

Der Begriff Borderline ("Grenzlinie")...

... wurde Ende der 30iger Jahre von dem amerikanischen Psychoanalytiker William Louis Stern eingeführt und charakterisierte psychische Beeinträchtigungen, die zwischen Neurose und Psychose schwanken. Die Borderline-Störung bezeichnete also ursprünglich eine bestimmte Gruppe von Störungen an der Grenzlinie (Borderline) zwischen Neurose und Psychose.

Mit der Zeit entwickelte sich allerdings die Erkenntnis, dass diese Störungen in ihrer Gesamtheit als Persönlichkeitsstörung zu sehen sind, womit der Begriff Borderline zwar seine inhaltliche Bedeutung verlor, aber trotzdem beibehalten wurde. Heute wird die Borderline-Störung als eigenständiges Krankheitsbild gesehen, welches sich unter anderen über die Instabilität von Gefühlen und Verhalten definiert.

Nach dem ICD 10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten -WHO) ist die Borderline-Störung eine Unterform der sogenannten "emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen". Die Betroffenen neigen dazu, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren und leiden unter häufigen Stimmungsschwankungen. Ihre Fähigkeit voranzuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu explosivem, manchmal gewalttätigem Verhalten führen. Zudem sind das Selbstbild und die Zielvorstellungen unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen zwischenmenschlichen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen mit Suiziddrohungen/Suizidversuchen oder selbstschädigenden Handlungen führen.

Die Diagnose der Borderline-Störung nach DSM-V ...

... erfordert zunächst, dass die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind: Anhaltende Erlebens- und Verhaltensmuster sollten mehrere Bereiche von Kognition, Affektivität, der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und Impulskontrolle so massiv beeinträchtigen, dass weite Bereiche der persönlichen und sozialen Situation beeinträchtigt sind. Zudem sollten diese Muster in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen führen.

Neben diesen allgemeinen Kriterien, müssen 5 der neun folgenden Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren erfüllt sein (bei jugendlichen Patienten ist dieser Zeitraum kürzer).

Affektivität

1. unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)

Borderline-Persönlichkeiten neigen zu häufigen Zornausbrüchen, die in ihrer Intensität oft nicht oder kaum kontrolliert werden können und zeitweilig auch zu körperlicher Gewalt führen können. Diese Zornausbrüche stehen in ihrer Intensität in keinem Verhältnis zu den auslösenden Ereignissen und basieren vielmehr auf einer massiven Angst vor Enttäuschung und dem Verlassenwerden.

2. affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist.

Die Grundstimmungen der Borderline-Persönlichkeit sind häufig überaktiv oder pessimistisch. Von dieser Grundstimmung lassen sich jedoch auffällige Stimmungsschwankungen in Richtung Depression, Reizbarkeit oder Angst beobachten. Dabei sind die Betroffenen sich der raschen Stimmungswechsel zwischen Euphorie und Depression kaum bewusst. Sie reagieren oft unmittelbar auf plötzliche Impulse und können Wut schlecht kontrollieren.

3. Chronisches Gefühl der Leere

Borderline-Persönlichkeiten leiden oft unter chronischen Gefühlen von Leere und Langeweile. Diese Emotionen werden als sehr intensiv und belastend, oft verbunden mit körperlichen Empfindungen, erlebt. Das Gefühl der Leere beinhaltet das Erleben des „Nicht-Seins“ und kann massive existenzielle Krisen auslösen. Betroffene suchen dann mitunter Erleichterung in selbstschädigenden Handlungen, Promiskuität oder drama-tischen Inszenierungen mit Angehörigen.

Impulsivität

4. Impulsivität in mindestens 2 potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)

Die Borderline-Persönlichkeit neigt zu Impulsivität bei potenziell selbstschädigendem Verhalten. Typisch sind z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch, sexuelle Promiskuität, Spielsucht, Kleptomanie und Essstörungen. Diese Impulsivität steht in engem Zusammenhang mit anderen Symptomen. Sie kann z. B. aus den Frustrationen einer gestörten Beziehung entstehen, Ausdruck von Stimmungsschwankungen oder Zornausbrüchen sein oder der Versuch, die Gefühle von Einsamkeit, Leere und Trennungsängsten zu betäuben.

5. wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbst-schädigendes Verhalten

Borderline-Persönlichkeiten suchen oft Entlastung von einem extremen inneren Druck. Finden sie diese Entlastung im Alltag nicht, können sie sich die Arme zerschneiden, Zigaretten auf ihrem Körper ausdrücken, Nahrungsaufnahme verweigern oder bis zum Erbrechen essen. Wiederkehrende Suiziddrohungen/-versuche und Selbstverletzungen zählen ebenfalls zu den typischen Borderline-Symptomen. Suiziddrohungen/-versuche und Selbstverletzungen sind unterschiedlich motiviert und können z. B. wie folgt interpretiert werden:

