Vorwort

Brauchen wir wirklich ein weiteres Konzept zur psychodynamischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung? Bei allem Respekt vor den bereits entwickelten Konzepten sprechen einige Gründe für die Annahme, dass ein traumaorientierter und ressourcenbasierter Ansatz die therapeutischen Möglichkeiten bereichern kann.

Die empirische Forschungslage zur Prävalenz schwerer Traumatisierungen in der Vorgeschichte von Patienten mit einer Borderline-Störung und die zahlreichen, auf traumatische Einflüsse verweisenden neurobiologischen Befunde legen auch bei Würdigung der genetischen und konstitutionellen Faktoren eine traumatherapeutische Perspektive nahe. Eine derartige Perspektive ist geeignet, eine Vielzahl Borderline-typischer Reaktionsmuster plausibel zu erklären. Dabei handelt es sich um äußerst komplexe Traumatisierungen, die tief in das Bindungssystem der Betroffenen eingreifen und alle wichtigen menschlichen Beziehungen beeinflussen.

Gleichzeitig können wir in den letzten Jahren eine beeindruckende Erweiterung der therapeutischen Optionen im Bereich der Traumafolgestörungen feststellen. Eingebettet in ein psychoanalytisch reflektiertes Beziehungsverständnis nutzen wir die neuen therapeutischen Möglichkeiten inzwischen auch in der Behandlung von Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung. Die systematische Aktivierung von Ressourcenpotenzialen scheint uns dabei eine ideale Ergänzung der strukturbezogenen psychodynamischen Arbeit zu sein.

Das Konzept der »Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie« (RPT), das in grundlegender Form in dem Buch »Trauma und Persönlichkeitsstörungen«[1] dargestellt wurde, soll in diesem Buch auf die spezifischen Problemstellungen von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angewendet werden. Beide Bücher mögen in wechselseitiger Ergänzung und Vertiefung die Erarbeitung dieses Ansatzes unterstützen.

Bei der Entwicklung des Konzeptes der RPT fühlen wir uns vielen hervorragenden Kolleginnen und Kollegen mit psychoanalytischem, traumatherapeutischem, systemischem und hypnotherapeutischem Hintergrund zu Dank verpflichtet. Unter den deutschsprachigen psychodynamischen Autoren seien, stellvertretend für viele andere, Gerd Rudolf und Luise Reddemann genannt, die der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen in besonderem Maße richtungsweisende Impulse gegeben und dieses Konzept maßgeblich beeinflusst haben.

Bezogen auf die Fertigstellung dieses Buches gilt mein besonderer Dank Helga Mattheß, Mitautorin des Kapitels 5, die das gesamte Manuskript durchgesehen und mit zahlreichen wertvollen Ergänzungen bereichert hat. Mein Dank gilt auch meiner Frau Hildegard Wöller, die den Prozess der Entstehung des Buches geduldig begleitet hat.

Ich danke auch den Kolleginnen und Kollegen der Abteilung II der Rhein-Klinik, die das dargestellte Konzept – das in erster Linie für die ambulante Behandlung konzipiert wurde

1 Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

– seit einigen Jahren mit großem Engagement im stationären Bereich angewendet und kontinuierlich verfeinert haben. Einen anschaulichen Einblick in diese Arbeit geben die von Ulrike Funke, Wiebke Pape, Sarah Schnabel und Eva Schuldt verfassten Kapitel zur stationären Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Abschließend gilt ein besonderer Dank unseren Patientinnen und Patienten, von deren unerschöpflicher Kreativität bei der Weiterentwicklung der ressourcenbasierten Interventionen vieles in dieses Buch eingeflossen ist.

Bad Honnef,
im März 2014 **Wolfgang Wöller**

Anschriften der Autoren

Ulrike Funke
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Traumazentrierte Fachbegleiterin
und -betreuerin
Stationspflegeleitung
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: ulrike.funke@johanneswerk.de

Dipl.-Phys. Helga Mattheß
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Psychoanalytikerin, Psychotraumatology
Institute Europe
Großenbaumer Allee 35 a, 47269 Duisburg
E-Mail: helga.matthess@t-online.de

Dr. med. Wiebke Pape
Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberärztin der Abteilung II
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: wiebke.pape@johanneswerk.de

Dipl.-Psych. Sarah Schnabel
Psychologische Psychotherapeutin
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: sarah.schnabel@johanneswerk.de

Eva Schuldt
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für
Psychosomatik und Psychotherapie
Traumazentrierte Fachbegleiterin und
-betreuerin
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: eva.schuldt@yahoo.de

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychoanalytiker
Ärztlicher Direktor und Leitender Arzt
der Abteilung II
Rhein-Klinik
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef
E-Mail: wolfgang.woeller@johanneswerk.de

Inhalt

I Strukturdimensionen der Borderline-Störung

1 Störung der Emotionsregulierung 3

1.1 Borderline-Störung – Begriffliches und Allgemeines 3

1.2 Emotionale Dysregulation mit Dominanz negativer Emotionen 5

1.3 Borderline-typische Emotionen und Affektzustände 6

2 Traumatisierung und Bindungsstörung 15

2.1 Traumaerfahrungen 15

2.2 Neurobiologie der gestörten Emotionsregulierung 17

2.3 Borderline-Störung als Bindungsstörung 19

3 Defizitäre Ich-Funktionen 25

3.1 Kontextabhängigkeit der Defizite 25

3.2 Kognitive Defizite 28

3.3 Störung der Mentalisierungsfunktion 30

3.4 Impulsivität 32

3.5 Weitere Ich-Funktionsdefizite 33

4 Abwehrorganisation und maladaptive Verhaltensmuster 37

4.1 Frühe Abwehrmechanismen und verzerrte Repräsentanzenwelt 37

4.2 Selbstschädigende Verhaltensmuster 41

4.2.1 Schädigung zur Emotionsvermeidung 41

4.2.2 Selbstverletzung 43

5 Beziehungs- und Identitätsstörung 48

Wolfgang Wöller und Helga Mattheß

5.1 Allgemeines 48

5.2 Wechselnde Selbstzustände als Grundlage der Identitätsstörung 52

5.3 Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit 53

5.4 Wechselnde Persönlichkeitszustände und das Modell der Persönlichkeitsanteile 56

5.5 Ein Blick auf die Objektbeziehungstheorie 60

5.6 Selbstverurteilende und nicht integrierte innere Normenwelt 61

6 Aspekte der deskriptiven Diagnostik 66

6.1 Validität der Diagnose 66

6.2 Borderline-Störung als komplexe Traumafolgestörung? 67

6.3 Komorbide Störungen 68
6.4 Psychotische und psychosenahe Symptome 70
6.5 Bipolare Störungen und Borderline-Störung 71

II Grundlinien der Behandlung

7 Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) 77
7.1 Psychodynamisches und traumatherapeutisches Grundverständnis 77
7.2 RPT im Kontext anderer Behandlungsansätze 80
7.3 RPT im Kontext der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 83
7.4 Integration therapeutischer Techniken 85
7.4.1 EMDR 86
7.4.2 Klopftechniken 86

8 Therapeutische Beziehung und Übertragung 92
8.1 Bedrohungserleben und Sicherheitsbedürfnis 92
8.2 Verbale Kommunikation 94
8.3 Nonverbale Kommunikation 96
8.4 Umgang mit negativen Übertragungen 97
8.5 Der »verletzliche Punkt« und die Reparatur der Beziehung 98
8.6 Patientenmitwirkung 100
8.7 Therapiemotivation und Angst vor Veränderung 101
8.8 Postulat eines reifen und reflexionsbereiten Persönlichkeitskerns 104

9 Gegenübertragung und Therapeuten-Selbstfürsorge 107
9.1 Bedeutung der Gegenübertragung 107
9.2 Projektive Identifizierung 110
9.3 Ärger, Wut und Hilflosigkeit 112
9.4 Angst, Verunsicherung und Minderwertigkeit 115
9.5 Feindselige Impulse und Hass gegenüber Patienten 117
9.6 Gegenübertragung mitteilen? 120
9.7 Selbstfürsorge für Therapeuten 121

III Phasenorientiertes Therapiekonzept

10 Phase 1: Sicherheit, Halt und Stärkung der Bewältigungskompetenz 127
10.1 Sicherheit, Beruhigung und Reduktion des Bedrohungsgefühls 127
10.2 Kontrolle 131
10.3 Edukation und Transparenz 131
10.4 Halt und Schutz – Grenzsetzung und Verträge 133
10.5 Stärkung der Alltagskompetenz 135
10.6 Selbstschädigende Verhaltensmuster 136

10.7 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten 138
10.8 Suizidalität 139
10.9 Pharmakotherapie 141

11 Phase 2: Emotionsregulierung und Selbstfürsorge 144
11.1 Empathisches Erfassen der Affektzustände 144
11.2 Positive und angemessene Emotionen generieren 146
11.3 Positive Emotionen verstärken und verankern 147
11.4 Affektzustände nach Vergangenheits- und Gegenwartsanteilen differenzieren 149
11.5 Affekte und Körperempfindungen achtsam wahrnehmen 151
11.6 Affekttoleranz und State-Integration stärken 152
11.7 Umgang mit Impulsivität, Ärger und ohnmächtiger Wut 153
11.8 Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge 154
11.9 Selbstakzeptanz als Mitgefühl für sich selbst 157
11.10 Arbeit mit dem inneren Kind 158
11.11 Kognitive Arbeit zur Reduktion des Bedrohungsgefühls 160
11.12 Gefühl einer positiven Bindungserfahrung vermitteln 162

12 Phase 3: Strukturbezogene Arbeit an defizitären Ich-Funktionen 166
12.1 Modifikation maladaptiven Verhaltens und Identifikation von Ich-Funktionsdefiziten 166
12.2 Die Stressabsorptionstechnik 171
12.3 Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit 172
12.4 Stärkung der Fähigkeit, Bedürfnisse mitzuteilen und Hilfe anzunehmen 173
12.5 Stärkung der Objektkonstanz 174
12.6 Stärkung der Mentalisierungsfunktion 174
12.7 Vom dichotomen zum ausgewogenen Denken 177
12.8 Stärkung der Arbeitsfähigkeit und Motivation 178
12.9 Arbeit mit kindlichen und destruktiven Persönlichkeitsanteilen 181
12.10 Arbeit mit aggressiven und manipulativen Persönlichkeitsanteilen 184
12.11 Selbst-Objekt-Differenzierung und Realitätsprüfung 185

13 Phase 4: Schonende Traumabearbeitung 188
13.1 Traumabearbeitung bei der Borderline-Störung? 188
13.2 Was bedeutet Traumabearbeitung? 189
13.3 Sprechen über traumatische Erfahrungen oder EMDR? 190
13.4 Herausforderungen und Chancen der Traumabearbeitung 192
13.5 Planung des traumabearbeitenden Vorgehens 195

14 Phase 5: Konfliktbearbeitung und die Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern 199
14.1 Tiefergehende Bearbeitung alter und neuer Themen 199

14.2 Verhaltensinszenierungen früher traumatischer Erfahrungen _ 201
14.3 Analyse früher Abwehrmechanismen _____ 203
14.4 Entwicklung gesunder Abhängigkeit und Beziehungsfähigkeit _____ 204
14.5 Scham, Trauer und Anpassung an die Umwelt _____ 206
14.6 Beendigung der Therapie _____ 207
14.7 Therapiedauer _____ 208

IV Komorbide Bedingungen und spezifische Settings

15 Behandlung komorbider Störungen _____ 213
15.1 Allgemeines _____ 213
15.2 Depressive Störungen _____ 214
15.3 Maniforme Zustände _____ 215
15.4 Posttraumatische Belastungsstörung _____ 215
15.5 Dissoziative Störungen _____ 216
15.6 Schlafstörungen und Albträume __ 219
15.7 Essstörungen _____ 219
15.8 Substanzmissbrauch _____ 220

16 Familie und andere Angehörige _____ 226
16.1 Familienorientierte Interventionen _ 226
16.2 Edukation für Angehörige _____ 227
16.3 Wie können Angehörige die Patienten auf ihr schädliches Verhalten ansprechen? _____ 228

17 Partnerschaft und Sexualität 232
17.1 Allgemeines _____ 232
17.2 Borderline-typische Beziehungsprobleme _____ 233
17.3 Edukative Interventionen in Paargesprächen _____ 235
17.4 Ressourcenbasierte Paartherapie: Verletzlichkeitszirkel identifizieren _ 237
17.5 Aus dem Kampfmuster aussteigen _ 239
17.6 Achtsames Beobachten und Selbstfürsorge _____ 240
17.7 Sexualität bei Borderline-Patienten _ 241

18 Gruppenpsychotherapie ____ 247
18.1 Vorteile der Gruppentherapie ____ 247
18.2 Ressourcenbasiertes psychodynamisches Vorgehen und Indikation _ 248
18.3 Behandlungstechnische Details ___ 249
18.4 Förderung der Mentalisierungsfunktion _____ 251
18.5 Übertragung und Gegenübertragung _____ 252
18.6 Settingfragen _____ 253

V Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störung

19 Ressourcenbasiertes stationäres Behandlungskonzept ____ 259
Sarah Schnabel
19.1 Grundlagen _____ 259
19.2 Ablauf der Therapie _____ 260
19.2.1 Aufbau von Arbeitsbeziehungen ____ 260

19.2.2 Förderung der affektiven Selbstwahrnehmung 262
19.2.3 Aktivierung von Ressourcen 263
19.2.4 Verbesserung der Affektregulation und Impulssteuerung 264
19.2.5 Verringerung der Häufigkeit und Intensität dissoziativer Symptome 265
19.2.6 Erweiterung der interaktionellen Fertigkeiten 265
19.2.7 Verbesserung der Selbstannahme und Entlastung von Schuldgefühlen 266
19.2.8 Intensivierung der Selbstfürsorge 267
19.2.9 Bearbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen 269
19.2.10 Vorbereitung des Transfers in den Alltag 270

20 Teamarbeit in der stationären Behandlung 274
Wiebke Pape

20.1 Borderline-typische Problematik im stationären Setting 274
20.2 Unser Setting 275
20.3 Hilfreiche Konzepte 276
20.4 Die Beziehungskontexte 278
20.4.1 Einzeltherapie 278
20.4.2 Bezugspflege 279
20.4.3 Analytisch-interaktionelle Gruppentherapie 279
20.4.4 Pflege 280
20.4.5 Kunsttherapie 281
20.4.6 Die »neuen Gruppen« 282
20.4.7 Visite 282
20.4.8 Das Team als Ganzes – die Großgruppe 283
20.4.9 Die selbstgeleiteten Gruppen 284
20.4.10 Wenn alle vernetzt sind 284
20.5 Unsere Haltung nach innen 285
20.5.1 Raum für Affekte 285
20.5.2 Alle Perspektiven sind wichtig 286
20.5.3 Austausch über Grenzen 286
20.5.4 Akzeptanz unserer Eigenheiten 287
20.5.5 Reflektieren, was wir gerade tun 288
20.5.6 Supervision 289
20.6 Unsere Haltung nach außen 289
20.6.1 Bedeutung der Eigenständigkeit 289
20.6.2 Wir wissen auch nicht alles besser 290
20.6.3 Grenzen setzen 291
20.6.4 Begrenzungen der Realität akzeptieren 292
20.7 Wenn es gut läuft […] 293

21 Interventionen des Pflegeteams 295
Ulrike Funke und Eva Schuldt

21.1 Einführung 295
21.2 Rolle des Pflegeteams 295
21.3 Entscheidungsspielräume entwickeln 298
21.4 Stabilität halten lernen 299
21.5 Umgang mit Konflikten 301
21.6 Umgang mit der Schwere: Die Humorgruppe 303
21.7 Umgang mit Selbstverletzung und Suizidalität 305
21.8 Umgang mit dissoziativen Episoden 307
21.9 Schriftliche Vereinbarungen 309

Sachverzeichnis 312

I

Strukturdimensionen der Borderline-Störung

1 Störung der Emotionsregulierung

1.1 Borderline-Störung – Begriffliches und Allgemeines

Störungen der Emotionsregulierung sind das zentrale Merkmal von Patientinnen und Patienten[1] mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Leichsenring et al. 2011; Rosenthal et al. 2008). Sie stehen in engem Zusammenhang mit den weiteren Problembereichen der Patienten: ihrer Neigung zu Impulsivität, den Problemen der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung und der Störung der Identität (ICD-10; WHO 2000).

Die Borderline-Störung ist nicht nur ein schweres, sondern auch ein häufiges psychisches Störungsbild – mit *Prävalenzraten* von 1 bis 2 % in der Allgemeinbevölkerung, etwa 10 % in ambulanten und 15 bis 20 % in stationären Psychotherapiepopulationen. Die bisher größte epidemiologische Studie mit 35 000 untersuchten Personen erbrachte eine *Lebenszeitprävalenz* von 5,9 % in der Allgemeinbevölkerung (Grant et al. 2008; Tomko et al. 2013).

Die Borderline-Störung geht mit einer erheblichen Einschränkung der *Lebensqualität* einher (Ishak et al. 2013) und ist mit einem hohen Maß an *Selbstgefährdung* verbunden. 75 % der Patienten haben *Selbstverletzungen* in ihrer Vorgeschichte (Dubo et al. 1997). *Suizidversuche* kommen bei etwa 20 % vor (Soloff u. Fabio 2008); in etwa 10 % der Fälle führen sie zum vollendeten Suizid (Black et al. 2004; Paris 2002). Als Folge ihrer interpersonellen Beziehungsproblematik sind Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungen einer ungewöhnlich starken *Stigmatisierung* ausgesetzt, nicht nur bei Interaktionspartnern des Alltagslebens, sondern auch bei professionellen Behandlern (Aviram et al. 2006).

Wir wissen heute aus epidemiologischen Untersuchungen, dass *beide Geschlechter* gleichermaßen betroffen sind. Das häufig berichtete Überwiegen des weiblichen Geschlechts konnte in neueren Studien nicht mehr bestätigt werden (Grant et al. 2008). Die früheren Ergebnisse beruhten auf Daten, die an Patienten in allgemeinpsychiatrischen und psychotherapeutischen Settings erhoben worden waren; in diesen Populationen waren tatsächlich über 70 % der als Borderline-Störung diagnostizierten Patienten weiblich (Schwartz 1991). Wir müssen aber annehmen, dass männliche Borderline-Patienten in diesen Settings unterrepräsentiert und eher, mit oder ohne adäquate Diagnosestellung, unter Substanzabhängigen und im Justizsystem anzutreffen sind, denn die Borderline-Erkrankung weist eine hohe Komorbidität mit der Substanzabhängigkeit auf (► Kap. 15.8) und 29,5 % der zu Gefängnishaft Verurteilten erhalten eine Borderline-Diagnose (Black et al. 2007).

Die Borderline-Störung kommt in allen gesellschaftlichen Schichten vor und findet sich tendenziell häufiger bei Personen, die aus *geringeren Einkommens- und Bildungsschichten* stammen (Grant et al. 2008; Lenzenweger et al. 2007).

1 Im Folgenden werden wir in unsystematischer Variation entweder die männliche oder weibliche Form verwenden, immer in der Absicht, beide Geschlechter zu bezeichnen. In den Fällen, in denen wir nur das eine Geschlecht meinen, machen wir dies durch die Zusätze »männlich« und »weiblich« kenntlich.

Wir sprechen in diesem Buch, der Gewohnheit folgend, von »Borderline-Persönlichkeitsstörung«. Doch ist der in der ICD-10 (WHO 2000) an erster Stelle aufgeführte Begriff der »Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung« wegen der großen Bedeutung der Störung der Emotionsregulierung treffender als der historisch gewachsene Begriff »Borderline«. Der in den 1930er Jahren von Stern (1938) geprägte Begriff der »border line group« sollte zum Ausdruck bringen, dass sich die damit beschriebenen Patienten weder eindeutig der Diagnosegruppe der Neurosen[2] noch derjenigen der Psychosen zuordnen ließen, sondern an der »Grenzlinie« zwischen beiden anzusiedeln seien. Bezeichnungen wie »borderline state« (Knight 1953), »borderline syndrome« (Grinker et al. 1968) und »borderline character« (Giovacchini 1978) hatten sich in einem solchen Maße durchgesetzt, dass der Borderline-Begriff auch beibehalten wurde, als das Störungsbild in der amerikanischen DSM-Klassifikation (APA 1980, 1996) den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet wurde (Herpertz u. Saß 2011; Kind 2011; Wöller u. Huppertz 1984). Die seit Mai 2013 als *DSM-5* vorliegende 5. Revision der DSM-Klassifikation hat die diagnostische Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung weiter beibehalten (APA 2013). Die für 2015 zu erwartende ICD-11 wird voraussichtlich an dem Begriff der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung festhalten (Maercker et al. 2013; WHO 2007).

Trotz der Schwere der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die *Prognose nicht ungünstig*. Die methodisch sorgfältig durchgeführten Verlaufsuntersuchungen deuten übereinstimmend auf eine langfristige Besserung der Borderline-Symptomatik hin (Zanarini u. Hörz 2011). Einige der wichtigsten neueren Befunde seien an dieser Stelle aufgeführt:

- Eine über 10 Jahre durchgeführte Langezeitkatamnese zeigt, dass 2 Jahre nach Behandlungsbeginn bei 39,3 % der Patienten die Borderline-Kriterien nicht mehr nachweisbar waren. Nach 4 Jahren waren 61,6 %, nach 6 Jahren 83,5 % und nach 10 Jahren 88 % remittiert (Zanarini et al. 2006). Im Vergleich zu Patientinnen mit affektiven Störungsbildern brauchten Borderline-Patientinnen länger bis zum Eintritt der Remission. War diese einmal eingetreten, kam es bei ihnen wesentlich seltener zu Rückfällen. 50 % hatten nach 10 Jahren ein gutes soziales und berufliches Funktionsniveau erreicht (Zanarini et al. 2006, 2010). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Langzeitstudie von Gunderson et al. (2011), bei der 85 % der untersuchten Patientinnen nach 10 Jahren die Borderline-Kriterien nicht mehr erfüllten.
- Die einzelnen Borderline-Symptome remittieren in sehr unterschiedlichem Maße: Während Symptome der Impulsivität, der Selbstverletzung und Suizidversuche und auch dissoziative Symptome früher zurückgehen, brauchen die affektiven Symptome, vor allem die chronische Dysphorie und die Verlassenheits-, Leere- und Abhängigkeitsgefühle längere Zeit bis zur Remission (Arens et al. 2013; Zanarini et al. 2007, 2008).
- Obwohl die meisten Symptome während der Untersuchungszeiträume zurückgehen, bleibt eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber jeder Form von Stress noch längere Zeit ein ernst zu nehmender Problembereich der Borderline-Patienten (Reed et al. 2012).

Auch wenn es bei derartig langen Untersuchungszeiträumen unmöglich ist, anzugeben, welche Effekte auf therapeutische und welche auf andere Einflüsse zurückzuführen sind, können die Befunde der Langzeituntersuchungen insgesamt als ermutigend gelten. Die Langzeitkatamnesen machen aber auch deutlich, dass

2 Wird heute als »neurotische Störungen« bezeichnet.

genügend lange Behandlungszeiten notwendig sind, um nachhaltige Besserungen zu erzielen – sehr in Übereinstimmung mit neueren Metaanalysen zur Wirksamkeit von Langzeittherapie bei komplexen psychischen Störungen und vor allem Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring et al. 2013). Und sie zeigen, dass weitere konzeptuelle Anstrengungen notwendig sind, um auch die affektive Symptombelastung der Patienten therapeutisch zu beeinflussen.

1.2 Emotionale Dysregulation mit Dominanz negativer Emotionen

Obwohl der Begriff der »Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung« das zentrale Problem der Patienten besser erfasst als der gebräuchliche Begriff der Borderline-Störung, bringt auch er nicht genügend zum Ausdruck, dass das beherrschende regulatorische Problem nicht auf die Instabilität der Emotionen beschränkt ist.

Vielmehr ist das Verhältnis positiver zu negativen Affekten eindeutig zum *negativen Pol hin verschoben*. Zwar können bei der Borderline-typischen emotionalen Reaktivität immer auch, zumindest für eine gewisse Zeit, positive Affektzustände auftreten, jedoch *dominieren negative Affekte*, was das Hauptproblem von Patientinnen mit einer Borderline-Störung ist. Die Auswertung von Tagebucheintragungen ergab, dass Patientinnen mehr unangenehme Affekte und stärkere kurzzeitige Fluktuationen negativer Affektivität erleben als gesunde Kontrollpersonen (Stein 1996). Sie geraten signifikant häufiger in Zustände der Angst und Dysphorie als die Kontrollpersonen und können sich schlechter als diese von negativen Emotionen distanzieren (Koenigsberg 2011). Auch berichten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich weniger positive Emotionen im Vergleich zu Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung (Reed u. Zanarini 2011). In einer qualitativen Untersuchung beschrieben Patienten mit einer Borderline-Störung ihre Emotionen im Vergleich zu depressiven Patienten ausschließlich negativ mit Begriffen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Wut und Angst; positive Gefühle wie Freude oder Liebe waren in ihren Schilderungen kaum zu finden (Dammann u. Benecke 2004).

Die umfassende Störung der Emotionsregulierung von Borderline-Patienten äußert sich darin, dass diese unter Stress abrupt mit großer Geschwindigkeit von einem interpersonell aktivierten Stimmungszustand in einen anderen wechseln und dabei verschiedene überwiegend dysphorische emotionale Zustände von Depression, Angst und Wut während eines Tages erleben können (Koenigsberg et al. 2002; Lieb et al. 2004). Doch scheint bei ihnen, anders als vielfach angenommen (Linehan et al. 1993), nicht eine allgemein erhöhte emotionale Reagibilität, sondern eine insgesamt erhöhte Ausprägung negativer Emotionalität vorzuliegen. Neueren Untersuchungen zufolge kennzeichnet extreme negative Affektivität die Emotionalität von Patientinnen mit einer Borderline-Störung offenbar besser als die bislang zumeist angenommene emotionale Hyperreaktivität (Feliu-Soler et al. 2013; Jacob et al. 2009).

> Experimentell lässt sich zeigen, dass die soziale Wahrnehmung durch ein *verstärktes Bedrohungserleben* geprägt ist: Patienten mit einer Borderline-Störung nehmen neutrale Gesichter tendenziell als bedrohlich und nicht wohlwollend wahr (Donegan et al. 2003; Scott et al. 2011).

Wie ist das zu verstehen? Neuere Studien deuten darauf hin, dass vor allem stärkere und länger anhaltende emotionale Reaktionen auf bedrohliche Stimuli, die mit der Erinnerung an *Misshandlungen oder Verlassenwerden* verbunden sind, für die intensiven und anhalten-

den negativen emotionalen Reaktionen verantwortlich sind (Lobbestael u. Arntz 2010). Die Befunde sprechen für die Annahme, dass die starke Ausprägung negativer Emotionen darauf zurückzuführen ist, dass *traumatische Erinnerungen im Alltagsleben aktualisiert* werden. Alltagsstimuli, die mit belastenden Erfahrungen der Vergangenheit assoziativ verbunden sind, bewirken die Aktivierung der damaligen traumatischen Affekte, die zu den Gegenwartsaffekten hinzukommen. In der Regel sind es Alltagssituationen, die geeignet sind, über assoziative Verknüpfungen *bindungsrelevante Ängste der Kindheit* zu aktualisieren (▸ Abschn. 1.3).

