung bieten könnten, weder innen noch außen. Alles fließt ineinander, alles wird als potentielle Bedrohung erlebt.

Projektion:

Der persönlichkeitsgestörte Mensch ist ein abhängiger Mensch, und er hasst diese seine Abhängigkeit. Dagegen wehrt er sich, indem er alles das, was er an sich ablehnt, nach außen projiziert. Er sagt vielleicht: *„Würde sich meine Mutter nicht so sehr an mich klammern, würde sie mich loslassen, dann könnte ich endlich mein eigenes Leben leben.“* Mit diesem Selbstbetrug (denn de facto ist er es, der klammert) kann er den Blick in den eigenen Spiegel wieder riskieren, denn nicht er ist der Versager, sondern die Mutter, die Partnerin o.a. - und sein Wohlbefinden ist wieder hergestellt. Damit hat er den Blick ins eigene Innere vermieden, ein Blick, von dem er instinktiv weiß, er könnte ihn in Verzweiflung stürzen. Er reagiert also auf alles und jedes extravertiert, also nach außen gerichtet. Die Innenschau wäre ein zu großes Wagnis für ihn. Das ist auch der Grund dafür, warum sich Psychotherapien meist sehr schwierig gestalten.

Verleugnung:

Der persönlichkeitsgestörte Mensch hat so viel damit zu tun, ein Bild von sich aufrecht zu halten, welches ihn vor sich selber und den anderen aufwertet und beruhigt, dass er außerstande ist, Interesse und Empathie für andere Menschen aufzubringen. Die unerträglich scheinende Wahrheit muss konsequent verleugnet werden, was enorme Energie kostet. Indem die Auseinandersetzung mit der Realität nicht stattfindet, wird das oberflächliche Wohlgefühl mühsam aufrecht erhalten.

Das Leben persönlichkeitsgestörter Menschen ist also ein Leben voller unvereinbarer Gegensätze:

<p style="text-align: center;">Hilflosigkeit</p> <p>„Ich kann das Leben alleine nicht bewältigen, also muss ich einen anderen stark an mich binden.“</p>	<p style="text-align: center;">Angst</p> <p>„Ich werde von anderen missbraucht, in den Dreck gestoßen und manipuliert, also muss ich mich vor Abhängigkeit und Nähe schützen.“</p>
<p style="text-align: center;">Scham</p> <p>„Ich bin schlecht, dumm, unterlegen und in allen wichtigen Belangen des Lebens ungenügend. Ich bin daher nicht beachtenswert und nicht liebenswert. Ich muss diese Schwäche vor anderen verbergen.“</p>	<p style="text-align: center;">Sehnsucht</p> <p>„Allein bin ich klein, hilflos und ohnmächtig. Ich brauche die Hilfe und die Liebe eines starken Anderen zum Überleben. Also muss ich dafür sorgen, dass jemand Starker und Mächtiger sieht, wie schlecht es mir geht. Dann wird er mir sicher helfen.“</p>
<p style="text-align: center;">Schuld</p> <p>„Ich habe das Recht, in die menschliche Gemeinschaft aufgenommen zu werden, verwirkt. Daher muss ich Sühne leisten, mich unterwerfen und keine eigenen Ansprüche stellen.“</p>	<p style="text-align: center;">Fremdheit</p> <p>„Ich bin anders als die anderen. Wenn ich mich anpasse, gebe ich meine Identität auf und gehe verloren.“</p>

Die Persönlichkeitsstörung als Beziehungsstörung

Das Kind erlebt sich und die Welt auf vier Beziehungsebenen, die im ersten Lebensjahr vor allem auf der körperlichen Ebene (Essen, Trinken, Haut u.a.) erlebt werden:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| Die Beziehung zum DU | Das MITEINANDERSEIN |
| Die Beziehung zum eigenen KÖRPER | Das IN-SEINEM-KÖRPER-SEIN |
| Die Beziehung ZU SICH SELBER | Das BEI-SICH-SELBER-SEIN |
| Die Beziehung zur WELT | Das IN-DER-WELT-SEIN |

Gäbe es eine ideale Kindheit, dann könnte das Kind etwa folgende Erfahrungen machen:

Das Miteinandersein:

Du bist für mich da, ich bin nicht alleine,
du sorgst für mich, du liebst mich;
da du mich liebst, erlebe ich mich als liebenswert.
Ich bin gut / du bist gut.

Das In-Seinem-Körper-Sein:

Mein Körper wird liebevoll behandelt, also ist er schön und wertvoll.
Ich bin satt, mir ist warm, ich fühle mich gut und sicher.
Ich bin gerne in meinem Körper.

Das Bei-Sich-Selber-Sein:

Ich vertraue mir selber,
ich kann auch etwas Unlust ertragen, denn ich weiß, sie geht vorüber.
Ich spüre mich - ich bin lebendig, auch dann, wenn niemand bei mir ist.

Das In-Der-Welt-Sein:

Da ich gut bin, ist auch die Welt gut zu mir.
Ich bin in diese Welt eingebunden, ich kann nicht aus ihr herausfallen.
Ich bin getragen, ich muß also keine Angst haben.
Nach der Nacht folgt der Tag, nach dem Hunger das Gesättigtwerden...

Urvertrauen ist entstanden.

In diese erste und so entscheidende Phase des Menschseins wollen wir immer wieder zurück. Es ist eine Phase der Geborgenheit in der Kontinuität des Daseins. In den Mythen wird sie durch das Paradies symbolisiert. Es ist eine Welt ohne Spannungen und Gegensätze. Wilhelm Fließ sprach vom "Ozeanischen Gefühl" des Säuglings: „Ich bin eins mit mir und der Welt.“

Wir würden uns aber nicht weiterentwickeln, käme es nicht doch zu Spannungen und Frustrationen. Niemand würde ja freiwillig das Paradies verlassen wollen.

Wir können davon ausgehen, dass es einen angeborenen Trieb in uns gibt, der uns – trotz aller Frustrationen - dazu bringt, uns weiter zu entwickeln. C.G. Jung nannte ihn den **Individuationstrieb**.

Aber es gibt auch Kindheiten, in denen dieses Erleben des „Paradieses“ aus verschiedensten Gründen (s.o.) nicht möglich ist.

Das kann zur Folge haben:

Urmisstrauen: Die Welt ist (lebens-)gefährlich, ich bin böse, alle sind böse. Einsamkeit. Sich nicht verlassen können.

Ohnmacht: Ich habe keine Chance, alle meine Taten haben keine Wirkung (Beispiel: anaklitische Depression hospitalisierter Säuglinge).

Minderwertigkeitsgefühl: Das Leben ist nicht lebenswert. Ich bin nicht lebenswert, ich bin nichts.

Schamgefühl: Ich bin nicht ansehbar, ich werde nicht wahrgenommen, ich bin ekelerregend.

Schuldgefühl: Meine Gefühle, Gedanken und Taten sind schlecht. Ich werde nicht geliebt, also bin ich auch nicht liebenswert.

Mangel und Leere: Ich habe nichts, ich spüre nichts, ich lebe nicht wirklich. Ich verhungere und verdurste.

Die Folgen sind Angst und Verzweiflung.

Es gibt keinen Menschen, der die Frage *WER BIN ICH?* jederzeit gesichert beantworten kann. Es gibt für jeden Menschen Tage, an denen er sich seiner selbst nicht sicher ist; aber selbst an solchen Tagen kann er von sich sagen:

Ich weiß, wer ich bin;

Ich bin der gleiche wie gestern

Ich werde auch morgen der sein, der ich heute bin.

Für einen identitätsgestörten Menschen ist das nicht so einfach: Jede Kritik bedeutet für ihn eine existentielle Bedrohung. Fühlt sich ein Mensch aber in seiner Existenz bedroht, dann reagiert er verständlicherweise panisch.