- Ø Versuch, erlittenen psychischen Schmerz mitzuteilen (Hilferuf)
- Ø Füllen der inneren Leere durch Schmerz
- Ø Überwinden des erlebten Taubheitsgefühls (nicht zu sein)
- Ø Selbstbestrafung oder Bestrafung nahestehender Menschen
- Ø Ablenkung von anderen Leidensformen
- Ø Abbau von Angst, Zorn oder Traurigkeit (als Entspannungstechnik)
- Ø Suche nach Übereinstimmung von innerem und äußerem Schmerz

Kognition

6. Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

In schwierigen, unerträglichen Situationen können Borderline-Persönlichkeiten in „dissoziative“, hypnoseähnliche Zustände geraten. Betroffene leiden gelegentlich auch unter psychotischen Episoden. Möglich sind beispielsweise pseudo-halluzinatorische Erlebnisse, Störungen in der Körperwahrnehmung und auf den Konfliktbereich beschränkte Denk- und Wahrnehmungsstörungen. Diese treten meist als Folge emotionaler Erregung auf und gehen, auch ohne Behandlung, in der Regel nach wenigen Stunden oder Tagen vorüber. Die Betroffenen erleben diese Episoden als ich-dyston (ich-fremd).

7. Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst

Borderline-Persönlichkeiten leiden unter andauernden Identitätsstörungen, die sich z. B. auf die Bereiche Selbstbild, sexuelle Orientierung, Berufswahl, langfristige Ziele, Wertesystem und Art der gewünschten Partner/Freunde erstrecken können.

Sie meinen, nicht liebenswert und einfach nur nutzlos zu sein. Ihnen fehlt ein konstantes Identitätsgefühl (ich bin). Eigenschaften wie Intelligenz und Attraktivität akzeptieren sie nicht als konstantes Gut, sondern als Eigenschaften, die immer wieder neu verdient und im Vergleich mit anderen beurteilt werden müssen. Das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit zur Selbstachtung basieren bei der Borderline-Persönlichkeit deshalb nicht auf in der Vergangenheit erbrachte Leistungen, sondern auf aktuelle (Miss-)Erfolgserlebnisse und dem Feedback Dritter. Daraus resultieren oft übermäßiges Engagement und ein unrealistisches Streben nach Perfektion (mit entsprechenden Misserfolgserlebnissen), aber auch der häufige Wunsch nach Veränderung im Berufs-/Privatleben. (Wechselhaftigkeit)

Interpersoneller Bereich

8. Verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern

Sind Borderline-Persönlichkeiten allein, verlieren sie aufgrund ihrer gestörten Ich-Identität häufig das Gefühl für die Realität ihrer Existenz (Leere, Ich-Dystonie). Auch vorübergehendes Alleinsein können sie als dauerhafte Isolation wahrnehmen. Betroffene erleben deshalb immer wieder starke, existenzielle Ängste vor dem Verlassenwerden durch nahestehende Personen. Diese Angst motiviert die Betroffenen, zu verzweifelt Bemühungen, dieses Verlassenwerden zu vermeiden. Dabei greifen sie auch zu extremen Mitteln (z. B. Selbstverletzung, Suizidversuche), um den nahestehenden Menschen unter Druck zu setzen und führen auch schädliche Beziehungen (z. B. mit Gewalt-/Missbrauchserlebnissen) bis zur völligen Selbstaufgabe fort.

Werden Borderline-Persönlichkeiten trotz dieser Bemühungen verlassen, durchleben sie meist intensive emotionale Krisen, in deren Verlauf die hier beschriebenen Symptome oft sogar noch verstärkt auftreten.

9. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

Menschen mit Borderline-Störung führen meist unbeständige und unangemessen intensive Beziehungen zu anderen Menschen. Diese zeichnen sich durch extreme Verschiebungen der Einschätzung des Beziehungspartners, die zwischen Idealisierung und Abwertung schwankt, und ständige Versuche, den Beziehungspartner zu manipulieren, aus. Die Intensität der Beziehungen ergibt sich aus der Intoleranz der Borderline-Persönlichkeit gegenüber Trennungen, ihre Unbeständigkeit aus fehlender "Objekt Konstanz". Fehlende "Objekt Konstanz" bedeutet, die Fähigkeit, andere als komplexe Menschen wahrzunehmen, die sich in ihrer Gesamtheit dennoch widerspruchsfrei verhalten können. Betroffene entwickeln eine Abhängigkeit zum Partner und idealisiert diesen, solange er seine Bedürfnisse befriedigt. Erfährt er Zurückweisung oder Enttäuschung verfällt er ins andere Extrem und wertet den Partner ab, mitunter ohne sich jedoch von diesem trennen zu können. Viele Betroffene brechen Kontakte auch rigoros ab und ziehen sich aus Beziehungen radikal zurück. Dabei erleben Betroffene grundsätzlich Andere als verantwortlich.

Eine kritische Betrachtung der diagnostischen Kriterien

Die diagnostischen Kriterien des DSM V stellen ein Modell der Psychiatrie dar, die es Klinikern ermöglicht, das komplexe Störungsbild Borderline zu diagnostizieren, um so auch entsprechende therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können.