Frühere Hypothesen, nach denen Borderline-Patienten eine generell verminderte Fähigkeit zur *Emotionswahrnehmung* haben, lassen sich nach heutiger Auffassung nicht aufrechterhalten. Bei genauerer Betrachtung der Reaktionsmuster von Betroffenen ist sogar anzunehmen, dass ihre Fähigkeit zur Wahrnehmung negativer Reize erhöht sein kann (Koenigsberg et al. 2002; Scott et al. 2011). Dies passt zu unserer klinischen Beobachtung, dass Borderline-Patienten äußerst wachsam kleinste Veränderung unserer Gesichtsmimik bemerken, die anderen Menschen nicht auffallen würden. Sie interpretieren aber das, was sie sehen, häufiger als negative Emotion. Offensichtlich ist also nicht ihre Fähigkeit der Emotionswahrnehmung eingeschränkt, sondern die als »emotionale Intelligenz« umschriebene Fähigkeit, die Emotionen zu verstehen und einzuordnen (Peter et al. 2013).

1.3 Borderline-typische Emotionen und Affektzustände

Vor dem Hintergrund der bindungstraumatischen Kindheitserfahrungen der Patientinnen gehen wir davon aus, dass der überwältigende Charakter und die tendenziell bedrohliche Färbung der Borderline-typischen Emotionen durch assoziative Verknüpfungen mit frühen Bindungserfahrungen, vor allem des *kindlichen Alleingelassenseins*, zustande kommen. Situationen, die über assoziative Brücken frühere *Gefühle der Bedrohung von Autonomie, Selbstwert und Identität* aktivieren, können in ähnlicher Weise Zustände emotionaler Dysregulation herbeiführen. Dabei können minimale Auslöser das Borderline-typische Bedrohungserleben in Gang setzen. Viele Borderline-Patienten leben daher mit dem unterschwelligen Gefühl, zu jedem Zeitpunkt von einer wichtigen Bezugsperson verlassen werden zu können (Rinsley 1989). Was die Auslösemomente sind, ist den Patienten in der Regel nicht bewusst.

> Eine Patientin geriet in einen Zustand verzweifelten Alleingelassenseins, als sie beim Betreten ihrer Wohnung überrascht feststellte, dass die Person, die sie darin erwartet hatte, nicht anwesend war.

Typischerweise finden wir *globale, überwältigende und undifferenzierte Affektzustände* (Krystal 1978), die über Stunden andauern und von unangenehmen körperlichen Spannungen begleitet sind. Die Heftigkeit und Undifferenziertheit der entstehenden Affektzustände erklärt sich daraus, dass sich Gefühlszustände von belastenden Momenten der Gegenwart mit denen von traumatischen Erfahrungen der Vergangenheit vermischen.

> Eine Patientin konnte ihren Gefühlszustand nicht näher beschreiben. Der Zustand fühlte sich nur »total schlecht« an und war von einem intensiven körperlichen Spannungsgefühl begleitet. Erst nach und nach ließ sich herausarbeiten, dass überwältigende Gefühle von Ohnmacht, Scham und Alleingelassensein mit ihm verbunden waren.

Betrachten wir die Borderline-typischen Emotionen und Affektzustände im Einzelnen (Hoffmann 1998; Woods 2008):

- In ihrem Zentrum stehen *Ängste vor dem Verlassenwerden* oder als existenziell bedrohlich erlebte *Gefühle verzweifelten Verlassenseins*. Beide Gefühle können unterschiedliche Färbungen annehmen: Sie können sich als *Angst* vor dem Ausgeschlossenwerden, der Zurückweisung oder der Isolation oder als *Gefühl* des Ausgeschlossenseins, der Zurückweisung oder der Isolation manifestieren. Oft sind diese Zustände verbunden mit Gefühlen der Leere, des hilflosen Ausgeliefertseins und der ohnmächtigen Wut. Nicht selten berichten die Patienten von dem Gefühl oder der Angst, ohne jede Verbindung zu den anderen Menschen zu sein. Auch wenn viele Patienten mit einer Borderline-Störung das Alleinsein nicht ertragen können, ist es oft nicht das Alleinsein selbst, was sie als Bedrohung erleben, sondern der *Moment des Verlassenwerdens*. Manche Patienten leben allein, weil sie spüren, dass Trennungserfahrungen unvermeidbar wären, wenn sie sich auf ein Zusammenleben mit einem anderen Menschen einließen.

  P: Abschiede sind für mich unerträglich. Es ist, als würde ich völlig alleingelassen.

- Auch Ängste, *vereinnahmt* zu werden und fremder Bestimmung *ausgeliefert* zu sein, können überflutenden Charakter annehmen und mit Identitätsverlust und dem Verlust der Selbstgrenzen assoziiert sein. Die Ängste können auch körperlich erlebt werden als Gefühl, zu ersticken.

  P: Es war ein unerträgliches Gefühl, dass mir etwas übergestülpt werden sollte. Ich hatte Angst, nicht mehr zu existieren.
  P: Das war nicht mehr ich selbst. Das war ein Gefühl, als wäre ich ein Teil von ihr.

- Schließlich können auch *Ängste vor Kontrollverlust* bestehen, die mit der Angst verbunden sind, von konflikthaften Impulsen und Vorstellungen überwältigt zu werden, z. B. durch den Impuls, andere zu verletzen oder zu schädigen.

  P: Ich komme immer wieder in Zustände, in denen ich nur rotsehe. Ich habe total Angst, dass es irgendwann mit mir durchgeht und ich völlig ausraste.

- *Wut und Ärger* spielen bei vielen, allerdings nicht bei allen Patienten mit einer Borderline-Störung eine wichtige Rolle. Viele Patienten fühlen sich wütend, auch wenn sie es nicht offen äußern. Patienten, die experimentell induzierten Frustrationen beim Spielen ausgesetzt waren, zeigten ein um das Dreifache höheres Aggressionsniveau als gesunde Probanden (Dougherty et al. 1999). Genauere Analysen der Abfolge der Emotionen ergaben, dass vor den Zuständen des Ärgers und der Wut am häufigsten Zustände der Angst herrschten (Reisch et al. 2008). Dies kann als Beleg dafür angesehen werden, dass Ärger und Wut von Borderline-Patienten als *Abwehrphänomene tiefer liegender Ängste* verstanden werden sollten. Zum einen wird das unerträgliche diffuse Gefühl des Verlassenwerdens erträglicher, wenn es durch einen konturierteren Affekt wie Wut abgelöst wird. Zum anderen vermittelt das Gefühl der Wut eine Handlungsmacht gegenüber einer anderen Person, indem es den Wechsel von

der Opfer- in die Täterrolle ermöglicht (Krause 2001). Meist kann nur aufgrund einer situativ nicht ableitbaren Wut indirekt auf ein zugrunde liegendes Gefühl des Verlassenwerdens geschlossen werden. Auch wenn Borderline-Patienten häufig aggressiv wirken und der Affekt der Wut oft im Zusammenhang mit der Borderline-Störung erwähnt wird – so z. B. im Katalog der Diagnosekriterien der ICD-10 (WHO 2000) und der DSM-IV (APA 1996) –, wird leicht übersehen, dass *Angst der dominierende Affekt* ist. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil Patienten mit einer Borderline-Störung von Interviewern selten als ängstlich eingeschätzt werden (Dörner 1998; Dulz 1999).

- Tatsächlich ist die Wut der Patienten meist Ausdruck *ohnmächtiger Wut* und im subjektiven Erleben der Patienten eher mit dem traumatischen Gefühl der *Ohnmacht* als mit einer gerichteten aggressiven Regung verknüpft. Ohnmächtige Wut kann von den bedrohlichen Gefühlen des Ausgeschlossenseins, des Alleingelassenseins, des Verratenwerdens oder der Bedeutungslosigkeit ausgehen. Das Erleben von Hilflosigkeit und das Gewahrwerden interpersoneller Defizite können kindlich-ohnmächtige Wutgefühle hervorrufen. Auch das für eine Identitätsstörung typische Gefühl, nicht zu wissen, wer man ist, kann unerträgliche Gefühle von Ohnmacht und ohnmächtiger Wut auslösen.
- *Schamgefühle* sind ebenfalls zentral für die Persönlichkeit von Borderline-Patienten. Als Ausdruck ihrer ausgeprägten Selbstwertproblematik sind sie besonders eng mit chronischer Suizidalität, selbstschädigendem Verhalten, Wut und Impulsivität verbunden (Lammers u. Jacob 2011). Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind im Innersten beschämt, weil sie sich durch Zurückweisung verletzt fühlen und Alleingelassensein erfahren (Lester 1997; Levy et al. 2007; Rusch et al. 2007).

> **P:** Jemand, den man alleinlässt, kann ja nichts wert sein.

Nicht wenige Patienten werden von intensiven Gefühlen der Scham regelrecht überflutet. Das Gefühl, vor Scham versinken zu müssen und unsichtbar sein zu wollen, ist oft verbunden mit der Überzeugung, zu Recht zurückgewiesen zu werden. Scham hat dann eine »toxische« Qualität von großer Schmerzhaftigkeit, die sich in einer globalen Selbstentwertung und der Überzeugung mitteilt, falsch, fehlerhaft und wertlos zu sein. Implizite und unbewusste schambezogene Erinnerungen und Fantasien sind bei Borderline-Patienten für ihre erhebliche emotionale Verletzlichkeit verantwortlich (Lansky 1987). Aus Angst vor Überflutung durch Schamgefühle vermeiden sie Situationen, die Scham auslösen könnten, wie Hilfe anzunehmen oder soziale Zusammenkünfte. Schamgefühle können besonders für Patienten mit ausgeprägteren narzisstischen Anteilen vernichtenden Charakter annehmen. Gedemütigt zu werden kann unter einer evolutionären Perspektive gleichbedeutend mit dem Ausschluss aus der Gemeinschaft der Artgenossen sein. Scham kann sekundäre Reaktionen wie Ärger oder Wut auslösen und mit starker Impulsivität verbunden sein (Tangney et al. 2002). Die Abwehr der Schamgefühle kann auch Dissoziationen und Selbstschädigung umfassen (Coid 1993; Philipsen et al. 2004). Schamgefühle werden leicht übersehen, wenn sie hinter aggressiv-fordernden oder feindselig-vorwurfsvollen Verhaltensweisen verborgen sind.

- Als weitere Borderline-typische Emotionen sind *Zustände der Leere* zu nennen. Leere-

gefühle sind schwer zu definierende Gefühlszustände; am ehesten lassen sie sich mit dem Begriff der »Unfähigkeit, zu fühlen« beschreiben. Sie kommen in Verbindung mit Gefühlen der Einsamkeit und Isolierung, aber auch mit Gefühlen der Entfremdung, der Bedürftigkeit und der Hoffnungslosigkeit vor. Gelegentlich manifestieren sie sich als viszerale Empfindungen, die im Bauch oder in der Brust gespürt werden. Für viele Patienten repräsentieren sie ein *schmerzhaft empfundenes Gefühl eines Mangels* (Klonsky 2008). Besonders oft gehen sie Suizidimpulsen voraus (Schnyder et al. 1999). Der scheinbare Affektmangel in den Zuständen der Leere kann auch als dissoziatives Phänomen verstanden werden (Benecke et al. 2011).

- Verschiedene Autoren haben darauf aufmerksam gemacht, dass die Borderline-Störung mit einer Erfahrung von *intensivem inneren Schmerz* verbunden ist (Holm u. Severinsson 2008; Zanarini u. Frankenburg 2007; Zittel et al. 2005). Der für Borderline-Patienten charakteristische innere Schmerz ist mit einer Vielzahl dysphorischer Affekte assoziiert: mit extremer Trauer, Angst vor Ersticken, Fragmentierung, Gefühlen der Identitätslosigkeit, des Kontrollverlusts, der Destruktivität und des Opferseins. Wenn die Gefühle des Betrogenwerdens, des Verletztseins und des Kontrollverlusts gemeinsam vorkommen, sind sie besonders eng mit der Diagnose einer Borderline-Störung verknüpft (Zanarini et al. 2007). Eine vorübergehende Trennung oder ein nicht erwartetes Alleinsein kann das Gefühl völliger Isolation und totalen Abgeschnittenseins von der Welt hervorrufen. Es ist ein *katastrophaler Schmerz*, oft verbunden mit dem Gefühl, nicht mehr zu existieren, in dem der Schmerz des kindlichen Alleingelassenseins wiederkehrt. Die Intensität und der überwältigende Charakter dieser Affektzustände machen verständlich, dass Borderline-Patienten – bewusst oder unbewusst – *alle Mittel recht sind*, um diese Zustände zu beenden oder nicht entstehen zu lassen, und seien die Mittel noch so destruktiv.

> **P:** Ich fühle mich wie innerlich verbrannt. Es ist ein Schmerz, den man schwer beschreiben kann.

- Immer wieder kommen auch Zustände *primärer undifferenzierter Angst* vor, die als *katastrophale Bedrohung* empfunden und am ehesten als Angst vor der *Auflösung eines kohärenten Selbst* verstanden werden können. Es sind wortlose Ängste vor katastrophaler Vernichtung, für die verschiedenartige Begriffe geprägt wurden. Es ist die Rede von der »Angst vor dem Zusammenbruch« (Winnicott 1980) oder dem »Auseinanderfallen« (Adler u. Buie 1979). Andere Autoren sprechen von »namenlosen Schrecken« (Bion 1962/1990), einem »Schrecken ohne Auflösung« (Hesse u. Main 1999), dem »Gefühl endlosen Falles« (Knox 2008) oder dem »Gefühl eines Abgrundes, in dem alle Bedeutung kollabiert« (Grotstein 1990). Sie sind mit Gefühlen der Bedrohung, Scham, Wertlosigkeit, Bedeutungslosigkeit und Hoffnungslosigkeit verbunden (Adams 2006, 2011). Jede Abwehrmaßnahme, und sei sie auch noch so sehr mit dem Preis der verzerrten Realitätswahrnehmung erkauft, muss ergriffen werden, um das »Undenkbare« zu verhindern, das der Vernichtung gleichkommt.
- Die genannten Affekte können auch *in sexualisierter Form* erscheinen, was im Zusammenhang mit dem Kontrollverlust zu einer überwältigenden Empfindung von Scham und Demütigung führen kann. Das Gefühlsgemisch mit einer Färbung von Ge-

walt und sexueller Erregung spiegelt die »archaische Gleichsetzung von traumatischen Gefühlsstürmen, Sexualisierung und Aggression« wider (Wurmser 2007).

P: Ich fühle mich total allein, alles ist nur grauenhaft. Am liebsten wäre ich gar nicht da. Dann geht es wieder eine Zeitlang, bis alles wieder zusammenbricht. Meine Gefühle sind mir ein einziges Rätsel.
P: Solange ich für mich allein bin, geht es. Wenn mich Menschen ansprechen, entsteht sofort das Gefühl: Was wollen die jetzt von mir? Was habe ich falsch gemacht? Ich möchte dann am liebsten sofort weglaufen.
P: Manchmal reicht ein einziger Satz oder nur der Tonfall, wie jemand etwas sagt, und der Tag ist gelaufen. Dann geht es mir nur noch schlecht und ich verkrieche mich.

- Der von vielen Patienten berichtete *Selbsthass* hat seinen Ursprung in den bindungstraumatischen Erfahrungen der Kindheit, als Gefühle von Wut und Hass von der Beziehung zur frühen Bezugsperson ferngehalten und gegen die eigene Person gelenkt werden mussten. Für das Kind war es doch weniger gefährlich, die Wut auf sich zu lenken, als sich dem vernichtenden Gefühl des Alleingelassenseins auszusetzen. Im Selbsthass konnte immerhin die Beziehung zur Bezugsperson aufrechterhalten bleiben. Selbsthass ist eng verbunden mit dem Gefühl eigener Wertlosigkeit und eigener Schlechtigkeit.

P: Ich gehe schlecht mit mir um, weil ich es verdiene, weil ich nichts wert bin, weil ich nicht mehr wert bin als ein Stück Dreck.

- Häufig werden *depressive Stimmungen* oder auch *quälende körperliche Spannungszustände* berichtet. Diese treten an die Stelle von Gefühlen der Angst, der Isolierung und des Verlassenwerdens. Implizite Erinnerungen von Hilflosigkeit, Furcht, Schrecken und Zurückweisung teilen sich in Haltung, Stimme, Worten und Verhaltensweisen mit. Oft können jedoch zumindest ansatzweise Emotionen gespürt werden, die diese Spannungszustände begleiten (Stiglmayr 2011; Wolff et al. 2007).

P: Manchmal spüre ich doch etwas hinter all den Körperspannungen. Es fühlt sich nicht gut an. Dann ist es wieder weg und ich fühle nur noch die Spannung.

- Auch Zustände der *emotionalen Taubheit* und des *Abgekoppeltseins* kommen vor. Einer Untersuchung zufolge dominieren bei einem Fünftel der Borderline-Patienten Zustände der emotionalen Überregulierung mit einer verminderten Fähigkeit zum Affekterleben und Affektausdruck ähnlich der Alexithymie (van Dijke et al. 2010). Die Tendenz zu Leere und einem »flachen« Gefühl kann dann durch Episoden von Wut, Angst oder Verzweiflung unterbrochen werden.
- Eine Untersuchung des mimisch-affektiven Verhaltens ergab, dass Patientinnen mit einer Borderline-Störung signifikant häufiger *Ekel* im Vergleich zu den gesunden Frauen zeigten (Buchheim et al. 2007; Krause 2002; Schienle et al. 2013).

Allgemein betrachtet hängen Qualität und Quantität des Affekterlebens auch wesentlich davon ab, ob eine *Aktivierung oder Deaktivierung des Bindungssystems* vorliegt. Eine Aktivierung des Bindungssystems findet sich typischerweise bei anklammernden Beziehungs-

mustern von Patienten mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil (Kobak u. Sceery 1988), eine Deaktivierung bei den beziehungsvermeidenden Verhaltensmustern von Patienten mit unsicher-distanziertem Bindungsstil (McCullough et al. 2003). Besonders im letztgenannten Fall kann das Grundgefühl des Alleingelassenseins durch *andere intensive Affekte*, durch *unreife Abwehrmechanismen* oder durch *destruktive Verhaltensmuster* abgemildert oder für die betroffene Person oder für andere unkenntlich gemacht werden.

Merkmale Borderline-typischer Affektdysregulation

- Schnelle Wechsel von Stimmungszuständen
- Dominanz negativer Emotionalität:
  - globale und undifferenzierte Affektzustände mit Gefühlen der Angst, Scham, Hilflosigkeit, Leere, Wut, Selbsthass
  - quälende körperliche Spannungszustände
  - Zustände emotionaler Taubheit und des Abgekoppeltseins
- Auslösung durch Alltagsituationen, die mit bindungsrelevanten Ängsten der Kindheit assoziiert sind:
  - Angst vor Alleingelassenwerden, Zurückweisung, Ausgeschlossenwerden, hilflosem Ausgeliefertsein
  - Gefühl der Bedrohung von Autonomie, Selbstwert und Identität

Literatur

Adams K (2006). Falling forever: the price of chronic shock. Int J Group Psychother; 56: 127–72.

Adams K (2011). The abject self: self-states of relentless despair. Int J Group Psychother; 61: 333–65.

Adler G, Buie D (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. Int J Psychoanal; 60: 83–96.

APA (American Psychiatric Association) (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington: American Psychiatric Association.

APA (American Psychiatric Association) (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen: Hogrefe.

APA (American Psychiatric Association) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Publishing.

Arens EA, Stopsack M, Spitzer C et al. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. J Pers Disord; 27: 196–207.

Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. Harv Rev Psychiatry; 14: 249–56.

Benecke C, Bock A, Dammann G (2011). Affekt und Interaktion bei Borderline-Störungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 262–74.

Bion WR (1962/1990). Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius E (Hrsg). Melanie Klein heute. Bd. I. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse; 225–35.

Black DW, Blum N, Pfhol B, Hale N (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. J Pers Disord; 18: 226–39.

Black DW, Gunter T, Allen J et al. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. Compr Psychiatry; 48: 400–5.

Buchheim A, George C, Liebl V et al. (2007). Mimische Affektivität von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung während des Adult Attachment Projective. Z Psychosom Med Psychother; 53: 339–54.

Coid JW (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? Br J Psychiatry; 162: 641–50.

Dammann G, Benecke C (2004). Angstzustände bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Erscheinungsformen, Psychodynamik und Behandlung. Psychotherapeut; 49: 193–202.

Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. Biol Psychiatry; 54: 1284–93.

Dörner K (1998). Welche Affekte charakterisieren die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Diplomarbeit. Universität Hamburg.

Dougherty DM, Bjork JM, Huckabee HC et al. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. Psychiatry Res; 85: 315–26.

Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, Williams AA (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. Can J Psychiatry; 42: 63–9.

Dulz B (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 3: 30–5.

Feliu-Soler A, Pascual JC, Soler J et al. (2013). Emotional responses to a negative emotion induction procedure in borderline personality disorder. Int J Clin Health Psychol; 13: 9–17.

Giovacchini PL (1978). The borderline aspects of adolescence and the borderline state. In: Feinstein S, Giovacchini P (eds). Adolescence Psychiatry. Chicago: University of Chicago Press; 320–38.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry; 69: 533–45.

Grinker RR, Werble B, Drye RC (1968). The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Function. New York: Basic Books.

Grotstein JS (1990). The »black hole« as the basic psychotic experience: some newer psychoanalytic and neuroscience perspectives on psychosis. J Am Acad Psychoanal; 18: 29–46.

Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. Arch Gen Psychiatry; 68: 827–37.

Herpertz SC, Saß H (2011). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 35–43.

Hesse E, Main M (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: dissociated, frightened, and threatening parental behavior. Psychoanal Inquiry; 19: 481–540.

Hoffmann SO (1998). Die Angst der Borderline-Patienten und seine Beziehungen. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 2: 4–9.

Holm AL, Severinsson E (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: a review of the literature. Int J Ment Health Nurs; 17: 27–35.

Ishak WW, Elbau I, Ismail A et al. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry; 21: 138–50.

Jacob GA, Hellstern K, Ower N et al. (2009). Emotional reactions to standardized stimuli in women with borderline personality disorder: stronger negative affect, but no differences in reactivity. J Nerv Ment Dis; 197: 808–15.

Kind J (2011). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 20–34.

Klonsky ED (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. J Pers Disord; 22: 418–26.

Knight RP (1953). Borderline states. Bull Menninger Clin; 17: 1–12.

Knox J (2008). Response to »Report from borderland«. J Anal Psychol; 53: 31–6.

Kobak RR, Sceery A (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. Child Dev; 59: 135–46.

Koenigsberg HW (2011). Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 86–92.

Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V et al. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 159: 784–8.

Krause R (2001). Emotionsstörung. In: Euler OJH, Mandl H (Hrsg). Handbuch Emotionspsychologie. Weinheim: Beltz; 545–55.

Krause R (2002). Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht. PiD – Psychotherapie im Dialog; 3: 120–6.

Krystal H (1978). Trauma and affects. Psychoanal Study Child; 33: 81–116.

Lammers CH, Jacob GA (2011). Selbstwert, Scham und Narzissmus bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 449–56.

Lansky MR (1987). Shame in the family relationships of borderline patients. In: Grotstein JS, Solomon MF, Lang JA (eds). The Borderline Patient. Vol 2. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 187–99.

Leichsenring F, Leibing E, Kruse J et al. (2011). Borderline personality disorder. Lancet; 377: 74–84.

Leichsenring F, Abbass A, Luyten P et al. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. Psychodyn Psychiatry; 41: 361–84.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry; 62: 553–64.

Lester D (1997). The role of shame in suicide. Suicide Life Threat Behav; 27: 352–61.

Levy KN, Edell S, McGlashan TH (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. Psychiatr Q; 78: 129–43.

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al. (2004). Borderline Personality Disorder. Lancet; 364: 453–60.

Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry; 50: 971–4.

Lobbestael J, Arntz A (2010). Emotional, cognitive, and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorders. Behav Res Ther; 48: 116–24.

Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. Lancet; 381: 1683–5.

McCullough L, Kuhn N, Andrews S et al. (2003). Treating Affect Phobia. New York: Guilford.

Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv; 53: 738–42.

Peter M, Schuurmans H, Vingerhoets AJ et al. (2013). Borderline personality disorder and emotional intelligence. J Nerv Ment Dis; 201: 99–104.

Philipsen A, Richter H, Schmahl C et al. (2004). Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. J Clin Psychiatry; 65: 1414–9.

Reed LI, Zanarini MC (2011). Positive affective and cognitive states in borderline personality disorder. J Pers Disord; 25: 851–62.

Reed LI, Fitzmaurice G, Zanarini MC (2012). The course of dysphoric affective and cognitive states in borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. Psychiatry Res; 196: 96–100.

Reisch T, Ebner-Priemer UW, Tschacher W et al. (2008). Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand; 118: 42–8.

Rinsley DB (1989). Developmental Pathogenesis and Psychoanalytic Treatment of Borderline and Narcissistic Personalities. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS et al. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. Clin Psychol Rev; 28: 75–91.

Rusch N, Lieb K, Gottler I et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 164: 500–8.

Schienle A, Haas-Krammer A, Schöggl H et al. (2013). Altered state and trait disgust in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis; 201: 105–8.

Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K (1999). Attempted suicide: do we understand the patients' reasons? Gen Hosp Psychiatry; 21: 62–9.

Schwartz MA (1991). The nature and classification of the personality disorders: a reexamination of basic premises. J Pers Disord; 5: 25–30.

Scott LN, Levy KN, Adams RB, Stevenson MT (2011). Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. Personal Disord; 2: 98–112.

Soloff PH, Fabio A (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. J Pers Disord; 22: 123–34.

Stein KF (1996). Affect instability in adults with a borderline personality disorder. Arch Psychiatr Nurs; 10: 32–40.

Stern A (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal Q; 7: 467–89.

Stiglmayr C (2011). Affekte: Spannung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 384–9.

Tangney JP, Dearing RL (2002). Shamed into anger? The special link between shame and interpersonal hostility. In: Tangney JP, Dearing RL (eds). Shame and Guilt. New York: Guilford; 90–111.

Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ (2013). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. J Pers Disord [Epub ahead of print].

Van Dijke A, Ford JD, van der Hart O et al. (2010). Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiation under and over-regulation. J Pers Disord; 24: 296–311.

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Kapitel V (F). Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). 4. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.

WHO (World Health Organization) (2007). Production of ICD-11: The overall revision process. www.who.int/classifications/icd/ICDRevision.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Winnicott DC (1980). Fear of breakdown: a clinical example. Int J Psychoanal; 61: 351–7.

Wolff S, Stiglmayr C, Bretz HJ et al. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. Br J Clin Psychol; 46: 347–60.

Wöller W, Huppertz BJ (1984). Borderline – eine diagnostische Einheit? Fortschr Neurol Psychiatr; 52: 338–45.

Woods MZ (2008). Entwicklungspsychologische Überlegungen in der Erwachsenenpsychoanalyse. In: Green V (Hrsg). Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel; 285–310.

Wurmser L (2007). Theoretische Ansätze bei schweren Neurosen in der Psychoanalyse. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg). Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 17–28.

Zanarini MC, Frankenburg FR (2007). The essential nature of borderline psychopathology. J Pers Disord; 21: 518–35.

Zanarini MC, Hörz S (2011). Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 44–56.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 163: 827–32.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. Am J Psychiatry; 164: 929–35.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S et al. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand; 118: 291–6.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry; 167: 663–7.

Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. Am J Psychiatry; 162: 867–75.

2 Traumatisierung und Bindungsstörung

2.1 Traumaerfahrungen

In einer größeren Zahl von Studien konnte gezeigt werden, dass bis zu drei Viertel aller Patienten mit einer Borderline-Störung Traumatisierungen im Sinne körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt erfahren haben (Herman et al. 1989; Widom et al. 2009; Zanarini et al. 2002). Bezogen auf die Lebenszeit fanden Sack et al. (2013) eine Vorgeschichte von Traumatisierungen einschließlich Vernachlässigung und emotionaler Gewalt sogar bei 96 % aller Borderline-Patienten. 48 % aller Frauen und 28 % aller Männer berichteten in dieser Studie über sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend; schwere körperliche Gewalt wurde von insgesamt 65 % aller Patienten angegeben.

