

Bohus · Reicherzer



Ratgeber Borderline-Störung

Informationen für Betroffene
und Angehörige

HOGREFE



Viele dieser Verhaltensmuster wirken auf den ersten Blick unverständlich: Vielleicht hilft es, wenn man weiß, dass die meisten Borderline-Patienten sich immer in Gefahr sehen, von allen anderen verlassen, ausgelacht oder ausgestoßen zu werden. Und gerade, wenn man große Angst hat, ausgestoßen zu werden, reagiert man instinktiv entweder wütend und aggressiv oder „kriecherisch“, indem man die eigenen Bedürfnisse verleugnet. Auf andere aber wirken gerade diese Verhaltensmuster oft abstoßend, so dass das, was man am meisten fürchtet, sehr wahrscheinlich wird: Borderline-Patienten werden zu Außenseitern. Vor diesem Hintergrund ist es auch verständlich, dass sich Borderline-Patienten gerade im sozialen Freizeitbereich, also in den Pausen oder nach dem Sport, besonders unsicher fühlen. Natürlich meiden sie derartige Situationen soweit es geht. Meist sind die wirklich „guten Freundinnen“ ebenfalls Borderline-Betroffene, weil diese ein sehr feines Gespür für die jeweiligen Stimmungen und Nöte der anderen haben.



1.3.3 Probleme mit sich selbst und dem eigenen Körper

Die meisten Borderline-Betroffenen berichten über ein tiefgreifendes Gefühl der Unsicherheit darüber, wer sie eigentlich sind. Viele erleben sich als „abgeschnitten von sich selbst“, als „weit entfernt von sich selbst“ oder empfinden es als äußerst unangenehm, „sich selbst ausgeliefert zu sein“. Einsamkeit macht sich breit und das schreckliche Gefühl, man ist schlicht unzulänglich und nichts wert. Manche Betroffene schätzen sich selbst auch als moralisch schlecht, inkompetent, hässlich und verachtenswert ein. Kurzfristige Anstiege des Selbstwertgefühls sind oft gefolgt von einem Zusammenbruch mit Selbstabwertung. Bisweilen hören Borderline-Betroffene laute Stimmen im Kopf, die ihnen sagen, dass sie wertlos sind, dass es keinen Sinn macht, sich zu bemühen, da sie eh keinen Erfolg verdient hätten. Häufig erinnern diese laut werdenden Gedanken fatal an das, was ihnen von wichtigen Bezugspersonen eingeredet worden ist.



Die Einstellung zum eigenen Körper und die Einschätzung des Körperbildes sind nicht gerade von Zärtlichkeit überladen. Nicht wenige Betroffene fühlen sich wie abgeschnitten von ihrem Körper, erleben diesen als hässlich und abstoßend – natürlich wird vermieden, in den Spiegel zu gucken. Und Partnern, die ihren Körper sexuell attraktiv finden, wird ein gewisser Hang zur Perversion unterstellt („Wie kann ich jemanden achten, der jemanden wie mich sexy findet?“).

1.3.4 Weitere wichtige Symptome

Eine wichtige Begleiterscheinung der gestörten Gefühlsregulation bei Borderline-Patientinnen sind die ausgeprägten *dissoziativen Phänomene*. Darunter versteht man vorübergehende Störungen unserer Wahrnehmung von Raum, Zeit und Körper. Man muss sich klarmachen, dass unser Gehirn sehr viel Energie darauf verwendet, uns das Gefühl zu vermitteln, dass die Zeit in einem ganz bestimmten Tempo abläuft, dass wir uns mit dem Raum um uns herum verbunden fühlen und dass wir unseren Körper „bewohnen“. In der Dissoziation sind genau diese sonst so selbstverständlichen Wahrnehmungen gestört. Unter hoher Anspannung oder manchmal auch ausgelöst durch konkrete Auslöser, entwickelt sich plötzlich ein tiefgreifendes Gefühl der „Unwirklichkeit“. Unser Bild von der Welt verändert sich. Die Farben verblassen, die Geräusche klingen wie von weit her und der Körper fühlt sich an, wie wenn man eine Spritze beim Zahnarzt bekommen hat. Mitunter stellt sich das Gefühl ein, den Körper zu „verlassen“, und sich von „außen“ etwas unbeteiligt zuzusehen. Alle Emotionen verflachen und verlieren ihre drängende Wucht – Dissoziationen haben also auch Vorteile. Aber es bleibt das Gefühl von Kontrollverlust. Da auch das Gedächtnis in diesen Zuständen nicht funktioniert, „fehlen“ den Betroffenen dann häufig lange Passagen, was natürlich stark verunsichert.