So hilfreich sich diese Kriterien in der Diagnostik mitunter auch darstellen, so mangelhaft vermitteln sie einen Einblick in das Erleben der Betroffenen und der Konsequenzen für Angehörige. Zudem ermöglichen sie ein Erkennen des Störungsbildes fast ausschließlich bei Betroffenen, die sich symptomatisch in der Gesellschaft bewegen und so leichter auffällig werden. Nach meinen Erfahrungen existiert aber eine sehr hohe Anzahl hoch-funktional Betroffener, welche ihr symptomatisches Verhalten ausschließlich in Beziehungen ausleben, dabei aber in der Außenwelt sozial stabil verankert und sich nach außen hin oft wenig auffällig darstellen.

Sie können anerkannte Berufe ausüben, sind Ärzte, Anwälte, Manager oder sehr häufig selbst Therapeuten. Mitunter werden sie vielleicht als launisch, unzuverlässig oder „merkwürdig“ wahrgenommen, ohne dabei aber bei Außenstehenden den Eindruck zu erwecken, an einer schweren Persönlichkeitsstörung zu leiden.

Die ausschließliche Orientierung an den diagnostischen Kriterien kann zu massiven Vorurteilen führen, in denen dann z. B. häufig davon ausgegangen wird, dass Betroffene sich grundsätzlich auffallend symptomatisch und somit niedrig funktional zeigen.

Zudem ist mithilfe der diagnostischen Kriterien zwar erkennbar, dass Kinder betroffener Personen einer deutlichen Gefährdung in ihrer Entwicklung ausgesetzt sind. Diese bezieht sich jedoch in der Regel auf die Ausprägung der Symptomatik (Instabilität, Wutausbrüche, Substanzmissbrauch ...). So wenig, wie die Welt der Betroffenen mithilfe der diagnostischen Kriterien verstanden werden kann, so wenig kann auch erkannt werden, welchem drastischen Missbrauch und tatsächlich existenzieller Gefahr abhängige Kinder ausgesetzt sind.

Um hier zu verstehen, zu erkennen und tatsächlich hilfreich einschätzen und agieren zu können, sollten Helfer sich vor allem mit den Mechanismen auseinandersetzen, aus denen sich die symptomatischen Verhaltensweisen der diagnostischen Manuale ergeben.

Die Ursache für die Ausprägung der Symptome der diagnostischen Manuale findet sich u. a. in der Entwicklungsgeschichte der Betroffenen, in deren Stagnation der symbiotischen Lebensphase des einstigen Säuglings und der daraus resultierenden aufrecht erhaltenen Spaltungsmechanismen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung aus anthropologischer Sicht

Der Prozess der Spaltung

Auch der zivilisierte Mensch ist der Teil der Natur und nimmt in dieser die Stellung eines Primaten ein. Im Gegensatz zu vielen anderen Säugetieren sind Primaten und so auch Menschen nach ihrer Geburt vollständig hilflos und abhängig, verfügen aber über ein hochkomplexes Gehirn, welches einen langen Zeitraum benötigt, um sich störungsfrei entwickeln zu können. Wäre ein neugeborener Mensch sich seiner Hilflosigkeit und Abhängigkeit bewusst, würde dies zu massiven Stresszuständen führen. Neben der unvermeidbaren Übererregung des unreifen Gehirns würden aggressive Stresshormone wie Adrenalin oder Cortisol freigesetzt werden. Das sich in der Entwicklung befindliche Gehirn würde breit gefächerte irreparable Schäden erfahren, der kleine Mensch hätte, schon zu Beginn seines Lebens, keine Chance auf eine gesunde Entwicklung.

Das Leben in seiner Weisheit nutzt hier, wie in vielen Details der frühstkindlichen Entwicklung, einen Trick, mit dem es dem Kleinstkind eine gesunde neuronale Reifung und so eine optimale Entwicklung ermöglicht. Und so erlebt sich der kleine Mensch in seiner ersten Entwicklungsphase nicht als eigenständiges Individuum, sondern als Teil seiner Mutter bzw. Hauptbezugsperson. Er spaltet.

Dieses erste nachgeburtliche Entwicklungsstadium der Spaltung ist so alt wie die Menschheit und birgt die Weisheit aller menschlichen Generationen um die Bedürftigkeit des Neugeborenen in sich. In der Phase der Abspaltung wird das Neugeborene davor geschützt, sich nach dem Verlassen seines bisherigen perfekten Lebensraumes als eigenständiges Lebewesen wahrzunehmen. Bis all seine Gehirnregionen aktiv und entwickelt sind, braucht es die Aufrechterhaltung seiner vorgeburtlichen Einheit mit der Mutter. Nur durch diese nachgeburtliche Symbiose kann das kleinstkindliche Gehirn die Zeit bis zum Bewusstsein seiner eigenständigen Existenz störungsfrei bewältigen. Während eines Zeitraumes von etwa 12 bis 15 Monaten erlebt der Säugling sich nun ausschließlich über seine Mutter (projektive Identifikation). Dabei ist er abhängig von ihrer bedingungslosen und ständigen Verfügbarkeit. Er erkennt sich im Blick seiner Mutter und erfährt dabei in liebevoller Beständigkeit, dass er mit seinem Erleben RICHTIG ist, sich RICHTIG zeigt und in seinen Bedürfnissen erkannt, angenommen und befriedigt wird. Seine Bedürfnisse werden unmittelbar gestillt, es entstehen keine defizitären Zustände.