Der Borderliner reagiert wie ein kleines Kind, das nicht verstehen kann, warum ihm die Mutter, die „magische Verwandlerin“¹⁷, gerade jetzt nicht zur Verfügung steht. Als Säuglinge haben wir ja erlebt, dass die Mutter sehr wohl unseren Schmerz und unsere Verlassenheit „wegmachen“ konnte, so, dass wir uns wieder gut fühlen konnten. Er erhofft sich vom Anderen, dass dieser diese Funktion übernehmen könnte und verzweifelt, wenn dieser wichtige Andere nicht verfügbar ist
 Er fragt sich: „Wenn du gerade nicht bei mir bist, bist dann überhaupt noch? Oder bist du dann tot?“

Wie fühlt sich ein Mensch ohne gesicherte eigene Identität?

- Er spürt sich nicht:
- Er weiß nicht, was er fühlt,
- er weiß nicht, wie es ihm geht,
- er weiß nicht, was ihm guttut, und was schlecht für ihn ist;
- er kann nicht gezielt planen und handeln, weil ihm dafür die Gefühlsgrundlage fehlt.
- Identität ist das Vermögen, sagen zu können: „Ich bin ich“. Wer das nicht kann, der spürt auch keine Grenzen; der weiß nicht, wo er selber aufhört und wo der andere anfängt.
- Alles ist diffus und unsicher - und das macht schreckliche Angst.
- Ein solcher Mensch ist ständig auf der Suche nach sich selber, er muss sich ständig vergewissern, dass er noch lebt.

Die Persönlichkeitsstörung als Störung des Selbstwerts

Auch beim seelisch gesunden Menschen schwankt das Selbstwertgefühl. Es ist abhängig von den persönlichen Erfolgen bzw. Misserfolgen und von der Reaktion wichtiger Menschen auf sein Verhalten.

Ist hingegen der Selbstwert völlig unsicher, dann ist auch die Identität bedroht.

Der Betroffene flüchtet sich dann oft in eine **scheinbare Klarheit**, die lauten kann:

- **„Ich bin ein totaler Versager“ (depressive Verarbeitung)**
- **„Ich bin grandios“ (grandiose Verarbeitung)**

Und ebenso geht er mit seinem Fremdbild vom jeweils anderen um.

Jedes Kind wird in eine bestimmte Familie und eine bestimmte Gesellschaft hineingeboren, und in dieser Welt herrschen auch ganz bestimmte Wertvorstellungen, die das Fremdbild und das Selbstbild der Persönlichkeit prägen.

Viel hängt nun davon ab, ob das Kind diese Wertvorstellungen von Familie und Gesellschaft übernehmen kann, ob diese also dem Wesen des Kindes entsprechen:

<p>Das Wertesystem wird übernommen, entspricht aber nicht dem Wesen des Kindes. Folge: labiler Selbstwert, depressives Grundgefühl:</p> <p><i>„Ich bin wertlos, ich fühle mich schuldig, die anderen stehen über mir.“</i></p>	<p>Die Übernahme der Wertvorstellungen gelingt, weil sie dem Wesen des Kindes entsprechen. Oder das Kind entscheidet sich später gegen diese Werte und findet eigene, die seinem Wesen entsprechen. Ein solcher Mensch kann sein Leben entsprechend den eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten leben:</p> <p><i>„Ich bin wie ich bin. Ich bin gut genug. Ich bin ich.“</i></p>	<p>Das Kind wehrt sich gegen die Übernahme, kann aber keine gesicherte eigene Identität entwickeln, weil diese nicht gefördert wird. Folge: Entwicklung eines „Not-Ichs“, eines „Größenselbst“.</p> <p><i>„Ich bin grandios und omnipotent, die anderen sind ohnmächtig und hilflos.“</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹⁷ Ein Begriff, den Christopher Bollas in seinem Buch „Der Schatten des Objekts“ (Klett-Cotta Stuttgart 1997) prägte.

Suizidalität

Suizidalität ist einerseits ein innerpsychisches, andererseits auch ein interaktionelles Geschehen. Sie ist nicht einfach nur der Zusammenbruch eines Individuums, sondern auch der verzweifelte Versuch, mit einer psychischen Krise umzugehen, dann, wenn die Anpassungsleistung überfordert ist. Man wird der Suizidalität dann am wirksamsten begegnen können, wenn man dem Betroffenen etwas anbieten kann, was sein Defizit oder seine psychische Not ausgleicht bzw. kompensiert.

Suizidalität bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Angehörige oder Helfer wird zum manipulierten Objekt und fühlt sich dementsprechend ohnmächtig und hilflos. Der Patient fürchtet sich vor dem Verlassenwerden und sieht in der Manipulation der wichtigen Bezugsperson den letzten Ausweg.

Entwicklungspsychologisch: Das gute Objekt wird durch Kränkung und Frustration zum bösen Objekt, oder es geht überhaupt verloren. Die Angst vor dem Alleingelassen-Werden erzeugt nicht nur Angst, sie mobilisiert auch die Aggression.

Dahinter steckt eine **projektive Identifikation**: Der Patient fühlt sich hilflos und ausgeliefert. Er projiziert dann diese Gefühle auf den Helfer, und jetzt ist es der Patient, der den Helfer kontrolliert. Durch diese erpresserische Suizidalität soll erreicht werden, dass der Helfer den Patienten nicht fallenlässt. Und nun ist es der Helfer, der wütend reagiert. Da er diese Wut aber nicht ausagieren kann, ist er gleichsam mattgesetzt. Dieser Teufelskreis muss unterbrochen werden. Der Helfer darf sich nicht erpressbar zeigen, vielmehr muss die Angst des Patienten vor dem Verlassenwerden thematisiert werden.

Suizidalität steht also im Dienste der Objektbindung, d.h. der wichtigen Bezugsperson soll es unmöglich gemacht werden, den Patienten zu verlassen.

Die beruhigende und doch gleichzeitig Grenzen ziehende Antwort könnte lauten: *„Ich werde dich nicht verlassen – aber es muss dir klar sein, dass ich mein eigenes Leben lebe.“*

Aber auch, wenn der Angehörige oder Helfer mit dieser Situation gut zurande kommt, ist die Suizidalität deshalb noch nicht gebannt, sondern aus der manipulativen wird nun oftmals eine resignative Suizidalität. Wird der Selbstmord ausgeführt, dann handelt es sich meist um eine sehr harte Form desselben, mit der das Objekt gleichsam bestraft werden soll.

Hilfreiche Interventionen bei Suizidalität bei Borderline

Die im Folgenden angeführten Punkte sind nicht nur für professionelle Helfer relevant, sondern können auch für Angehörige hilfreich sein. Sie sind hier aber vor allem deshalb angeführt, weil Angehörige das Verhalten der Professionellen oftmals als kalt und hartherzig erleben und dabei nicht in Betracht ziehen, dass ein Verwöhnen sogar zur Chronifizierung eines Krankheitsbildes beitragen kann, jedenfalls aber zur Fortführung eines Teufelskreises.

- Das **Gefühl von Ohnmacht und Wut** auf Seiten des Helfers lässt vermuten, dass der Patient ähnliche Gefühle hat. Durch die „**Ansteckung**“ des Helfers mag der Patient kurzfristig entlastet sein. Die negativen Gefühle geben dabei wichtige diagnostische Hinweise (Projektive Identifikation).
- Gibt der Helfer der Erpressung nach, entspricht er nur noch mehr dem Projektionsbild des Patienten. Er darf sich **nicht in die Rolle des Retters oder Verderbers drängen lassen**. Am besten wird es sein, dem Patienten zu sagen, dass tatsächlich er alleine die Entscheidung für oder gegen den Suizid treffen könne,

dass er als Helfer aber dagegen sei. Keinesfalls aber darf in dieser Situation der Kontakt abgebrochen werden.