Wie oben schon kurz beschrieben, erleben Borderline-Betroffene nicht selten sogenannte *pseudo-psychotischen Phänomene*. Das heißt, sie sehen und hören Stimmen oder Menschen, oder „Geister“, die von ihnen selbst als absolut realistisch wahrgenommen



werden, obgleich ihnen bewusst ist, dass dies eigentlich unmöglich ist, und nicht der Realität entsprechen kann. So erzählte eine Patientin beispielsweise, dass sie ihre Freundin angerufen hat, damit sie käme, um nachzusehen, ob ihre tote Mutter tatsächlich in der Badewanne säße. Sie wüsste, dass diese längst verstorben sei, aber sie sehe sie eben.

Wir wissen nicht, wie das Gehirn diese Illusionen produziert, aber wir wissen, dass die Betroffenen selten darüber sprechen, weil sie befürchten, für „verrückt“ erklärt zu werden oder damit bereits negative Erfahrungen innerhalb des Gesundheitssystems machen mussten. Es scheint sicher, dass diese Phänomene insbesondere unter Stress aktiviert werden, das heißt, sie bilden sich meist von alleine zurück. Auch das Lautwerden von Gedanken ist häufig. Leider sind diese Stimmen meist abwertend und unangenehm.

1.3.5 Problematische Verhaltensmuster

Viele Patientinnen mit Borderline-Störungen haben Methoden entwickelt, um ihre emotionale Empfindlichkeit herabzusetzen, oder um heftige unangenehme Gefühle oder auch dissoziative Zustände rasch zu beenden. Manche dieser Methoden sind äußerst hilfreich. So verbessern beispielsweise ausreichender Schlaf oder Sport und gesunde Ernährung die emotionale Empfindlichkeit deutlich. Andere Methoden sind zwar nur kurzfristig wirksam (sonst würden sie ja auch nicht eingesetzt), führen aber leider längerfristig zu einer Verschlechterung der Problematik. Am auffälligsten sind sicherlich *Schnittverletzungen*: Die meisten beginnen mit oberflächlichem Ritzen. Mit der Zeit werden die Schnitte tiefer und weiten sich auf den gesamten Körper aus, manchmal auch unter Einschluss der Geschlechtsorgane. Weit verbreitet ist „head-banging“, also das Schlagen des Kopfes gegen eine harte

Fläche, das Brennen mit Zigaretten oder Bügeleisen, Verbrühen und Verätzen oder das Zufügen von Stichwunden. Etwa ein Drittel der Betroffenen beginnen mit diesem Verhalten bereits im Grundschulalter. In den allermeisten Fällen werden diese Selbstverletzungen im schmerzlosen Zustand durchgeführt: Nach wenigen Minuten stellt sich dann ein tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit ein; Körperempfinden – und damit auch die Schmerzwahrnehmung normalisiert sich ca. 20 Minuten nach der Verletzung. Der wichtigste Grund für Selbstverletzungen ist der Wunsch, dadurch die innere Anspannung zu lösen. Weitere, aber deutlich weniger häufige Gründe sind Selbstbestrafung, Wiedererlangen