Aufgrund der noch fehlenden kognitiven Reife existiert für ihn keine Zeit, und so kann er diesen wesentlichen Entwicklungsprozess nur dann optimal bewältigen, wenn er niemals von seiner Mutter abgetrennt wird. Jede Trennung, sei sie auch nur kurz, ist für ihn unendlich und bedeutet in seinem Erleben den sicheren Tod. Dabei geht es in erster Linie nicht darum tatsächlich 24 Stunden körperlich verfügbar zu sein. Das Kind muss aber die Chance haben, den in ihm präsenten Stress, der sich aus einer kurzfristigen Abwesenheit der Mutter ergibt als „lösbar“ und „beeinflussbar“ zu erleben. Dies bedeutet, dass der bedürftige Ausdruck des Schreiens niemals ignoriert werden darf!

In stabiler Bindung mit seiner Mutter und durch deren permanent zugewandte Spiegelung seiner Erfahrungen (du bist richtig mit dem, was du erlebst) kann das Kind im Laufe der Zeit das RICHTIG-Sein in sich integrieren. Es wird ERFÜLLT von dieser Erfahrung und erwirbt ein beständiges Wissen darum, den eigenen Empfindungen vertrauen zu können (Urvertrauen). Es erlebt die befriedigende Mutter als RICHTIG und durch die symbiotische Verbindung mit ihr (projektive Identifikation – ich bin du und du bist ich) so auch sich selbst. Es lernt erfüllende Bindung und in diesem Zusammenhang erwirbt es die Fähigkeit der Empathie, die ihm ermöglicht, sich in andere einzufühlen. Gleichzeitig wird die Grundlage der zwischenmenschlichen Verantwortung und des Gewissens geschaffen. Sein Vertrauen in seine Bezugsperson und in seine Fähigkeit, sich in seiner Bedürftigkeit zu zeigen, um befriedigt zu werden, ermöglicht ihm im 12. – 15. Lebensmonat die Phase der Spaltung zu verlassen. Die nächste Entwicklungsphase der Identitätsentwicklung (wer bin ICH) ermöglicht weiteres Wachstum.

Wenn Menschen in der Spaltung verharren

Nur sehr wenige Menschen in unserer Gesellschaft dürfen diese so lebensnotwendige Phase der Spaltung optimal in Verbundenheit mit der Mutter (oder ihrer Bezugsperson) ausleben. Die meisten Menschen erleben ständige Wechsel zwischen Befriedigung (Leben) und Abgetrenntsein (Tod), was auch für diese einschränkende Konsequenzen für das Selbst und ihre späteren Beziehungen zur Folge hat.

Das Kleinstkind aber, welches im Prozess der Abspaltung isoliert wird, widersprüchliche Informationen erhält, nicht gespiegelt wird, keinerlei emotionale Reaktion auf seine Äußerungen erlebt, kein Bindungsangebot erhält, misshandelt oder vernachlässigt wird, kann den Spaltungsprozess nicht überwinden. Sämtliche Überlebensmechanismen des abspaltenden Kindes bleiben aktiv.

Der abspaltende Säugling hatte eine berechtigte Erwartung. Erst mit der Erfüllung dieser Erwartung kann er sich aus der Abhängigkeit der symbiotisch, verschmelzenden Bindung lösen und ein ICH entwickeln. Solange diese erste nachgeburtliche Erwartungshaltung nicht erfüllt ist, ist es nicht eigenständig lebensfähig – gleichgültig, wie viel Zeit seitdem vergangen ist. Es konnte sein RICHTIG-Sein nicht in sich integrieren und bleibt leer und unerfüllt.

Solange das vorausgehende Erfahrungskontingent nicht erfüllt ist,
können die Erfahrungen der nächsten Stufe tausendmal vorbeikommen,
ohne dass sie zum Reifen des Individuums beitragen würden.
(Jean Liedloff, „Auf der Suche nach dem verlorenen Glück“, 2006).

Der schützende Sinn der Spaltung, das unreife kindliche Gehirn vor Überflutungen mit Stresshormonen zu schützen, bleibt unerfüllt. Säuglinge, die desorganisierten Bindungen, sich wiederholender Deprivation und ständigen defizitären Zuständen ausgesetzt sind, erfahren beständigen Stress mit dramatischen neurologischen irreparablen Konsequenzen (G. Hüther, „Biologie der Angst“ 2014, G. Roth/N. Strüber, „Wie das Gehirn die Seele macht“ 2014).

In diesen Stresszuständen kommt es regelmäßig zur Ausschüttung von aggressiven Stresshormonen. Ein dauerhaft hoher Cortisolspiegel, der nachweislich zu Schädigungen des Gehirns führt, ist ebenfalls mit einer Glutamatproduktion verbunden, die nun zu einer Schrumpfung des Hippocampus führt.