- Überhaupt ist **jede aggressive Reaktion zu vermeiden**: Dazu gehören auch u.U. Einweisungen, Verlegungen, Medikamente etc.
- Meist zeigt sich in der Erpressung der **typische Modus der Beziehungsgestaltung** des Patienten in Krisensituationen, der dann auch gleich bearbeitet werden sollte. Dem Patienten muss klar werden, dass die Erpressung ein **(destruktiver) Schutzmechanismus gegen überwältigende Angst vor Einsamkeit und Abgeschobensein** sein kann.
- Der Helfer sollte also **sensibel auf aktuelle (unbewusste) Verlassenheitsängste** des Patienten sein.

Der Helfer muss in der Lage sein, eigene aggressive Impulse zuzulassen, ohne sie auszuagieren. Lässt er sich erpressen und geht mehr und mehr auf die Versorgungswünsche des Patienten ein, entsteht ein Teufelskreis, aus dem beide nicht mehr herauskommen. Dadurch kann es zu einer Verschlechterung im Zustand des Patienten kommen. **Wenn der Helfer seine eigenen Gefühle nicht anspricht und erst reagiert, wenn er seine Aggression nicht mehr zurückhalten kann, erfolgt oft ein Abbruch, und der Suizid kann nun erst recht die Folge sein. Der Helfer hat in diesem Fall nicht rechtzeitig die Grenzen gezogen.**

Das ist eine Situation, die Angehörigen nur zu gut bekannt ist. Wenn die aggressive Stimmung nicht mehr auszuhalten ist, neigt man dazu, um des Friedens willen, nachzugeben. Versäumte Grenzziehung kann sich auch im privaten Bereich präkär auswirken.

In stationären Einrichtungen kann das spaltende und projizierende Verhalten des Patienten zu Spaltungen im Team führen. Mitarbeiter werden einerseits zu mütterlich Gebenden und andererseits zu restriktiv Kontrollierenden.

Suizidalität bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Der Patient demonstriert **Überlegenheit und Selbstsicherheit** um jeden Preis, und der Helfer wird massiv abgewertet. Damit kompensiert er die Unerträglichkeit, jemanden „zu brauchen“. Für die narzisstische Persönlichkeit ist die narzisstische Kränkung der Hauptgrund für Krisen und daher auch für Suizid. Eigentlich will der Narzisst nicht tot sein, sondern er nimmt den Tod in Kauf, um dem schrecklichen Zustand der Scham, der Lächerlichkeit und der Kränkung zu entkommen. Die Krise kommt also, wenn das Größenselbst durch Entwertung der anderen nicht länger zu halten ist.

Fürchtet der Borderliner Verlassenheit und Abschiebung, konzentriert sich die Angst des narzisstisch gestörten Patienten auf Erniedrigung.

Interventionen bei narzisstischer Suizidalität

Der Helfer muss dem Patienten vermitteln, dass dieser trotz seiner Krise ein wertvoller Mensch ist. Weiters muss der Auslöser der Suizidalität gefunden werden, also jenes zentrale kränkende Erlebnis, welches dazu geführt hat. Damit wird oft Unbewusstes bewusst, und außerdem fühlt sich der Patient in seiner Krise verstanden. Auch in der therapeutischen Situation können Kränkungen passieren. Diese zu identifizieren macht die Bearbeitung möglich.

Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Psychotherapie

Vor der Inanspruchnahme einer Therapie sollte zuerst sorgfältig die Diagnose abgeklärt werden. Therapie bedeutet immer Veränderung, und das ist etwas, wovor sich der Mensch mit einer Persönlichkeitsstörung fürchtet. Denn es bedeutet für ihn extreme Unsicherheit, die Welt aus eindeutigen Schwarz und Weiß zu verlassen.

In schweren Fällen sollte an eine stationäre Therapie gedacht werden, weil Frustrationen sehr schnell zu einem Abbruch oder – bei schweren Störungen - zu einer psychotischen Episode führen können.

Es gibt sowohl **spezielle Therapieprogramme** in einigen wenigen psychiatrischen Krankenhäusern, als auch frei praktizierende Psychotherapeuten, die sich auf Persönlichkeitsstörungen spezialisiert haben. Über die **Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie** am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien kann das Krankheitsbild abgeklärt und ein geeigneter Therapeut gefunden werden (Anruf zwecks Terminvereinbarung; Erstgespräch erfolgt auf Krankenschein).

Es gibt mehrere psychotherapeutische Methoden, die Konzepte für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen haben. Zwei Richtungen haben sich allerdings besonders intensiv mit dem Phänomen Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt und in der Folge auch spezifische Methoden entwickelt. Es sind dies die **Psychoanalyse** und die kognitiv-behaviorale Methode der **Verhaltenstherapie**. Inzwischen entwickeln nach und nach auch die anderen psychotherapeutischen Richtungen Konzepte zur Behandlung von persönlichkeitsgestörten Menschen.

Angehörige sollten die Therapie Sache des Patienten und seines Therapeuten sein lassen und sich nicht einmischen! Und sie sollten sich darauf einstellen, dass eine Verbesserung nicht in kurzer Zeit erreichbar sein wird.

Der Betroffene muss zuerst einmal mühsam Vertrauen lernen. Und er muss lernen, dass die Wahrheit nicht in den beiden Polen Schwarz und Weiß zu finden ist, sondern in der Mitte. **Er muss die widersprüchlichen Regungen und Gefühle in sich selbst und in anderen wahrnehmen lernen, sie aushalten und akzeptieren.** Er muss lernen, dass es kein Licht ohne Schatten gibt, dass beides zueinander gehört. Er muss also lernen, auf die frühkindliche Abwehrfunktion der Spaltung zu verzichten und reifere Formen der Abwehr zu entwickeln (z.B. Verdrängung). Denn wer gar nicht verdrängen kann, ist ständig in Gefahr, von seinem Unbewussten überflutet zu werden und dann psychotisch zu reagieren.

Auch der Therapeut wird anfangs meist idealisiert, um später, bei der ersten "Enttäuschung" massiv abgewertet zu werden.

An der Person des Therapeuten und an der (meist langen) therapeutischen Beziehung soll der Patient erfahren, dass Beziehung weder anklammernde Intimität noch entwertendes Verstoßen bedeutet.

Er soll auch erfahren, dass Beziehung ein ausgewogenes Geben und Nehmen ist, wo der Mensch unter Achtung der eigenen Freiräume und der des anderen Begegnung erleben kann.

Es fällt ihm nicht leicht, die eigenen und die Fehler der anderen akzeptieren zu lernen, aber wenn er es lernt, bedeutet das, endlich die Realität wahrnehmen zu können und endlich die eigene Identität, das „*So bin ich*“ zu finden. Erst mit dieser eigenen Identität, einem wahren Selbstgefühl, wird es dem Patienten nach und nach möglich werden, dem eigenen Urteil und dem eigenen Instinkt zu vertrauen.

Es gibt eine wahre Flut von Fachliteratur über die Therapie von Persönlichkeitsstörungen, aber sie ist für Laien eher schwierig und verwirrend. Es ist wahrscheinlich nicht die Wahl der richtigen psychotherapeutischen Methode das entscheidende, sondern vielmehr die Wahl des richtigen Therapeuten, denn mit diesem gilt es, für vielleicht viele Jahre eine „therapeutische Allianz“ zu erreichen, damit auf der Basis gegenseitigen Vertrauens das wahre Ich des Patienten ans Licht kommen kann.

Tiefenpsychologische Therapieformen

Besonders die tiefenpsychologischen Therapieverfahren gehen stark auf jenes **Schutzverhalten** ein, welches wir unter dem von Sigmund Freud geprägten Begriff „**Abwehrmechanismen**“ kennen. Beim persönlichkeitsgestörten Menschen sind diese Mechanismen primitiver als beim neurotischen Menschen. An Abwehrmechanismen zu beobachten sind v.a. Spaltung, primitive Idealisierung, Projektion, projektive Identifizierung, Verleugnung, Omnipotenz und Entwertung (siehe S. 11). Sie sind vor allem mittels der **Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle** aufzuspüren, die ein zentrales Thema jeder analytischen Therapie darstellen.