von Kontrolle und der Wunsch, „den Körper wieder zu spüren“. Manchmal aber führen Selbstverletzungen auch zur kurzfristigen „Euphorisierung“, das heißt zu heftig guter Laune, zur Verbesserung der Konzentration und des Selbstwertes. Betroffene, die dies erleben, neigen dazu, sich sehr häufig, also mehrmals täglich zu schneiden. Man sollte auch nicht übersehen, dass es einige Internetforen gibt, in welchen unverblümt Selbstverlet-

zungen zur Schau gestellt werden und damit geprahlt wird. Manche Betroffene berichten über regelrechte konkurrierende Auseinandersetzungen, wer die heftigsten oder fatalsten Selbstverletzungen zustande bringt. Das Ganze scheint eine gewisse Faszination auszuüben, und für manche ist es nicht einfach, sich davon wieder zu lösen.

Gut zu wissen:

Von verunsicherten Eltern oder Lehrern bekommen wir häufig die Frage gestellt, ob denn jede Form von Selbstverletzung ein klarer Hinweis auf eine Borderline-Störung sei. Gerade, weil es in Jugendgruppen bisweilen „schick“ ist, sich Narben im Sinne von Mutproben zuzufügen, sollte folgendes beachtet werden: Wenn sich ein Teenager einmal schneidet oder „ritz“t, so ist dies nicht unbedingt als Alarmsignal zu werten. Ent-

scheidend ist, ob diese Selbstverletzungen als „angenehm“ und entlastend wahrgenommen und wiederholt werden. Ein Jugendlicher, der sich mehrmals Selbstverletzungen zufügt, dabei nur geringfügige Schmerzen und deutliche Entlastung spürt, sollte auf alle Fälle einen Therapeuten aufsuchen – er hat mit ziemlicher Sicherheit Probleme mit seiner Emotionsregulation.

Ein weiteres auffälliges und oft sehr gefährliches Verhaltensmuster ist *Hochrisikoverhalten*. Darunter versteht man etwa das Balancieren auf Baukränen, Hochhausdächern oder Brückengeländern. Auch das Rasen auf der Autobahn oder das Sitzen auf Bahnschienen, bis die Vibrationen spürbar werden, usw. gehören dazu. Wir haben gelernt, dass viele dieses Hochrisikoverhalten einsetzen, um Ohnmachtsgefühle zu bewältigen – manche berichten auch, dass sie sich dabei „so richtig lebendig“ fühlen. Auch dies ist einfach zu erklären: Wenn man seinen Körper in eine objektiv sehr gefährliche Situation bringt, so schüttet unser Gehirn rasch sehr hohe Dosen an sogenannten neuronalen Botenstoffen aus: Adrenalin, Dopamin usw. bewirken dann ein Gefühl von Wachheit und Lebendigkeit und ein „Auf dem Punkt“-Sein – auch dies kann süchtig machen. Und es braucht nicht extra gesagt werden, dass diese Methode, sich lebendig zu fühlen, bisweilen tödlich endet.

Störungen des *Essverhaltens* wie Essanfälle (sogenanntes Binge-Eating), Brechanfälle (sogenannte bulimische Attacken) oder radikales Fasten (sogenanntes anorektisches Verhalten) können ebenfalls eingesetzt werden, um sich gegenüber den eigenen Gefühlen unempfindlicher zu machen. Manche berichten über ein gewisses Gefühl von Stolz, dass sie Scheinkontrolle über den eigenen Körper haben. In Wirklichkeit hat dann längst die Essstörung die Kontrolle übernommen.

Leider führen gerade Essstörungen zu starken Stimmungsschwankungen und auch zu Störungen im Denken. Nicht zu vernachlässigen sind auch die Folgen von *mangelnder Flüssigkeitszufuhr*. Manche Borderline-Patienten beschränken sich darauf, einen viertel Liter Flüssigkeit pro Tag zu trinken (normal wären etwa 2,5 Liter). Die Folgen sind Schlafstörungen, Verschlechterung der Dissoziation und Stimmenhören. Warum nicht getrunken wird? Nun, das Gefühl „neben sich zu stehen“ scheint manchmal angenehmer zu sein, als die unangenehmen Gefühle auszuhalten.