Durch die neuere Forschung wird zunehmend die Bedeutung der *emotionalen Misshandlung* für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung hervorgehoben (Allen 2009; Golier et al. 2003; Lobbestael et al. 2010). Elterliche Verhaltensweisen wie wiederholtes Ängstigen, Bedrohen, Einsperren, Demütigen oder plötzliches emotionales Fallenlassen haben für die Entwicklung der Betroffenen kaum abzuschätzende zerstörerische Wirkungen, die noch über die schädigenden Auswirkungen direkter Gewalteinwirkung hinausgehen. Im Extremfalle tragen sie dazu bei, die Reifung der Persönlichkeit zu verhindern und schwere interpersonelle Abhängigkeiten auszubilden (Kalsched 1996). Diese Einflüsse sind schwer zu erfassen, zumal fließende Übergänge bestehen zu der Vielzahl kumulativer Schädigungen, die wir als *Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen* bezeichnet haben: wiederholte Brüche von Bindungsbeziehungen, frühe Verluste von Bezugspersonen, inkonsistentes oder vernachlässigendes elterliches Verhalten, Situationen des Alleinseins und der fehlenden Geborgenheit oder andauernde Entwertungen und Überforderungen (Wöller 2013, S. 7 ff.).

Der Zusammenhang zwischen physischer, sexueller oder emotionaler Misshandlung und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeit darf nicht monokausal betrachtet werden. Schon die Tatsache, dass sich bei etwa 20 bis 45 % der Betroffenen diese Faktoren nicht in ihrer Vorgeschichte finden, spricht dagegen (Dulz u. Jensen 2011; Lewis u. Grenyer 2009; Sack et al. 2011). Dennoch kann nach neuerer Auffassung von einer kausalen Beziehung gesprochen werden, allerdings im Rahmen eines multifaktoriellen ätiologischen Modells, in das auch ungünstige elterliche Erziehungsstile, neurotische Störungsbilder in der Familie und strukturelle familiäre Belastungen wie z. B. die Trennung des Kindes von den Eltern als unabhängige kausale Faktoren eingehen (Ball u. Links 2009; Bandelow et al. 2005).

Verschiedene Studien der letzten Zeit unterstreichen die Bedeutung bindungstraumatischer Einflüsse in der Kindheit für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. So prädizierten neben Misshandlungserfahrungen auch ein unsicher-desorganisiertes Bindungsmuster, mütterliche Feindseligkeit, unzureichende Vaterpräsenz, allgemeiner familiärer Stress und grenzüberschreitende familiäre Verhaltensmuster unabhängig voneinander das spätere Auftreten einer Borderline-Störung (Carlson et al. 2009). In einer anderen Studie fand sich eine stärkere Ausprägung von Borderline-Symptomen in der Adoleszenz und im

jungen Erwachsenenalter, wenn es vor dem 5. Lebensjahr zu einer Trennung von der Mutter gekommen war (Crawford et al. 2005).

Es ist hier nicht der Ort, die komplexe Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erörtern, bei der traumatische Einflüsse und biologisch-genetische Faktoren auf unterschiedlichen Wegen zusammenwirken (Gunderson 2009; Oldham 2009). Dass genetische Faktoren bei der Entstehung der Borderline-Störung eine wichtige Rolle spielen, konnten Familien- und Zwillingsstudien überzeugend nachweisen (Bornovalova et al. 2009; Distel et al. 2008; New et al. 2008). Als Beispiel für die vielfältigen *Gen-Umwelt-Interaktionen* sei eine Studie genannt, die zeigt, dass bei gleichen Ausgangsbedingungen die Präsenz eines bestimmten Haplotyps des Serotonintransporter-Gens, der ein kurzes Allel enthält, maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob sich eine Borderline-Störung entwickelt (Ni et al. 2006).

Die *epigenetische Forschung* hat uns zusätzlich gelehrt, dass Umweltfaktoren die Genexpression beeinflussen können (Champagne 2008; Rakyan u. Beck 2006). Die Qualität des mütterlichen Verhaltens während der frühen postnatalen Periode trägt offenbar wesentlich dazu bei, das sich entwickelnde Gehirn mit seinen emotionalen, kognitiven, endokrinen und Neurotransmitterfunktionen dauerhaft zu prägen (Weaver et al. 2004).

In der Regel finden wir bei der Borderline-Störung die folgenden Ebenen von Traumatisierung vor:

- Der basale Einflussbereich für die Entwicklung einer Borderline-Störung ist die Ebene der *Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen*. Sie umfasst Einflüsse mit hohem Schädigungspotenzial, die durch eine unzureichende emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen und ein unberechenbares frühkindliches Umfeld beschrieben werden können. Auch frühe dyadische Fehlregulationen und wiederholte Brüche der Bindungsbeziehungen gehören dazu. Erfahrungen des Alleingelassen- und Ausgeliefertseins durch plötzliche Zustandsveränderungen der Bezugspersonen (z. B. von liebevollem zum aggressiven Zustand) spielen eine entscheidende Rolle. Diese Schädigungen betreffen überwiegend die Beziehungsgestaltung der präverbalen Lebensperiode, in der eine Ausreifung der kortikalen Strukturen noch nicht erfolgt ist (Joseph 1992). Folglich sind die traumatischen Erfahrungen dieser Ebene als implizite Erinnerungsspuren abgespeichert und dem bewussten Erleben nicht zugänglich. Die strukturellen Defizite im rechten orbitofrontalen Cortex disponieren zu einer erhöhten Bereitschaft zu *traumatischen Reinszenierungen*, die durch dissoziierte prozedurale Erinnerungen ausgelöst werden (Eagle 1984; Wöller 2013, S. 136 ff.).

> Bei einer Patientin aktiviert die auslösende Situation – der Freund ruft nicht an – die implizite Erinnerung daran, dass sie immer wieder von der Mutter verlassen wurde. Sie manifestiert sich in Panikzuständen.

- Als zweiten Einflussbereich finden wir, nun schon in einer verbalen Lebensperiode, die Ebene der *Traumatisierung durch physische, sexuelle und emotionale Gewalt*. Die Traumatisierungen dieser Lebensphase können, zumindest großenteils, erinnert werden. Sie können dem bewussten Erleben jedoch durch dissoziative Mechanismen entzogen sein, um die dringend benötigten Bindungsbeziehungen nicht zu gefährden. Häufig sind die Traumatisierungen selbst erinnerlich, die Erinnerung an Teilaspekte der traumatischen Erfahrungen fehlt hingegen.
- Auf der dritten Ebene sind wir konfrontiert mit *Traumatisierungen durch physische, sexuelle und emotionale Gewalt* im späteren

Leben und bis in die jüngste Vergangenheit, die die Patientinnen durch nahestehende Personen erleben, insbesondere durch Lebenspartner, aber auch durch Fremde. Viele dieser Traumatisierungen sind vor dem Hintergrund der für Traumaopfer charakteristischen Reviktimisierungstendenz verständlich. Sie sind in der Regel gut erinnerlich und ursächlich für die häufigen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von Borderline-Patienten verantwortlich.

- Schließlich können bei den Patienten *Alltagsstimuli eine traumatische Qualität annehmen* (als Folge einer persönlichkeitsspezifischen Vulnerabilität), wenn sie assoziativ verknüpft sind mit früheren und frühesten Traumatisierungen, in der Regel Situationen des Verlassenwerdens, der Misshandlung, des ohnmächtigen Ausgeliefertseins oder der Beschämung. Der subjektive Belastungsgrad durch, äußerlich betrachtet, eher geringfügige, aber traumaassoziierte Anlässe der Gegenwart ist oft ähnlich hoch wie der Belastungsgrad, der sich beim Gedanken an die traumatischen Erfahrungen selbst einstellt.

Eine Patientin wurde gebeten, den subjektiven Belastungsgrad durch verschiedene traumatische Erfahrungen auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 10 (maximale Belastung) einzuschätzen. Die Belastung durch den sexuellen Missbrauch vom 6. bis zum 10. Lebensjahr stufte sie nur mit 4 ein, vermutlich weil eine dissoziative Abwehr sie vor dem Erleben der entsprechenden Affekte schützte. Die subjektive Belastung durch eine Vergewaltigung vor 2 Jahren gab sie mit 10, die Belastung durch den Weggang einer Arbeitskollegin mit 9 an. Durch den Weggang der Kollegin waren offensichtlich frühe Verlassenheitsängste aktiviert worden.

Traumatisierungsmuster bei der Borderline-Störung

- Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen der präverbalen Zeit
- Misshandlungs- und Missbrauchstraumen der Kindheit
- Traumatisierungen im Erwachsenenalter
- Alltagsbelastungen mit traumawertigem subjektivem Belastungsgrad als Folge der Borderline-spezifischen Vulnerabilität

2.2 Neurobiologie der gestörten Emotionsregulierung

Dem Borderline-typischen Bedrohungsgefühl entsprechen neurobiologische Befunde, die auf ein *gestörtes kortikolimbisches Netzwerk* hinweisen. Studien mit bildgebenden Verfahren haben Volumenminderungen in den für die Emotionsregulierung wichtigen Hirnstrukturen des präfrontalen Cortex, des vorderen cingulären Cortex und des Hippocampus sowie Aktivitätssteigerungen der Amygdala beschrieben (Driessen et al. 2000; Herpertz et al. 2001; Irle et al. 2011).

Die Störung des kortikolimbischen Schaltkreises beinhaltet im Wesentlichen eine *verminderte präfrontale Top-down-Modulation der Amygdala* (Davidson et al. 2000). Während bei Personen ohne Borderline-Symptomatik eine präfrontale Hemmung der Amygdala einsetzt, wenn eine Gefahr vorübergeht, fällt diese Hemmung bei Borderline-Betroffenen deutlich geringer aus. Die Amygdala reagiert, als bestünde weiterhin Gefahr.

Wieweit die bei Borderline-Störungen immer wieder beschriebenen reduzierten Hippocampusvolumina (Driessen et al. 2000) tatsächlich der Borderline-Störung und nicht vielmehr einer begleitenden Posttraumatischen Belastungsstörung zuzuschreiben sind,

ist angesichts der meist heterogenen Patientenstichproben schwer zu beurteilen (Irle et al. 2011). Neuere Studien konnten bei Borderline-Patientinnen ohne komorbide Posttraumatische Belastungsstörung deutlich schwächere (Weniger et al. 2009) oder keine (Schmahl et al. 2009) Volumenminderungen feststellen. Auch war das Volumen des rechten ventrolateralen präfrontalen Cortex bei Borderline-Patienten mit einer Vorgeschichte von Kindesmisshandlung stärker reduziert als bei Borderline-Patienten ohne eine solche Vorgeschichte (Morandotti et al. 2013).

Auf der Ebene der *Neurotransmitter* werden seit längerem Dysfunktionen des Serotoninsystems beschrieben (New et al. 2008). Die Neigung von Borderline-Patienten zu sofortiger Bedürfnisbefriedigung und ihre Tendenz zu risikoreicher Suche nach neuen Stimuli deuten auch auf Funktionsstörungen des dopaminergen Belohnungssystems hin (Nemoda et al. 2010).

In letzter Zeit verlagerte sich das Interesse der neurobiologischen Forschung auf die Erforschung der Rolle des *endogenen Opioidsystems* und des Neuropeptids Oxytocin (Prossin et al. 2010; Stanley u. Siever 2010). So deuten Befunde auf eine *verminderte basale Opioidaktivität* bei Patienten mit einer Borderline-Störung hin (Stanley et al. 2010). Die Hypothese von der Borderline-Störung als »Opioiddysregulationssyndrom« kann erklären, warum die Patienten zur Emotionsregulierung selbstverletzendes Verhalten und andere selbstschädigende Verhaltensweisen einsetzen, Aktivitäten, die ihr endogenes Opioidsystem anregen (Bandelow et al. 2010). Eine ebenso wichtige Rolle kommt offenbar dem zentralen Bindungshormon *Oxytocin* zu, das an der Regulation prosozialen und kooperativen Verhaltens und des interpersonellen Vertrauens beteiligt ist. Erniedrigte Spiegel dieses Hormons fanden sich im Liquor misshandelter Kinder (Heim et al. 2009). Exogen verabreichtes Oxytocin scheint das Bedrohungsgefühl bei Borderline-Patienten zu vermindern (Bertsch et al. 2013; Brüne et al. 2013); allerdings steht die Forschung hier noch am Anfang (Juckel u. Edel 2014).

Wir gehen davon aus, dass die beschriebenen Funktions- und Strukturdefizite Folgen *bindungstraumatischer Einflüsse* sind. Negative kindliche Affektstände werden nicht, wie in einem förderlichen Umfeld, von den Bindungsfiguren tröstend und beruhigend reguliert. Eltern, die selbst fortwährend in State-Wechsel geraten, können ihrem Kind nicht die beruhigende und regulierende Atmosphäre bereitstellen, die notwendig ist, damit die für die Emotionsregulierung zuständigen präfrontalen Regionen neuronal ausreifen können. Vielmehr bleiben negative emotionale Zustände über längere Zeit unreguliert bestehen. Die anhaltend aktivierte Stressphysiologie bewirkt steigende Spiegel neurotoxischer Substanzen wie Cortisol oder Noradrenalin, die das erfahrungsabhängige Wachstum der für die Emotionsregulierung notwendigen Strukturen behindern (Schore 2007).

Hinzu kommt, dass Opfer von Kindheitstraumatisierungen immer wieder Situationen ausgesetzt sind, in denen angemessene Reaktionen von Kampf, Flucht oder Einfrieren (Freezing) nicht möglich sind, ohne den Bindungskontext zu gefährden. *Unaufgelöste Kampf-Flucht-Freeze-Reaktionsmuster*, die in impliziten Netzwerken abgespeichert sind, bewirken über Prozesse der Sensibilisierung und des Kindling[1] eine erhöhte psychophysische

1 Wir sprechen von Sensibilisierung, wenn eine wiederholte Konfrontation mit einem Stimulus eine Absenkung der affektiven Reaktionsschwelle hervorruft, sodass ein ursprünglich leichter Reiz beim Wiederauftreten emotionale und Verhaltensreaktionen hervorruft (Post 2007). Unter Kindling verstehen wir eine sich steigernde und später deutlich erhöhte Reagibilität auf ursprünglich eher schwache Stimulationen.

Reagibilität auf Alltagsstressoren (Scaer 2001). *Stressinduzierte neuroplastische Veränderungen* in diesen Netzwerken haben zur Folge, dass ursprünglich nicht bedrohliche Stimuli pathologische Angstreaktionen hervorrufen und die Stressphysiologie aktivieren (McEwen 2003). Die erhöhte Reagibilität auf Alltagsstressoren äußert sich in einer verstärkten Empfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen, einer erhöhten Schreckhaftigkeit (Startle-Reaktionen) und in einer stärkeren emotionalen Reaktion.

Bedeutsam für die Annahme, dass *nicht verarbeitete traumatische Erinnerungen* maßgeblich für die emotionale Dysregulation verantwortlich sind, ist die Untersuchung von Minzenberg et al. (2008): Sie fand eine präfrontale Dysfunktion bei der Präsentation traumatischer Skripts von Verlassenheit und Misshandlung. Eine weitere Studie konnte eine gesteigerte Aktivität im Bereich der Amygdala und des vorderen cingulären Cortex nur dann nachweisen, wenn sich die Probanden gedanklich mit unverarbeiteten Traumen beschäftigten, nicht aber, wenn sie mit hinreichend verarbeiteten negativen autobiografischen Erinnerungen befasst waren (Beblo et al. 2006).

Dass sich eine ganz ähnliche Befundlage bei Patienten mit einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung findet (Irle et al. 2011; Karl et al. 2006) verwundert nicht, wenn man die vergleichbare traumatische Belastung und die große Überlappung beider Krankheitsbilder bedenkt. Die Überlappung kommt in einer hohen bis sehr hohen *Komorbidität* zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung zum Ausdruck, die je nach Studie zwischen 39,2 und 79 % angegeben wird (Golier et al. 2003; Grant et al. 2008; Sack et al. 2013).

Zusammenfassend müssen wir feststellen, dass die vorliegenden Befunde zur Neurobiologie der Borderline-Störung nur schwer zu interpretieren sind, weil die Zusammensetzung der Untersuchungsstichproben es selten erlaubt, das Störungsbild getrennt von komorbiden Bedingungen zu betrachten. Allerdings wäre es wahrscheinlich auch ein vergebliches Unterfangen, eine »reine« Borderline-Störung untersuchen zu wollen, wenn sie so gut wie nie ohne komorbide Störungen vorkommt. Die aufgeworfene Frage verweist schließlich auf die Problematik des Komorbiditätskonzepts im Zusammenhang mit komplexen Traumafolgestörungen.

2.3 Borderline-Störung als Bindungsstörung

Neuere Forschungen zur Entwicklungspsychologie fassen die Borderline-Störung vorrangig als Bindungsstörung auf (Buchheim et al. 2008; Schore 2005; Scott et al. 2013). Neben *unsicher-ambivalenten Bindungsmustern* finden wir bei Borderline-Patienten vor allem *unsicher-desorganisierte Bindungsmuster* (Agrawal et al. 2004; Choi-Kain et al. 2009; Fossati 2012; Levy et al. 2011; Scott et al. 2013).

Der *Desorganisation des Bindungssystems* kommt nach heutiger Auffassung eine Schlüsselrolle in der Psychopathologie der Borderline-Störung zu (Gunderson u. Lyons-Ruth 2008). Desorganisierte Bindungen entstehen, wenn die Bindungsfigur gleichzeitig die Quelle von Angst und Bedrohung ist (Main u. Hesse 1990). Sie sind das Ergebnis einer *gleichzeitigen Aktivierung des Bindungs- und des Bedrohungssystems* gegenüber der Bezugsperson. Wenn ihre Eltern selbst eine Borderline-Störung hatten, mussten die Patienten in ihrer Kindheit stets mit einem State-Wechsel der Eltern rechnen, der einen bedrohlichen Charakter hatte (Lyons-Ruth u. Jacobvitz 2008).

Ein solcher Wechsel in einen anderen Ich-Zustand (State) kann sich auf unterschiedliche Weise manifestieren: Durch – äußerlich betrachtet – minimale Auslöser kann die Bindungsperson abrupt und unvorhersehbar von

einem zärtlichen Gefühlszustand in einen *Zustand rasender Wut und Destruktivität* überwechseln. Die Auslöser – eine Kritik, ein Ungehorsam, ein unbedachtes Wort des Kindes oder ein beliebiges äußeres Ereignis – sind für das Kind absolut unvorhersehbar. Aber nicht nur Zustände der Wut und Destruktivität sind in der Lage, Bedrohungsgefühle aufseiten des Kindes auszulösen. Auch *Zustände der Non-Responsivität* (also das Fehlen jeglicher Reaktion) der Mutter in depressiven oder dissoziativen Episoden können in dieser Weise bedrohlich sein. Ein Beispiel dafür ist die verspätet einsetzende Reaktion einer depressiven Mutter, die störungsbedingt nicht innerhalb des Zeitfensters reagieren kann, das das Kind braucht, um sich sicher zu fühlen. Das Kind empfindet sich als unbeachtet und nicht gemeint; es entwickelt das Gefühl, nichts bewirken zu können, und fühlt sich verlassen (Stern 1992).

Weil diese Bindungstraumatisierungen in der präverbalen Periode einwirken, sind sie dem bewussten Erinnern nicht zugänglich. Sie äußern sich in Zuständen affektiver Dysregulation mit überwältigenden Bedrohungs- oder Einsamkeitsgefühlen, die meist auch körperlich gespürt werden. Implizit abgespeichert sind auch die prozeduralen Abläufe, wie das Kind mit den abrupten State-Wechseln der Bezugspersonen umgegangen ist, das heißt, wie es gleichzeitig oder schnell wechselnd das Bindungs- und Abwehrsystem aktiviert hat. Im Erwachsenenalter stellen sich diese implizit gespeicherten prozeduralen Abläufe als dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster dar.

Wir gelangen damit zu folgendem Modell, das eine bedeutsame Komponente der Bindungsstörung erklärt, die sicherlich nicht nur der Borderline-Störung, sondern auch anderen komplexen Traumafolgestörungen zugrunde liegt:

> Durch die bindungstraumatischen Umstände entsteht eine anhaltende Gefahrensituation, die eine Aktivierung des Bindungssystems erforderlich macht. In der Not wendet sich das heranwachsende Kind an die Bindungsfigur, die gleichzeitig die schädigende Person ist. Damit müssen auch Schutzimpulse aktiviert werden, die sich ebenfalls gegen die Bindungsfigur richten. Bindungsbedürfnisse und Schutzimpulse gegenüber der gleichen Person sind nicht kompatibel und müssen im Erleben getrennt werden.

Viele Phänomene der Borderline-Pathologie lassen sich durch das bindungstheoretische Modell erklären:

- Die *Instabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen* und das rasche Eingehen intimer Beziehungen kann erklärt werden als Folge dessen, dass immer wieder das Bindungssystem aktiviert wird, um das Erleben des Verlassenwerdens zu verhindern. Der starke Affekt macht es nahezu unmöglich, die Vertrauenswürdigkeit der so schnell geschlossenen Bekanntschaft zu beurteilen (Fonagy u. Bateman 2006, 2008).
- *Gestörte Mentalisierungsfähigkeit:* Mentalisierungsfähigkeit wird sich nur schwer entwickeln können, wenn anhaltend emotionale Not reguliert werden muss. Der chronische Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt hemmt eine effektive Informationsverarbeitung. Die paradoxe Information der Bezugsperson, Präsenz anzubieten, um sie unmittelbar danach wieder zu entziehen, macht dem Kind die Entwicklung eines kohärenten Bildes seines Gegenübers unmöglich.
- *Fehlende Ich-Integration und Identitätsprobleme:* Die Tatsache, dass ein heranwachsendes Kind in einen Moment seine Bindungsbedürfnisse auf eine Person richtet und sich im nächsten Moment vor ihr schützen muss, erfordert die Aktivierung

unterschiedlicher Arbeitsmodelle von Bindung in kurzer zeitlicher Abfolge gegenüber derselben Person. Um das überlebensnotwendige Maß an Bindungsbeziehung erhalten zu können, müssen die mit den jeweiligen Arbeitsmodellen verbundenen Selbstzustände voneinander getrennt gehalten werden, entweder durch Verleugnung oder durch Dissoziation.

- *Desorganisierte Bindungsmuster:* Gerade im Kontakt mit Personen, die ihnen wichtig sind, von denen sie Hilfe und Unterstützung erfahren können, werden Borderline-Patienten das »desorganisierte« Bindungsmuster aktivieren. Sie werden in dieser Person zugleich einen Retter und einen Schädiger sehen, gleichzeitig das Bindungssystem zu ihrer Rettung und das Kampf-Flucht-System zu ihrem Schutz aktivieren. Dies geschieht in allen nahen Beziehungen und im besonderen Maße zu Beginn einer therapeutischen Beziehung. Hier liegt der Ursprung der widersprüchlichen und rasch wechselnden Übertragungen, die uns Therapeuten mal zur rettenden und mal zur bedrohlichen Person machen, und der wechselnden Selbstzustände, die die Patienten veranlassen, sich im einen Moment kindlich-vertrauensvoll an uns zu wenden, um uns kurze Zeit später schroff zurückzuweisen (► Kap. 5.1 u. Kap. 8.4).
- *Dissoziative Symptome:* Je jünger eine Person ist, wenn sie mit traumatischen Affekten überflutet wird, desto schlechter wird sie ihre Bindungsstrategien organisieren und kohärente, das heißt sichere, unsicher-ambivalente oder unsicher-vermeidende Bindungsstile ausbilden können. Je desorganisierter ihr Bindungsstil ist, desto weniger wird sie das Bedrohungsgefühl gegenüber der schädigenden Bezugsperson verringern können und um so eher werden sich zu diesem Zweck dissoziative Züge entwickeln (Liotti 1999, 2004).

Darüber hinaus kann ein bindungstheoretisch fundiertes Modell auch zur Erklärung *maladaptiver Verhaltensweisen* beitragen. Eine zentrale Frage für das Überleben bindungstraumatisierter Personen lautet: Wie kann ein Gefühl von Sicherheit entstehen, wenn es über das Bindungssystem nicht zuverlässig vermittelt und durch die Bezugsperson nicht genügend hergestellt werden kann? Wie kann sich Bindungssicherheit entwickeln, wenn eine Aktivierung des Bindungssystems seit frühester Kindheit von negativen Affekten begleitet ist? Aus bindungstheoretischer Sicht bietet sich folgende Antwort an: Um der Entstehung negativer Affekte entgegenzuwirken, kann es notwendig werden, das Bindungssystem zu hemmen und ein anderes basales emotionales System (Panksepp 1998) zu aktivieren, das ersatzweise für ein Sicherheitsgefühl sorgen kann. Hierfür bedienen sich Patienten mit einer Borderline-Störung des aggressiven ebenso wie des sexuellen Systems:

- Eine Möglichkeit, ein Gefühl der Sicherheit zu gewinnen, kann in der Aktivierung des *aggressiv getönten Kontrollsystems* bestehen. Von Kindern mit desorganisiertem Bindungsmuster wurden kontrollierende Verhaltensweisen beschrieben (Lyons-Ruth u. Melnick 2004). Machtausübung in sozialen Rangordnungssystemen kann das Sicherheitsgefühl erhöhen, wenn Untergeordnete Signale der Unterwerfung aussenden (Keltner et al. 2003; Scott 1990). Eine solche Sichtweise kann helfen, aggressive Verhaltensweisen von Patienten mit einer Borderline-Störung als Ausdruck einer Sicherheitsstrategie zu verstehen, die zur Anwendung kommt, wenn das Bindungssystem ein Sicherheitsgefühl nicht vermitteln kann.
- Als zweite Möglichkeit kann das *sexuelle System*, das in Emotionalität und Verhaltensmustern dem Bindungssystem ähnlich ist, zur Gewinnung eines Sicherheitsgefühls genutzt werden. Sexualität wird zu einem Sur-

rogat für Bindung, weil sie, ebenso wie das Bindungssystem, den Wunsch nach Nähe befriedigt, aber die mit Bindung verbundenen Ängste weniger mobilisiert. Sexuell verführerisches Verhalten kann für viele Borderline-Patienten der einzige Weg sein, um ihre Bindungswünsche zumindest ansatzweise gefahrlos zu leben. Der Preis dafür sind die Kommunikationsprobleme, die aus der unklaren Bedeutung des Körperkontakts erwachsen, und die oft schwer steuerbaren sexuellen Beziehungen, in die sexuell verführerische Borderline-Patienten geraten.

Literatur

Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K (2004). Attachment studies with borderline patients. A review. Harv Rev Psychiatry; 12: 94–104.

Allen B (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: an overview. Trauma Violence Abuse; 10: 375–88.

Ball JS, Links PS (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. Curr Psychiatry Rep; 11: 63–8.

Bandelow B, Krause J, Wedekind D et al. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. Psychiatry Res; 134: 169–79.

Bandelow B, Schmahl C, Falkai P, Wedekind D (2010). Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? Psychol Rev; 117: 623–36.

Beblo T, Driessen M, Mertens M et al. (2006). Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder. Psychol Med; 36: 845–56.

Bertsch K, Gamer M, Schmidt B et al. (2013). Oxytocin and reduction of social threat hypersensitivity in women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 170: 1169–77.

Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. Dev Psychopathol; 21: 1335–53.

Brüne M, Ebert A, Kolb M et al. (2013). Oxytocin influences avoidant reactions to social threat in adults with borderline personality disorder. Hum Psychopharmacol; 28: 552–61.

Buchheim A, Erk S, George C et al. (2008). Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: a functional magnetic resonance imaging study. Psychiatry Res; 163: 223–35.

Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. Dev Psychopathol; 21: 1311–34.

