

# Borderline- Störung

**Martin Bohus**

2., vollständig überarbeitete Auflage

Fortschritte der  
Psychotherapie

 **hogrefe**

# **Borderline-Störung**

**Fortschritte der Psychotherapie**  
**Band 14**

Borderline-Störung

Prof. Dr. Martin Bohus

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,  
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief  
Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Martin Bohus

# Borderline- Störung

2., vollständig überarbeitete Auflage



**Prof. Dr. med. Martin Bohus**, geb. 1956. 1978–1985 Studium der Medizin in Freiburg. 1985–1988 Grundlagenforschung im Bereich Immunologie an der Universität Freiburg. 1988 Dissertation. 1988–2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie an der Klinik für Neurologie der Universität Freiburg. 2001 Habilitation. Seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. 2003–2015 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit 2015 Wissenschaftlicher Direktor des Instituts für Psychiatrische und Psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. Gastprofessur Harvard Medical School, Boston, MA.

#### *Widmung*

Für Christian Schmahl, Niko Kleindienst und Steffi Lis, meinen unermüdlichen Kollegen\*innen im sten Ringen um wissenschaftliche Klarheit in den schweren Wassern der Borderline-Therapie.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Illustrationen: Renate Alf, aus M. Bohus & M. Wolf (2009). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen

Format: PDF

2., vollständig überarbeitete Auflage 2019

© 2002, 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2853-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2853-7)

ISBN 978-3-8017-2853-3

<http://doi.org/10.1026/02853-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Beschreibung der Störung</b> .....	<b>3</b>
1.1 Geschichte des Störungsbegriffs .....	3
1.2 Definition der Störung .....	4
1.2.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-11 .....	4
1.2.2 Klinische Symptomatik .....	5
1.3 Epidemiologie .....	12
1.4 Borderline-Diagnose bei Jugendlichen .....	12
1.5 Verlauf und Prognose .....	13
1.6 Differenzialdiagnose und Komorbidität .....	14
<b>2 Störungsmodell</b> .....	<b>14</b>
2.1 Psychosoziale Komponenten .....	14
2.2 Biopsychosoziales Entstehungsmodell .....	16
<b>3 Diagnostik und Indikation</b> .....	<b>18</b>
<b>4 Behandlung der BPS mit Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT)</b> ..	<b>20</b>
4.1 DBT-Behandlungsmodule .....	20
4.2 Grundlegende Prinzipien der DBT .....	21
4.3 Therapeutische Grundannahmen .....	24
4.4 Beziehungsgestaltung .....	25
4.5 Behandlungsstadien .....	35
4.5.1 Stadium der Orientierung .....	36
4.5.2 Phase der Vorbereitung in den Therapiestadien I bis III .....	38
4.5.3 Therapiestadium I: Krisenerzeugendes Verhalten – Aufbau von Verhaltenskontrolle bei schwerwiegenden Verhaltensproblemen ...	41
4.5.4 Therapiestadium IIa: Schwerwiegende komorbide psychische Störungen .....	50
4.5.5 Therapiestadium IIb: Probleme mit emotionalem Erleben, negativem Selbstkonzept und sozialer Kooperation .....	56
4.5.6 Therapiestadium III: Das Leben entfalten .....	59
4.6 Therapeutische Strategien und Methoden .....	60
4.6.1 Verhaltensanalysen .....	60
4.6.2 Umgang mit drängenden Suizidgedanken .....	61
4.6.3 Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten .....	64