Daraus ergeben sich schwerwiegende Beeinträchtigungen in der Bildung expliziter Gedächtnisinhalte und einer Orientierung in Raum und Zeit, was gegebenenfalls zu überschießenden emotionalen Reaktionen führen kann (LeDoux, 2003; Grawe, 2004).

Auch das Zusammenspiel der Neurotransmitter (Serotonin, Dopamin, Oxytocin ...), die für die Weitergabe der Informationen von einem Nervenkegel auf ein anderes zuständig sind, stehen im Mittelpunkt der neurologischen Borderline-Forschung.

Laut Prof. B. Bandelow (Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Göttingen) spielen Endorphine bei der Entstehung der Störung eine maßgebliche Rolle. Das Dopamin (bekannt als Belohnungs- und Glückshormon) gilt als Schlüssel für ein aktives, verantwortungsbewusstes und erfülltes Leben und wird bei Borderline-Patienten in zu geringem Maße ausgeschüttet. Dopamin hat u. a. die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass Lernerfolge im Langzeitgedächtnis abgespeichert werden.

Dazu kommt, dass die wiederkehrende negative Reizung die Synapsen in den für unangenehme Emotionen zuständigen Hirnregionen immer leitfähiger macht, sodass diese sich in besonderem Maße entwickeln. Dies betrifft vor allem die Regionen der Amygdala sowie einen Teil des rechten präfrontalen Cortex, der als oberstes Kontrollzentrum für eine situationsangemessene Handlungssteuerung angesehen wird und gleichzeitig intensiv an der Regulation emotionaler Prozesse beteiligt ist. Auch die psychoneuralen Grundsysteme sind massiv betroffen. Interne Systeme der Beruhigung, der Bewertung und Belohnung, der Impulshemmung, der Bindung sowie der Risikobewertung und des Realitätssinns sind betroffen (Roth/Strüber 2014).

Die massive Stresssymptomatik unter der Borderline-Persönlichkeiten ein Leben lang leiden (Stresserwartung, Stressaufbau durch Inszenierungen, anhaltende Übererregung, massive Ängste, soziale Phobien ...) hat genetische Konsequenzen, sodass Kinder betroffener Mütter ein 5-fach höheres Risiko haben, selbst an diesem Störungsbild zu erkranken. Prof. Dr. Dr. Roth weist in seiner Arbeit zudem daraufhin, dass sich das kindliche Gehirn in seiner Entwicklung pränatal am mütterlichen Gehirn orientiert. Traumatisierende Erfahrungen der Mutter während der Schwangerschaft zeigen ebenfalls Einflüsse auf das Ungeborene (Epigenetik).

Und so zeigt sich die Borderline-Problematik als transgenerational, sodass das Störungsbild innerhalb eines Familiensystems in mehreren Generationen auftreten kann.

Ergeben sich, neben genetischen und epigenetischen Voraussetzungen auch sozial-destruktive Strukturen für ein spaltendes Kleinstkind, kann dieses, aufgrund einer nicht überwundenen Spaltungsphase im späteren Leben eine Borderline-Störung entwickeln. Auch als erwachsener Mensch fordert dieser dann ständige Verfügbarkeit und bedingungslose Zuwendung ein, auch wenn diese sich auf seine längst vergangene kindliche Bedürftigkeit bezieht. Er ist nicht in der Lage, Frustrationen zu tolerieren, da er (unbewusst) sein Überleben über die sofortige Befriedigung seiner Bedürftigkeit definiert. Alles ist gut (weiß) wenn es ihm gut geht und alles ist schlecht (schwarz), wenn er bedürftig ist. Nach dieser Wahrnehmung beurteilt und bewertet er dann auch Bezugs-personen (dichotomes Denken). Seine Realität wird ausschließlich durch seine Emotionalität bestimmt. Existiert hier keine Übereinstimmung, passt er die Realität seinem Gefühl an (Externalisieren) und schafft passende, oft dramatische Inszenierungen. Er kennt keine Grauzonen und hat in kritischen, triggernden und oft retraumatisierten Zuständen keinen Zugang zu hilfreichen Erfahrungen. Alles, was existiert, ist das Jetzt. Was augenblicklich gefühlt und wahrgenommen wird, war immer so und wird immer so sein.

Er bleibt abhängig von der Spiegelung durch seine Bezugsperson, braucht deren beständige Verfügbarkeit, deren Klarheit und deren Vermittlung orientierender, widerspruchsfreier Informationen, ohne diese dann aber tolerieren zu können, da sie mit seinen Erfahrungen oder seinem emotionalen Erleben nicht übereinstimmen. Er verharrt in existenzieller Abhängigkeit von seiner Bezugsperson und erlebt diese und seine eigene Person als Einheit (projektive Identifikation – ich bin du und du bist ich). Solange seine Bezugsperson dies toleriert, kann er sie idealisieren und erlebt sich als richtig und so auch als lebensfähig.