Champagne FA (2008). Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. Front Euroendocrinol; 29: 386–97.

Choi-Kain LW, Fitzmaurice GM, Zanarini MC et al. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis; 197: 816–21.

Crawford TN, Cohen P, Johnson JG et al. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. J Pers Disord; 19: 30–52.

Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – a possible prelude to violence. Science; 289: 591–4.

Distel MA, Trull TJ, Derom CA et al. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. Psychol Med; 38: 1219–29.

Driessen M, Herrmann J, Stahl K et al. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. Arch Gen Psychiatry; 57: 1115–22.

Dulz B, Jensen M (2011). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung – psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 203–24.

Eagle M (1984). Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation. New York: McGraw-Hill.

Fonagy P, Bateman AW (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. J Clin Psychol; 62: 411–30.

Fonagy P, Bateman AW (2008). The development of borderline personality disorder – a mentalizing model. J Pers Disord; 22: 4–21.

Fossati A (2012). Adult attachment in the clinical management of borderline personality disorder. J Psychiatr Pract; 18: 159–71.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. Am J Psychiatry; 160: 2018–24.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry; 69: 533–45.

Gunderson JG (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry; 166: 530–9.

Gunderson JG, Lyons-Ruth K (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. J Pers Disord; 22: 22–41.

Heim C, Young LJ, Newport DJ et al. (2009). Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. Mol Psychiatry; 14: 954–8.

Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 146: 490–5.

Herpertz S, Dietrich TM, Wenning B et al. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. Biol Psychiatry; 50: 292–8.

Irle E, Lange C, Sachsse U, Weniger G (2011). Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 134–41.

Joseph R (1992). The Right Brain and the Unconscious: Discovering the Stranger Within. New York: Plenum Press.

Juckel G, Edel MA (2014). Neurobiologie und Psychotherapie. Integration und praktische Anwendung bei psychischen Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Kalsched D (1996). The Inner World of Trauma. New York: Brunner-Routledge.

Karl A, Schaefer M, Malta LS et al. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. Neurosci Biobehav Rev; 30: 1004–31.

Keltner D, Gruenfeld D, Anderson C (2003). Power, approach and inhibition. Psychol Rev; 110: 265–84.

Levy KN, Beeney JE, Ternes CM (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep; 13: 50–9.

Lewis KL, Grenyer BF (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. Harv Rev Psychiatry; 17: 322–8.

Liotti G (1999). Understanding the dissociative process: the contributions of attachment theory. Psychoanal Inq; 19; 757–83.

Liotti G (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. Psychother Theor Res Pract Train; 14: 472–86.

Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. J Pers Disord; 24: 285–95.

Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (2008). Attachment disorganization: genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR (eds). Handbook of Attachment. New York: Guilford Press; 666–97.

Lyons-Ruth K, Melnick S (2004). Dose-response effect of mother-infant clinical home visiting on aggressive behaviour problems in kindergarten. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 43: 699–707.

Main M, Hesse E (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightened parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds). Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention. Chicago: University of Chicago Press; 161–82.

McEwen BS (2003). Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry; 54: 200–7.

Minzenberg MJ, Fan J, New AS et al. (2008). Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. J Psychiatr Res; 42: 727–33.

Morandotti N, Dima D, Jogia J et al. (2013). Childhood abuse is associated with structural impairment in the ventrolateral prefrontal cortex and aggressiveness in patients with borderline personality disorder. Psychiatry Res; 213(1): 18–23.

Nemoda Z, Lyons-Ruth K, Szekely A et al. (2010). Association between dopaminergic polymorphisms and borderline personality traits among at-risk young adults and psychiatric inpatients. Behav Brain Funct; 6: 1–11.

New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. Psychiatr Clin North Am; 31: 441–61.

Ni X, Chan K, Bulgin N et al. (2006). Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. J Psychiatr Res; 40: 448–53.

Oldham JM (2009). Borderline personality disorder comes of age. Am J Psychiatry; 166: 509–11.

Panksepp J (1998). Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions. New York: Oxford University Press.

Post RM (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. Neurosci Biobehav Rev; 31: 858–73.

Rakyan VK, Beck S (2006). Epigenetic variation and inheritance in mammals. Curr Opin Genet Dev; 16: 573–7.

Prossin AR, Love TM, Koeppe RA et al. (2010). Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 167: 925–33.

Sack M, Sachsse U, Dulz B (2011). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 197–202.

Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt; 5: 608–14.

Scaer R (2001). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. Appl Psychophysiol Biofeedback; 26: 73–91.

Schmahl C, Berne K, Krause A et al. (2009). Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder. J Psychiatry Neurosci; 34: 289–95.

Schore AN (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. Pediatr Rev; 26: 204–11.

Schore AN (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Scott JC (1990). Domination and the Arts of Resistance. New Haven, CT: Yale University Press.

Scott LN, Kim Y, Kimberly A et al. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology? J Pers Disord; 27: 473–95.

Stanley B, Siever LJ (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. Am J Psychiatry; 167: 24–39.

Stanley B, Sher L, Wilson S et al. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. J Affect Disord; 124: 134–40.

Stern DN (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weaver IC, Diorio J, Seckl JR et al. (2004). Early environmental regulation of hippocampal glucocorticoid receptor gene expression: characterization of intracellular mediators and potential genomic target sites. Ann N Y Acad Sci; 1024: 182–212.

Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E (2009). Reduced amygdala and hippocampal size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. J Psychiatry Neurosci; 34: 383–8.

Widom CS, Czaja SJ, Paris J (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. J Pers Disord; 23: 433–46.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.

Zanarini MC, Young L, Frankenburg FR et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline patients. J Nerv Ment Dis; 190: 381–7.

3 Defizitäre Ich-Funktionen

3.1 Kontextabhängigkeit der Defizite

Neben der Störung der Emotionsregulierung und meist im Zusammenhang mit ihr können bei Patienten mit einer Borderline-Störung zahlreiche andere *Ich-Funktionen* beeinträchtigt sein: Vor allem sind wir mit Störungen der *Impulskontrolle*, der *Objektkonstanz*, *der Selbst-Objekt-Differenzierung*, der *Aufmerksamkeitssteuerung* und verschiedenen *kognitiven Defiziten* konfrontiert. Sie sind Ausdruck einer *strukturellen Störung* (Rudolf 2006; Wöller u. Kruse 2010, S. 303 ff.) – oder eines »geringen strukturellen Integrationsniveaus« im Sinne der Strukturachse der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD 2009).

Charakteristisch für die Borderline-Störung ist, dass das Ausmaß der Ich-Funktionsstörungen in unterschiedlichen Kontexten und zu unterschiedlichen Zeitpunkten stärker oder schwächer ausgeprägt sein kann:

- Patienten mit einer Borderline-Störung sind bei der Bewältigung schwieriger Aufgaben oft bemerkenswert kompetent, sie versagen aber bei allgemein als einfach angesehenen Alltagsanforderungen. So kann es für sie nahezu unmöglich sein, in einer emotional aufwühlenden Situation ruhig zu bleiben oder den Handlungsimpuls zu kontrollieren.
- Viele Patienten urteilen differenziert über andere Menschen, zu denen sie emotionalen Abstand halten können – verfallen aber in eine *Schwarz-Weiß-Malerei*, wenn es um Menschen geht, mit denen sie in naher Verbindung stehen.
- Die meisten der uns bekannten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung können sich gut in andere Menschen *einfühlen* und erspüren leicht, wie es ihnen geht. Zu anderen Zeiten verfehlen sie das Befinden ihrer Beziehungspartner völlig. Auch sind sie dann nicht in der Lage, die Wirkung ihres Handelns auf andere Menschen abzuschätzen.
- Dabei ist ihre Fähigkeit zur *Affektwahrnehmung* generell weder erhöht noch vermindert (▸ Kap. 1.2); sie ist in spezifischer Weise geschärft oder abgestumpft, je nachdem, ob wahrgenommene Bedrohungssignale mit erhöhter Wachsamkeit und aktiviertem Sympathikotonus oder mit Vermeidung, Abstumpfung und parasympathikotonen Reaktionsmustern verarbeitet werden. Die Patienten spüren oft mit einer Genauigkeit, die uns überrascht, wie es uns geht, ob wir müde, traurig oder ärgerlich sind. Aber sie können ebenso gut negative Befindlichkeiten oder Absichten in uns »hineinlesen«, die uns allenfalls als Projektionen ihres eigenen Erlebens verstehbar sind.

Aus den genannten Gründen müssen viele *verallgemeinernde Feststellungen* über Ich-Funktionsdefizite von Patienten mit einer Borderline-Störung wie folgt relativiert werden:

- Die Aussage, dass Borderline-Patienten soziale Informationen als Folge einer rechtshirnigen Schwäche nicht in dem gleichen Maße wie Gesunde dekodieren können (Schore 2007), trifft nur bedingt zu. Sie neigen zu Fehlattributionen und missverstehen die Absichten anderer vor allem dann, wenn sie sich selbst bedroht fühlen, nicht aber,

wenn sie sich sicher und aufgehoben fühlen. Ein gutes Beispiel aus unserem Praxisalltag ist, dass die Patienten hohe Kompetenz darin zeigen, in einer Therapiegruppe anderen Patienten bei der Lösung ihrer interpersonellen Probleme zu helfen. (Sie können nur dann nicht helfen, wenn sie selbst Teil des interpersonellen Problems sind.)

- Wir halten es für irreführend, wenn Patienten mit einer Borderline-Störung eine generell verminderte *Mentalisierungsfähigkeit* zugeschrieben wird. Tatsächlich kommt eine Mentalisierungsschwäche vor allem in Zuständen emotionaler Dysregulation und in bindungsrelevanten Kontexten vor.
- Wir halten es erst recht für irreführend und zudem für ethisch bedenklich, wenn Patienten pauschal und mit kaum verborgener sozialer Wertung als *unreife oder infantile Persönlichkeiten* etikettiert werden. Nahezu alle Borderline-Betroffene kennen unreife oder infantile Reaktionsmuster, derer sie sich mitunter schämen, sobald sie sie aus der Perspektive der Erwachsenenpersönlichkeit betrachten können.

Die Beispiele zeigen, wie *differenziert* und *spezifisch* wir die Ich-Funktionsdefizite der Patienten betrachten müssen. Mit dem Hinweis auf die Kontextabhängigkeit der Ich-Funktionsdefizite sollen die bei ihnen nachgewiesenen biologischen Veränderungen neuronaler Strukturen nicht geleugnet werden. Wir bestreiten nicht, dass es Volumenminderungen in den präfrontalen Zentren der Emotionsregulierung gibt, wie sie durch bildgebende Verfahren darstellbar sind (Irle et al. 2011), ebenso bezweifeln wir nicht, dass die Defizite der Impulskontrolle und der Aufmerksamkeitskontrolle biologische Korrelate haben (Lenzenweger et al. 2004; Levy et al. 2010). Dennoch erscheint es uns für das therapeutische Vorgehen sinnvoll, im Einzelfall zu prüfen, wieweit die Defizite vermutlich als genuin vorhanden oder als das Produkt von Regression und Abwehr im Dienste des Bindungserhalts oder der Bedrohungsabwehr verstanden werden können.

Ein umfassendes Verständnis der Ich-Funktionsdefizite erfordert darüber hinaus die folgende Differenzierung:

- Bestimmte Kompetenzen können durch ungünstige Bedingungen in einem beziehungstraumatisierenden Umfeld *nicht ausreichend erlernt* worden sein und sind folglich im prozeduralen Gedächtnis nicht als implizite Wissensbestände gespeichert.

> **P:** Ich habe in meinem Elternhaus nie gelernt, was persönliche Grenzen überhaupt sind. Die gab es einfach nicht. Ich habe das für normal gehalten und erst viel später bemerkt, in welchem Maße persönliche Grenzen immer überschritten wurden.

- Viel häufiger kommt es vor, dass bestimmte Kompetenzen zwar vorhanden, aber andauernd oder vorübergehend bzw. *situations- und kontextabhängig nicht verfügbar* sind. In diesen Fällen müssen wir davon ausgehen, dass das den Kompetenzen zugrunde liegende *prozedurale Wissen* sehr wohl abgespeichert, aber momentan nicht abrufbar ist. Nicht selten werden Ich-Funktionen aus *Abwehrgründen nicht genutzt*, weil ihre Nutzung für die Stabilität nicht zweckmäßig wäre. In der Regel sind es *Bindungskontexte* oder *Situationen mit assoziativer Verbindung zu bindungstraumatischen Erinnerungen*, die zu einer Minderung von Ich-funktionellen Kompetenzen führen.

P: Wenn ich plötzlich A. begegne, werde ich wie ein kleines scheues Kind. Ich bringe dann kein Wort heraus. Er erinnert mich im Aussehen und in seiner Art stark an meinen Vater.

- Ebenso häufig kommt es vor, dass bestimmte Kompetenzen vorhanden und auch prinzipiell abrufbar sind, dass aber das subjektive Gefühl, darüber verfügen zu können, blockiert ist, und zwar als Folge eines *allgemein verminderten Kompetenzgefühls* oder als Folge *verinnerlichter Verbote*.

P: Wenn ich wirklich sagen würde, was ich brauche, hätte ich das Gefühl, total egoistisch zu sein.

Um Kompetenzdefizite der Patienten besser verstehen zu können, versuchen wir uns bestmögliche Klarheit darüber verschaffen,

- in welchem State, das heißt *inneren Persönlichkeitszustand* die Person sich gerade befindet;
- ob die Ich-Funktionen *zu anderen Zeiten im Leben der Patienten besser zur Verfügung gestanden haben* als zum Zeitpunkt der aktuellen Präsentation und aus welchen Gründen der Zugriff auf sie gegenwärtig blockiert ist.

Die Überlegungen haben nicht nur wichtige Implikationen für die psychodynamische Strukturdiagnostik, mit deren Hilfe wir die Verfügbarkeit über Ich-Funktionen beschreiben, sondern auch für unsere *therapeutische Haltung*. Ohne Frage müssen wir Borderline-Patienten Skills an die Hand geben, wie sie ihre Emotionen besser regulieren und ihre Impulse besser kontrollieren können. In vielen anderen Fällen, vor allem wenn es sich um ihre soziale Kompetenz handelt, erscheint es uns zweckmäßiger, davon auszugehen, dass die Patienten über die meisten Kompetenzen sehr wohl *verfügen*, auf sie aber unter bestimmten Bedingungen *nicht zugreifen* können. Aus der Erfahrung mit klinischer Hypnose wissen wir, dass Menschen viel mehr Kompetenzen besitzen, als ihnen bewusst ist. Milton H. Erickson, einer der kreativsten und einflussreichsten Psychotherapeuten seit Freud, brachte diesen Sachverhalt in der ihm eigenen Sprache mit den Worten zum Ausdruck, dass das »Unbewusste« über Stärken verfügt, die dem Bewusstsein nicht zugänglich sind (Erickson u. Rossi 1999).

Unbewusstes bewusst zu machen, war von je her das Anliegen psychodynamischer Ansätze. Widmet sich die konfliktorientierte Psychotherapie dem Bewusstmachen des »*dynamisch« Unbewussten* (Freud 1915/1975), also den »verdrängten« Inhalten des *deklarativen Gedächtnisses*, so muss sich eine Psychotherapie, die sich an defizitären Ich-Funktionen und an der Struktur orientiert, *das prozedurale Unbewusste* verfügbar machen, das heißt, sich der Bewusstmachung der implizit gespeicherten Fähigkeiten und Kompetenzen zuwenden.

Eine solche ressourcenorientierte Sichtweise erspart uns nicht die exakte Identifizierung von Ich-Funktionsdefiziten und der Kontexte, in denen sie auftreten. Nur wenn wir die Ich-Funktionsdefizite – und seien sie noch so vorübergehend und kontextabhängig – präzise erfassen, können wir die notwendigen Schritte einleiten, um sie psychodynamisch zu verstehen und ressourcenorientiert zu verändern. Dies ist nicht immer leicht, zumal viele Ich-Funktionsdefizite auf den ersten Blick nicht in Erscheinung treten, weil sie durch – in der Regel dysfunktionale und selbstschädigende – Verhaltensweisen kompensiert bleiben. Hier können psychodynamisches Verstehen und eine ressourcenaktivierende Behandlungstechnik gewinnbringend ineinandergreifen.

Allgemeines zu Ich-Funktionsdefiziten

- Kompetenzen wurden in einem beziehungstraumatisierenden Umfeld nicht ausreichend erlernt.
- Kompetenzen sind vorhanden, jedoch andauernd oder vorübergehend situations- und kontextabhängig nicht verfügbar
  - als Folge eines allgemein verminderten Kompetenzgefühls,
  - als Folge einer Blockade durch verinnerlichte Verbote,
  - als Folge einer Blockade durch Angst vor Affektüberflutung.

3.2 Kognitive Defizite

Wir finden bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Einschränkung zahlreicher *kognitiver Funktionen*, namentlich der Fähigkeiten, zu planen, klar zu denken oder zu urteilen, sowie der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf Gegenstände oder Ziele zu fokussieren. LeGris und van Reekum (2006) erwähnen in ihrer Zusammenfassung der Studien zu kognitiven Beeinträchtigungen bei 60 % der Borderline-Patienten Defizite im Bereich der schnellen Aufmerksamkeit, der Entscheidungsfindung, des verbalen Gedächtnisses und der visuomotorischen Fähigkeiten. Subklinische kognitive Störungen umfassen Gedächtnisstörungen beim Aufrufen komplexer kürzlich gelernter Informationen, Aufmerksamkeitsdefizite und eine Schwächung der optisch-räumlichen Verarbeitung (O'Leary 2000). In einem weiteren Sinne können auch die bei Borderline-Patienten häufigen sprunghaften Schlussfolgerungen, ihre Neigung zu monokausalen Attributionen und ihr oft anzutreffender *paranoider Denkstil* zu den kognitiven Störungen gerechnet werden (Mak u. Lam 2013).

Die genannten Defizite treten vor allem dann auf, wenn die Betroffenen unter der Einwirkung *intensiver Emotionen* stehen (Shedler u. Westen 2004). Allerdings fanden neuere Studien neurokognitive Defizite – Defizite der Aufmerksamkeit, des visuellen Arbeitsgedächtnisses und exekutiver Funktionen – auch unabhängig davon, ob negative oder dysregulierte Affekte vorherrschen (Fertuck et al. 2006; Lenzenweger et al. 2004). Die Einschränkung der exekutiven neurokognitiven Funktionen bei Borderline-Patienten war mit einem veränderten Serotoninstoffwechsel in kortikalen und subkortikalen Strukturen verbunden (Leyton et al. 2001). Vermutlich sind auch hier, ähnlich wie bei der Fähigkeit zur Emotionsregulierung, genetische und epigenetische Einflüsse für eine basale Störung der Funktionsfähigkeit verantwortlich, die sich jedoch kontextabhängig höchst unterschiedlich manifestieren kann.

Unbeschadet möglicher genetischer Faktoren lassen sich viele Störungen der kognitiven Funktionen weitgehend als Reaktionen auf die beziehungstraumatischen Umstände in der Kindheit der Patienten verstehen. Folgende Funktionen seien genannt:

- Von den Borderline-typischen *Denkstörungen*, die vor allem in emotional belastenden und bindungspsychologisch relevanten Situationen auftreten, ist klinisch das als »Schwarz-Weiß-Denken« oder »Alles-oder-nichts-Denken« bekannte *dichotome Denken* am wichtigsten. In einem beziehungstraumatischen Umfeld, in dem Gutes und Schlechtes, Hilfreiches und Schädliches nah beieinander lagen, stellte es, ähnlich wie die Tendenz zur Spaltung, eine lebensnotwendige Strategie dar, um *Gutes und Schlechtes* sowie *Hilfreiches und Schädliches* klarer voneinander zu unterscheiden. Die Fähigkeit zur *Ambivalenz* in Beziehungen konnte nicht ausgebildet werden, weil fürsorgliche Verhaltensmuster von Bezugsper-

sonen sich blitzschnell in bedrohliche Verhaltensweisen verwandeln konnten, und das extreme Ausmaß der Diskrepanz eine Integration nicht zuließ. Unter auslösenden Bedingungen, die diese Erfahrungen wachrufen, können Borderline-Patienten in ihren Denkmustern »eigenartig, bizarr und merkwürdig« (Leichsenring 2003) werden, während sie unter anderen, weniger belastenden Bedingungen zu einem weitgehend ungestörten Denken in der Lage sind.

- Bedingt durch eine Schwächung der kortikalen Fähigkeit zur Diskrimination (Kolb 1987), kann auch die *Fähigkeit zur Unterscheidung* zwischen relevanten und irrelevanten wie auch zwischen bedrohlichen und nicht bedrohlichen Situationen gestört sein. Äußere soziale und innere physiologische Signale von Sicherheit und Gefahr stehen den Patienten nicht ausreichend zur Verfügung. In einem beziehungstraumatischen Umfeld mussten bedrohliche Informationen abgespalten, das heißt in einem anderen neuronalen Netzwerk abgespeichert werden, um die Alltagsfunktionalität zu erhalten. Befinden sich Patientinnen in einem alltagsfunktionalen »Normalzustand«, können sie deshalb auf die Erinnerungen an die bedrohlichen Situationen nicht zugreifen. Ist dagegen ein emotionaler Persönlichkeitsanteil (▸ Kap. 5.3) aktiviert, ist zwar der Zugang zu den bedrohlichen Erinnerungen gegeben, doch werden dann auch objektiv nicht bedrohliche Situationen leicht als bedrohlich eingeschätzt. So lassen sich vermutlich auch die verzerrenden Denkmuster im Sinne negativer Übergeneralisierungen erklären (Kramer et al. 2011).
- Viele Patientinnen mit einer Borderline-Störung neigen zu *magischem Denken*. Besonders häufig sind Überzeugungen, dass äußere Veränderungen innere Probleme lösen können. Magisches Denken konnte eine wichtige Bewältigungsfunktion haben, um in einem als unkontrollierbar erlebten Umfeld ein rudimentäres Gefühl von Selbstwirksamkeit zu erhalten. Es kann aber auch als Ausdruck der Präsenz kindlicher Persönlichkeitsanteile verstanden werden (▸ Kap. 5.4).

> Eine Patientin war der festen Überzeugung, dass sie durch eine weitere kosmetische Operation liebenswerter würde.

- Unter der Ich-Funktion der *Selbst-Objekt-Differenzierung*, die auch als *Realitätsprüfung im weiteren Sinne* bezeichnet wird, verstehen wir die Fähigkeit, unterscheiden zu können, ob ein Gefühl, ein Bedürfnis oder eine Wahrnehmung Teil des eigenen Erlebens ist oder ob es, ganz oder überwiegend, einem anderen Menschen zugehörig ist. Diese Differenzierung konnten Patienten mit einer Borderline-Störung nicht ausreichend entwickeln, da sie anhaltende und massive Entwertung, Verdrehung und Nichtbeachtung des Erlebens durch die frühen Bezugspersonen erfahren haben. Wenn immer wieder das eigene Erleben als bedeutungslos entwertet, eigene Wünsche als irrelevant und die Wünsche der Bezugspersonen den Patienten zugeschrieben werden, leidet die Fähigkeit, zwischen eigenen Gefühlen, Wünschen und Wahrnehmungen und denen der anderen zu unterscheiden. Zwar ist, anders als bei psychotischen Patienten, die *Realitätsprüfung im engeren Sinne (*das heißt die Fähigkeit, zwischen Wirklichkeit und Fantasie zu unterscheiden) bei Borderline-Betroffenen erhalten. Doch kann als Folge der traumatischen Beziehungserfahrungen und unter der Einwirkung insbesondere projektiver Abwehrmechanismen die Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung so eingeschränkt

sein, dass eine erhebliche Verzerrung der Realität resultieren kann (Blizard 2009).

Eine Patientin war davon überzeugt, dass ihr Partner sie hässlich und unattraktiv fand, obwohl dieser dies wiederholt verneint hatte. Ihr Partner kam nicht damit zurecht, dass die Patientin ihm dies immer wieder unterstellte.
Eine andere Patientin ging wie selbstverständlich davon aus, dass ihr Partner die gleiche Abneigung gegenüber einer anderen Person spürte wie sie. Sie war überrascht zu hören, dass dies nicht zutraf.
Eine dritte Patientin war davon überzeugt, dass ihre Therapeutin wütend auf sie war. Die Therapeutin konnte bei sich ein solches Gefühl nicht wahrnehmen. Später ließ sich klären, dass die Patientin selbst wütend auf die Therapeutin war.

P: Immer mache ich die gleichen Fehler: Ich denke, andere Menschen seien so wie ich und reagieren auch so wie ich. Wenn ich mich für andere aufopfere, denke ich, dass andere das auch so machen. Anschließend stelle ich fest, dass ich die Dumme bin.

3.3 Störung der Mentalisierungsfunktion

Immer wieder wurde beschrieben, dass es Personen mit einer Borderline-Störung schwer fällt, die eigene Emotionalität sowie die emotionalen Zustände ihrer Interaktionspartner wahrzunehmen und die Gefühle, Gedanken, Motive, Absichten, Wünsche, Bedürfnisse und Überzeugungen anderer zu identifizieren. Weiterhin wurde beobachtet, dass sie sich nur schlecht in die Gefühlswelt anderer hineinversetzen und nicht gut zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden können. Statt die Komplexität und Perspektivenvielfalt interpersoneller Zusammenhänge zu bedenken, neigen sie, so die Beobachtungen, zu vereinfachten Konstruktionen der Realität und zu schnellem und unreflektiertem Handeln. Fonagy und seine Arbeitsgruppe haben für dieses Ich-Funktionsdefizit den Begriff der eingeschränkten *Mentalisierung* vorgeschlagen und darauf basierend ein eigenes Therapiekonzept speziell für Borderline-Patienten entwickelt: die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) für Borderline-Patienten (Fonagy 1991; Bateman u. Fonagy 2004).

Die Fähigkeit zur empathischen Einfühlung wurde bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig untersucht, jedoch ist die Befundlage widersprüchlich. In klinischen Kontexten war häufig beobachtet worden, dass die Patienten die emotionalen Zustände ihrer Therapeuten und Mitpatienten auffällig schnell und richtig einschätzen konnten (Carter u. Rinsley 1977). Einige Studien fanden bei den Patienten sogar höhere Empathiewerte als bei Kontrollpersonen (Guttmann u. Laporte 2000), andere fanden weder eine verbesserte noch eine eingeschränkte Fähigkeit zur Erfassung komplexer Absichten anderer Menschen, sondern lediglich die Neigung, ihnen mehr negative Absichten zuzuschreiben (Arntz et al. 2009). In einer Übersicht über 28 Studien, die sich mit der Frage des »empathy paradox« bei Borderline-Patienten befassten, konnten Dinsdale u. Crespi (2013) höchst inkonsistente Befunde zusammentragen: Es fanden sich reduzierte, normale und erhöhte Empathiewerte.