4.6.4	Umgang mit Dissoziation .....	65
4.6.5	Dialektische Strategien .....	66
4.6.6	Validierung .....	66
4.6.7	Kontingenzmanagement .....	68
4.7	Fertigkeiten-Training (Skills-Training) in der Gruppe .....	68
4.7.1	Rahmenbedingungen .....	68
4.7.2	Überblick über den Aufbau der Sitzungen .....	71
4.7.3	Achtsamkeit .....	72
4.7.4	Stresstoleranz .....	75
4.7.5	Umgang mit Gefühlen .....	76
4.7.6	Zwischenmenschliche Fertigkeiten .....	77
4.7.7	Selbstwert .....	78
4.8	Konsultationsgruppe für Therapeuten .....	79
4.9	Nutzung von digitalen Medien und Telefonberatung .....	80
4.10	Stationäre Behandlung nach DBT .....	81
4.10.1	Stationäre Krisenintervention .....	83
4.10.2	Elektive stationäre DBT .....	87
4.11	Arbeit mit Partnern und Angehörigen .....	101
4.12	DBT-Peer-Coaches .....	101
<b>5</b>	<b>Alternative und andere evidenzbasierte Behandlungen .....</b>	<b>102</b>
5.1	Datenlage .....	102
5.2	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy .....	103
5.3	Schematherapie für Borderline-Störung nach Young .....	104
<b>6</b>	<b>Pharmakotherapie .....</b>	<b>104</b>
<b>7</b>	<b>Fallbeispiel .....</b>	<b>105</b>
<b>8</b>	<b>Weiterführende Literatur .....</b>	<b>111</b>
<b>9</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>112</b>
<b>10</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>115</b>
	Therapieverlaufs-Wochenprotokoll .....	115
	Verhaltensanalyse für Problemverhalten .....	116
	Spannungskurve .....	118
	Traumatische Invalidierung – Modell .....	119
	Wochenprotokoll .....	120

## Karten

Checkliste Behandlungsstadium 0

Interview zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle (SBDI)

Checkliste DBT-Behandlungsplanung

# Vorwort

Es wäre ja auch fatal, wenn sich nach der ersten Auflage dieses Buches, also in den letzten achtzehn Jahren, unser Verständnis der Borderline-Störung nicht so weit verbessert hätte, als dass diese neue Auflage nicht völlig überarbeitet werden musste. Dank Neurobiologie, experimenteller Psychologie und Therapieforchung gestaltete sich in den letzten Jahren ein relativ konsistentes Bild dieser auf den ersten Blick so komplexen Störung. Mit guten und vielversprechenden Behandlungserfolgen, die sich noch weiter verbessern werden. Wir sollten jedoch nicht vergessen, dass es letztlich unsere Patientinnen und Patienten sind, die am meisten zu diesem Prozess beitragen: Nicht nur, weil sie die Forschung unterstützten, sondern auch, weil viele von ihnen bereit sind, ihr Leid, ihre Unsicherheit und ihr Engagement mit uns Therapeuten zu teilen, um neue Wege und Lösungen zu finden.

Daher würde ich gerne das Wort an eine Borderline-Patientin übergeben, deren Aussagen sicherlich profunder sind als meine:

„Ich hatte eine Borderline-Störung. Jetzt bin ich 30 und ich habe sie nicht mehr, aber ich profitiere immer noch davon.

Ich hatte schon zahlreiche und lange Klinikaufenthalte hinter mir, bis ich eine DBT-Station fand. Bis dahin waren Kliniken Orte gewesen, an denen ich in Watte gepackt wurde, wo man sich um mich kümmerte und wo mir sehr viel abgenommen wurde – es war fast ein bisschen angenehm.

Das erste Schlüsselerlebnis für mich war, dass ich sehr plötzlich verstand, dass die Verantwortung für eine Veränderung und die Entscheidung dafür tatsächlich bei mir liegen. Nach etwa zwei Wochen auf der DBT-Station saß ich bei meiner Therapeutin und sagte ihr, dass ich den inneren Druck nicht mehr aushalte, dass ich jetzt die Station verlassen würde, um mich zu verletzen und ‚auf den Putz‘ zu hauen. Ich machte mächtig Druck. Da ist sie ganz ruhig aufgestanden, hat die Türe ihres Büros geöffnet und gesagt, ich solle gehen und danach bitte wiederkommen. Mein erster Gedanke war ‚Darf die das!? Das darf die doch nicht!‘

Ich sagte damals wie heute: In diesem Moment war dies genau die passende Reaktion. Ich habe erfahren und verstanden, dass es in meinen Händen liegt, und ich habe ihre Bitte gehört, wiederkommen. Letztendlich bin ich damals sitzen geblieben und habe sie gebeten, mit mir Skills zu suchen, um diese Situation zu bewältigen.