Übertragung: Gefühle, die der Patient erlebt (hat), Gedanken und Verhaltensweisen, werden unbewusst auf den Therapeuten übertragen. Damit werden wichtige frühere Objektbeziehungen wiederholt.

Beispiel: Ein Patient erlebt die Therapeutin als „fütternde“ und Geborgenheit schenkende Mutter, und fühlt sich dann auch so, wie er sich damals als Kind der „guten Mutter“ gefühlt hat.

Gegenübertragung: ist die Reaktion des Therapeuten auf den Patienten und dessen Übertragung. So wird die als „fütternd“ und Geborgenheit gebende Therapeutin wahrscheinlich überfürsorglich und mütterlich auf den Patienten reagieren, obwohl ihr das sonst vielleicht gar nicht entspricht.

Gleiches gilt selbstverständlich auch für negative Übertragungen.

Wer mit einem persönlichkeitsgestörten Menschen in einer engeren Beziehung steht, wird ebenfalls immer wieder mit dem Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung konfrontiert sein. Er wird dann merken, dass er sich oftmals zu Reaktionen hinreißen lässt, die eigentlich gar nicht seinem Wesen entsprechen. Das steht in engem Zusammenhang mit der Abwehr des Patienten, die wir oft als eine Art Manipulation erleben.

Täter-Opfer-Retter-Dynamik: Am Beginn der Therapie wird der Therapeut meist als „Retter“ erlebt und er wird unbewusst versuchen, es auch wirklich zu sein. Er gibt mehr als er kann und fühlt sich in der Folge dann bald als „Opfer“, und der Patient wird zum „Täter“. Wird sich der Therapeut nicht rechtzeitig seiner negativen Gefühle bewusst, wird seine unterdrückte Wut dazu führen, dass er zum „Täter“ wird, und der Patient befindet sich wiederum in der Opferrolle. Ein fataler Teufelskreis, den nahe Angehörige aus eigener Erfahrung nur zu gut kennen.

Im Vordergrund des therapeutischen Handelns steht bei den psychoanalytischen Verfahren die **Klärung aktuellen Verhaltens**, denn oft handelt der persönlichkeitsgestörte Mensch nicht im Einklang mit seinen Gefühlen, die er ja zu verleugnen sucht. Es geht also vorrangig um Klärung, und dann auch um die **Konfrontation mit der Wirklichkeit des Augenblicks**. Die Rahmenbedingungen einer Therapie müssen klar umrissen sein, ja in manchen Fällen wird mit dem Klienten sogar eine Art Vertrag ausgearbeitet, der beispielsweise selbstschädigendes Verhalten, suizidale Handlungen oder Flucht Tendenzen hintanhaltend soll.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass der Patient als Kind nie gelernt hat, seinen Gefühlen zu trauen. Die Reaktionen des Umfeldes erschienen ihm rätselhaft, willkürlich und unberechenbar. Das Kind fühlte sich extrem hilflos und reagierte mit Angst. Das ist auch die Grundsituation, in der sich der erwachsene Patient befindet. Die Angst mündet in Impulsivität oder aber in einem Verhalten, welches die anderen kontrolliert, um wieder Sicherheit herzustellen.

Wer diese grundlegende Verhaltensstörung versteht, wird auch verstehen, dass für einen Borderliner oft ganz banale Probleme zu überfordernden Katastrophen werden.

Das aktuelle (problematische) Verhalten muss in seiner Sinnhaftigkeit verstanden und dem Patienten vermittelt werden. Die geforderte Haltung des Therapeuten ist also Wärme, Verständnis, Stabilität und Klarheit.

Therapieziel ist der Erwerb der Fähigkeit, **dialektisch zu denken**, d.h. der Patient muss lernen, dass die Welt nicht einfach nur schwarz und weiß ist, sondern daß es viele „Wahrheiten“ gibt. Dies geschieht sowohl in der **Einzeltherapie** wie auch in den sogenannten **Skills-Groups** (Trainingsgruppen).

Da der Patient kaum in der Lage ist, Hilfe anzunehmen, kommt es häufig zu Abbrüchen. Die Schwierigkeit für Therapeuten besteht darin, den feinen Unterschied zwischen Verstehen und Einverständnis durchzuhalten und sofort präzise Rückmeldungen über das Verhalten des Patienten zu geben.

In der Therapie geht es vor allem darum zu klären, welche Funktion das momentane (problematische) Verhalten hat, und davon ausgehend Veränderungen der Wahrnehmung zu erreichen und sozial angemessenere Verhaltensweisen zu vermitteln und einzuüben.

Psychiatrie und Krisenintervention

Meist ist der Patient nur über jene Symptome für eine Therapie zu gewinnen, die er als ich-dyston¹⁸ empfindet (wie z.B. Depression, Suchtmittelmissbrauch, Somatisierungen, Angst etc.). Vor allem bei narzisstischen, Borderline- und histrionischen Persönlichkeitsstörungen ist das Zusammenarbeiten von stationären und ambulanten Therapeuten gefordert. Dem Patienten muss klar sein, dass eine zwischenzeitliche stationäre Behandlung keine Niederlage ist. Die Spaltungstendenzen des Patienten führen oft auch zu einer Spaltung des Personals im stationären Bereich oder zwischen den Helfern „drinnen“ und „draußen“. Die Folge davon ist oft gegenseitige Abwertung, was für eine gedeihliche Zusammenarbeit der Helfer nicht gerade förderlich ist. Der Schwerpunkt der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ist die ambulante Therapie. Die stationäre Behandlung kann Initiator der Behandlung, aber auch Hafen für Krisen sein.

Bei Persönlichkeitsstörungen fällt ein hoher Grad von Comorbidität¹⁹ auf: Dabei geht es nicht nur um **klinische Syndrome** wie Depression, Angst, Zwang, Sucht, Somatisierung und Störungen des Essverhaltens, sondern auch um die Kombination mehrerer Persönlichkeitsstörungen (auch Cluster-übergreifend).

Krisenintervention in spezifischen belastenden Lebenssituationen ist ebenso wichtig wie langfristige Therapien (psycho- und sozialtherapeutisch); sie werden ergänzt durch Pharmakotherapie entsprechend der Symptomatik.

Stationäre Aufnahmen bei Persönlichkeitsstörungen sind indiziert:

- zur Überprüfung der Diagnose und des Therapieziels,
- bei Suizidideen und Suizidversuchen,
- wenn selbstschädigende Handlungen außer Kontrolle geraten,
- bei ausgeprägtem depressivem Syndrom,
- bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenentzug,
- bei Vorliegen einer manifesten Psychose,
- bei schwerwiegenden Lebensereignissen,
- bei vorliegender Fremdgefährdung.

Kontraindikationen zur Aufnahme:

- Behandlungen, die bisher nichts gebracht haben, werden auch weiterhin nichts bringen,
- Wunsch der Angehörigen, eine Änderung der Person zu erreichen,
- Versuch, einen Patienten zu behandeln, der sich dem Therapiekonzept nicht fügt,
- Versuch des Patienten, sich den Folgen einer Straftat zu entziehen, Obdach zu finden o.ä.,
- Wunsch des Patienten, wieder einmal eine neue Therapieform oder einen neuen Therapeuten zu finden.

¹⁸ Erscheinung, die vom Betroffenen als fremd und unerwünscht empfunden wird

¹⁹ gleichzeitiges Vorhandensein an sich verschiedener Krankheitszustände

Pharmakotherapie ist angebracht bei:

- suizidalem Verhalten,
- affektiven Störungen: Stimmungsschwankungen und depressive Verstimmungen,
- Angstzuständen, vor allem Panikattacken,
- kognitiven Verzerrungen und Beeinträchtigungen (v.a. bei paranoiden Störungen),
- Störungen der Impulskontrolle (allerdings nur als längerfristige Prophylaxe).

