

Belastungsstörung und Borderline

Michaela Huber
www.michaela-huber.com

Borderline - Prävalenz

- BPD nach DSM-IV bzw.
- Emotional instabile Persönlichkeit nach ICD-10 findet man bei
- 1-2 Prozent (maximal 4%) der Bevölkerung.
(Reich et al, 1989; Maier et al, 1992;
Samuels et al, 1994)

Borderline-Kriterien

- Tiefgreifendes Muster von Instabilität der
- Affektregulation und Impulskontrolle
- Selbstwertregulation
- Selbstwahrnehmung und
- Wahrnehmung und Realisierung zwischenmenschlicher Beziehungen

Borderline – Komorbidität (1)

Häufig sind:

- Depressionen
- Angststörungen
- Süchte

(Zimmermann & Mattia, 1999;
Brady et al, 2000)

Borderline – Komorbidität (2)

- Zwischen der Hälfte (Driessen et al, 2000)
- Über „die Mehrheit“ (Driessen et al, 2002) bis
- So gut alle (Sachsse, 1995)

BorderlinerInnen haben schwere Kindheitstraumata erlebt und eine chronifizierte PTBS entwickelt.

Typ II-Traumaerfahrung bei BPD

- Vernachlässigung und/oder
- Körperliche Misshandlung und/oder
- sexuelle Gewalt in der Kindheit und/oder Jugend (bei ca. einem Drittel fortgesetzt bis heute!) werden bei bis zu 90% gefunden.
(Herrman et al, 1989; Marziali, 1992; Ogata et al, 1990; Shearer et al, 1990; Silk et al, 1995; Terr, 1991; Zweig-Frank & Paris, 1991...)

Chronischer Verlauf, frühe Auffälligkeit

- BPD-Beginn wird ab Pubertät datiert
- Aber bereits früher Auffälligkeiten.
- Sie kommen früher als andere in Behandlung (nach SVV bzw. Suizidversuchen).
- 75-90% weiblich (Männer eher dissozial).
- Lebenslang erhebliche Kosten (Jerschke et al, 1998)

Eine tödliche Gefahr...

- Überdurchschnittlich hohe Suizidrate von mindestens neun Prozent
(Langzeitstudie der Menninger-Klinik: Stone, 1987)
... aber günstige Langzeitprognose!
- Über ein bis zwei Jahrzehnte betrachtet, verbessert sich die Symptomatik deutlich, besonders unter Behandlung.
(McGlashan, 1986; Rothenhausler & Kapfhammer 1999; Stone, 1993)
- Diese Fortschritte sind unabhängig von ggf. komorbiden Persönlichkeitsstörungen.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS)

- Störungen v. Affekten und Impulsen
- Dissoziative Störungen
- Störungen der Selbstwahrnehmung (Stigmatisierung, Schuld, Scham, unzureichende Selbstfürsorge)
- Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen
- Somatisierungsstörungen
- Veränderung von Lebenseinstellungen

Angeboren und/oder familiär-sozial „vererbt“

- Bei BPD u.a. Persönlichkeitsstörungen liegt eine genetische Vulnerabilität für basale Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität vor. (Torgensen, 2000)
- In Familien können depressive und/oder Angststörungen ein Risikofaktor für PTSD sein. (Davidson et al, 1989; 1998; Hidalgo & Davidson, 2000).

Vielleicht ist die Störung eine Anpassungsleistung an unerträgliche familiäre Bedingungen?

Kinder müssen genetisch Bindung aufrecht erhalten, auch wenn sie sich vor der Bindungsperson fürchten.

Desorganisierte Bindung?

- Wenn Kinder sich vor derselben Bindungsperson fürchten, an die sie sich binden müssen, entwickeln sie eine „desorganisierte“ Bindung.
- Sie dissoziieren, so gut sie können (trait) erzwungenermaßen und
- Sie spalten dabei u.a. den Anteil von sich ab, der das Bösertige im Elternteil entdecken könnte (Freyd, 1996).
- Ein Teil identifiziert sich mit dem Aggressor und wird ebenfalls nicht integriert, sondern dissoziiert.