Ist ihm die Idealisierung nicht mehr möglich (Symbioseentzug durch Eigenständigkeit der Bezugsperson), wertet er sich und die Bezugsperson ab und erlebt sich existenziell bedroht. Sowohl die Idealisierung als auch die Abwertung ergeben sich aus der emotionalen Selbstwahrnehmung der Betroffenen und stehen in der Regel in keinem Zusammenhang zum Verhalten der Bezugspersonen oder realen Auslösern.

Jede Lösung der Bezugsperson aus der verschmelzenden Symbiose wird als zutiefst bedrohlich und aggressiv wahrgenommen. Bereits hier setzt das „Verlassenwerden“ an. Irrtümlicherweise wird dieser Begriff in Bezug auf Borderline nur als die letztendliche Konsequenz einer räumlichen und persönlichen Trennung verstanden. Eine Borderline-Persönlichkeit empfindet aber bereits ein eigenständiges Erleben ihrer Bezugsperson als verlassend. Sobald diese anders denkt, fühlt oder handelt zeigt sie ihre Individualität und damit auch das Lösen aus der verschmelzenden Einheit.

Grenzen werden zur tödlichen Bedrohung.

Verlassen zu werden bedeutet für eine Borderline-Persönlichkeit zu sterben, denn das grundlegende, kleinstkindliche Bewusstsein hat sich nie aus der Spaltung gelöst und bleibt existenziell von symbiotischer Bindung abhängig. Sein Zustand ist dem Tod näher als dem Leben, was durch latente und oft auch durchgeführte Suizidalität deutlich wird. Der Schmerz der Selbstverletzungen stillt zumindest die vertraute Erwartungshaltung nach dem allumfassenden verinnerlichten Schmerz – der doch das Leben ist, wie es einst real erfahren wurde. Hier zeigt sich auch eine drastische Gefahr für Angehörige, die im Rahmen der projektiven Identifikation und des Externalisierens in Krisen hineingesaugt werden (fühle wie ich).

Die dem Menschen innewohnende Selbstheilung sucht aber ständig nach dem Überwinden der Spaltung und so kennzeichnet sich die Borderline-Störung vor allem durch die Präsenz von Spaltungsmechanismen, die von Betroffenen lebenslang genutzt werden. In der unbewussten Hoffnung durch Bindung zu gesunden, RICHTIG zu sein, Leere zu füllen und zu heilen.

Die symptomatischen Verhaltensweisen Betroffener sollten demnach als Selbstheilungs- bzw. Selbsthilfemechanismen erkannt und verstanden werden. Dennoch sollte die darin enthaltene soziale Destruktivität in ihren mitunter auch vernichtenden, dramatischen Konsequenzen für Angehörige erkannt und ernst genommen werden.