Pharmakologische Behandlungen sind nur sehr begrenzt wirksam.

Noch gibt es kaum **Evaluationsstudien** über den Verlauf der Störung bei diversen Behandlungsmethoden. Man weiß allerdings, dass sich die Störung im Alter gewöhnlich abschwächt.

Prognostisch ungünstige Faktoren:

- unbehandelter Alkoholismus,
- antisoziale Persönlichkeit,
- Inzest,
- schizotype Persönlichkeit,
- Eifersucht, Rachsucht, Streitsucht, Geiz.

Prognostisch günstige Faktoren:

- hohe Intelligenz,
- künstlerisches Talent,
- hoher Grad von Selbstdisziplin,
- bei Frauen: außergewöhnliche Attraktivität,
- Höflichkeit, Bescheidenheit, Courage, Überlegtheit, Mitgefühl, Ausdauer, Gewissenhaftigkeit, Integrität.

Gibt es Heilung?

Diese Frage kann nicht eindeutig beantwortet werden, weil sie von vielen Faktoren abhängig ist. So soll zum Ende dieser Ausführungen nochmals die Autorin Thekla Weihs²⁰ zu Wort kommen, die aus eigener Erfahrung folgenden Standpunkt einnimmt:

„Ich denke, die Frage, was einen „gesunden“ Menschen nun wirklich ausmacht, könnte so viele individuelle Antworten liefern, als es Menschen gibt, die sich eingehender mit der menschlichen Psyche befassen, sei es nun beruflich oder aus eigenem, persönlichen Interesse. Daher halte ich es für ein ebenso schwieriges Unterfangen von der „Heilung“ eines Borderline-Patienten zu sprechen, wie von der eines Neurotikers. Nach Kernberg / Masterson sind realistisch erreichbare Ziele bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeiten die Erlangung eines stabilen Ichgefühls, generell einer stabileren Wahrnehmung der Realität und anderer Menschen sowie einer besseren Beziehungsfähigkeit, bedingt durch eine Nachreifung des Ich und der vom Ich verwendeten Abwehrmechanismen. Der Patient mag also nicht mehr den Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeit genügen, wenngleich Reste eingefleischter, charakterologischer Muster wohl weiterhin vorhanden sein mögen. Die Chance eines Borderline-Patienten, einen solchen Grad an Gesundheit zu erreichen, hängt von mehreren Faktoren ab: von seinen eigenen Ressourcen, dem Schweregrad seiner Krankheit und damit von seiner Therapiefähigkeit, besonders was den aufdeckenden, an die Wurzeln der Störung zurückgehenden Teil der Therapie betrifft, und ferner von seiner Bereitschaft, sich einzulassen, von seinem Mut und seiner Durchhaltefähigkeit.

Ebenso wie von der Persönlichkeit des Patienten hängt die Erreichung des Therapieziels von der des Therapeuten ab, von seinen Fähigkeiten, seiner Empathie und seiner persönlichen Reife; und nicht zuletzt müssen diese beiden Persönlichkeiten zusammenpassen, muss die therapeutische Beziehung die korrigierende emotionale Erfahrung darstellen, die eine Entwicklung und Nachreifung des Ich der Borderline-Persönlichkeit erlaubt.“

²⁰ a.a.O. S. 138.

Wie geht es den Angehörigen?

Das Gefühlschaos von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung überträgt sich auch auf ihr Gegenüber. Die Angehörigen werden sich bald selbst in einem ständigen Wechselbad von Hilflosigkeit, Hass und Wut erleben. Die Betroffenen sind damit vorübergehend entlastet, haben sie doch ihre Beziehungskonflikte nach draußen verlagert und dadurch, wie sie meinen, kontrollierbar, manipulierbar und beherrschbar gemacht.

So wie sich die Betroffenen ständig missverstanden fühlen, so wird es auch den Angehörigen gehen. Sie meinen etwas Freundliches zu sagen und erreichen damit oft nur einen massiven Wutausbruch oder zumindest eine gereizte Reaktion. Sie verstehen ein nettes Wort als Versuch einer Annäherung, und werden doch sofort wieder rüde zurückgestoßen, wenn sie empathisch darauf eingehen. Die **Angehörigen scheinen nie etwas richtig zu machen**. Sie werden angegriffen und abgewehrt, aber im nächsten Moment wieder gebraucht. **Die Welt der Widersprüche, in denen sich die Betroffenen erleben, wird so bald auch die Welt der Angehörigen**. Es ist eine Welt nie enden wollender Konflikte und Missverständnisse, Kränkungen, Widersprüchlichkeiten und Sorgen. Es ist eine chaotische Welt. Die Patienten leben gleichsam auf Kosten der anderen, sie braucht deren Energie, um selbst überleben zu können.

Für Angehörige ist das Mit-ansehen-Müssen der nicht gelingenden Lebensgestaltung der Patienten und des damit verbundenen Leidens meist ebenso unerträglich wie für die Betroffenen selbst. Auch sie wünschen sehnlichst, dass alles wieder gut wird.

Angehörige sind darum besonders gefährdet, in typische Helfer-Fallen zu geraten. Die Leidenden signalisieren Verzweiflung, Resignation und Ohnmacht und das oft verbunden mit aggressiven Affektdurchbrüchen und Selbstschädigungen bis Suizid-Ankündigungen. Diese Gefühle sind „ansteckend“. Angehörige erlauben sich jedoch meist nicht ihre Gefühle auszuleben oder in Passivität zu versinken. Sie übernehmen die volle Verantwortung für die Betroffenen. Verzweifelt und ruhelos suchen sie nach Heilungsmöglichkeiten für sie. Das oft bis zur eigenen totalen Erschöpfung und ohne sich selbst Lebensqualität zu vergönnen. Denn *„So lange es meinem Kranken so schlecht geht, kann ich es mir nicht gut gehen lassen“* oder *„Es kann mir erst dann gut gehen, wenn es meinem Kranken gut geht.“* Und schon hat die Falle zugeschlagen. Nun stehen die Angehörigen unter extremen Druck. Wenn es ihnen nicht gelingt, etwas zu finden, was Besserung bringt, dann ist es ihre Schuld.

Eltern fühlen sich ohnedies schuldig, wenn es ihren Kindern psychisch schlecht geht. Sie quälen sich damit, was sie beim Aufziehen der Kinder falsch gemacht haben, was den Kindern geschadet haben könnte. Es gibt wohl keine Eltern, die da nichts finden können. Und sie möchten das wieder gut machen. Dafür sind sie zu jedem Einsatz bereit.

Schuldgefühle sind zentrales Thema auch für Partner von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Es gibt keine Beziehung ohne Defizite. Immer lassen sich mögliche Verfehlungen und Versäumnisse feststellen. Wenn die gesunden Partner die volle Verantwortung für die Beziehungsgestaltung übernehmen, dann liegt es an ihnen, wenn sich das partnerschaftliche Glück nicht einstellt.

Erwachsene Kinder von psychisch Kranken wurden oft schon seit ihrer frühen Kindheit für die Befindlichkeit des kranken Elternteiles mitverantwortlich gemacht. *„Wenn Du nicht brav bist, geht es der Mama wieder schlecht. Dann muss sie wieder ins Krankenhaus.“* Das heißt für das Kind: *„Wenn ich nicht brav bin, bin ich schuld wenn es Mama oder Papa schlecht geht.“* Als Erwachsene tragen sie weiter die Last der Verantwortung für die psychisch kranke Mutter, für den psychisch kranken Vater.