Dissoziative Spaltung entlang der Aktionssysteme

- Obwohl die Möglichkeit der Aufspaltung in Persönlichkeitsanteile im Prinzip unendlich ist (Braude 1995), sind manche Spaltungen wahrscheinlicher als andere.
- Entscheidend sind hier evolutionsbiologisch vorgegebene funktionale Systeme (Panksepp, 1998) oder **Aktionssysteme** (Nijenhuis et al, 2000), die angeboren sind, sich selbst organisieren und stabilisieren und klassisch konditionierbar sind.
- Sie werden von Erfahrung und Handlung geformt und enthalten Tendenzen zu bestimmten Gefühlen, Handlungen und eine selektive Aufmerksamkeit für relevante Hinweise.

Alltags-Aktionssysteme

- Eine Reihe von Aktionssystemen sind spezialisiert auf Alltagsaktivitäten und auf das Überleben, sie können mit ihrer Kraft haushalten, sich sozial verhalten, sich binden, sich fortpflanzen, sich fürsorglich um andere (Kinder) kümmern, lernend explorieren und spielend neugierig sein.

Verteidigungs- Aktionssysteme

- Andere Aktionssysteme und Subsysteme dienen vor allem der Verteidigung des einzelnen angesichts von Bedrohung.
- Bedrohung und tatsächliche Trennung von den Pflegepersonen aktivieren das Paniksystem und löst „Hilfeschreie“ aus und die Suche nach der Pflegeperson.
- Bedrohung durch Täter ruft defensive Subsysteme auf den Plan, das heißt höchste Aufmerksamkeit (Hypervigilanz), Flucht, Freeze/Schmerzunempfindlichkeit, Kampf und totale Unterwerfung/Anästhesie.
- Erholung ist ein Subsystem, das eng mit dem Verteidigungssystem verbunden ist. Hier kommt es zur Rückkehr der Schmerz Wahrnehmung, Wundversorgung, Isolation von der Gruppe und zum Ausruhen.

ANP und EP sind anders als die vor-traumatische Persönlichkeit

- Sowohl die ANP als auch die EP sind von der Persönlichkeit vor der Traumatisierung verschieden.
- EPs bleiben in ihren Handlungsimpulsen fixiert (Verteidigung, Erholung, Bindungsverhalten) und fokussieren nur wenige Reize (Bedrohung, Erholung, Bedürfnisse der Pflegeperson), auf die sie so reagieren, als erlebten sie das Trauma wieder.

ANP ist nicht Alltagsperson, sondern viel „flacher“

- Die ANP hat eine Phobie vor traumatischen Erinnerungen und vor den EP(s), die solche Erinnerungen mit sich bringen.
- Manchmal entwickelt sich diese Phobie rasch, manchmal wird sie mit der Zeit gelernt.
- Dies führt zu mehr oder weniger intensiven Amnesien für das Trauma, zu Gleichgültigkeit (detachment) und Betäubungsgefühl (numbing).
- Es ist eine unter chronischer Bedrohung notwendige Anpassungsleistung, um im Alltag funktionieren zu können.

Was wissen wir über chronische innerfamiliäre Gewalt gegen Mädchen und Frauen (zukünftige oder derzeitige Borderlinerinnen bzw. Komplextraumatisierte)?

Ergebnisse der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“

- Erste repräsentative Studie zur
- Betroffenheit von Frauen durch
- Geschlechtsbezogene Gewalt
- Neue Daten: 2004 veröffentlicht
- Über 10.000 Frauen befragt
- 60-90 minütige Interviews + Fragebogen

Ergebnisse der „Frauenstudie“ (1)

- 37% haben körperliche Gewalt ab dem 16. Lebensjahr erlebt
- 13% haben strafrechtlich relevante sexualisierte Gewalt erlebt, ab 16.Lj.
- 40 % haben körperliche oder sexualisierte Gewalt oder beides erlebt, nach dem 16. Lj.
- Plus > 10% sexuelles Kindheitstrauma

Ergebnisse der „Frauenstudie“ (2)

- 58 % haben unterschiedliche Formen von sexueller Belästigung erlebt.
- 42 % berichten von psychischer Gewalt (v. Einschüchterung bis Psychoterror/Stalking).
- 25 % erlebten oder erleben derzeit körperliche und/oder sexuelle Gewalt in der Partnerschaft.

Ergebnisse der „Frauenstudie“ (3)

- Frauen, die in Kindheit und Jugend bereits körperliche **oder** sexuelle Gewalt erlebt haben, sind **3x** so häufig von Gewalt in Partnerschaften betroffen.
- Frauen, die **sexuelle** Gewalt in der Familie erlebt hatten, werden **4x** so häufig Opfer sexueller Gewalt nach dem 16. Lebensjahr.