Wie ist diese Widersprüchlichkeit zu erklären? Zum einen kann angenommen werden, dass eine gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber sozialen Stimuli in Verbindung mit einer dysfunktionalen sozialen Informationsverarbeitung für die teilweise erhöhte Empathie bei gleichzeitig verminderter sozialer Funktionsfähigkeit verantwortlich ist (Dinsdale u. Crespi

2013). Zum anderen verweist sie auf die Kontextabhängigkeit von Einschränkungen und Fluktuationen der Mentalisierungsfähigkeit der Betroffenen, die nicht als stabiler Charakterzug aufgefasst werden kann, sondern von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, unter anderem folgenden:

- Die Empathiefähigkeit ist vor allem von der Qualität der *Emotionsregulierung* abhängig. Ganz allgemein gilt, also auch für psychisch Gesunde, dass Menschen umso besser mentalisieren können, je besser ihre Emotionalität reguliert ist. Umgekehrt gelingt ihnen ein reflektierter Umgang mit Problemen und Interaktionen umso schlechter, je stärker sie sich im Zustand emotionaler Dysregulation befinden. Emotional labilisierte Patientinnen mit einer Borderline-Störung werden daher – vor dem Hintergrund ihrer beziehungstraumatischen Kindheitserfahrungen und ihrer biologischen Disposition – kaum in der Lage sein, die Vielschichtigkeit und Komplexität menschlicher Interaktionen zu hinterfragen; vielmehr werden sie vieldeutige Verhaltensweisen anderer Menschen vorschnell im Sinne einer gegen die eigene Person gerichteten Schädigungsabsicht deuten. Umgekehrt kann die Mentalisierungsfähigkeit vieler Patienten deutlich besser ausfallen, wenn sich ihre Emotionsregulierung mit therapeutischer Hilfe gebessert hat.
- Patienten mit einer Borderline-Störung sind besonders dann in ihrer Mentalisierung eingeschränkt, wenn ihre eigenen *Bindungsbeziehungen* betroffen sind. Außerhalb dieser Kontexte zeigen sie oft eine gute bis sehr gute Mentalisierungsfähigkeit. Dies wird von Fonagy und seinen Mitarbeitern in ihren neueren Schriften mit zunehmender Deutlichkeit betont (Fonagy u. Bateman 2006, 2007). Während in früheren Publikationen noch verallgemeinernd von einer »Unfähigkeit von Borderline-Patienten, angemessen zu mentalisieren« die Rede war (Fonagy u. Target 2000, S. 961), wird die Abhängigkeit der Mentalisierungsfähigkeit von Fonagy und Bateman (2007, S. 89) sogar mit den folgenden Worten pointiert: »Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben eine normale Mentalisierungsfähigkeit, außer im Kontext von Bindungsbeziehungen« [Übers. des Autors]. So zutreffend dies ist, darf jedoch nicht übersehen werden, dass die Mentalisierungsfähigkeit ebenso von der Qualität der Emotionsregulierung abhängt und diese wiederum von Kontextfaktoren beeinflusst wird. Auch außerhalb von Bindungsbeziehungen können Trigger wirksam sein, die die Güte der Emotionsregulierung und damit der Mentalisierung bedrohen.
- Empirisch lässt sich zeigen, dass zumindest bei unsicher gebundenen Personen die Fähigkeit zur Mentalisierung abnimmt, sobald das Bindungssystem im Sinne der Schutzsuche bei einer rettenden Bindungsfigur aktiviert wird (Bartels u. Zeki 2004; Bull et al. 2008; Mikulincer u. Shaver 2007). Nicht zuletzt deshalb neigen Personen mit einer Borderline-Störung, deren Bindungssystem in diesem Sinne anhaltend aktiviert ist, zu *schneller partnerschaftlicher Beziehungsaufnahme*, ohne eine solche Entscheidung hinreichend zu reflektieren. In der Regel nimmt die Beziehung dann einen enttäuschenden Ausgang, weil sich die vermeintlich Nähe und Schutz gebenden Partner später als Schädiger erweisen. Für die *therapeutische Beziehungsgestaltung* leiten wir daraus ab, dass es besonders zu Therapiebeginn darauf ankommt, das stark aktivierte Bindungssystem unserer Patienten durch beruhigende Interventionen zu normalisieren, um die Fähigkeit zur Mentalisierung nicht weiter zu beeinträchtigen (Levy et al. 2011; ▸ Kap. 10.1).
- Die Mentalisierungsfunktion kann *abwehrbedingt* eingeschränkt sein. So kann es für

Opfer frühkindlicher Traumatisierungen nicht nur dysfunktional, sondern sogar bedrohlich sein, die Fähigkeit zur Mentalisierung zu nutzen: Darüber nachzudenken, was die Motivationen und Intentionen der misshandelnden Bezugsperson sein könnten, wäre unvereinbar mit dem Bedürfnis nach Bindung, wenn es zu der Schlussfolgerung führt, dass ihre Handlungen nicht durch Liebe, sondern durch den Wunsch nach Machtausübung oder durch Hass motiviert sind. Ähnlich wie ein traumatisiertes Kind es vermeidet, über Emotionen und Motive seiner schädigenden Bezugspersonen nachzudenken, um die dringend benötigte Bindungsbeziehung nicht zu gefährden, werden auch erwachsene Patienten mit einer Borderline-Störung ein Nachdenken über eigene oder fremde Motive und innere Zustände vermeiden, wenn ihnen dadurch ein unlösbarerer innerer Konflikt oder eine affektive Überflutung droht.

P: Nicht darüber nachzudenken, was zu Hause geschah, war für mich überlebensnotwendig.

- Schließlich können *verinnerlichte Verbote* die Fähigkeit zur Mentalisierung einschränken, wenn von den traumatisierenden Bezugspersonen nicht nur Rede-, sondern auch Denkverbote ausgesprochen wurden.

P: Mein Vater sagte immer: »Frag nicht immer ›Warum‹, das geht dich alles nichts an. Tu was ich dir sage.«
P: Wenn ich an meine Eltern denke, habe ich immer das Gefühl: Ich darf da gar nicht drüber nachdenken.

3.4 Impulsivität

Eine besondere Bedeutung kommt der ausgeprägten Impulsivität zu, die für Patienten mit einer Borderline-Störung typisch ist. Vor allem unter Stress neigen die Patientinnen zu schnellen und ungeplanten Handlungen, die im Ergebnis so gut wie immer selbstschädigend sind. Die Impulsivität kann sich in so unterschiedlichen Verhaltensweisen wie Bulimie, hohen Geldausgaben oder risikoreichem Fahren manifestieren und umfasst auch Substanzkonsum, Suizidalität und selbstgefährdendes sexuelles Verhalten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Borderline-Patienten mit Substanzmissbrauch scheinen noch impulsiver zu sein als jene ohne Substanzmissbrauch (Coffey et al. 2011). Die Borderline-Impulsivität nimmt mit zunehmendem Lebensalter ab; ihr Rückgang dürfte maßgeblich für die oft beschriebene Milderung der Borderline-Symptomatik im Langzeitverlauf der Erkrankung verantwortlich sein, während die negative Emotionalität sich meist nur langsam verändert (Arens et al. 2013; ▸ Kap. 1.1).

Die Neigung zu Impulsivität war in den letzten Jahren Gegenstand intensiver Forschungsbemühungen. Neuere Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die ausgeprägte Impulsivität bei Patienten mit einer Borderline-Störung, an deren Genese biologisch-genetische und Umweltfaktoren beteiligt sind (Bornovalova et al. 2005; Paris 2005), weniger Ausdruck einer Störung der Impulskontrolle ist, sondern vielmehr Folge der Störung der Emotionsregulierung (Sebastian et al. 2013). Der stressabhängigen Zunahme ihrer Impulsivität lag bei Borderline-Patienten nur dann eine geschwächte Reaktionshemmung zugrunde, wenn gleichzeitig eine komorbide ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) bestand (Krause-Utz et al. 2013).

Die gesteigerte Impulsivität kann am ehesten als eine unbewusste Bewältigungsstrategie

verstanden werden, die dazu beiträgt, zügig Emotionen zu regulieren und starken emotionalen Stress zu vermeiden, insbesondere Gefühle des Alleingelassenseins (Chapman et al. 2005; Hochhausen et al. 2002). Sie ist ebenso eine Folge der Tendenz der Patientinnen, sofortige Belohnungen längerfristigen vorzuziehen (Lawrence et al. 2010). Schließlich kann für das impulsive Verhalten auch die situativ ausgelöste *Aktualisierung unreiferer, z. B. kindlicher Persönlichkeitsanteile* verantwortlich sein, für die das impulsive Reagieren und das Bedürfnis nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung typisch sind (▸ Kap. 5.4). Dem widerspricht nach unserer Auffassung nicht, dass Störungen des Serotoninstoffwechsels als Korrelat für impulsive Aggressivität reproduzierbar gefunden wurden (Seo et al. 2008); es ist vielmehr Ausdruck des immer wieder anzutreffenden Zusammenwirkens biologischer und psychodynamischer Faktoren.

3.5 Weitere Ich-Funktionsdefizite

Im Folgenden sollen noch weitere Ich-Funktionsdefizite angeführt werden, die sich teilweise aus den schon beschriebenen Ich-funktionellen Störungen ableiten lassen:

- Die oft beeinträchtigte Störung der *Objektkonstanz* liegt dann vor, wenn die Patienten sich nur durch beruhigende Verhaltensweisen einer anderen wichtigen Person regulieren können, nicht aber durch die Aktivierung von Erinnerungen an beruhigende Erfahrungen oder durch Aufrufen innerer Bilder beruhigender Bezugspersonen. Sie haben kein verinnerlichtes Bild einer beruhigenden und sorgenden Bezugsperson, mit der sie sich trotz räumlicher Trennung verbunden fühlen können (Boesky 1983; Fraiberg 1969; Winnicott 1958). Als Folge der unzureichend ausgeprägten Objektkonstanz geraten die Patienten immer wieder in Borderline-typische Zustände des Alleingelassenseins und aktivieren zu deren Bewältigung die vielfältigen selbstschädigenden Verhaltens- und Beziehungsmuster.
- Die Patientinnen haben oft Schwierigkeiten, zusammenhängende Beziehungsepisoden zu erzählen, in denen Handlungen anderer Menschen logisch aus realistisch wahrgenommenen Absichten ableitbar sind (Westen et al. 1990). Die *Schwierigkeit, kohärente Narrative zu erzeugen*, kennzeichnet besonders Personen mit einem für Borderline-Patienten typischen unsicher-desorganisierten Bindungsstil, der oft mit einer dissoziativen Komorbidität einhergeht. Sie ist typischerweise mit einer Schwäche der Fähigkeit des »metakognitive monitoring« verbunden: Die Betroffenen können nur schlecht erkennen, wenn ihre Erzählungen für andere Menschen schwer nachvollziehbar erscheinen.
- Ein häufig zu beobachtendes Phänomen ist eine *Störung der sprachlichen Ausdrucksweise*. Dabei liegt die Komplexität des Vokabulars und der Satzbildung deutlich unterhalb des für die Altersstufe zu erwarteten Niveaus, wobei das inhaltliche Sprachverständnis aber normal ist. Trigger traumatischer Erinnerungen aktivieren dieses Phänomen, das auf eine reduzierte präfrontale und verstärkte Amygdalaaktivität zurückgeführt wird (Carter u. Grenyer 2012). Auch hier kann die Annahme aktivierter kindlicher Persönlichkeitsanteile das Verständnis erleichtern.
- Die *Fähigkeit zur Lösung interpersoneller Konflikte* kann eingeschränkt sein. Konflikte, die aus keinem Alltagsleben wegzudenken sind, können Betroffene vor große Probleme stellen. Psychodynamisch lässt sich die Unfähigkeit zur Konfliktbewältigung mit der beziehungstraumatischen Erfahrung in Verbindung bringen, dass Individuationswünsche von Bezugspersonen

unterbunden und durch Entzug von Liebe und Anerkennung bestraft wurden. Die Mütter von Patienten mit einer Borderline-Störung bewältigten eigene Verlassenheitsängste nur durch verstärkte Kontrolle über das heranwachsende Kind, wobei die Autonomieeinschränkung durch die Abwesenheit des Vaters meist noch verstärkt wurde. Da Selbstbehauptung mit Verlassenwerden assoziiert ist, reagieren Patienten in Konfliktsituationen oft mit Passivität, Hilflosigkeit und Ohnmacht (Masterson 1992).

- *Hilfe in Anspruch zu nehmen* und *eigene Bedürfnisse zu artikulieren* kann für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung schwer bis unmöglich sein, weil Mitglieder der Ursprungsfamilie auf diese Verhaltensweisen oft mit Ablehnung und Zurückweisung reagierten. Vor dem Hintergrund dieser Beziehungserfahrungen sind die Patienten überempfindlich gegenüber kleinsten Hinweisen auf Ablehnung oder Zurückweisung geworden. Dies bezieht sich auf die Inanspruchnahme realer und emotionaler Unterstützung. Statt um diese zu bitten, gehen sie auf der bewussten Ebene davon aus, dass Hilfe nicht zu erwarten ist, während ein anderer Teil insgeheim hofft, ohne Worte Hilfe zu erfahren – was in der Regel fehlschlägt. Manche Patientinnen weisen selbst angebotene Hilfe zurück, um später nicht von den Helfenden zurückgewiesen zu werden.

> **T:** Manchmal ist es schwer zu glauben, dass jemand tatsächlich bereit ist zu helfen (Zanarini 2008).

- Die Fähigkeit, *sich zu konstanter Arbeit zu motivieren*, ist bei Patienten mit einer Borderline-Störung häufig herabgesetzt. Dieses Ich-Funktionsdefizit kann den häufig vorkommenden Arbeitsstörungen der Patienten zugrunde liegen. Ihnen gelingt es nicht in ausreichendem Maße, Lebensziele *positiv zu besetzen*. Spezifisch scheint die *Fähigkeit zur Antizipation von Belohnungen* gestört zu sein. Auffällige Veränderungen lassen sich in den Regionen des Belohnungssystems des Gehirns nachweisen (Enzi et al. 2013; Haber u. Knutson 2010). Belohnende Erfahrungen konnten bei Borderline-Patienten in diesen Regionen keine neuronalen Reaktionen auslösen (Völlm et al. 2007). Es kann aber auch schwierig sein, sich den positiven Zustand nach Erreichen des angestrebten Zieles vorzustellen und durch die Antizipation des positiven Zustands zu einer Aufhellung der Stimmungslage und einer Besserung der Motivationslage zu gelangen.

Literatur

Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD 2, 2. Aufl. Bern: Huber.

Arens EA, Stopsack M, Spitzer C et al. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. J Pers Disord; 27: 196–207.

Arntz A, Bernstein D, Oorschot M, Schobre P (2009). Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. J Nerv Ment Dis; 197: 801–7.

Bartels A, Zeki S (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. Neuroimage; 21: 1155–66.

Bateman AW, Fonagy P (2004). Mentalization-based treatment of BPD. J Pers Disord; 18: 36–51.

Blizard RA (2009). The role of double binds and chronic relational trauma in the genesis and treatment of borderline personality disorder. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy M (eds). Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology. New York: Wiley.

Boesky D (1983). The problem of mental representation in self and object theory. Psychoanal Q; 52: 564–83.

Bornovalova MA, Lejuez CW, Daughters SB et al. (2005). Impulsivity as a common process across

borderline personality and substance use disorders. Clin Psychol Rev; 25: 790–812.

Bull R, Phillips LH, Conway CA (2008). The role of control functions in mentalizing: dual-task studies of theory of mind and executive function. Cognition; 107: 663–72.

Carter PE, Grenyer BFS (2012). The effect of trauma on expressive language impairment in borderline personality disorder. Personal Ment Health; 6: 183–95.

Carter L, Rinsley DB (1977). Vicissitudes of »empathy« in a borderline adolescent. Int Rev Psychoanal; 4: 317–26.

Chapman AL, Specht MW, Cellucci T (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? Suicide Life Threat Behav; 35: 388–400.

Coffey SF, Schumacher JA, Baschnagel JS et al. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. Personal Disord; 2: 128–41.

Dinsdale N, Crespi BJ (2013). The borderline empathy paradox: evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. J Pers Disord; 27: 172–95.

Enzi B, Doering S, Faber C et al. (2013). Reduced deactivation in reward circuitry and midline structures during emotion processing in borderline personality disorder. World J Biol Psychiatry; 14: 45–56.

Erickson MH, Rossi EL (1999). Hypnotherapie: Aufbau – Beispiele – Forschungen. München: Pfeiffer.

Fertuck EA, Lenzenweger M, Clarkin JF et al. (2006). Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. Clin Psychol Rev; 26: 346–75.

Fonagy P (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. Int J Psychoanal; 72: 639–56.

Fonagy P, Bateman AW (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. J Clin Psychol; 62: 411–30.

Fonagy P, Bateman AW (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. J Ment Health; 16: 83–101.

Fonagy P, Target M (2000). Mit der Realität spielen. Die Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. Psyche – Z Psychoanal; 55: 961–95.

Fraiberg S (1969). Libidinal object constancy and mental representation. Psychoanal Study Child; 24: 9–47.

Freud S (1915/1975). Das Unbewußte. Studienausgabe, Bd. 3. 2. Aufl. Frankfurt a. M: Fischer; 119–73.

Guttman HA, Laporte L (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. Fam Process; 39: 345–58.

Haber SN, Knutson B (2010). The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. Neuropsychopharmacology; 35: 4–26.

Hochhausen NM, Lorenz AR, Newman JP (2002). Specifying the impulsivity of female inmates with borderline personality disorder. J Abnorm Psychol; 111: 495–501.

Irle E, Lange C, Sachsse U, Weniger G (2011). Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 134–41.

Kolb L (1987). A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. Am J Psychiatry; 144: 8.

Kramer U, Vaudroz C, Ruggeri O, Drapeau M (2011). Biased thinking assessed by external observers in borderline personality disorder. Psychol Psychother; 86: 183–96.

Krause-Utz A, Sobanski E, Alm B et al. (2013). Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: an exploratory study. J Nerv Ment Dis; 201: 116–23.

Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: reward-based decision-making and its relationship to emotional distress. J Pers Disord; 24: 786–99.

LeGris J, van Reekum R (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. Can J Psychiatry; 51: 131–42.

Leichsenring F (2003). Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen, eine ganzheitliche Sicht. 2. Aufl. Bern: Huber.

Lenzenweger MF, Clarkin JF, Fertuck EA, Kernberg OF (2004). Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: a preliminary study. J Pers Disord; 18: 421–38.

Levy KN, Beeney JE, Wasserman RH, Clarkin JF (2010). Conflict begets conflict: executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. Psychother Res; 20: 413–22.

Levy KN, Beeney JE, Temes CM (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep; 13: 50–9.

Leyton M, Okazawa H, Diksic D et al. (2001). Brain regional alpha-[11C]methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 158: 775–82.

Mak AD, Lam LC (2013). Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder. Curr Opin Psychiatry; 26: 90–6.

Masterson JF (1992). Psychotherapie bei Borderline-Patienten. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Mikulincer M, Shaver PR (2007). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. New York: Guilford Press.

O'Leary KM (2000). Neuropsychological testing results. Psychiatr Clin North Am; 23: 41–60.

Paris J (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. Dev Psychopathol; 17: 1091–104.

Rudolf R (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Schore AN (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? Curr Psychiatry Rep; 15: 339.

Seo DS, Patrick CJ, Kennealy PJ (2008). Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. Aggress Violent Behav; 13: 383–95.

Shedler J, Westen D (2004). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. Am J Psychiatry; 161: 1350–65.

Völlm B, Richardson P, McKie S et al. (2007). Neuronal correlates of reward and loss in cluster B personality disorders: a functional magnetic resonance imaging study. Psychiatry Res; 156: 151–67.

Westen D, Lohr N, Silk KR et al. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: a thematic apperception test analysis. Psychol Assess; 2: 355–64.

Winnicott DW (1958). The capacity to be alone. Int J Psychoanal; 39: 416–20.

Wöller W, Kruse J (Hrsg) (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Zanarini MC (2008). Reasons for change in borderline personality disorder (and other axis II disorders). Psychiatr Clin North Am; 31: 505–51.

4 Abwehrorganisation und maladaptive Verhaltensmuster

4.1 Frühe Abwehrmechanismen und verzerrte Repräsentanzenwelt

Die psychodynamische Perspektive liefert uns ein Verständnis dafür, wie Patienten mit einer Borderline-Störung ihre Alltagsbewältigung angesichts ihrer emotionalen Dysregulation und der Schwere der Bindungsstörung organisieren. Bedingt durch die Vermischung von Vergangenheits- und Gegenwartserleben können zahlreiche Situationen im Leben bindungstraumatisierter Patienten als vitale Bedrohungen erlebt werden und Ängste von vernichtender Qualität aktivieren. Die Art der Bedrohung kann auf verschiedene Art frühere traumatische Beziehungserfahrungen widerspiegeln (Hoffmann 1998; Woods 2008):

- Ängste vor dem *Alleingelassensein und Verlassenwerden* sind deshalb so bedeutsam, weil sie im kindlichen Erleben eine existenzielle Bedrohung darstellten.
- Nähe, die mit *Ausgeliefertsein, Identitäts- und Strukturverlust* assoziiert ist, kann auch überwältigende Ängste aktivieren und als Bedrohung wahrgenommen werden.
- Schließlich können auch Ängste bestehen, durch konflikthafte Impulse und Vorstellungen außer Kontrolle zu geraten.

Gegen diese überwältigenden Emotionen mobilisieren die Patienten ein charakteristisches Spektrum von *Abwehrmechanismen* sowie zahlreiche *dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster*, die jedoch nur unvollkommen vor der stets drohenden emotionalen Dysregulation schützen können, aber meist erhebliche interpersonelle Konflikte und Verwicklungen zur Folge haben.

Die Abwehrorganisation wird beherrscht durch *frühe Abwehrmechanismen*[1] – wie Projektion, Introjektion, projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung, Spaltung und Dissoziation –, die sich in der Regel aus kindlichen Reaktionen auf belastende Beziehungserfahrungen gebildet haben (Kernberg 2011; Zanarini et al. 2013). Unter dem Blickwinkel ihrer Entstehung sind sie vor allem für *Notfall- und Bedrohungssituationen* geschaffen, in denen nicht eine präzise Wahrnehmung der Situation, sondern eine schnelle Handlungsfähigkeit geboten ist. Unter den Bedingungen von Traumatisierung und Vernachlässigung hatten sie die Funktion, eine emotionale Dysregulation durch überflutende Affekte zu vermeiden und gleichzeitig die Bindung an die primären Bezugspersonen zu bewahren (Ogden 1979; Rosenfeld 1983). Vor dem Hintergrund des anhaltend erhöhten Bedrohungserlebens tragen sie auch in der Gegenwart dazu bei, die Funktionsfähigkeit des Ich zumindest bis zu einem gewissen Grade zu erhalten, allerdings um den Preis einer *verzerrten Realitätswahrnehmung* und einer *beeinträchtigten Beziehungsgestaltung*. Ihr Vorkommen ist keineswegs auf Persönlichkeitsstörungen beschränkt. In Extremsituationen können auch höher strukturierte Personen auf frühe Abwehrmechanismen zurückgreifen, um

1 Da den Begriffen »primitiv« oder »unreif« eine pejorative Konnotation anhaftet, bevorzugen wir – trotz aller Nachteile – den Begriff der »frühen« Abwehrmechanismen oder Abwehrorganisation; dieser ist zumindest von sozialer Wertung relativ frei.

ihr Funktionsniveau zu erhalten. Besondere Bedeutung kommt bei Borderline-Patienten den projektiven und dissoziativen Mechanismen zu.

Projektive Mechanismen sorgen dafür, dass potenziell bedrohliche Selbstanteile im Außen wahrgenommen werden, wo sie besser kontrollierbar sind. So können die Selbstkohärenz bedrohende Gefühle der Angst, Wut oder Scham als nachvollziehbare Reaktionen auf eine von außen kommende Bedrohung oder Erniedrigung wahrgenommen und dort bekämpft oder vermieden werden.

Der komplexe Abwehrvorgang der *projektiven Identifizierung*, der sich vermutlich aus einer Sequenz unterschiedlicher Abwehrmechanismen zusammensetzt, gestattet es den Patienten, unerträgliche Selbstanteile – in der Regel negative Emotionen –, die sie im Inneren nicht kontrollieren können, abzuspalten und so eine gewisse emotionale Entlastung zu erreichen. Das Besondere an diesem Abwehrvorgang ist, dass die vom Patienten abgespaltenen (oder diesen ganz ähnliche) Emotionen in einer anderen Person entstehen – so auch in uns Therapeuten –, und dass diese andere Person die Emotionen als ihre eigenen erlebt. Als Therapeuten fühlen wir uns dann ähnlich ohnmächtig, gelähmt, ungenügend oder unfähig, wie sich unsere Patienten fühlen.

Wie das genau geschieht, ist bis heute nicht genau geklärt (Greatrex 2002). Die von Bion (1942/1990) formulierte »Containertheorie«, nach der die Patienten unbewusst die eigenen unerträglichen Selbstanteile in andere Personen »deponieren«, um sie dort kontrollierbarer und erträglicher machen, hat über lange Zeit eine breite Rezeption erfahren. Vermutlich deshalb, weil sie ein anschauliches Modell geliefert hat, um das zunächst rätselhafte klinische Phänomen zu erfassen. Aus heutiger Sicht ist allerdings gegen das Modell einzuwenden, dass es ein zwar unbewusstes, aber dennoch absichtsvolles Geschehen impliziert, dem keine plausiblen neurobiologischen Modellvorstellungen entsprechen. Wahrscheinlicher ist es, dass der Interaktionspartner, möglicherweise vermittelt durch seine Spiegelneuronen[2], die Gefühle spürt, die die Patientin zur Erhaltung der Alltagsfunktionalität für sich nicht wahrnehmen darf und abgespalten hat. Das kann dann geschehen, wenn die Patientin unbewusst uns gegenüber die Rolle einnimmt, die eine frühe Bezugsperson einmal ihr gegenüber eingenommen hat. Dann spüren wir, wie es der Patientin einmal gegangen sein muss oder auch heute noch geht – allerdings spüren wir das als unsere eigenen Emotionen und nicht als die der Patientin!

Um den Unterschied zur Sichtweise in der Containertheorie deutlich zu machen: Eine Patientin, die sich auf der bewussten Ebene überwiegend ohnmächtig und wertlos fühlt, wechselt unbewusst die Rolle und macht uns – in Identifikation mit einer früheren Bezugsperson – ohnmächtig und entwertet uns. Damit »deponiert« sie nicht ihr Gefühl der Ohnmacht und Wertlosigkeit in uns, sondern erzeugt ein solches Gefühl tatsächlich in uns.

> Eine Therapeutin erlebte in einer Sitzung mit einer Patientin Gefühle der Lähmung und Resignation. Sie hatte das Gefühl, versagt zu haben, empfand ihre ganze Therapie als sinnlos und war davon überzeugt, eine schlechte Therapeutin zu sein. Derartige Gefühle hatte sie bei anderen Patienten nicht.

Ähnlich verhält es sich mit dem häufig beschriebenen, als *interaktioneller Anteil* der *projektiven Identifizierung* beschriebenen Phänomen, dass Interaktionspartner dazu neigen,

2 Nervenzellen, die aktiv werden, wenn man eine Bewegung ausführt, die aber auch dann feuern, wenn man die Handlung eines anderen nur beobachtet. Spielneuronen werden als Grundlage unserer Empathiefähigkeit betrachtet.

sich im Kontakt mit Borderline-Patienten ähnlich demütigend, zurückweisend oder schädigend zu verhalten, wie es die frühen Bezugspersonen getan haben. Das trifft auch auf uns Therapeuten zu, wenn es uns nicht gelingt, entsprechende Impulse in der Gegenübertragung genügend zu reflektieren. Hier legt die Containertheorie nahe, dass die Patienten unbewusst ihre Interaktionspartner, also auch uns, auf subtile Weise so manipulieren, dass diese sich – entgegen ihrer sonstigen Gewohnheit – so verhalten, wie sich die in sie projizierte frühe Bezugsperson verhielt. Sie tun dies, so die Theorie, um die Interaktionspartner besser kontrollieren und dadurch ihr eigenes Ohnmachtsgefühl verringern zu können (Chessic 1972; Rosenfeld 1981; Sandler 1976). Auch in diesem Falle halten wir die Annahme, dass sie dies zwar unbewusst, aber dennoch absichtsvoll tun, für zu spekulativ und zu wenig vereinbar mit gesicherten neurobiologischen Befunden. Wir vermuten eher, dass die Patientin in unbewusster Identifikation mit einer frühen Bezugsperson Verhaltensweisen zeigt, auf die wir in für uns ungewohnter Weise abweisend, demütigend oder schädigend reagieren.