Nach diesem ersten Aufenthalt auf der DBT-Station habe ich noch einige Krisen erlebt, das lag vor allem an meiner Angst vor dem Gesundwerden. Gesundwerden war für mich gleichbedeutend mit Alleinesein. Dann hat eine Ärztin in der Klinik mein Bild von Gesundsein auf den Kopf gestellt und mir vorgeschlagen, ich sollte ‚meine Borderline-Störung‘ doch ruhig behalten und sie einfach dann

auspacken, wenn ich dies möchte. Das war damals für mich ein guter Kompromiss zwischen dem alten und dem neuen Weg. Außerdem hat sie mir vermittelt, dass ich im nächsten Jahr wiederkommen kann, wenn ich einige Aufgaben erledigt hatte. Es war also nicht mehr nötig, dass ich mich selbst in eine Krise manövrieren musste, um wieder in die Klinik, in einen beschützten Raum zu ‚dürfen‘. Nach einem Jahr kam ich dann tatsächlich wieder. Und nun hatte ich in der Klinik meinen persönlichen ‚Wunder-Moment‘: Inmitten einer tiefen Stimmungskrise bin ich aufgestanden, habe 35 Gründe aufgeschrieben, warum ich leben möchte und wusste, jetzt fängt mein neues Leben an. Was nicht vorbei war, war die Arbeit mit meinen Gefühlen und mit mir selbst. Und ich hoffe, dass wird auch nie vorbei sein – wie langweilig wäre das Leben dann. Und schließlich, eineinhalb Jahre später, habe ich nach meiner Ausbildung zur Schreinerin angefangen, Psychologie zu studieren, und heute freue mich auf die Zeit, selbst als Therapeutin arbeiten zu können.

DBT ist für mich lebensnah, unglaublich logisch und ‚eigentlich‘ ganz klar. Es fühlt sich für mich natürlich an: Es ist wie eine Anleitung zum Leben, die jede Frau und jeder Mann, jedes Kind und jeder Jugendliche gebrauchen kann. DBT benötigt einen, wenn man sich wirklich darauf einlassen möchte, genau auf die Gefühle zu sehen. Dahin, wo es schmerzhaft und schwierig wird. Und ich habe mir Veränderungen erarbeitet, die ich zu Beginn meiner Therapie für schwer vorstellbar gehalten habe.

Geholfen haben mir auf diesem Weg Therapeut\*innen, die mir ohne Wenn und Aber zur Seite standen und die trotzdem die Verantwortung für mich in meine eigenen Hände gelegt haben. Therapeut\*innen, die zugleich liebevoll und klar waren, mich meinen eigenen Weg gehen ließen und mich dabei begleiteten. Bei all dem war meine Familie an meiner Seite, und wir pflücken jetzt die Lorbeeren von unserem gemeinsamen Weg.

Als Letztes mein Wunsch an Therapeut\*innen und solche, die wie ich, es werden wollen: Sagen Sie Ihren Patienten, was Sie selbst fühlen und was Sie selbst denken. Versuchen Sie es, und seien Sie mutig, Ihre Patienten können damit umgehen. Wenn Sie das nicht tun, spüren Patient\*innen es sowieso. Denn nur mit dieser aufrichtigen Offenheit kann sich die Therapie, wie es in diesem Buch erläutert und beschrieben wird, meiner Meinung nach entfalten und wirken.“