Täter körperliche Gewalt gegen Frauen

- **50,2% (Ex-)PartnerInnen**
- **30,1% Familienmitglieder**
- **11,8% Freunde, Bekannte, Nachbarn**
- **15,8% MitschülerInnen, KollegInnen**
- **10,8% flüchtige Bekannte**

Täter sexuelle Gewalt

- **49,3% (Ex-)PartnerInnen**
- **22,3% flüchtige Bekannte**
- **19,8% Freunde, Bekannte, Nachbarn**
- **11,8% Mitschüler, Kollege**
- **10,1% Familienmitglieder**
- **14,5% jemand Unbekanntes**

Tatort Wohnung

- **71% der betroffenen Frauen wurden in der eigenen Wohnung Opfer körperlicher Gewalt.**
- **69% erlebten die sexuelle Gewalt zu Hause.**
- **Nur 20% nannten öffentliche Orte (Parks, Tiefgarage...) als „Angst-Orte“.**

Täter männlich

- 99% der sexuellen Gewalt wurde von Männern ausgeübt.
- 97% der sexuellen Belästigung.
- 71% der körperlichen Gewalt.
- 47% der psychischen Gewalt.
- Fazit der Autorinnen: „Gewalt gegen Frauen ist überwiegend häusliche Gewalt durch männliche Beziehungspartner.“

Psychische Folgen der Gewalt

- Schlafstörungen, vermehrte Ängste, vermindertes Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit, Depressionen, Selbstmordgedanken, Ess-Störungen und Selbstverletzung nannten
- zwischen **56 bis über 80%** der betroffenen Frauen (im Schnitt **3-4** unterschiedliche Symptome genannt).

Nur wenige suchen außerfamiliäre Hilfe auf

- Etwa ein Drittel lässt sich medizinisch behandeln.
- Deutlich weniger geht zur Beratungsstelle bzw. Psychotherapie.
- Sind entsprechende Störungen (Komplextrauma, Borderline) also sehr viel häufiger, als wir sie sehen?

Was hält Frauen in Gewaltbeziehungen?

- Gewalterfahrung ist „normal“ – siehe Gewaltstudie.
- Da die meiste Gewalt in Familien und Partnerschaften ausgeübt wird, lernen Kinder die Gewaltstrukturen von den Eltern.
- Misshandlungsfamilien haben eine eigene, dysfunktionale Dynamik.

Beziehungsmuster in dysfunktionalen gewalttätigen Familien

- Despotismus und Ausbeutung
- Bestechung und Erpressung
- Verführung
- Geiselnahme
- Verrat
- Kollusive Verwicklungen
- Opferung
- Intergenerationelle Weitergabe

**Borderline-Störung unterscheidet sich von der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung durch drei Merkmale:
(Boon, 2005)**

- 1. Intensive, kurzlebige Beziehungen mit anfänglicher Idealisierung, gefolgt von Entwertung, wenn Differenz unaushaltbar.**
- 2. Innere Leere und chronische Langeweile.**
- 3. Alleinsein ist unaushaltbar.**

Komplexe dissoziative Störung:

- **Kriterium A:** Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Flashbacks, Alters-Regression, pseudoneurologische u.a. Symptome, Trancen
- **Kriterium B: teilabgespaltene Persönlichkeitszustände** nicht zu s. gehörig erlebtes Sprechen, Fühlen, Verhalten, Fähigkeiten u. Fertigkeiten, Ich-Zustände; Pseudohalluzinationen, Identitätsunsicherheit

Komplexe dissoziative Störung

Kriterium C: Vollabgespaltene Persönlichkeitszustände

- Krasse Diskontinuität im Zeiterleben; Zeit verlieren, „heraus kommen“;
- nicht erinnerbares Verhalten; Finden von Sachen; unterschiedliche Handschriften
- Sich verhalten (extern beobachtet) wie „verschiedene Personen“.

●

● Was lehrt uns das?

- Ein Teil der Komplextraumatisierten hat auch eine Borderline-Störung (zw. 30-60 Prozent).
- Viele haben keine kohärente Persönlichkeit entwickelt, sondern wechseln ihre „Zustände“ (ANPs und EPs).
- Viele haben auch eine schwere dissoziative Störung.