> Eine Therapeutin musste irritiert feststellen, dass sie mit einer Patientin ebenso kontrollierend umging wie früher die Mutter der Patientin mit dieser.

Dissoziative Mechanismen sind bei Patienten mit einer Borderline-Störung in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Zunächst können dissoziative Mechanismen der Abwehr intensiver Affekte dienen. Affektmangel in typischen Auslösesituationen kann als dissoziatives Phänomen verstanden werden. Dissoziationen sind bei bindungstraumatisierten Patienten häufig und entwickeln sich offenbar ebenso häufig im Kontext emotionaler Vernachlässigung wie im Kontext von Gewalt und sexuellen Übergriffen (Liotti 2004; Lyons-Ruth et al. 2006). Dissoziative Mechanismen können auch für die Abspaltung ganzer Persönlichkeitsanteile verantwortlich sein (Gast et al. 2001; Huber 2010; Matthes u. Nijenhuis 2013; van der Hart et al. 2008; ▸ Kap. 15.5).

Der für Borderline-Patienten typische Abwehrvorgang der *Spaltung* ist ebenfalls ein kombinierter Mechanismus, an dem vor allem die Abwehrmechanismen der Projektion und Verleugnung, aber auch weitere Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verschiebung, Isolierung und Reaktionsbildung beteiligt sind (Hoffmann 2011; Leichsenring 1996; Reich 1995). Er manifestiert sich durch eine verzerrte Wahrnehmung wichtiger Bezugspersonen, die, länger andauernd oder in schnellem Wechsel, idealisiert oder dämonisiert werden. Alle bedeutsamen Menschen werden auf diese Weise in *Extreme von Gut und Böse* eingeteilt (Bender u. Skodol 2007; Clarkin et al. 2004).

Unter bindungstraumatischen Umständen war der Mechanismus der Spaltung insofern adaptiv, als er die Möglichkeit bot, feindselige und hasserfüllte Gefühle – wenn auch nur vorübergehend – von der am dringendsten benötigten Bindungsfigur fernzuhalten. Indem die feindseligen Gefühle auf eine andere Person umgelenkt wurden, konnte die Bindungsfigur idealisiert bleiben (Gergely 1992). Auch im aktuellen Lebenskontext leistet der Mechanismus der Spaltung einen Beitrag zur Emotionsregulierung: Mit seiner Hilfe können widersprüchliche Erlebensmuster – Bilder, Gefühle, Gedanken usw. – auseinandergehalten werden, ohne dass die Widersprüchlichkeit als schmerzlich anerkannt werden muss. Überfordernde Konflikte und die damit verbundenen Ängste brauchen so nicht wahrgenommen, Ambivalenzen und Widersprüche nicht gespürt zu werden. Die der Spaltungsabwehr unterworfenen Inhalte sind nicht im klassischen Sinne »unbewusst«, denn die widersprüchlichen Inhalte können dem Bewusstsein

zugänglich gemacht werden, allerdings getrennt – durch Zeit und Ort. Der Preis für die emotionsregulierende Wirkung sind erhebliche interpersonelle Komplikationen, die aus der verzerrten Realitätswahrnehmung resultieren.

Indem sie alle ihre wichtigen Interaktionspartner in »nur gute« und »nur böse« Menschen einteilte, konnte eine Patientin die Vorstellung »idealer« Menschen in ihrem Umfeld aufrechterhalten.

Folge der Borderline-typischen Abwehrorganisation ist eine *verzerrte und instabile innere Repräsentanzenwelt*. Da Selbst- und Objektrepräsentanzen wegen der Wirksamkeit der frühen Abwehrmechanismen nicht klar voneinander getrennt sind, haben wir es mit idealisierten Selbst-Objekt-Einheiten auf der einen und entwerteten oder dämonisierten Selbst-Objekt-Einheiten auf der anderen Seite zu tun (Kernberg 2011).

Eine Patientin mit einer Borderline-Störung lebte subjektiv in einer Welt »guter« und »böser« Menschen; im Kontakt mit ihnen fühlte sie sich unrealistischer Weise entweder uneingeschränkt geliebt und geschätzt oder uneingeschränkt bedroht und entwertet. Mit den einen war sie in wechselseitiger Idealisierung verbunden, von den anderen fühlte sie sich wegen ihrer Bosheit und Feindseligkeit bedroht.

Die Ich-Zustände, die durch grob verzerrte, »nur gute« oder »nur schlechte« Selbst-Objekt-Einheiten gekennzeichnet sind, können – in Abhängigkeit von äußeren Auslösebedingungen – *in schneller Abfolge wechseln*. Mal präsentieren sich die Patienten in einer bestimmten Beziehungsdyade mit einem unrealistisch überhöhten Selbstbild und einem inadäquat idealen Objektbild, mal mit einem entwerteten, durch Schwäche und Minderwertigkeit geprägten Selbstbild und einem dämonisierten Objektbild. Wichtige Interaktionspartner und das Selbst werden in schneller Folge abwechselnd zu Opfern, Rettern oder Schädigern (Davies u. Frawley 1994; Liotti 1995).

Eine Patientin sprach von einer Bekannten in Tönen höchster Bewunderung, um diese Person am nächsten Tag abgrundtief zu hassen. Sie konnte sich nicht daran erinnern, dass sie sich noch am Vortage von ihr zutiefst verstanden und unterstützt gefühlt hatte.
Ein Patient sprach über einen Bekannten mit Worten höchsten Lobes, um ihn kurz darauf verächtlich zu entwerten.
Eine Patientin wechselte von heftiger Selbstentwertung zu trotziger Selbstüberschätzung.

Der Gewinn aus der Aktivität dieser frühen Abwehrmechanismen ist gering. Sie bewirken immer nur eine kurzfristige Entlastung und eine um den Preis der verzerrten Realitätswahrnehmung teuer erkaufte geringfügige Verbesserung der Emotionsregulierung. Längerfristig zerstören sie Beziehungen, denn Interaktionspartner sind selten bereit, sich auf die abwehrbedingt verzerrte Sicht der Welt einzulassen. Bestenfalls wenden sie sich ab, häufiger jedoch befreien sie sich von der Last der projizierten Inhalte, indem sie diese aggressiv gegen die Patienten zurückwenden – was diese mit erneuten Projektionen und projektiven Identifizierungen beantworten. Omnipotenzerleben und Entwertungstendenzen wirken sich ähnlich destruktiv auf die interpersonellen Beziehungen aus wie eine durch das Moment des Unrealistischen gekennzeichnete primitive Idealisierung. Über die Schädigung der interpersonellen Beziehungen hinaus haben sie auch ungünstige Auswirkungen auf die Stabilität des Selbstbilds und das eigene Identitätsgefühl (Kernberg 1988).

Neben dem Einsatz früher Abwehrmechanismen kann die Bindung der überwältigenden Affekte auch über eine *somatoforme Abwehr* erfolgen. Eine beträchtliche Anzahl von Borderline-Patienten leidet unter komorbiden somatoformen Symptomen (Rost et al. 1992).

Eine weitere Form der Abwehr bedient sich anderer, besser steuerbarer Emotionen, insbesondere des Affektes der *Wut* (Dulz 2000; Dulz u. Schneider 1995). Zwar kann die Borderline-typische Wut als Ausdruck hilfloser Wut auch ein traumatischer Affekt sein; häufig hat sie aber auch eine Abwehrfunktion, indem sie vor Ängsten und Schamgefühlen schützt. Weiterhin kann sie eine *identitätsreparierende Funktion* übernehmen und dazu dienen, unerträgliche Diffusität abzuwehren (Benecke u. Dammann 2009; Dulz 1999). Mit ihrer Wut können Borderline-Patienten auch *Traurigkeit und Depressivität* abwehren (Searles 1965). Schließlich kann das Wüten gegen die Umwelt auch als verzweifelter *Kampf gegen bestrafende und quälende Seiten des eigenen Über-Ich* verstanden werden, die projektiv in der Außenwelt wahrgenommen und dort bekämpft werden (Rauchfleisch 1981).

4.2 Selbstschädigende Verhaltensmuster

4.2.1 Schädigung zur Emotionsvermeidung

Neben den beschriebenen Abwehrmustern wird in letzter Zeit immer mehr auch eine für Borderline-Patienten typische Tendenz zur *Emotionsvermeidung* beschrieben (Iverson et al. 2012; Jacob et al. 2013; Schramm et al. 2013). Diese Neigung ist für eine Vielzahl von Verhaltensweisen verantwortlich, die letztlich die Funktion haben, bedrohliche Affektzustände zu verhindern, aber selten für eine wirksame Emotionsregulierung sorgen. Im günstigen Falle handelt es sich dabei um funktionale Formen der *Ablenkung*; meist sind wir jedoch mit selbst- oder auch fremdschädigenden Verhaltensweisen konfrontiert.

Schädigende bzw. selbstschädigende Verhaltensmuster bei Borderline-Patienten lassen sich in drei Gruppen[3] einteilen:

- An erster Stelle sind Verhaltensweisen zu nennen, die *unmittelbar der Bewältigung schwerer emotionaler Dysregulationen* dienen – wie Selbstverletzung (▸ folgender Abschn. »Selbstverletzung«), essgestörtes, insbesondere bulimisches Verhalten und Substanzmissbrauch.

> **P:** Nachdem mein Onkel mich wieder beleidigt hatte, habe ich kein Wort gesagt und bin gegangen. Dann gab es nur noch eines für mich: in die Bar und trinken, bis ich nichts mehr mitbekommen habe.

In diese Kategorie gehören auch Risikoverhaltensweisen aller Art, von denen wir das *Autofahren mit überhöhter Geschwindigkeit* und *ungeschützten Geschlechtsverkehr* besonders hervorheben wollen.

> Ein in der Kindheit sexuell missbrauchter Borderline-Patient fuhr nachts mit Höchstgeschwindigkeit über Autobahnen, um sich zu beruhigen.
> Eine Patientin praktizierte ungeschützten Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern, weil sie es als »stimulierend« empfand, das Schicksal »über Leben und Tod« entscheiden zu lassen.

3 Auf unbewusste Verhaltensinszenierungen, die ebenfalls selbstschädigenden Charakter haben können, gehen wir in Kapitel 14.2 ein.

- An zweiter Stelle finden wir selbstschädigende Verhaltensweisen, die eine direkte *Folge spezifischer Ich-Funktionsdefizite* sind: der defizitär ausgebildeten Fähigkeit, die Emotionen zu regulieren, sich zu schützen oder Gefahren zu antizipieren. Dazu zählen auch der Verbleib in einer Gewaltbeziehung wegen der Unfähigkeit, sich zu trennen, oder die Hinnahme materieller Nachteile als Folge der Schwierigkeit, angemessen für sich zu sorgen. Meist sind sich die Borderline-Patienten der Schädlichkeit dieser Muster sehr bewusst, doch stehen ihnen keine Möglichkeiten zur Verfügung, anders mit ihren Regulationsdefiziten umzugehen als auf destruktive Weise.

  Aus Angst vor dem Alleinsein ging eine Patientin schnell partnerschaftliche Bindungen ein. Mit dem Gefühl, ihre Selbstständigkeit und Identität zu verlieren, löste sie sie schnell wieder auf.
  Eine Patientin, die unfähig war, um etwas zu bitten, richtete wiederholt Vorwürfe genau gegen die Personen, von denen sie Hilfe benötigte, und trug so dazu bei, dass diese sich zurückzogen.

- Drittens haben wir es mit *interpersonell schädigenden Verhaltensmustern* zu tun, die typischerweise in einem beziehungstraumatisierenden Umfeld als Überlebensstrategien erlernt oder durch Modelllernen am Beispiel schädigender Bezugspersonen erworben wurden. Diese sind nach den Mustern Kampf, Flucht oder totale Unterwerfung organisiert:
  - Zu den *Kampfmustern* zählen aggressivfordernde und dissoziale Verhaltensweisen, bei denen andere Menschen zur Durchsetzung eigener Bedürfnisse oder Wünsche real oder moralisch unter Druck gesetzt, eingeschüchtert, bedroht, beschuldigt, erpresst oder in anderer Weise geschädigt werden. Ebenso zählen dazu manipulative Verhaltensweisen, bei denen eigene Bedürfnisse und Wünsche gegenüber anderen Menschen intransparent durchgesetzt werden, indem diese über die wahren Absichten getäuscht werden, oder bei denen sie zu Verhaltensweisen oder Handlungen verführt werden, die sie ursprünglich nicht wollten. Die selbstschädigende Konsequenz dieser Verhaltensweisen besteht darin, dass die so behandelten Menschen sich von den Patienten zurückziehen oder ihnen das Erlittene mit gleicher Münze zurückzahlen.
  - Zu den *Fluchtmustern* rechnen wir Verhaltensweisen, bei denen sich die Betroffenen weitgehend oder vollständig aus allen potenziell konfliktträchtigen zwischenmenschlichen Feldern zurückziehen und auch solche Kontakte meiden, die für ihr Wohlergehen notwendig oder förderlich wären.
  - Zu dem Muster der *totalen Unterwerfung* gehören Verhaltensweisen, bei denen sich die Betroffenen unter Aufgabe ihrer berechtigten Interessen den Ansprüchen anderer komplett fügen und unterwerfen.

Ob Patienten mit einer Borderline-Störung dysfunktionale Verhaltensmuster aktivieren, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Neben Gewohnheiten, Lernerfahrungen, Gelegenheiten und Wertorientierungen spielen dabei drei Gesichtspunkte eine wichtige Rolle:

- Zum einen nehmen die Patienten viele Alltagssituationen bewusst oder unbewusst als so *bedrohlich* wahr, dass ihnen nur Muster des Kampfes, der Flucht oder der totalen Unterwerfung angemessen erscheinen.
- Zum zweiten stehen ihnen oft die für eine sozial verträgliche Bedürfnisbefriedigung

notwendigen *Ich-Funktionen* nicht zur Verfügung, weil diese unzureichend erlernt, durch innere Verbote blockiert oder unter dem Einfluss belastender Lebensumstände aktuell nicht zugänglich sind. In dieser Situation bieten dysfunktionale Muster vorübergehend Schutz vor den Borderline-typischen Ängsten – vor dem Verlassenwerden, vor identitätsbedrohender Vereinnahmung oder vor vernichtenden Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen – und vermitteln ihnen, zumindest vorübergehend, eine gewisse Anhebung ihres Selbstwertgefühls und eine Linderung ihrer Ohnmachtsgefühle.

- Drittens können schädigende und selbstschädigende Verhaltensmuster einen *Belohnungswert im Sinne einer vorübergehenden Stimmungsaufhellung* haben. Beim selbstverletzenden Verhalten finden wir einen direkten endogenen Opiateffekt (▸folgender Abschn. »Selbstverletzung«). Aber auch interpersonell schädigende Verhaltensweisen aktivieren durch den passageren Zuwachs des Selbstwert- und Machtgefühls vorübergehend positive emotionale Zustände. Unter neurobiologischer Perspektive müssen wir davon ausgehen, dass Borderline-Patienten statt einer kognitiven Modulation ihrer dysregulierten Emotionen unter bestimmten Bedingungen auf Bewältigungsmechanismen zurückgreifen, die auf die eine oder andere Art die Lustzentren der ventralen striatalen Systeme aktivieren: durch impulsives Handeln, Substanzmissbrauch oder auch feindselige Handlungen. Tier- und Humanstudien konnten einen funktionellen Antagonismus und eine mögliche Modulation der Amygdala durch ventrale striatale Aktivität nachweisen (Ernst et al. 2005; Koelsch et al. 2006). Offenbar steht mit der Aktivierung ventraler striataler Regionen eine alternative Möglichkeit der Emotionsregulierung zur Verfügung, wenn die kognitive Modulation durch präfrontale Zentren nicht ausreichend ist.

> Ein Patient verminderte das eigene Bedrohungsgefühl, indem er sich feindselig gab und selbst andere bedrohte. Ein anderer Patient regulierte sein Selbstwertgefühl, indem er andere Personen beschämte.
> Eine Patientin setzte ihre Therapeutin unter Druck. In ihrer Wahrnehmung war das die einzige Möglichkeit, ihr gegenüber die Kontrolle zu bewahren und sich nicht dem Gefühl ohnmächtigen Kontrollverlustes auszusetzen.
> Eine Patientin erhob Vorwürfe oder stellte Forderungen, statt um etwas zu bitten. Damit ersparte sie sich das beschämende Gefühl der Zurückweisung, wenn ihre Bitte abgelehnt würde.
> Ein Patient versetzte seinen Therapeuten durch wiederholte Suizidandrohungen in anhaltende Sorge. Das war sein Weg, die innere Bindung zu ihm aufrechtzuerhalten und gleichzeitig eine als gefährlich erlebte Nähe zu vermeiden.

4.2.2 Selbstverletzung

Von den selbstschädigenden Verhaltensmustern wollen wir das selbstverletzende Verhalten wegen seiner großen klinischen Bedeutung besonders betrachten. Es findet sich bei drei Viertel aller Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, kommt jedoch auch bei anderen Störungsbildern vor (Chapman et al. 2005; Glenn u. Klonsky 2013). Die Psychodynamik des selbstverletzenden Verhaltens können wir folgendermaßen verstehen (Klonsky 2007):

- In erster Linie ist Selbstverletzung für Borderline-Betroffene eine Möglichkeit der Emotionsregulierung, auf die sie mangels besserer Alternativen zurückgreifen. Denn

Selbstverletzung führt bei ihnen zu einer *endogenen Opiatreaktion*, die eine schnelle Entlastung von negativen Emotionen und Spannungszuständen bewirkt. Diese Entlastung macht Selbstverletzung zu einer häufig eingesetzten Regulationsstrategie. Empirisch ließ sich zeigen, dass starke Wutaffekte nach dem selbstverletzenden Verhalten zurückgehen und ein *Gefühl der Ruhe* zunimmt (Chapman u. Dixon-Gordon 2007; Welch et al. 2008). Das Gefühl der Ruhe hält jedoch nicht lange an; in einer Studie trat bereits am nächsten Tag der Selbstverletzung wieder die negative Stimmung auf (Kamphuis et al. 2007). Häufig folgen auf das selbstverletzende Verhalten *Schamgefühle* (Kleindienst et al. 2008); die Betroffenen verheimlichen das Verhalten und verbergen die entstandenen Wunden oder Narben (Murray et al. 2005).

- Selbstverletzendes Verhalten kann dazu dienen, *dissoziative Zustände zu beenden* (Nock u. Prinstein 2005; Weierich u. Nock 2008). Häufig werden selbstschädigende Handlungen während dissoziativer Episoden in Zuständen der emotionalen Betäubung und der Leere ausgeführt, um ein Gefühl des Lebendigseins wiedererleben zu können, oft auch bei vermindertem Schmerzempfinden. Die Patienten sehen das austretende Blut und erleben, dass ein Gefühl der Lebendigkeit an die Stelle der Gefühle von Totsein und Depersonalisation tritt. In Verbindung mit dem Ruhegefühl wird dies als besonders entlastend erlebt (Glenn u. Klonsky 2010). Andere Patienten berichten über eine vorübergehende Besserung des psychischen Schmerzes, wenn sie sich körperlichen Schmerz zufügen; auch dies lässt sich als Folge der endogenen Opiatwirkung erklären.

P: Als das Blut tropfte, war es, als flössen Tränen, die meinen psychischen Schmerz wegspülten.

- Selbstverletzendes Verhalten kann als *Hilferuf* verstanden werden, um gesehen zu werden. Ohne Unterstützung und haltendes Umfeld, ohne eine Person, die das Erlebte und die Not verstehen kann und will, kann selbstverletzendes Verhalten eine präsymbolische Form der Kommunikation sein (Chu 1998). Kindliche Persönlichkeitsanteile (▸ Kap. 5.4) erhoffen sich auf diese Weise, wahrgenommen zu werden und Zuwendung zu erhalten, während die Fähigkeit zum Annehmen von Hilfe unzureichend ausgebildet ist (Briere u. Gil 1998; Nixon et al. 2002). Das selbstverletzende Verhalten kann auch in den Dienst einer unbewussten Inszenierung treten, bei der die Bezugsperson durch den Anblick des beschädigten Körpers gezwungen werden soll, die unerträglichen Affekte stellvertretend auszuhalten (Borkenhagen 2000; Küchenhoff 2000).

P: Ich musste ritzen, weil ich mich von niemandem wahrgenommen gefühlt habe. Es war ein Gefühl, als würde ich nicht existieren.

P: Ich kann es nicht aushalten, dass mich keiner liebt und dass man mich nicht beachtet. Ich mache unsinnige und gefährliche Sachen, nur damit man mich sieht.

- Selbstverletzendes Verhalten kann, besonders bei ausgeprägtem Selbsthass, die Funktion haben, *sich selbst zu bestrafen* (Briere u. Gil 1998; Nixon et al. 2002).
- Selbstschädigung kann ein *Gefühl der Kontrolle* sowie ein Gefühl von *Autonomie und Stärke* vermitteln (Nock 2008). Im Außen etwas kontrollieren zu können, kann helfen, die Verlassenheitsangst und andere überflutende Emotionen unter Kontrolle zu bringen. Diese Funktion der Selbstverletzung findet sich häufiger bei Männern; bei Frauen steht eher die Funktion der Selbst-

bestrafung im Vordergrund (Claes et al. 2007).

> Ein 7-jähriger Junge verlangte von seiner Kinderanalytikerin, dass sie ihn schlagen solle. Die Analyse ergab, dass seine einzige Form der Kontrolle darin bestand, entscheiden zu können, wann er geschlagen wird (Geleerd 1958).

- Selbstverletzung kann auch als eine *Reinszenierung der früheren Misshandlung* verstanden werden: Die Misshandlung wird in der Hoffnung wiederholt, dass sie nun zu einem besseren Ende führen möge (Wöller 2005).

Bei einigen Formen der Selbstschädigung sind sich die Betroffenen des selbstschädigenden Charakters der Handlungen nicht bewusst. Dies gilt vor allem für ungeschützten Geschlechtsverkehr, für Tatoos oder Pornografie mit nachfolgender Scham. Tatoos und Piercings können, vermutlich über die ihnen innewohnende autoaggressive Komponente, den Selbsthass vorübergehend abmildern, vor allem, weil die Prozeduren schmerzhaft sind.

Literatur

Bender DS, Skodol AE (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord; 21: 500–17.

Benecke C, Dammann G (2009). Lust und andere Affekte im Umfeld von Sexualität bei Personen mit Borderline-Störungen. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer; 110–25.

Bion WR (1942/1990). Eine Theorie des Denkens. In: Bott-Spillius E (Hrsg). Melanie Klein heute. Bd. I. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse; 225–35.

Borkenhagen A (2000). Zum Wandel weiblicher Körperinszenierungen. Vom hysterischen Körper zur Selbstschädigung. Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung; 4: 5–16.

Briere J, Gil E (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. Am J Orthopsychiatry; 68: 609–20.

Chapman AL, Dixon-Gordon KL (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. Suicide Life Threat Behav; 37: 543–52.

Chapman AL, Specht MW, Cellucci T (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? Suicide Life Threat Behav; 35: 388–99.

Chessic RD (1972). Externalization and existential anguish in the borderline patient. Arch Gen Psychiatry; 27: 764–70.

Chu JA (1998). Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-traumatic and Dissociative Disorders. New York: Wiley & Sons.

Claes L, Vandereycken W, Vertommen H (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology, and aggression regulation. Pers Individ Dif; 42: 611–21.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. J Pers Disord; 18: 52–72.

Davies JM, Frawley MG (1994). Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse. A Psychoanalytic Perspective. New York: Basic Books.

Dulz B (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 3: 30–5.

Dulz B (2011). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik auf psychoanalytischer Grundlage. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer: 328–43.

Dulz B, Schneider A (1995). Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Ernst M, Nelson EE, Jazbec S et al. (2005). Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt

and omission of gains in adults and adolescents. Neuroimage; 25: 1279–91.

Gast U, Rodewald F, Kersting A, Emrich HM (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-)Störungen. Psychotherapeut; 46: 289–300.

Geleerd ER (1958). Borderline states in childhood and adolescence. Psychoanal Study Child; 13: 279–95.

Gergely G (1992). Developmental reconstructions: infancy from the point of view of psychoanalysis and developmental psychology. Psychoanal Contemp Thought; 15: 3–55.

Glenn CR, Klonsky ED (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. J Clin Psychol; 66: 466–73.

Glenn CR, Klonsky ED (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. J Clin Child Adolesc Psychol; 42: 496–507.

Greatrex T (2002). Projective identification: how does it work? Neuropsychoanalysis; 4: 187–97.

Hoffmann SO (1998). Die Angst der Borderline-Patienten und seine Beziehungen. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 2: 4–9.

Hoffmann SO (2011). Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie der Borderline-Patienten. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 373–83.

Huber M (2010). Multiple Persönlichkeiten. Seelische Zersplitterung nach Gewalt. Paderborn: Junfermann.

Iverson KM, Follette VM, Pistorello J, Fruzzetti AE (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. Personal Disord; 3: 415–22.

Jacob GA, Ower N, Buchholz A (2013). The role of experiential avoidance, psychopathology, and borderline personality features in experiencing positive emotions: a path analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry; 44: 61–8.

Kamphuis JH, Ruyling SB, Reijntjes AH (2007). Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females: evidence for differences across mood states. J Nerv Ment Dis; 195: 912–8.

Kernberg OF (1988). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg OF (2011). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 11. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P et al. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis; 198: 230–6.

Klonsky ED (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Clin Psychol Rev; 27: 226–39.

Koelsch S, Fritz T, Cramon DY et al. (2006). Investigating emotion with music: an fMRI study. Hum Brain Mapp; 27: 239–50.

Küchenhoff J (2000). Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung. In: Streeck U (Hrsg). Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 143–60.

Leichsenring F (1996). Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen von Borderline-Patienten. Bern: Huber.

Liotti G (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds). Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 343–63.

Liotti G (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. Psychother Theor Res Pract Train; 14: 472–86.

Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, Bianchi I (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? Psychiatr Clin North Am; 29: 63–86.

Mattheß H, Nijenhuis E (2013). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 113–35.

Murray CD, Warm A, Fox J (2005). An internet survey of adolescent self-injurers. Austr J Adv Ment Health; 4: 1–9.

Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 41: 1333–41.

Nock MK (2008). Actions speak louder than words: an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. Appl Prev Psychol; 12: 159–68.

Nock MK, Prinstein MJ (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. J Abnorm Psychol; 114: 140–6.

Ogden TH (1979). On projective identification. Int J Psychoanal; 60: 357–73.

Rauchfleisch U (1981). Zur Entwicklung und Struktur des Überich bei dissozialen Persönlichkeiten. In: Battegay R (Hrsg). Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie. Bern: Huber.

Reich G (1995). Eine Kritik des Konzepts der »primitiven Abwehr« am Begriff der Spaltung. Forum Psychoanal; 11: 99–118.

Rosenfeld H (1981). Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung einiger Borderline-Patienten. Psyche; 35: 338–52.

Rosenfeld HA (1983). Primitive object relations and mechanisms. Int J Psychoanal; 64: 261–7.

Rost KM, Akins R, Brown FW, Smith GR (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. Gen Hosp Psychiatry; 14: 322–6.

Sandler J (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche; 30: 297–305.

Schramm AT, Venta A, Sharp C (2013). The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. Personal Disord; 4: 138–44.

Searles H (1965). The psychodynamics of vengefulness. In: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. New York: International Universities Press.

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2008). Das verfolgte Selbst. Trauma und Dissoziation. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung: Paderborn: Junfermann.

Weierich MR, Nock MK (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. J Consult Clin Psychol; 76: 39–44.

Welch SS, Linehan MM, Sylvers P et al. (2008). Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol; 76: 45–51.