Die Übernahme der vollen Verantwortung für das Lebensglück des geliebten, psychisch belasteten Menschen ist eine Beziehungs-Falle, die vielen Angehörigen zum Verhängnis wird. Der gewaltige Druck, unter dem sie stehen und der nach Entlastung drängt, wird an die Betroffenen weitergegeben. Sie sind es ja, die die Behandlungs-Vorschläge annehmen und umsetzen sollen. Sie sind es ja, die gesund werden sollen, die wieder leistungsfähig werden sollen, die wieder Freude am Leben finden sollen, die wieder eine Tochter, ein Sohn, eine Partnerin, ein Partner, eine Mutter, ein Vater, werden sollen, mit denen geglückte Beziehung möglich wird. Sie sind es auch,

die die Liebe und den Einsatz der Angehörigen für sie zu schätzen wissen sollten. *„Eines Tages werden sie erkennen, dass alles nur zu ihrem Besten war und dankbar dafür sein.“*

Die Bereitschaft der Angehörigen sich mitschuldig an der leidvollen Befindlichkeit der Erkrankten zu fühlen und deren Übernahme der Verantwortung für sie einen Weg zur Genesung zu finden, verführt die Betroffenen dazu, ihre Verantwortlichkeit für ihr Leben an die Angehörigen abzugeben. Sie fühlen sich ohnedies als Versager oder versuchen durch Flucht in die Grandiosität der Realität zu entfliehen. Und sie bedürfen dringend der psychischen Entlastung. Es ist entlastend, die Schuld für die eigene Befindlichkeit, für die eigene unbefriedigende Lebenssituation den Angehörigen anzulasten, denn dann ist es ihre Pflicht Lösungen zu finden. Wenn diese nicht angenommen werden, dann müssen sie nach weiteren suchen.

Die Angehörigen fühlen sich selbst diskriminiert. Sie wagen es kaum jemandem von der Erkrankung ihres Sohnes, ihrer Tochter, ihres Partners zu erzählen. Sie schämen sich, sie haben Angst vor unverständigen kränkenden Bemerkungen. Sie fühlen sich minderwertiger als jene, die gesunde Kinder, einen gesunden Partner, gesunde Eltern haben. Dadurch geraten auch die Angehörigen in soziale Isolation.

Die Tatsache, dass Angehörige „nahe“ Menschen sind, bedeutet, dass auch sie starke Gefühle in Bezug auf die Betroffenen haben. Und über diese Gefühle sind sie für Manipulationen überaus erreichbar. Wer beispielsweise Schuldgefühle hat, wird sich kaum distanzieren können, wenn er gerade wieder als „Täter“ angeklagt wird. Durch die „Inszenierungen“ der Betroffenen bekommen die Angehörigen „Rollen“ zugewiesen. Wenn sie nicht acht geben, tanzen sie gleich Marionetten nach der Regie der Betroffenen, was diesen dazu dient Kontrolle auszuüben, eben die Fäden in der Hand zu haben. Die Folge davon ist, dass sich die Angehörigen bald nicht mehr als eigene Menschen fühlen, dass auch sie Gefahr laufen, ihre Identität zu verlieren.

Angehörige müssen bereit sein, sich aus der emotionalen Verwobenheit mit dem psychisch Kranken zu lösen. Das bedeutet vorerst auf die eigenen Gefühle zu achten, die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen, die eigene Würde zu bewahren, für sich selber gut zu sorgen, denn wie sollen es die Betroffenen können, wenn es ihnen die Angehörigen nicht vorleben. Und es bedeutet Authentizität zurückzugewinnen, um wieder strukturiert mit den Betroffenen kommunizieren zu können.

Jeder Mensch kann in Lebenssituationen kommen, in denen er Unterstützung braucht. Unterstützung kann aber niemals Übernahme der Probleme des anderen bedeuten.

Heilsame Unterstützung ist immer Hilfe zur Selbsthilfe. Alles andere ist Entmündigung und damit selbstwertschädigend.

Das gilt auch für die Unterstützung, die Angehörige anbieten können. Psychisch verunsicherte Menschen brauchen Menschen, die ihnen Stütze und Halt bieten, die ihre Emotionen aushalten ohne sich hineinziehen zu lassen. Das ist nur möglich, wenn Angehörige sich abgrenzen können. Das ist nur möglich, wenn Angehörige sich von dem Anspruch lösen, den Leidenden retten zu müssen. Das gilt selbst für Suiziddrohungen.

Angehörige dürfen sich nicht in die Rolle des Retters oder Verderbers drängen lassen, denn sonst sind sie manipulierbar und erpressbar.

Wenn wir am Ufer eines reißenden Flusses stehen, werden wir uns wahrscheinlich in Sicherheit bringen. Wir werden entweder versuchen die Uferböschung zu sichern, also Grenzverletzungen vorzubeugen, oder aber wir werden das Weite suchen. Wenn wir hingegen stehen bleiben und zuwarten, dann wird uns der Fluss letztlich mit sich reißen.

Im Chaos zu leben bedeutet, die eigenen Grenzen wie auch die der anderen nicht zu kennen. Im Ausweg aus diesem Chaos liegt auch die Möglichkeit der Angehörigen zu helfen. Die richtige Haltung gegenüber Menschen, die zu Grenzverletzungen neigen, wird also aus einer inneren Einstellung kommen, die den nötigen Respektabstand signalisiert, aus dem heraus Begegnung erst wieder möglich wird. Nur wer sich diesen Respektabstand wirklich zubilligt, wird ihn ohne viele Worte auch zum wirksamen Ausdruck bringen. Schuldgefühle, Opferhaltung oder ein Retten-Wollen werden ihn jedoch erfolgreich verhindern. Ohne diesen Respektabstand, der jedem Menschen zusteht, sind die nötige Klarheit und Orientierung, die persönlichkeitsgestörte Menschen so dringend brauchen, nicht möglich.

Die Betroffenen leben mit einer falschen Identität, mit einem ständigen Wechsel von Masken, die ihnen einerseits Schutz bieten, andererseits Anerkennung bringen sollen. In ihrer Angst durchschaut zu werden müssen sie in Angriff oder Verteidigung ausweichen, und der Konflikt ist wieder am Kochen. So wie die Angehörigen die ständigen "Übergriffe" der Patienten fürchten, genauso fürchten die Patienten die "Angriffe" der Angehörigen, und dazu gehört auch jede noch so leise Kritik, hinter der ja immer auch ein Quentchen Abwertung verborgen ist.

Die Authentizität der Angehörigen kann diese Atmosphäre des Angreifen-Müssens und Angegriffen-Werdens maßgeblich entschärfen. Je authentischer die Angehörigen den Betroffenen begegnen, umso besser werden sie ihnen helfen können. Dazu aber sollte in den Angehörigen nach und nach eine klare Einstellung zu folgenden Fragen entstehen:

Was bin ich bereit hinzunehmen? (dann aber auch ohne Klagen und Opferhaltung);

Was lasse ich keinesfalls mehr zu, weil es mich verletzt und entwürdigt oder weil es mich zu Reaktionen hinreißt, die ich selber nicht will?

Erst wenn sich Angehörige diese Fragen klar beantworten können, wird nach und nach eine innere Haltung wachsen, die sie dann auch nach außen signalisieren. Eine klare innere Einstellung wird von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sehr bald gespürt, da sie ja auf Grund ihrer immensen Lebensangst stark sensibilisiert sind.

Eine solche Haltung wird dann über kurz oder lang als erleichternde Orientierungshilfe angenommen, die da heißt:

"Wo der andere anfängt, dort höre ich auf."

Die Betroffenen können daraus auch für sich selber lernen:

"Wo ich anfangen, hört der andere auf."

Damit ist etwas ganz Entscheidendes gewonnen, nämlich die Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt, also zwischen Mir und Dir.