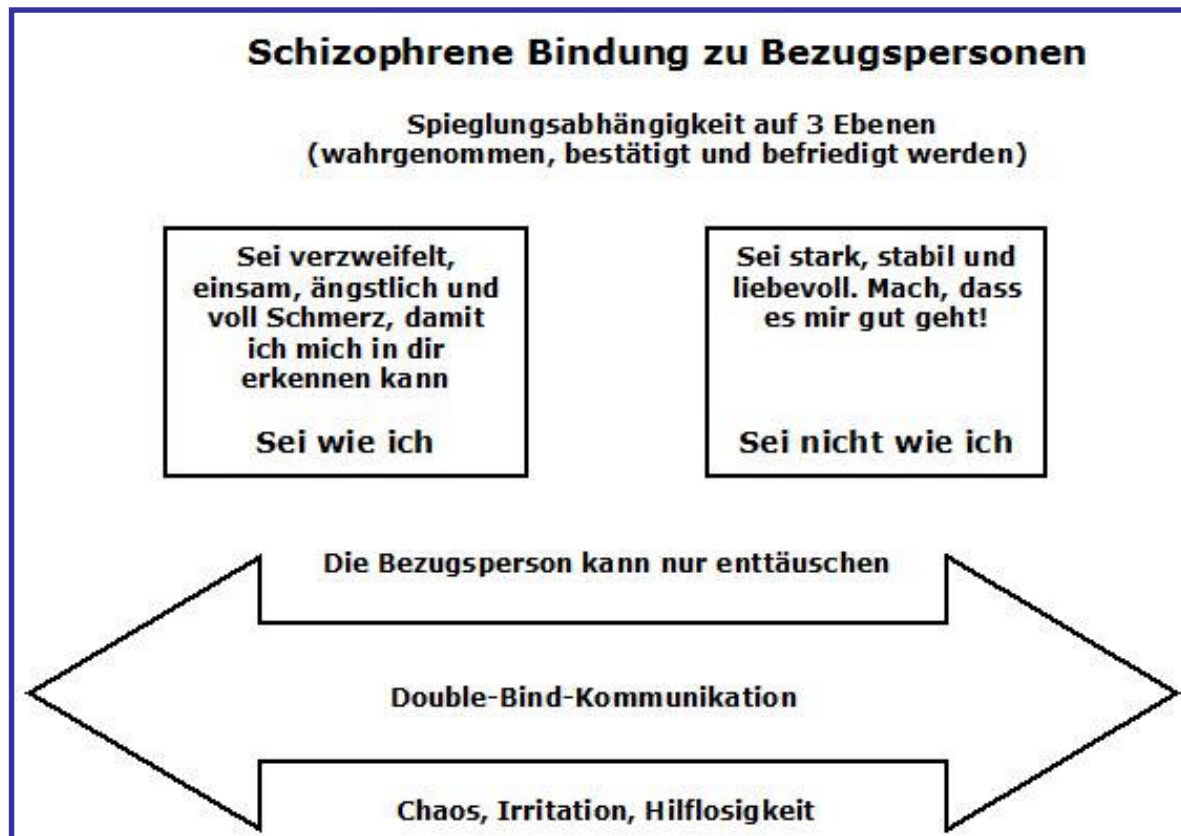
Spaltungsmechanismen

Der Hauptmechanismus der Spaltung ist die projektive Identifikation (ich bin du und du bist ich). Dabei erlebt der/die Betroffene sich über seine Bezugsperson. Ähnlich wie beim abspaltenden Säugling, ist es für eine Borderline-Persönlichkeit existenziell wichtig, gespiegelt zu werden, d. h. die eigene Emotionalität im Gegenüber erleben zu können (fühle wie ich). Für das Kind einer solchen Mutter bedeutet dies, nur die Gefühle und Bedürfnisse zeigen zu dürfen, die im Augenblick von der Mutter akzeptiert oder benötigt werden (widerspruchshaltig). Die wesentlichsten Lernerfahrungen, die das Kind für den Aufbau einer eigenständigen Persönlichkeit benötigt (was fühle ich und warum, ich bin richtig damit und kann mir und anderen vertrauen) bleiben unerfahren. Das Kind durchlebt die Instabilität seiner Mutter und deren emotionales Chaos, ohne sich von ihr lösen zu können. Es wird funktionalisiert und zu einem Als-ob-Kind, welches lernt, sich anzupassen, aber keinerlei Bezug zu einem eigenen Ich erfährt.

Weitere Mechanismen der infantilen Spaltung:

- Ø Schwarz-Weiß-Erleben – dichotomes Denken (das Selbst oder Andere werden als absolut gut oder absolut schlecht erlebt)
- Ø Realität wird ausschließlich durch das augenblickliche Gefühl bestimmt und gegebenenfalls angepasst
- Ø Mangelnde Objektkonstanz, Objektwahrnehmung des Selbst und Anderer

- ∅ Unfähigkeit die Konsequenzen des eigenen Verhaltens einzuschätzen (Ursache und Wirkung)
- ∅ Externalisierung (das Abbilden des inneren Erlebens in der äußeren Realität – Inszenierung von Dramen und Konflikten)
- ∅ Leugnen eigener Verantwortlichkeit, Introspektionsunfähigkeit
- ∅ Maßlose Egozentrik, die eigene Befriedigung ist stets prioritär.
- ∅ Spieglungsabhängigkeit a. 3. Ebenen



Borderline-Persönlichkeiten neigen dazu, ihre Emotionalität und die dahinter stehenden Bedürfnisse verdeckt und doppelbödig auszudrücken oder eigene Zustände auf andere zu übertragen (fühle wie ich). Ihre Kommunikation ist dabei ebenso widersprüchlich und irritierend, wie auch ihre Wahrnehmung für sich und die Welt.