Wöller W (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Woods MZ (2008). Entwicklungspsychologische Überlegungen in der Erwachsenenpsychoanalyse. In: Green V (Hrsg). Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis. Frankfurt: Brandes & Apsel; 285–310.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice G (2013). Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. Am J Psychiatry; 170: 111–20.

5 Beziehungs- und Identitätsstörung

Wolfgang Wöller und Helga Mattheß

5.1 Allgemeines

Die zwischenmenschlichen Beziehungen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung werden im Allgemeinen als *emotional intensiv, konflikthaft und kurzdauernd* beschrieben. Ihre Neigung, partnerschaftliche oder auch andere Beziehungen schnell einzugehen und ebenso schnell wieder zu beenden, gilt ebenso als Charakteristikum ihrer Persönlichkeit wie die daraus resultierenden *krisenhaften Zuspitzungen* ihrer Lebenssituation und ihre oft chaotische Lebensführung.

Interaktionspartner erleben den *Wechsel von intensiven Näheangeboten und abrupten Distanzierungen* als verwirrend und sind ratlos angesichts ihrer schwer einzuschätzenden Beziehungsgestaltung. Vor allem überraschen Borderline-Patienten ihre Interaktionspartner durch *sich rasch ändernde Persönlichkeitszustände:* Sie können unvermittelt aggressiv, rücksichtslos, laut oder feindselig werden, ohne den Wechsel selbst zu bemerken, oder in Zustände der Erstarrung und des Schreckens verfallen, ohne zu wissen, warum. Zustände mit heftiger Selbstanklage, selbstschädigenden Handlungen und bulimischen Fressattacken können mit Zuständen abwechseln, in denen sie scheu, überangepasst und unfähig sind, sich für ihre eigenen Interessen einzusetzen, und diese wiederum mit Zuständen, in denen ihnen für eine gewisse Zeit eine gute Alltagsfunktionalität zur Verfügung steht (Gunderson 1984).

Den Wechsel von intensiven Annäherungen und abrupten Distanzierungen in Beziehungen und das daraus resultierende »Borderline-Dilemma« – nicht in einer Beziehung und nicht ohne eine Beziehung sein zu können – können wir verstehen als Auswirkung der Borderline-typischen Ängste und ihrer Abwehr- und Bewältigungsmuster (▸ Kap. 4.1) vor dem Hintergrund *desorganisierter Bindungsmuster* (▸ Kap. 2.3). In einer Situation, in der eine wichtige Bezugsperson gleichzeitig die zentrale Bindungsfigur und die Quelle der Bedrohung war, werden unterschiedliche Facetten der Bindungs- und Bedrohungssysteme gleichzeitig oder in schnell wechselnder Abfolge aktiviert: Kaum sind die Verlassenheitsängste durch die Annäherung an eine Bindungsfigur gemildert, setzt die Angst vor Schädigung, Vereinnahmung und Misshandlung ein; jeder Versuch, diese durch Distanzierung zu vermeiden, aktiviert wieder die Verlassenheitsängste.

Mit dem Wechsel des Beziehungsmusters ändert sich, ausgelöst durch meist geringfügige Anlässe und unterstützt durch frühe Abwehrmechanismen, die innere *Repräsentanz der aktuellen Bezugsperson:* Sie kann blitzschnell von der »nur guten« schützenden und rettenden Bindungsfigur zur »nur schlechten« bedrohlichen Schädigerin werden (▸ Kap. 4.1). Viele maladaptive, dysfunktionale – aggressive, vorwurfsvolle, unangemessen unterwürfige oder auch manipulative – Verhaltensweisen können als Bewältigungsmuster der Borderline-typischen Beziehungsängste aufgefasst werden.

Doch haben nicht alle Menschen mit einer Borderline-Störung einen chaotischen Lebensstil, ebenso erscheinen nicht alle äußerlich als manipulativ, ausbeuterisch oder verführerisch. Nicht wenige Personen mit der Struktur einer

Borderline-Persönlichkeit können nach außen angenehm, attraktiv und unabhängig in Erscheinung treten und eine *bemerkenswerte Alltagsfunktionalität* bewahren, sodass kaum jemand ihr inneres Chaos erahnt.

> **P:** Oft fühle ich mich innerlich, als wäre ich ein Nichts. Nicht mehr als ein Stück Scheiße. Von außen betrachtet denkt man wahrscheinlich, dass ich mich wohl fühle und ein gutes Leben führe. Keiner ahnt, wie oft ich so ins Nichts abstürze.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass viele der als »unreif« beschriebenen Borderline-typischen Verhaltens-, Beziehungs- und Abwehrmuster vor allem oder ausschließlich dann aktiviert werden, wenn die Betroffenen sich in speziellen Situationen befinden, die die Borderline-typischen Ängste wachrufen. In der Regel sind dies Bindungskontexte oder aktuelle Auslösemomente, die in assoziativem Zusammenhang mit ihren widersprüchlichen Bindungserfahrungen stehen. Ähnlich wie wir dies schon bei der Mentalisierungsfunktion beschrieben haben (►Kap. 3.3), kann außerhalb dieser Kontexte eine weitaus bessere Funktionalität und »Reife« der Verhaltens- und Beziehungsmuster erhalten sein – die jedoch schnell verloren gehen kann, wenn die auslösenden Bedingungen sich ändern.

Diese Neigung zu Borderline-typischen Verhaltens- und Erlebensmustern bei weitgehend erhaltener Alltagsfunktionalität hat verschiedene Autoren veranlasst, von »Borderline-Struktur« (Janssen 1990) oder »Borderline-Persönlichkeitsorganisation« (Kernberg 2011) zu sprechen. Damit sollte zum Ausdruck kommen, dass Borderline-typische Erlebens- und Beziehungsmuster auch dann zu Leidensdruck und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen können, wenn die deskriptiven Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach der ICD-10 oder der DSM-5 nicht erfüllt sind.

Der beschriebene situativ ausgelöste Wechsel der Beziehungs- und Verhaltensmuster und die Andersartigkeit, mit der sich Borderline-Patienten in den einzelnen Lebenszusammenhängen und sozialen Rollen erleben, ist für sie selbst nicht nur verwirrend und belastend; er lässt sie mit tiefen Zweifeln zurück, wer sie nun eigentlich sind, was dauerhaft zu ihrer Person und was nur zu der jeweils eingenommenen sozialen Rolle gehört. Er ist Ausdruck der für Borderline-Patienten typischen *Identitätsstörung*.

Eine *gesunde Identität* umfasst ein Gefühl persönlicher Kontinuität über unterschiedliche Situationen und Zeitpunkte des Lebens hinweg, weiterhin das Gefühl, der Urheber der eigenen Handlungen zu sein, ebenso wie die Fähigkeit, sich von Werten bestimmen zu lassen, Verpflichtung gegenüber sozialen oder beruflichen Rollen eingehen und die Zukunft antizipieren zu können. Mit ihr verbunden sind auch die Fähigkeit, für sich einen passenden Platz in der Gesellschaft zu finden, sowie die Fähigkeit zur Intimität mit einem anderen Menschen. Die für Borderline-Patientinnen typische *Identitätsdiffusion* manifestiert sich hingegen in einem subjektiven Gefühl der Inkohärenz, in Schwierigkeiten, sich Rollen und Berufswahlen gegenüber zu verpflichten, und in der Unfähigkeit, eigene Eigenschaften, Gefühle und Wünsche klar von denen einer anderen Person zu unterscheiden (Erikson 2003, 2005).

Im Einzelnen weist die Identitätsstörung bei Patienten mit einer Borderline-Störung die folgenden Merkmale auf (De Bonis et al. 1995; Wilkinson-Ryan u. Westen 2000):

- Borderline-Patienten haben meist *ungenaue, inkonsistente und wechselhafte Vorstellungen von sich selbst und anderen Menschen*. Wie sie sich selbst sehen, was sie von sich denken, wie sie von anderen gesehen

werden wollen, kann starken Schwankungen unterliegen. Werte, Pläne, Meinungen und politische Einstellungen können unvorhersehbar und dramatisch wechseln. Die schnellen Wechsel der Identitätskonzepte führen zu beträchtlichen Veränderungen ihrer Verhaltensweisen. Enthusiastische Anhängerschaft gegenüber einer Weltanschauung kann schnell durch eine gegensätzliche ersetzt werden (Deutsch 1965). Ebenso schnell wie sie entstehen, können Wertesysteme und Weltanschauungen zusammenbrechen und Gefühle der Leere und Bedeutungslosigkeit hinterlassen.

- Ein *Sinn für Kontinuität* über eine längere Zeit fehlt. Die Lebensgeschichte wird oft mit Lücken erzählt, das Lebensnarrativ ist inkohärent. Ohne eine stabile Identität sind ein zielgerichtetes Verhalten und eine Verpflichtung gegenüber einer Aufgabe nur schwer vorstellbar. *Längerfristige Lebensziele* können nicht überzeugend formuliert werden. Die Entscheidung für einen Beruf scheitert oft an der dafür notwendigen Identifikation. Fehlt eine stabile Kernidentität, die über die Zeit hinweg und durch verschiedene Kontexte hindurch trägt, wird das Leben als eine Abfolge von nicht oder kaum miteinander verbundenen Fragmenten erlebt.
- Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind in ihrer *Selbstdefinition stark von aktuellen Außeneinflüssen abhängig*. Eine hohe Identifikation mit sozialen Rollen vermag ihr Identitätsgefühl bis zu einem gewissen Grad zu kompensieren, jedoch um den Preis fehlender Authentizität (Lachkar 2011). Der Lebensstil ist oft fassadär, oberflächlich oder chamäleonartig anpassungsbereit im Bemühen, bedrohliche Affektzustände zu vermeiden. Die starke Orientierung an sozialen Rollen – perfekte Arbeiterin, verführerische Frau, gefälliger Unterhalter, kompetente Managerin, bewunderter Supermann – und ihr »soap opera life style« lassen vermuten, dass sie ihr »wahres Selbst« (Winnicott 2006) verbergen. Auf diese Weise sind Borderline-Patienten in vielen sozialen Interaktionen, bei denen die authentische Persönlichkeit gefragt ist, nicht emotional präsent. Wortfloskeln und unverbindliche Aussagen sollen die tiefe Verletzlichkeit verbergen, die ein authentisches Sprechen offenbaren würde. Die Folge ist oft, dass Interaktionspartner sich nicht ernst genommen oder manipuliert fühlen (Rohde-Dachser 1979).
- Oft besteht eine *Tendenz zur vorübergehenden Überidentifikation mit sozialen Rollen und Werten der Umgebung*. Ob etwas als bedeutsam und wertvoll erachtet wird, wird in hohem Maße durch das aktuelle Umfeld bestimmt. Je nachdem, mit wem die Patienten zusammen sind, wechselt auch ihre Identität. Auf äußeres Feedback sind die Betroffenen schnell bereit, die Einschätzung ihrer selbst zu ändern. Die hohe Feldabhängigkeit ist besonders problematisch, wenn die soziale Umgebung unstrukturiert ist und durch inkohärentes und instabiles Verhalten anderer beherrscht wird. Je weniger ein innerer Kompass die Richtung des Lebens anzeigt, desto eher werden sie in unstrukturierten Situationen die Verfügbarkeit über ihre Ich-Funktionen verlieren und zur Erhaltung eines Gefühls innerer Konsistenz auf frühe Abwehrmechanismen zurückgreifen.
- Durch eine zufällig anmutende *Zugehörigkeit zu Gruppen* versuchen viele Borderline-Patienten ihrer inneren Leere einen Inhalt zu geben und sich ihrer Existenz zu vergewissern. Dabei kann es zur Identifikation mit ungewöhnlichen Gruppen kommen. Auch Tattoos, Piercings, ausgefallene Frisuren, Mode, Musik und Sport können zur Identitätsbildung genutzt werden. Missbrauchsopfer oder eine schlechte Person zu

sein, kann eine Art von Identität begründen.
- Die *Überzeugungen* zu wesentlichen Aspekten des Lebens sind meist *inkonsistent* und stehen mit den eigenen Handlungen im Widerspruch. Patienten mit einer Borderline-Störung vermitteln ein chaotisches und widersprüchliches Bild von sich, ohne die Widersprüchlichkeit auflösen zu können. Sich zwanghaft in Gesellschaft anderer aufhalten zu müssen, selbstschädigendes promiskuitives Sexualverhalten und Substanzmissbrauch können dazu dienen, Gefühle der Leere und Bedeutungslosigkeit abzuwehren.

Der *Mangel an Identitätsgefühl* hat gravierende Folgen für das Wohlbefinden und das Zusammenleben mit anderen Menschen:
- Es bewirkt ein Gefühl der *Verwirrung*, des *Chaos* und der *Orientierungslosigkeit* bei den Betroffenen und bei den Menschen ihrer Umgebung, die irritiert auf den täglichen Wechsel ihrer Meinungen, Absichten oder Vorhaben reagieren. Der ständige Zweifel, wer man ist und wer man sein möchte, und die Unsicherheit, was morgen sein wird oder sein soll, kann äußerst quälend sein. Das Leben erscheint als eine anhaltende Suche nach »etwas« oder als ein beständiger Kampf um »etwas«, das nicht näher benannt werden kann. Ein Gefühl der Sinnlosigkeit entsteht als Folge der umfassenden Orientierungslosigkeit.
- *Intimität ist nahezu unmöglich*, denn Intimität impliziert durch die aufkommenden Wünsche nach Einssein mit dem anderen und die Ängste davor in Verbindung mit der fehlenden Fähigkeit zu Abgrenzung und Grenzsetzung eine konstante Bedrohung der fragilen Identität.
- Aus dem brüchigen Selbstsinn resultieren quälende *Gefühle der Leere* und ein starkes Bedürfnis, dass der Kontakt mit anderen Menschen diese Leere füllen möge. Das Quälende des Leeregefühls kann so ausgeprägt sein, dass es nahezu beliebig wird, wie andere diese Leere füllen.
- Die Folgen der Identitätsstörung zeigen sich besonders dann, wenn Kompensationsformen und Ersatzidentitäten zusammenbrechen und Zustände der *Orientierungslosigkeit*, der *Haltlosigkeit* und des *inneren Chaos* entstehen. Einige Patienten berichten über Zustände heftiger Verwirrung:

> **P:** Ich bin oft total verwirrt. Wer bin ich eigentlich? Bin ich die B. oder bin ich jemand ganz anderes? Ich weiß es nicht.
> **P:** In mir ist das totale Chaos. Ich weiß nicht, woran ich mich festhalten kann. Wenn ich einmal etwas zum Festhalten gefunden habe, ist kurz darauf wieder alles unklar und unsicher.

Zur Frage, inwieweit sich die Patientinnen ihrer Identitätsstörung bewusst sind, liegen widersprüchliche Befunde vor. Einige Autoren fanden, dass sich die von ihnen untersuchten Patienten über ihren Mangel an Kohärenz des Selbsterlebens sehr wohl im Klaren waren (Pollock et al. 2001) und unter einem Gefühl »schmerzhafter Inkohärenz« (Wilkinson-Ryan u. Westen 2000) litten. In einer qualitativen Untersuchung fanden hingegen Dammann et al. (2011), dass Borderline-Patienten sich in ihrem Selbstbild weder besonders widersprüchlich noch besonders negativ beschrieben, sondern sich vielmehr als hilfsbereit und freundlich darstellten, während sie von relevanten Interaktionspartnern eher als selbstzufrieden, egoistisch und auch »böse« charakterisiert wurden.

Identitätsstörungen bei Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind von vorübergehenden *Identitätskrisen bei Adoleszenten zu unterscheiden*, die über einen sicheren Selbstsinn verfügen und damit die struk-

turelle Basis für eine hinreichend gesunde Identität mitbringen (Akhtar 1992; Marcia 1989). Sie müssen auch unterschieden werden von einer *Identitätsfragmentierung* mit bizarren Transformationen des Selbsterlebens bei *psychotischen Dekompensationen*.

5.2 Wechselnde Selbstzustände als Grundlage der Identitätsstörung

Welche plausiblen theoretischen Modellvorstellungen stehen uns zur Verfügung, um die Beziehungs- und Identitätsproblematik von Menschen mit einer Borderline-Störung zu verstehen und therapeutische Handlungen daraus abzuleiten?

Zunächst können wir die Störung der Identität mit einer *Schwäche der Integrationsfähigkeit unterschiedlicher Selbstzustände* in Verbindung bringen (van der Hart et al. 2008). Selbstzustände sind im Verständnis der modernen Neurobiologie diskrete subjektive Erfahrungsmomente, die entstehen, wenn das Gehirn gleichzeitig auftretende somatische, affektive, kognitive und verhaltensbezogene Repräsentationen zu einem kohäsiven und funktionalen Ganzen zusammenfügt. Obwohl jeder Selbstzustand bei der Selbstorganisation eine wichtige Rolle spielt, erfordert ein gutes psychisches Funktionieren, dass Aktivitäten und Funktionen über die Selbstzustände hinweg integriert werden (Siegel 1999).

Bei der Borderline-Störung bestehen hingegen Selbstzustände unverbunden nebeneinander; sie beeinflussen die psychischen Funktionsabläufe in unterschiedlicher und manchmal gegensätzlicher Weise. Ein großer Teil der Borderline-Symptomatik kann als eine maladaptive Abwehr- und Bewältigungsform verstanden werden, die dazu dient, die Folgen der mangelhaften Integration der Selbstzustände zu verarbeiten. Die Persistenz getrennter Selbstzustände gilt als eine Folge frühkindlicher Bindungsdefizite und Deprivationserfahrungen (Golynkina u. Ryle 1999). Damit eine kohärente Selbstrepräsentanz entstehen kann, muss ein Kind über die verschiedenen Selbstzustände hinweg durch die Fürsorge konstant verfügbarer Bezugspersonen emotional reguliert werden. Bezugspersonen von Borderline-Patienten waren jedoch aus verschiedenen Gründen dazu nicht in der Lage; oft genug mussten sie selbst reguliert werden. Umfangreiche neurobiologische Untersuchungen konnten zeigen, dass chronische Traumatisierungen und Defizite der elterlichen Betreuung die integrativen Funktionen des sich entwickelnden Gehirns schädigen und die Basis für dissoziative Persönlichkeitsspaltungen bilden können (Siegel 1999).

Theoretische Modelle, die die *Perspektive wechselnd aktualisierter Persönlichkeitsanteile* repräsentieren, helfen uns, die Auswirkungen der unzureichenden Integration unterschiedlicher Selbstzustände und die daraus resultierenden Beziehungsschwierigkeiten von Borderline-Patientinnen besser zu verstehen. Psychoanalytischen Autoren kommt das Verdienst zu, als erste die Beziehungsdynamik, die Spaltungsphänomene und die Identitätsproblematik von Borderline-Patienten beschrieben zu haben. Die Theorien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bereits in der Frühzeit der Psychoanalyse wurden Modelle formuliert, um die Vielfalt der Selbstzustände und ihre gelingende oder misslingende Integration in der normalen und pathologischen Entwicklung zu beschreiben. Genannt seien hier die *Theorie der Ich-Kerne* (Glover 1932) und die *Theorie der Ich-Zustände* (Federn 1958).
- Die *psychoanalytische Objektbeziehungstheorie* hat die gespaltene Welt der Selbst- und Objektrepräsentanzen als Ausdruck nicht integrierter verinnerlichter Objektbeziehungen begriffen. Die Identitätsdiffusion der Borderline-Patienten hat nach dieser Auf-

fassung ihre Ursache darin, dass in schnellem Wechsel Teile der »nur guten« und der »nur bösen« Teilselbst- und Teilobjektrepräsentanzen in die Außenwelt externalisiert werden (Kernberg 2012).

- *Wurmser* (2000) beschrieb bei Personen mit einer schweren Persönlichkeitsstörung – er selbst spricht von »schweren Neurosen« – eine Persönlichkeitsspaltung, die neben einer angepassten Welt der Funktionalität die Existenz einer zweiten Welt von überwältigender Emotionalität, Radikalität und Globalität umfasst. Es handelt sich um eine Welt der Polarisierung von Allmacht und totaler Hilflosigkeit, Vollkommenheit und totaler Beschämung, absoluter Reinheit und totaler Verworfenheit, in der es um globale Sexualisierung und ebenso globale Aggression geht.
- Die auf Glover (1932) und Federn (1938) zurückgehende *Theorie der Ego-States* (Watkins u. Watkins 2012) versteht Ego-States als organisierte Systeme des Erlebens und Verhaltens, deren Elemente eine basale Kohärenz entwickeln, die im günstigen Falle eine gute Kooperation der verschiedenen Seiten der Persönlichkeit ermöglicht. Ego-States können Verhaltensweisen, Erlebnisse, Erinnerungen oder Gefühle der Gegenwart oder der Vergangenheit sein. Ihr Ursprung liegt meist in der Kindheit; sie können aber auch zu jedem Zeitpunkt des Lebens entstehen – durch Verinnerlichung von Beziehungsmustern der Eltern oder anderer wichtiger Bezugspersonen, aber auch um Ansprüchen und Rollenanforderungen der Umwelt zu entsprechen (Watkins u. Watkins 2012; Wöller 2013, S. 454 ff.).
- Die von Berne (1957, 2006) entwickelte *Transaktionsanalyse* unterscheidet Persönlichkeitszustände, die durch ein zusammenhängendes Muster von Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen charakterisiert sind. Die wichtigsten »Ich-Zustände« sind die Kategorien des Eltern-Ich, des Erwachsenen-Ich und des Kindheits-Ich.
- Auch in der *Gestalttherapie* (Perls et al. 1951/2006) wird die Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen praktiziert, beispielsweise mit der Technik des »leeren Stuhls« als Projektionsfläche für bedeutsame Bezugspersonen oder Persönlichkeitsanteile (Hartmann-Kottek 2012).
- Der systemische Ansatz der *Inneren Familie* (Schwartz 2008) und die mit einem kognitiv-behavioralen Hintergrund konzipierte *Schematherapie* (Young et al. 2008) nutzen ebenfalls Modellvorstellungen von Persönlichkeitsanteilen, ebenso die mit dem Begriff des *Inneren Kindes* (Bradshaw 2000) arbeitenden Ansätze zur modellhaften Betrachtungsweise kindlicher Erlebensweisen (▸ Kap. 11.10).
- Schließlich ist die an den Befunden moderner Neurobiologie orientierte *Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* (van der Hart et al. 2008) zu nennen, die wir wegen ihrer weitreichenden Auswirkungen auf unsere eigene Konzeptbildung im folgenden Abschnitt genauer betrachten wollen.

5.3 Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit

Unter den Theorien, die sich der Modellvorstellung von »Persönlichkeitsanteilen« bedienen, greift die *Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* (van der Hart et al. 2008) am stärksten auf grundlegende evolutionsbiologische und neurowissenschaftliche Erkenntnisse zurück. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, dass menschliches Verhalten in hohem Maße durch angeborene, evolutionär präformierte und epigenetisch vermittelte psychobiologische Systeme gesteuert wird, die adaptive Reaktionen auf die un-

terschiedlichen Anforderungen des Lebens und Überlebens modifizieren und weiterentwickeln (Fanselow u. Lester 1988; Panksepp 1998). Die Aktionssysteme umfassen Aktivierungsmuster der Sinneswahrnehmung, der Emotionen, des Gedächtnisses, der Verhaltenssteuerung und der Wahrnehmung von sich selbst. Van der Hart et al. (2008) sprechen von »Aktionssystemen«, um neben der emotionalen auch die Handlungskomponente zu betonen.

Die grundlegenden Verhaltensmediatoren, die allen Aktionssystemen zugrunde liegen, sind Annäherung und Vermeidung. Eines dieser Aktionssysteme, *das Bedrohungs-Verteidigungs-System,* hat die Aufgabe, das Überleben des Individuums angesichts von Bedrohungen zu sichern; es umfasst Subsysteme von Flucht und Kampf, solche des Einfrierens und der vollständigen Unterwerfung. Andere Systeme dienen der *Bewältigung des Alltagslebens, der Selbstfürsorge und dem Überleben der Spezies*. Diesen Systemen obliegt die Regulierung von Ruhe, Schlaf, Essen und Trinken ebenso wie die Regulierung von Bindung und Fürsorge, Exploration, zwischenmenschlicher Kooperation, Spiel und Sexualität. Die Aktionssysteme des täglichen Lebens werden normalerweise während akuter Bedrohungen gehemmt (Cassidy 1999).

Vor diesem Hintergrund haben van der Hart et al. (2008) Persönlichkeit als eine dynamische Organisation innerhalb einer Person definiert, die durch das Zusammenspiel der Aktionssysteme bestimmt ist. Damit sich eine kohärente Persönlichkeitsstruktur ausbilden kann, bedarf es einer Integration der defensiven und der alltagsorientierten Aktionssysteme. Wie weit diese gelingt, hängt stark von einer ausreichend guten Bindungserfahrung ab; sie wird dann besonders schwierig, wenn das Bedrohungs-Verteidigungs-System wegen anhaltender Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen immer wieder aktiviert wurde. Extremer Stress in der Kindheit schädigt die integrative Kapazität und verhindert eine adäquate Integration der Verteidigungs- und Alltagssysteme (Nijenhuis u. den Boer 2008, 2009; van der Hart et al. 2008).

Angeregt durch Janet (1907) wird in der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit davon ausgegangen, dass in einem solchen Kontext die Aktionssysteme zur Vermeidung aversiver Stimuli und diejenigen zur Annäherung an attraktive Stimuli »dissoziiert« und in Subsystemen der Persönlichkeit organisiert werden. Unter den Bedingungen frühkindlicher Traumatisierung entwickeln sich die Aktionssysteme mit einer dysfunktionalen Organisation, die auch dann bestehen bleibt, wenn die Lebensbedingungen sich gebessert haben.

In Anlehnung an Myers (1940) unterscheiden van der Hart et al. (2008) bei traumatisierten Personen zwei Typen von Persönlichkeitsanteilen:

- eine oder mehrere *anscheinend normale Persönlichkeitsanteile* (ANPs), die die Aufgabe haben, das Alltagsleben und die Fortpflanzung sicherzustellen (sie dienen dem Überleben der Spezies), und
- einen oder mehrere *emotionale Persönlichkeitsanteile* (EPs), die an die traumatischen Erinnerungen fixiert sind und Reaktionen gegen reale oder vermutete Bedrohung zeigen (sie dienen dem Überleben des Individuums).

ANPs und EPs sind stark genetisch präformiert; ihre Ausprägung wird durch die Umgebung bestimmt. Während EPs typischerweise die Erinnerung an traumatische Erfahrungen und Vernachlässigung bewahren, repräsentieren ANP-Anteile die Tendenz, Gefühle oder Körpersensationen zu vermeiden, die an das Trauma erinnern (Mosquera et al. 2009). Die Wechsel zwischen ANP- und EP-Anteilen

können die dramatischen Stimmungsänderungen von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklären.

Anders als bei primärer struktureller Dissoziation bei akuten traumatischen Reaktionen und einfacher posttraumatischer Belastungsstörung, bei denen ein EP alle defensiven Reaktionen umfasst, sind bei komplexeren Traumatisierungen, insbesondere auch bei der Borderline-Störung, die EPs *in sich strukturell aufgespalten* – in Subsysteme des Kampfes, der Flucht, des Einfrierens oder der totalen Unterwerfung. Je schwerer die Traumatisierung, desto weniger sind die defensiven Subsysteme untereinander integriert.

Die Patienten können, je nachdem, ob der ANP oder einzelne Subsysteme der EPs aktiviert sind, unterschiedliche subjektive, verhaltensmäßige und physiologische Reaktionen auf eine wahrgenommene Bedrohung zeigen (van der Hart et al. 2005). So können unter Einfluss traumaassoziierter Stimuli kindähnliche EPs das Subsystem des Einfrierens aktivieren, während andere EPs körperlichen Widerstand leisten und wieder andere sich vollständig unterwerfen können.