Was Menschen, die über keine gesicherte Identität verfügen, vor allem brauchen ist Klarheit und Orientierung. Angehörige können den Betroffenen helfen, diese Klarheit und Orientierung zu finden, wenn sie ihre eigenen Grenzen signalisieren - Grenzen nicht im Sinne eines **Ausgrenzens**, sondern eines sich selber **Abgrenzens**. **Grenzen zu setzen bedeutet, nicht mehr manipulierbar zu sein, sich nicht tyrannisieren zu lassen, gelassen aber entschieden nein sagen zu können, ohne den anderen emotional abzuwerten und zurückzustoßen.** **Es geht also um ein grenzziehendes Nein, verbunden mit dem Ausdruck der Wertschätzung.**

Eine solche Haltung setzt voraus, dass auch die Angehörigen etwas für ihre **Selbstachtung** tun. Es gilt: **Sich selber treu bleiben.** Erst diese Selbstachtung ermöglicht ihnen die Einstellung: *"Wo ich anfangen, hörst du auf."*

Es geht um den absolut notwendigen **„Grenzschutz“**, denn Grenzen setzen heißt: *"Ich bringe mich in Sicherheit, wenn du mich angreifst. Ich passe auf mich auf, ich schütze mich. Eben das solltest du auch tun, denn du bist es wert."*

Grenzen, die gleichermaßen konsequent wie liebevoll gesetzt werden, können eine wertvolle Orientierungshilfe für die Betroffenen sein, lernen sie doch durch die Grenzen des anderen ihre eigenen kennen.

Es gibt Leiden, das man nicht wegmachen kann, das man nur mitfühlend gemeinsam aushalten kann. Und das ist heilsam. Denn Retten-Wollen macht Druck, und Druck halten psychisch Belastete nicht aus. Psychisch verunsicherte Menschen brauchen Menschen, die an sie glauben, an ihren Wert, an ihre Fähigkeiten, an ihre einzigartige Individualität. Vor allem aber brauchen sie Menschen, die sich an ihnen freuen. Das ist heilsam, das ist wirksame Unterstützung. Für jemanden Freude sein macht glücklich, da kann der eigene Wert erfahren werden.

Angehörige sind nicht verantwortlich für das Lebensglück der Betroffenen, sondern nur die Betroffenen selbst. Dies gilt auch für die psychische Befindlichkeit. Und dies gilt auch für die Behandlungsbereitschaft und die Annahme von Hilfsangeboten. Es gehört zu den

Grundrechten erwachsener Menschen, Verantwortung für ihr Leben selbst zu tragen. Es gehört zur Wahrung der Würde jedes Menschen.

Angehörige, die gut informiert sind und die bereit sind, an ihrer inneren Einstellung und ihrem Verhalten gegenüber den Betroffenen zu arbeiten, leisten einen wesentlichen Anteil zum Heilungsprozess. Angehörige sollten sich nicht scheuen, dafür auch professionelle Hilfe und Begleitung in Anspruch zu nehmen.

Angehörigen-Fallen:

- keine Abgrenzung,
- retten wollen,
- Schuldgefühle,
- wieder gut machen wollen,
- Opferhaltung,
- Entwürdigungen zulassen,
- Eigenleben aufgeben,
- dem Betroffenen die Verantwortung für sein Leben abnehmen.

SET-Kommunikation nach J. Kreismann²¹

S - Support (Unterstützung)

E - Empathie (Einfühlungsvermögen)

T - Truth (Wahrhaftigkeit)

Was damit gemeint ist, soll an einem konkreten Beispiel demonstriert werden:

Der Patient sagt:

*„Ich fühle mich schlecht.
Ich will nicht mehr leben.
Lass mich allein.“*

Das sind gleich drei „Botschaften“, die da in einer verpackt sind. Wie immer der Angehörige nun darauf reagieren mag, er wird es dem Patienten kaum recht machen können.

Einerseits ist die Botschaft ein **Hilfsappell** im Sinne von „*Schau doch her, siehst du denn nicht, wie schlecht es mir geht? Hilf mir doch!*“

Andererseits ist sie eine rüde **Zurückweisung** im Sinne von „*Bleib mir vom Leib, mische dich nicht in meine Entscheidungen ein!*“

Lassen Sie uns auf jede einzelne der Botschaften eingehen und überlegen, wie sie vom „Sender“ gemeint sein könnte, und was sie beim „Empfänger“ auslöst:

„Ich fühle mich schlecht.“

Der Patient sagt damit: „*Hilf mir, ich schaffe es nicht alleine. Rette mich, sei bei mir, komm mir bitte ganz nahe!*“

Der Angehörige fühlt sich vielleicht **schuldig**: „*Ich habe nicht alles mir mögliche getan, damit sich der Patient wohlfühlt.*“

²¹ Kreismann, Ich hasse dich - verlaß` mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. Kösel Vlg München 1992.

Oder der Angehörige reagiert **wütend**, denn es gibt keinen ersichtlichen Grund für das dieses Schlechtfühlen. Außerdem hat er ohnehin schon alles getan und angeboten, was dem Patienten helfen könnte. Was will er also noch?

Sicher aber fühlt sich der Angehörige **hilflos**, denn er hat schon alles versucht, die Situation des Patienten zu verbessern, was ihm aber nicht gelungen ist.

Der Angehörige fühlt sich aber auch **manipuliert**, denn er versteht Botschaft als Hilfsappell, und kann den Patienten nun unter keinen Umständen mehr verlassen.

„Ich will nicht mehr leben.“

Der Patient sagt damit: „Du hast es nicht geschafft, mich glücklich zu machen. Du hast mich im Stich gelassen. Du hast dich zu weit von mir entfernt, also trage nun auch die Konsequenzen.“ Er sagt aber auch gleichzeitig: „Ich bin ein Versager, es hat keinen Sinn mehr, es nochmals zu versuchen. Ich resigniere.“

Der Angehörige reagiert **alarmiert** und tief **besorgt**. Er fühlt sich unter Druck gesetzt und **erpresst**. Der Angehörige selbst fühlt sich als **Versager**, er fühlt sich ohnmächtig. Der Patient aber ist vorübergehend entlastet, denn nun ist der Angehörige, der dieses **Lebensgrundgefühl der Ohnmacht** anstelle des Patienten trägt.

„Lass mich allein.“

Der Patient könnte damit meinen:

„Ich will dir nicht zur Last fallen. Ich opfere mich für dein Wohlbefinden. Ich bin ein Versager und es daher nicht wert, weiterzuleben.“ oder: „Bleib mir vom Leib. Respektiere meine autonome und eigenständige Entscheidung. Misch dich nicht ein. Konntest du mir früher nicht helfen, kannst du es jetzt schon gar nicht mehr.“

Der Angehörige fühlt sich grob **zurückgestoßen**. Starke und widersprüchliche Emotionen wie Wut, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Schuldgefühle, Ohnmacht sind die Reaktion des Angehörigen auf die widersprüchlichen Botschaften des Patienten. Und genau das sind auch die starken und widersprüchlichen Emotionen des Patienten selbst, der diese Botschaft aussendet.

Ignorieren Sie nicht diese Gefühle, die in Ihnen aufsteigen. Es ist die unbewusste Absicht des Senders, dass Sie genauso empfinden sollen!

Nehmen Sie diese Gefühle wahr, aber reagieren Sie nicht aus diesen Gefühlen heraus, sonst dreht sich der Teufelskreis weiter.

Die SET-Kommunikation kann diesen Teufelskreis unterbrechen:

S - Support (Unterstützung):

Sie stehen zu ihren Gefühlen, bringen sie aber so zum Ausdruck, dass der Patient sie annehmen kann:

Z.B. „Ich Sorge mich um dich. Es macht mich traurig, dich so leiden zu sehen.“

E - Empathy (Mitgefühl):

Sie zeigen dem Patienten, daß Sie seine Gefühle verstanden haben, dass Sie zugehört haben.