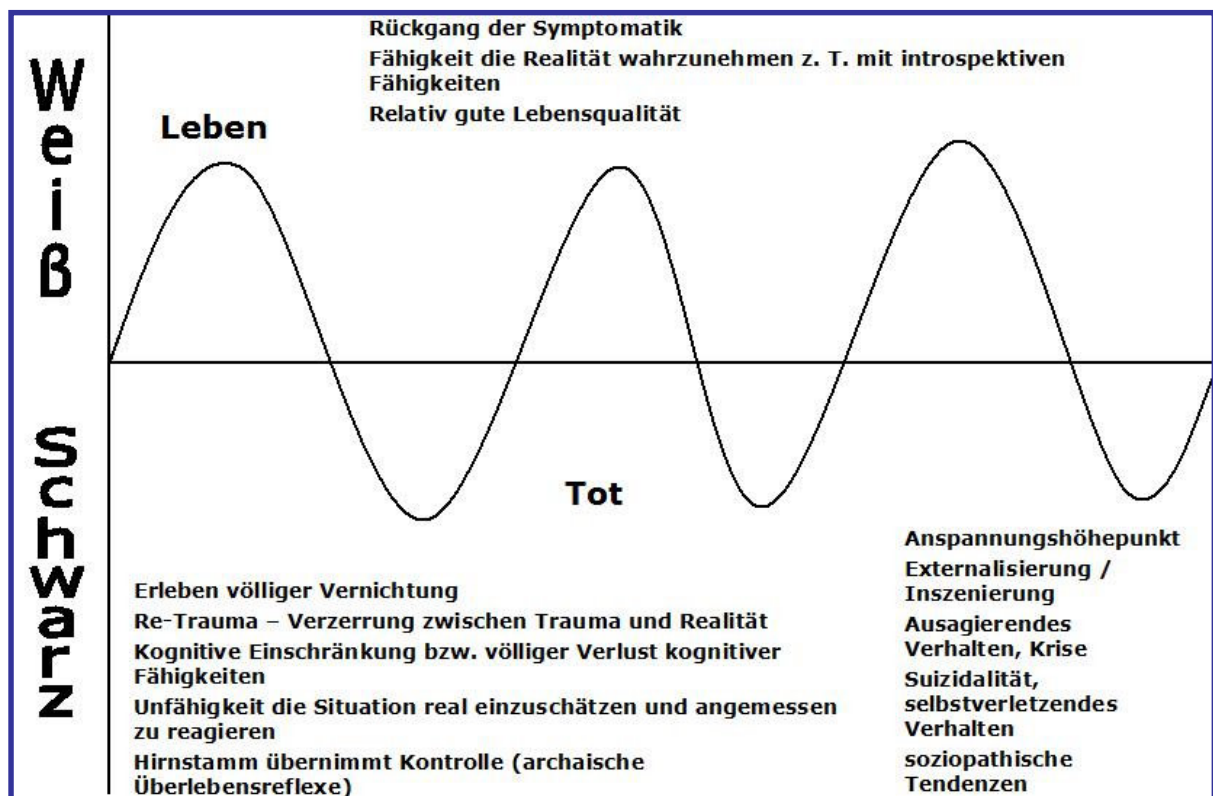
Selbst eine erwachsene Bezugsperson kann nicht in der Lage sein, projizierte Bedürftigkeit anzunehmen, diese zu spiegeln (Wut, Hilflosigkeit ...), sie wertschätzend zu bestätigen (das machst du richtig) und gleichzeitig die dahinter verborgene Bedürftigkeit zu stillen. Sie hat aber die Möglichkeit, der eigenen Wahrnehmung zu vertrauen, den/die Betroffene/n infrage zu stellen und den Double-Bind aufzudecken. Ein Kind aber kann sein Elternteil nicht infrage stellen. Es ist aus seiner Abhängigkeit heraus darauf angewiesen, es als richtig zu erfahren. Es braucht die Hoffnung, richtige und zuwendungsfähige Eltern zu haben. Daher gehört es zu den Überlebensmechanismen des Kindes, eher sich infrage stellen, als sein Elternteil. Es schlussfolgert, selbst unzulänglich zu sein, um Vater oder Mutter nicht als mangelhaft erleben zu müssen.

Die schizophrene Bindung hinterlässt in Kindern ein tiefes Gefühl der Unzulänglichkeit und Wertlosigkeit. Solche Kinder lernen nicht, ihrer Wahrnehmung zu vertrauen. Sie verharren in einem tiefen dauerhaften Schuldgefühl und verinnerlichen das Empfinden, falsch und für andere eine Belastung zu sein.

Instabilität

Im Rahmen der Instabilität kommt es zu einem beständigen Wechsel von weißen und schwarzen Phasen. Jeder Betroffene zeigt in seiner Instabilität einen eigenen Zeitrahmen, indem sich die jeweiligen instabilen Phasen (schwarz-weiß) abwechseln. Betroffene schaffen und nutzen in den schwarzen Phasen dramatische Konflikte, um das innere Erleben in der äußeren Realität spürbar und erlebbar zu machen und so Spiegelung zu erfahren (Externalisierung). Dramen, Konflikte und Eskalationen sind daher nicht vermeidbar. Sie dienen der Selbststabilisierung und sind als Selbsthilfemechanismus anzusehen. Emotionale Instabilität ist mit der Borderline-Störung untrennbar verbunden und kann von außen nicht beeinflusst werden. Betroffene schwanken in ihrer Spaltungsphase der ersten 15 Lebensmonate permanent zwischen Weiß (leben) und Schwarz (tot), was zu massivem, nicht auflösbarem Stress führte. Dieser Stress fügte dem sich entwickelnden kindlichen Gehirn, irreparablen Schaden zu und manifestierte auf neuronaler Ebene die Erfahrung, dass das Leben aus zwei extremen, emotionalen Zuständen, die eng aneinander gekoppelt sind, besteht.

Diese Erfahrungen dienen dem Kind dann als Basis für sein weiteres Leben. Für Angehörige der sich daraus entwickelnden Borderline-Persönlichkeit eine nicht endende Achterbahnfahrt.



Die Reaktion einer Borderline-Persönlichkeit auf eine Situation, einen Konflikt oder eine Anforderung ist davon abhängig, auf welcher Position der Instabilitätslinie sich der/die Betroffene befindet. So kann das gleiche Thema oder die gleiche Situation komplett unterschiedliche Reaktionen ergeben, die völlig gegensätzlich sein können.

Ich hoffe, dass meine kurzen Ausführungen zu diesem sehr komplexen und weitreichendem Thema Ihnen eine Unterstützung sind.

Manuela Rösel
Berlin 2015