*(Margareta Grün)*

Mannheim, April 2019

Martin Bohus

# 1 Beschreibung der Störung

## 1.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Der Begriff „Borderline“ wurde 1938 von Adolf Stern geprägt. Der Terminus „Borderline“ meinte damals eine unscharfe und fluktuierende „Grenzlinie“ zwischen Psychose und Neurose. Im Zeitraum zwischen 1920 und 1965 erschien eine Vielzahl von Arbeiten, welche die Borderline-Störung dem schizophrenen Formenkreis zuordnete. Mitte der sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts veröffentlichte dann Kernberg (1967) seine klassische Arbeit „Borderline Personality Organization“. Die entwicklungspsychologisch-genetischen Vorstellungen Kernbergs basieren auf der Annahme, die Borderline-Organisation sei eine Art „Fixierung“ auf einer entwicklungspsychologisch frühen Phase. Das von Kernberg entwickelte Borderline-Konzept umfasst alle schwereren Formen der Persönlichkeitsstörungen (etwa 10 % der Bevölkerung) und betont drei Charakteristika: „Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“ wie Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung sowie „intakte Realitätstestung“ bei hoher Vulnerabilität gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld. Die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in das Klassifikationssystem DSM-III basierte weitgehend auf einer viel zitierten Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1975. Gunderson und Singer (1975) postulieren hier fünf Dimensionen, die das Störungsbild auf deskriptiver Ebene abbildeten: dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, psychoseähnliche Kognitionen sowie Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. Später kam noch das Kriterium der „instabilen Identität“ hinzu. Diese acht Kriterien bildeten schließlich als Gesamtheit den Kriterienkatalog des DSM-III. Die einzige Änderung im DSM-IV war schließlich die Einführung des neunten Kriteriums „Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“. Das DSM-5 und schließlich auch die ICD-11 übernahmen weitgehend die Kriterien des DSM-IV. Therapeutisch galt die Borderline-Störung bis in die 1980er Jahre als kaum behandelbar. Die vorwiegend psychodynamischen Ansätze postulierten in der Regel hochfrequente jahrelange Behandlungen ohne nachweisliche Wirksamkeit. Dieser therapeutische Nihilismus änderte sich erst 1991, als Marsha Linehan (Linehan et al., 1991) mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) erstmals einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis erbrachte. Basierend auf eigenen persönlichen Erfahrungen postulierte sie eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation als das zentrale Problem der BPS. Die DBT zielte daher auch vornehmlich auf die Verbesserung der Fertigkeiten im Bereich der Stresstoleranz und Emotionsregulation. Dieser bahnbrechende Ansatz einer phänomenologisch orientierten Psychopathologie und Therapie bereitete auch die Basis für die nun einsetzende neurobiologische Forschung, die erheblich dazu beitrug, die BPS zu entmystifizieren. In den letzten Jahren wurden mehrere störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze aus verschiedenen Schulen entwickelt und evaluiert, so dass heute die Behand-

Historie des Begriffs

Kernbergs Konzept der „Borderline-Organisation“

Gunderson's deskriptiver Ansatz

Linehan's neuro-behaviorales Modell

lung der BPS ihren angemessenen Platz in der psychiatrischen Versorgung und Therapieausbildung gefunden hat.

## 1.2 Definition der Störung

### 1.2.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-11

Die ICD-11 unterzog die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen einer grundlegenden Revision im Sinne eines dimensional Modells. Als einzige kategoriale Störung blieb die Borderline-Störung jedoch erhalten und die neun Kriterien des DSM-5 wurden übernommen. Im Folgenden berücksichtigen wir hier die Diagnosekriterien des DSM-5 (APA/Falkai et al., 2018). Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen erfolgt auf zwei Ebenen: Zunächst muss geprüft werden, ob die *allgemeinen Kriterien* vollständig erfüllt sind (vgl. Kasten).

#### Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-5<sup>1</sup>

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
  - 1. Kognition (d.h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren).
  - 2. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
  - 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
  - 4. Impulskontrolle.
  - 5. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- B. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- D. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- E. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. nach Hirnverletzung).

Im zweiten Schritt wird der Subtypus spezifiziert (vgl. Kasten).

---

1 Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2018, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

## Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (F60.3)<sup>1</sup>

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

### 1.2.2 Klinische Symptomatik

Auf *klinischer Ebene* lässt sich die weitgefächerte Symptomatik von Patientinnen mit BPS in drei Dimensionen gliedern, die sich wechselseitig beeinflussen: Emotionsregulation, Identität und soziale Interaktion.

Emotionsregulation; Identitätsstörungen; Störungen der sozialen Interaktion

#### Problembereich Emotionsregulation

Patientinnen mit Borderline-Störungen erleben Emotionen intensiver und länger anhaltend als Gesunde. Dies betrifft das gesamte Spektrum des emotionalen Systems, also sowohl unangenehme (aversive) als auch angenehme (appetente) Gefühle. Die Betroffenen sind also hypersensitiv, und dies ist zunächst ein wertfreier Begriff. Intensive Wahrnehmung von Natur, von Kunst, von zwischenmenschlicher Schwingung,

Störungen der Emotionsregulation: Sensitivität, Intensität, Dauer