Z.B. „Der Druck, der auf dir lastet, ist enorm. Ich kann gut verstehen, dass dir die Geduld ausgeht.“

T - Truth (Wahrhaftigkeit):

Mitgefühl allein kann jetzt nicht mehr „retten“. Jetzt geht es darum, eine klare Lösung zu finden. Diese Lösung könnte heißen: „Du weißt dir keinen Rat, ich weiß mir keinen Rat. Holen wir uns doch gemeinsam professionelle Hilfe.“

Literatur

...empfehlenswert für Angehörige

- ANDERS Berit, **Ich heiße Berit und habe eine Borderline-Störung. Protokoll einer Selbstfindung.** Walter Verlag 1999
- ASPER Kathrin, **Verlassenheit und Selbstentfremdung. Neue Zugänge zum therapeutischen Verständnis.** dtv 1994
- GNEIST Joachim, **Wenn Hass und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom.** Piper 2004
- KNUF Andreas, **Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline.** Balance Verlag 2003
- KNUF Andreas & TILLY Christiane, **Borderline: Das Selbsthilfebuch.** Balance Verlag 2007
- KREGER Randi & SCHIRLEY James P., **Das Schluss-mit-dem-Eiertanz-Arbeitsbuch.** Balance Verlag 2007
- KREISMAN Jerold J. & STRAUS Hal, **Ich hasse dich – verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit.** Kösel Verlag 1992
- KREISMAN Jerold J. & STRAUS Hal, **Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung.** Kösel 2005
- MASON Paul T. & Randi KREGER, **Schluss mit dem Eiertanz. Ein Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Borderline.** Psychiatrie Verlag 2003
- NIKLEWSKI Günther & RIECKE-NIKLEWSKI Rose, **Leben mit einer Borderline-Störung. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Partner.** Thieme Verlag 2003
- RAHN Ewald, **Borderline. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige.** Psychiatrie Verlag 2002
- RÖSEL Manuela, **Wenn lieben weh tut. Ein Kommunikations-Ratgeber für Partner in der Borderline-Beziehung.** Starks-Sture-Verlag 2006
- SZOMORU Sonja u.a., **borderline brach herz. Hilfe zur Trennungsverarbeitung für Borderline-Partner.** Starks-Sture-Verlag 2005
- WARDETZKI Bärbel, **Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung.** Kösel 1991
- WEIHS Thekla, **Manchmal weiß ich nicht, was ich fühle und wer ich bin. Analyse einer Borderline-Persönlichkeit.** VIP-Verlag 2001

...weiterführend

- GIERNALCZYK Thomas (Hrsg), **Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen.** Dgvt-Verlag 1999
- KERNBERG Otto, **Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus.** Suhrkamp 1983
- KERNBERG, SELZER u.a., **Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten.** Huber 1998
- KERNBERG, DULZ & SYCHSE, **Handbuch der Borderline-Störungen.** Schattauer 2000
- MAHLER Margret, **Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Die Entwicklung des Kindes aus neuer Sicht.** Fischer 1980
- MASTERSON James F., **Psychotherapie bei Borderline-Patienten,** Klett-Cotta 1992
- MASTERSON James F., **Die Sehnsucht nach dem wahren Selbst.** Klett-Cotta 1993
- ROHDE-DACHSER Christa, **Das Borderline-Syndrom.** Verlag Hans Huber 1997
- VOLKAN Vamik D. & AST Gabriele, **Spektrum des Narzißmus.** Vandenhoeck & Ruprecht 1994

Alles über Borderline



Andreas Knuf (Hg.)
Leben auf der Grenze
Erfahrungen mit Borderline

978-3-86739-003-3
 208 Seiten, 13,90 Euro

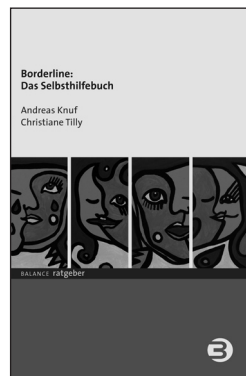
Zwanzig betroffene Menschen berichten, was Borderline-Erleben für sie konkret bedeutet und wie sie mit, trotz oder gerade wegen ihrer psychischen Probleme (über)leben.



Andreas Knuf (Hg.)
Gesundheit ist möglich!
Borderline-Betroffene berichten

978-3-86739-034-7
 250 Seiten, 14,90 Euro

Ein wahres Mutmachbuch, das sich gegen die gängigen Vorurteile wendet, dass Borderline nicht behandelbar und auch nicht heilbar sei!



Andreas Knuf und
 Christiane Tilly
Borderline: Das Selbsthilfebuch

978-3-86739-004-4
 224 Seiten, 14,90 Euro

Das eigene Selbsthilfepotenzial zu entdecken und zu nutzen bedeutet, unabhängiger von der Hilfe anderer zu werden und auch ohne therapeutische Unterstützung besser zurechtzukommen.

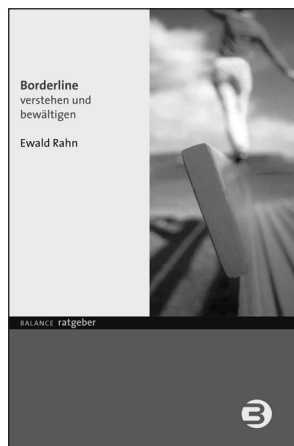


Mason/Kreger
Schluss mit dem Eiertanz
Für Angehörige von Menschen mit Borderline

978-3-86739-005-7,
 384 S., 17,90 Euro

Das Buch unterstützt Angehörige darin, selbst psychisch stabil zu bleiben und dennoch hilfreich zu sein für den Erkrankten.

Das Arbeitsbuch ist eine hervorragende Ergänzung zum Ratgeber.



Ewald Rahn
Borderline verstehen
und bewältigen

978-3-86739-006-4,
 234 Seiten, 14,90 Euro

Rahn setzt auf Entdramatisierung: sein Ratgeber gibt einen differenzierten Überblick über alle Symptome, die zum Krankheitsbild Borderline gehören (können) und bietet lebenspraktische Orientierung.



Mason/Kreger
Schluss mit dem Eiertanz
Für Angehörige von Menschen mit Borderline

978-3-86739-005-7,
 384 S., 17,90 Euro

Das Buch unterstützt Angehörige darin, selbst psychisch stabil zu bleiben und dennoch hilfreich zu sein für den Erkrankten.

Das Arbeitsbuch ist eine hervorragende Ergänzung zum Ratgeber.

»In kleinen, aber wichtigen Schritten wird vermittelt, dass Angehörige mit Verstehen allein nicht weiter kommen. Das Buch zeigt auf, wie wichtig es ist, loszulassen, zu trauern, um sich danach gestärkt wieder seinem eigenen Leben widmen zu können.«
Franca Weibel, Angehörige

Kreger/Shirley
Das Schluss-mit-dem-Eiertanz-Arbeitsbuch
 978-3-86739-005-7, 276 S., 15,90 Euro



Für Sachse stellen sich Persönlichkeitsstörungen im Kern als Beziehungsstörungen dar. In je eigenen Kapiteln werden die unterschiedlichen Persönlichkeitsstile und die ihnen spezifischen Ausprägungen beschrieben und erklärt. Zahlreiche Beispiele illustrieren, wie man Beziehungsfällen und Tests umgehen und Verständnis und Zugang zu diesen Klienten entwickeln kann.

Rainer Sachse
Persönlichkeitsstörungen verstehen
Zum Umgang mit schwierigen Klienten

978-3-88414-408-4
 140 Seiten, 19,90 Euro



Ewald Rahn
Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten

978-3-88414-361-2
 144 Seiten, 14,90 Euro

Rahn gibt Anregungen, wie professionell Tätige dem Borderline-Verhalten therapeutisch angemessen begegnen und hilfreich arbeiten können.