Ein anderes Bild präsentieren die Patienten, wenn der ANP aktiviert ist: In diesem Zustand fühlen sich die Patienten von allen Emotionen abgekoppelt und betäubt. Sie haben das Gefühl, nur zu »funktionieren« und Aufgaben, bei denen emotionale Beteiligung angemessen wäre, lediglich »technisch« abwickeln zu können.

Die Theorie der strukturellen Dissoziation bietet uns die Möglichkeit, die Phänomene zu erklären, die wir bei Patienten mit desorganisierten Bindungsmustern vorfinden (Liotti 1999; Main u. Morgan 1996). Wenn die primäre Bindungsfigur auch die Quelle der Bedrohung im täglichen Leben ist, sind die Aktionssysteme des Kindes nicht nur unreguliert, sie verdrängen und stören einander. Nach Auffassung von van der Hart et al. (2008) sind desorganisierte Bindungsmuster in Wirklichkeit nicht desorganisiert; sie sind vielmehr Ausdruck einer gleichzeitigen oder schnell aufeinanderfolgenden Aktivierung des Bindungs- und des Bedrohungs-Verteidigungs-Systems. Sobald sich die unter solchen Bedingungen aufwachsenden Kinder ihrer Bezugsperson annähern, werden die defensiven Subsysteme von Kampf, Flucht, Einfrieren und totaler Unterwerfung aktiviert; sobald sie sich von ihr entfernt haben, wird das Bindungssystem aktiviert. Weil dieser Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung durch das Kind nicht gelöst werden kann, bildet sich eine strukturelle Dissoziation des Bindungs- und des defensiven Systems aus (Marvin u. Britner 1999).

In ähnlicher Weise wie van der Hart et al. (2008) haben verschiedene andere Autoren die Borderline-Störung als eine *Störung mit dem Charakteristikum dissoziativer Selbst-States* aufgefasst (Blizard 2001, 2003; Bromberg 1998; Howell 2002, 2005; Meares 2012). Nach Howell und Blizard (2009) liegen dissoziierte Selbst-States der affektiven Dysregulation, der instabilen Identität und den plötzlichen Beziehungsbrüchen der Borderline-Patienten zugrunde. Oft sind die alternierenden Selbststates nur partiell und nicht voll dissoziiert, so dass ihre dissoziative Natur leicht übersehen wird.

Neurobiologische Forschungsdaten machen die von der Theorie der strukturellen Dissoziation favorisierte Annahme, dass der Borderline-typischen Identitätsstörung eine dissoziative Störung zugrunde liegt, sehr plausibel. Die Datenlage ist noch nicht umfangreich, sodass keine gesicherten Aussagen gemacht werden können. Doch sprechen die vorliegenden Befunde dafür, dass dem subjektiven Erleben von Unverbundenheit in verschiedenen Lebensbereichen eine verminderte Assoziativität auf der Ebene der Hirnfunktionen korrespondiert. So finden sich Hinweise auf eine Schwächung der funktionellen Konnektivität

(Williams et al. 2006) und auf Defizite der rechtshirnigen Funktion der Kohärenzstiftung (Meares et al. 2011b).

5.4 Wechselnde Persönlichkeitszustände und das Modell der Persönlichkeitsanteile

Während die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit uns die Möglichkeit eröffnet, die wechselnden Persönlichkeitszustände von Borderline-Patienten als Auswirkungen biologisch präformierter Aktionssysteme zu verstehen, bieten uns darüber hinaus die anderen in Abschnitt 5.3 aufgeführten Theorien und Ansätze *weitere Anregungen*, die wir zum Verständnis der Borderline-typischen Persönlichkeitszustände nutzen können.

Um einem möglichen *Missverständnis* vorzubeugen: Wenn wir im Folgenden von »Persönlichkeitsanteilen« sprechen, verstehen wir darunter immer in metaphorischer Sprache formulierte Modellvorstellungen, die in Abhängigkeit von ihrem Nutzen in unterschiedlicher Weise definiert werden können. Keinesfalls – darauf wollen wir entschieden hinweisen – soll damit die Existenz realer Gegebenheiten im Sinne von Homunkuli oder multiplen »Persönlichkeiten« suggeriert werden!

Wir denken nicht, dass es notwendig ist, sich auf ein spezielles der in Abschnitt 5.3 aufgeführten Theoriemodelle festzulegen. Die Übernahme aller damit verbundenen Implikationen und terminologischen Festlegungen erschiene uns eher als eine unnötige Einengung in dem *kreativen Prozess*, für unser klinisches Handeln *möglichst einfache, plausible und auch den Patienten vermittelbare Modellvorstellungen* zu entwickeln – die allerdings nicht im Widerspruch zu gesicherten Befunden der Neurowissenschaften stehen sollten.

Dies ist bei keiner der in Abschnitt 5.3 genannten Modellvorstellungen der Fall, soweit sie als *beschreibende Theorien* verwendet werden. Im Gegenteil hat die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit sogar den Vorzug, auf eine substanzielle Verankerung in der aktuellen neurobiologischen Theoriebildung verweisen zu können.

Die *Freiheit der Wahl* einer Modellvorstellung – mit der Maßgabe, dass sie nicht im Widerspruch zu gesicherten Befunden der Neurowissenschaften stehen sollte – halten wir für eine wichtige therapeutische Ressource. Tatsächlich können viele – auch unterschiedliche Modelle – in ihren eigenen Grenzen stimmig sein, ohne dass sie einander widersprechen müssen. Mal kann eine systemische, mal eine klassisch-psychodynamische und mal eine auf Persönlichkeitsanteile Bezug nehmende Perspektive überzeugender sein. Entscheidend ist, die *Grenzen der Modelle* zu respektieren. Modelle und Metaphern, mit denen unsere Patienten etwas anfangen können, um ihr Störungsbild besser zu versehen, erscheinen uns dabei besonders hilfreich.

Der *Nutzen* einer Modellvorstellung für den Therapieerfolg wird sich nur schwer objektivieren lassen. Subjektive Momente von Stimmigkeit und Passung können jedoch eine beträchtliche ressourcenaktivierende Wirkung auf Therapeuten und Patienten haben, die dem Therapieerfolg zugute kommt. Ein konsistent reproduzierbarer Befund der Psychotherapieforschung besagt: Das Kompetenzgefühl eines Therapeuten, das auf einer festen Verankerung in einer Theorie gegründet ist, wirkt sich im Sinne eines unspezifischen Wirkfaktors positiv auf das Therapieergebnis aus (Frank u. Frank 2004).

Eine Therapeutin, die sich mit einer ihr im Ausbildungskontext vermittelten Modellvorstellung nicht wohl fühlt, wird sich durch sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in ihrer therapeutischen Intuition behindert fühlen und ihren Widerstand unbewusst in die Therapie einfließen lassen.
Ein Therapeut, der von der Stimmigkeit einer Modellvorstellung überzeugt ist, wird sie auch seinen Patienten überzeugend nahebringen können. Er wird feststellen, dass nicht nur er, sondern auch die Patienten sie als hilfreiche Ressource nutzen oder sogar gemeinsam mit ihm weiterentwickeln können.

Nach diesen Vorbemerkungen wollen wir einige Möglichkeiten der Anwendung diskutieren, die uns die Modellvorstellung von Persönlichkeitsanteilen bietet.

So können wir, gemeinsam mit den Patienten, Persönlichkeitsanteile beschreiben, die in einer bestimmten *Lebensaltersstufe* unter widrigen Lebensumständen eine wichtige Funktion hatten, sich aber mit ihren Vorstellungen, Haltungen und Erwartungen nicht angemessen weiterentwickeln konnten. Diese Persönlichkeitsanteile stellen wir den Teilen der Persönlichkeit gegenüber, die durch reifere Beziehungsmuster bestimmt sind. Neurobiologisch können wir davon ausgehen, dass diese Persönlichkeitsanteile mit einer stärkeren präfrontal-kortikalen Aktivierung assoziiert sind als die weniger angemessen entwickelten Anteile (Reinders et al. 2006). Therapeutisch können uns diese »erwachsenen« Persönlichkeitsanteile als Ansprechpartner dienen; mit ihnen können wir gemeinsam ergründen, unter welchen Bedingungen welche Beziehungsmuster aktiviert wurden und welche Funktion diese im Dienste des Überlebens zu übernehmen hatten – wann es geboten war, sich eins zu fühlen mit einer »nur guten«, starken und rettenden Person, und wann es überlebensnotwendig war, »das Böse« und Übermächtige zu bekämpfen, um »das Gute« zu retten.

Die aktivierten Verhaltensmuster können unterschiedlicher Art sein, je nachdem, welchen *Lebensaltersstufen* sie zuzuordnen sind und welcher Art die Bedrohungen in dieser Lebensaltersstufe waren. Frühkindliche Bedrohungserfahrungen haben andere Bewältigungsmuster hervorgerufen als Bedrohungserfahrungen späterer Lebensjahre. Während Rettungswünsche und Vernichtungsängste das Erleben kleiner Kinder widerspiegeln, passen gezielte Wutreaktionen eher zu einem schon größeren Kind, das durch Modelllernen an älteren Geschwistern oder auch traumatisierenden Bezugspersonen bereits ein gewisses Gefühl von Stärke erworben hat. Heftige Entwertungen, gewaltsame Handlungen sowie Wut und Hass entsprechen eher dem Verhaltensrepertoire eines Jugendlichen, dem es möglich ist, mit Macht aufzutreten, wenn die Umstände es erlauben.

Unter den Bedingungen realer oder wahrgenommener Bedrohung greifen Borderline-Patienten in Abhängigkeit von den aktuell auslösenden Bedingungen auf diese im prozeduralen Gedächtnis abgespeicherten früheren Erlebens- und Verhaltensmuster zurück, in der Regel ohne sich dessen bewusst zu sein. Je nachdem, welche Selbstzustände im Zustand der Bedrohung aktiviert werden, kann das Verhalten von Borderline-Patienten *kindlich-hilflose, anklammernde oder destruktive Züge* annehmen.

Kindlichen Persönlichkeitsanteilen können wir Verhaltensweisen wie hilfloses Anklammern, eine schwer nachvollziehbare Naivität oder eine typisch kindliche Weltsicht zuschreiben. Die *verzweifelte Suche nach Bindungen* kann ebenfalls ein kindliches Muster repräsentieren.

P: Warum liebt mich keiner bei all der vielen Liebe, die ich zu geben habe?

Angemerkt sei, dass wir als Therapeutinnen nur Vorschläge für eine biografische Einordnung von Persönlichkeitsanteilen machen können. Die eigentlichen Experten sind letztlich die Patienten; nur sie können beurteilen, was sich für sie »stimmig« anfühlt.

T: Dieses Verhalten scheint ja, wie wir es besprochen haben, heute nicht mehr ganz angemessen zu sein. Meinen Sie, dass Sie die Gefühle und das Verhalten einem bestimmten Alter oder einem Persönlichkeitsanteil zuordnen können? Von der Hilflosigkeit her würde es ja zu einem kindlichen Anteil passen.

P: Nein, ich habe eher das Gefühl, dass ich diese Abhängigkeit und die Einsamkeit, die dazu gehört, mehr als Jugendliche erlebt habe.

T: Dann lassen Sie uns einmal schauen, ob dies eine Seite in Ihnen ist, die wir schon kennengelernt haben, oder ob es zu einem neuen Persönlichkeitsanteil gehört, dessen frühere Aufgabe wir noch herausfinden müssten.

Auch das *magische Denken*, zu dem viele Borderline-Patienten neigen, können wir kindlichen Persönlichkeitsanteilen zuordnen. Die vielfältigen magischen Vorstellungen beinhalten die unumstößliche Überzeugung, es müsse nur eine bestimmte Bedingung erfüllt sein, damit alle Probleme gelöst wären. Meist beziehen sich die magischen Überzeugungen darauf, dass es vom Verhalten bekannter oder fremder Personen abhängt, ob eigene Bindungswünsche gefahrlos befriedigt werden können und Wohlbefinden eintritt. Aber auch eigene Verhaltensweisen können mit der Überzeugung eines besseren Wohlbefindens verknüpft werden.

Eine Borderline-Patientin war davon überzeugt, dass ihre Probleme gelöst sein würden, wenn sie nur in eine andere Stadt umzöge.
Eine andere Patientin schaffte sich eine Katze an in der festen Überzeugung, es werde ihr dann besser gehen. Nach einiger Zeit änderte sich ihre Meinung, und sie war davon überzeugt, dass die ausbleibende Besserung auf die Katze zurückzuführen war und gab sie zurück. Kurze Zeit später bezeichnete sie das als Irrtum und war wieder davon überzeugt, dass es ihr besser ginge, wenn sie eine Katze hätte. (Modif. nach Mosquera et al. 2009, S. 11)

Auch zur Konzeptualisierung *aggressiver und destruktiver Verhaltensweisen* von Borderline-Patienten kann die Modellvorstellung der Persönlichkeitsanteile von Vorteil sein. Tatsächlich können Borderline-Patientinnen das gesamte Spektrum aggressiver und destruktiver Verhaltensweisen – Verführung, Manipulation, Erpressung, Täuschung, Lüge, Entwertung, körperliche oder verbale Gewaltanwendung, Terror, Spott – mobilisieren, um Gefühle des Ausgeschlossenseins, des Alleingelassenseins, der Bedeutungslosigkeit oder der hasserfüllten Eifersucht zu regulieren. Lachkar (2011) hat eindrucksvoll gezeigt, wie Eltern mit einer Borderline-Störung unter entsprechenden auslösenden Bedingungen ohne jedes Schuldgefühl gegenüber ihren eigenen Kindern in Selbstzustände der »Hexe« oder des »Monsters« geraten und zu massivem destruktivem Agieren fähig sein können. Trotz ihrer starken emotionalen Aufladung schließen derartige Zustände ein kalkuliertes Handeln nicht aus.

Es kommt nur selten vor, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit dauerhaft als »Hexe« oder als »Monster« in Erscheinung treten. Vielmehr handelt es sich um Selbstzustände, die die Persönlichkeit über einen bestimmten Zeitraum stark beeinflussen und die letztlich von anderen Selbstzuständen abgelöst

werden können. Deshalb kann es hilfreich sein, destruktive Verhaltensweisen einem *im Bedrohungs-Abwehr-Modus befindlichen Persönlichkeitsanteil* zuzuschreiben. Unter dieser Perspektive verwundert es auch nicht, dass Schuldgefühle typischerweise nicht erlebt werden; wie in Kriegssituationen bedürfen die hier zur Bedrohungsabwehr eingesetzten destruktiven Handlungen keiner moralischen Rechtfertigung.

Bei einer Mutter mit Borderline-Störung wechselten im Kontakt mit ihren Kindern Zustände extrem anklammernder Fürsorglichkeit mit Zuständen destruktiven Agierens ab. Sie selbst empfand dies nicht als Widerspruch.

Eine solche Sichtweise hilft nicht nur uns, sondern auch den Betroffenen, *Distanz zu den schwer kontrollierbaren Gefühlszuständen* und den entsprechenden Handlungsmustern herzustellen. Gleichzeitig ermöglicht sie den Patienten, die anstehenden Probleme oder die belastende Situation durch den größeren Abstand wieder objektiver und regulierter zu beurteilen.

Wir schlagen vor, die aggressiven Persönlichkeitsanteile trotz ihrer aktuellen Schädlichkeit immer auch als *Ressourcen* zu betrachten, die die Patienten in ihrem beziehungstraumatischen Umfeld vor Gefühlen hilflosen Ausgeliefertseins, verzweifelten Alleingelassenseins und ohnmächtiger Wut angesichts eines unlösbaren Beziehungsdilemmas geschützt haben. Eine solche Sichtweise erlaubt es den Patienten, die Anteile biografisch einzuordnen, ein Verständnis ihrer früheren Funktionalität zu entwickeln und mit unserer Hilfe angemessene neue Verhaltensmuster einzuüben.

Van der Hart (2007, persönliche Mitteilung) hat die aggressiven Persönlichkeitsanteile als »inner leader« bezeichnet. Wir konnten gute Erfahrungen mit dem Begriff der »Power-Anteile« machen – vermutlich weil er das Potenzial von Kraft und Stärke betont, ohne die Patienten durch den Hinweis auf eine mögliche Täteridentifikation zu beschämen oder zu beschuldigen, vielleicht auch weil er die positive Suggestion unterstützt, dass die »Power« einmal im Sinne der Therapie genutzt werden kann.

Letztlich müssen wir dabei im Auge behalten, dass die Hauptschwierigkeit der Patienten darin besteht, unvereinbare innere Ich-Zustände zu integrieren. Deshalb sollten wir unser Möglichstes tun, um die integrativen Prozesse zu fördern, und darauf achten, dass wir nicht durch unsere *Wortwahl* Widerstände auslösen. Nicht zuletzt deshalb legen wir großen Wert darauf, Menschen mit einer Borderline-Störung nicht über ihre unreifen oder destruktiven Persönlichkeitsanteile zu definieren, selbst dann nicht, wenn diese aktuell sehr dominant sind. Als Referenzpunkt gilt uns *das am weitesten entwickelte Organisationsniveau*, zu denen sie in der Lage sind. Vom diesem ausgehend untersuchen wir, was die Patienten veranlasst hat, auf andere – kindliche oder destruktive – Verhaltens- und Beziehungsmuster zurückzugreifen. Damit hoffen wir auch, der impliziten Diskriminierung entgegenzuwirken, denen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durch das Etikett der »Unreife« ausgesetzt sind. Borderline-Patienten sind nicht per se »unreif«, sondern werden, ausgelöst durch bestimmte bindungsrelevante Stimuli, auf »unreife« – oder wie wir eher sagen würden – maladaptive Persönlichkeitszustände zurückgeworfen.

P: Normalerweise bin ich als Mutter okay. Aber dann gibt es eine andere Seite von mir, die mich verrückte und manchmal auch schlimme Sachen machen lässt.

5.5 Ein Blick auf die Objektbeziehungstheorie

Unter den psychodynamischen Theorien hatte die Objektbeziehungstheorie durch die wichtigen Arbeiten von Kernberg (2011) einen außerordentlich starken Einfluss auf das psychodynamische Verständnis der Borderline-Störung. Das unbestrittene Verdienst der Objektbeziehungstheorie besteht darin, die veränderte Repräsentanzenwelt von Menschen mit einer Borderline-Störung umfassend beschrieben zu haben.

Untersuchungen mit projektiven Tests bestätigen die von psychodynamisch orientierten Autoren immer wieder hervorgehobenen Schwierigkeiten von Borderline-Patienten, gut ausgebildete und differenzierte Repräsentanzen zu bilden und komplexe sowie konstante Repräsentationen von mentalen States und Intentionen anderer Menschen aufrechtzuerhalten. Die Annahme, dass Patienten mit einer Borderline-Störung »reifere« Objektbeziehungen haben als schizophrene Patienten und »unreifere« Objektbeziehungen als Patienten mit einer depressiven Erkrankung konnte anhand von Rohrschach-Untersuchungen bestätigt werden (Leichsenring 2004). Die andersartige Qualität der Objektbeziehungen kommt unter anderem in einer geringeren Tendenz zum Ausdruck, Beziehungen emotional zu besetzen, und in einer Neigung, Beziehung auf der Basis unmittelbarer Bedürfnisgratifikation zu gestalten (Gartner et al. 1989; Stuart et al. 1990).

Nach wie vor lassen sich viele Borderline-typische Phänomene der Beziehungsgestaltung und der Identitätsstörung auch in der Sprache der Objektbeziehungstheorie darstellen. Die immer wieder beschriebenen raschen Wechsel der Selbst- und Objektrepräsentanzen können als Konsequenz unterschiedlich aktualisierter verinnerlichter Objektbeziehungsmuster verstanden werden. Die Kernannahme der Objektbeziehungstheorie ist folgende: Die negativen Selbstanteile, die aus den verinnerlichten negativen Objekterfahrungen stammen, können *mittels projektiver Mechanismen in die Außenwelt reexternalisiert* werden, wo sie besser kontrollierbar werden. Diese Reexternalisierung dient der inneren Druckentlastung. Aggressive oder provozierende Verhaltensweisen von Patientinnen mit einer Borderline-Störung sind in diesem Verständnis das Ergebnis projizierter negativer Selbstanteile.

Es ist hier nicht der Ort, um eine Kritik der Objektbeziehungstheorie zu leisten, was die Reichweite ihres Erklärungsanspruchs und ihre entwicklungspsychologischen Annahmen betrifft. Zwar denken wir, dass sie sich als *erklärende* Theorie (Stegmüller 1986) der Konkurrenz alternativer Theorien stellen und sich die Frage gefallen lassen muss, wie weit einige ihrer entwicklungspsychologischen Annahmen im Widerspruch zu aktuell verfügbaren neurowissenschaftlichen Erkenntnissen stehen (Dornes 2011); als *beschreibende* Theorie behält sie nach wie vor ihren Wert für die Bildung von Modellvorstellungen. Wer es schätzen gelernt hat, mit ihrer Hilfe klinische Situationen zu strukturieren, sollte diese Ressource nicht deshalb verwerfen, weil einige ihrer entwicklungspsychologischen Annahmen heute nicht mehr haltbar sind – dies wäre ähnlich unsinnig wie der Versuch, dem Strukturmodell der Psychoanalyse den Nutzen abzusprechen, weil es angeblich nicht mehr die Realität abbilde.

Bemerkenswert scheint uns schließlich, dass sich eine therapeutische Konzeption, die sich der Modellvorstellungen der Persönlichkeitsanteile bedient, ohne größere Schwierigkeiten mit dem Modell der veränderten Repräsentanzenwelt der Objektbeziehungstheorie verknüpfen lässt. Klinisch relevante Zusammenhänge können so dem Patienten modellhaft erläutert werden, z. B.:

- Aus der Perspektive der *Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit* können die Veränderungen der Repräsentanzenwelt von Borderline-Patienten so erklärt werden, dass diese Veränderungen notwendig sind, um schnell aufeinanderfolgend unterschiedliche Aktionssysteme zu aktivieren. Dass dies Auswirkungen auf die Repräsentanzenbildung hat, verstehen Patienten unmittelbar, wenn sie sich klar machen, wie schnell sich unter Kriegsbedingungen Spaltungsphänomene in Form von Feind- und Freundbildern ausbilden. Die gleiche Modellvorstellung kann auch helfen, zu verstehen, dass unter den Bedingungen von Bedrohung und Verteidigung andere Menschen naturgemäß nicht mehr als »Ganzobjekte«, das heißt als Wesen mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen, sondern ausschließlich oder überwiegend unter dem Blickwinkel ihrer Funktion für das Überleben wahrgenommen werden.
- Ebenso kann aus der Perspektive der *Modellvorstellung jüngerer Persönlichkeitsanteile* unmittelbar plausibel gemacht werden, dass ein »kindlicher« Persönlichkeitsanteil eine andere Repräsentanzenwelt aufweist und eine andere Mentalisierungsleistung erbringt als ein »erwachsener« oder ein »pubertärer« Persönlichkeitsanteil. Mithilfe welcher Abwehroperationen beim Wechsel der Persönlichkeitsanteile die Veränderung der Repräsentanzenwelt dann erfolgt, lässt sich wiederum nicht besser beschreiben als mithilfe der psychoanalytischen Abwehrtheorie.

5.6 Selbstverurteilende und nicht integrierte innere Normenwelt

Schließlich finden wir bei Borderline-Patienten eine pathologisch konfigurierte innere Normenwelt mit geringem Selbstwertgefühl, mit einer Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen sowie zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Diese ist auf die Verinnerlichung traumatischer Beziehungsmuster zurückzuführen und stellt die Grundlage für die Tendenz zur Reviktimisierung dar (Herman 2003; Wöller 2005, 2013; Wöller et al. 2004).

Borderline-Patienten leiden in der Regel unter einer durch *vernichtende Selbstkritik und Selbstverurteilung* geprägten inneren Normenwelt. Ihre verinnerlichten Objektbeziehungen sind der Niederschlag ihrer realen traumatischen Beziehungserfahrungen mit frühen Bezugspersonen. Auf die gleiche Art und Weise, wie die frühen Bezugspersonen die Beziehung zu der Patientin gestaltet haben, gestaltet die Patientin nun die Beziehung zu sich selbst: Sie kritisiert sich, wie sie von der Bezugsperson kritisiert wurde; sie verachtet sich selbst, wie sie von der Bezugsperson verachtet wurde; und – wenn sie durch die Bezugsperson nur dann Wertschätzung erfuhr, wenn sie sich aufgab und sich ganz deren Bedürfnissen widmete – ist ihr Selbstwert abhängig von Selbstaufopferung. Die Folge sind *generalisierte negative Selbstkognitionen*: »Ich bin unwert«, »Ich bin ein schlechter Mensch«, »Ich bin ohnmächtig und hilflos« oder »Ich bin nur dann etwas wert, wenn ich für andere da bin«.

> Eine Patientin konnte sich nur dann akzeptieren, wenn sie für andere da war. In ihrem Empfinden war sie es nicht wert, dass sie für sich selbst sorgte.

Vor dem Hintergrund desorganisierter Bindungsmuster kann die innere Normenwelt ähnlich *vielgestaltig und widersprüchlich* organisiert sein wie die Welt der Persönlichkeitsanteile. Sie trägt dann maßgeblich zur *Identitätsunsicherheit* der Patienten bei. Wenn unvereinbare Normvorstellungen ohne das Empfinden eines Widerspruchs gleichzeitig oder kurz nacheinander aktualisiert werden,

ist dies Ausdruck einer nicht integrierten inneren Normenwelt oder eines nicht integrierten Über-Ich. Im Einzelnen:

- Persönlichkeitsanteile, die Aktionssysteme des *Kampf-Verteidigungs-Systems* repräsentieren, werden anderen Normen folgen als solche, die Aktionssysteme *totaler Unterwerfung* aktivieren. Gleichwohl können sie aufeinanderfolgend aktualisiert werden, ohne dass dies als Widerspruch erlebt werden muss.
- In ähnlicher Weise werden Persönlichkeitsanteile, die *kindliche Verhaltensmuster* zeigen, von anderen Normen bestimmt sein als solche, die die *Alltagsfunktionalität* des Erwachsenenlebens sicherstellen müssen. Der Wechsel des geltenden Normensystems wird dabei in der Regel nicht bemerkt.
- In anderen Fällen können sich unter dem Einfluss *aggressiver Persönlichkeitsanteile* selbstbezogene Überzeugungen ausbilden, die Stärke und Rücksichtslosigkeit mit Überleben und Schwäche und Rücksicht mit Selbstaufgabe verknüpfen. Eine solche Normenwelt kann ohne das Empfinden eines Widerspruchs neben selbstbezogenen Überzeugungen eigenen Unwertes und eigener Inkompetenz stehen.

P: Ich kann nur überleben, wenn ich mich ohne Rücksicht auf Gefühle anderer durchsetze.
P: Gefühle zulassen ist Schwäche.
Ein Patient wechselte von heftigster Selbstbeschuldigung in einen Zustand, in dem er alle Verantwortung von sich wies und andere beschuldigte. Später stellte sich der Zustand der Selbstbeschuldigung und vernichtenden Selbstkritik wieder her.
Eine Patientin, die unter quälenden moralischen Selbstzweifeln litt, berichtete ohne jeden Anflug von Selbstkritik, wie sie in Geschäften Waren stahl, ohne erwischt zu werden.

Durch die verschiedenen aktivierten Persönlichkeitsanteile entsteht eine Widersprüchlichkeit der Über-Ich-Gebote und Ich-Ideal-Forderungen; so kann ein in sich stimmiges Bild der Gebote, Ziele und Lebensentwürfe nicht gebildet werden. Zwar kann mithilfe früher Abwehrmechanismen, vor allem durch *massive Verleugnung der Widersprüche*, eine gewisse Alltagsfunktionalität aufrechterhalten werden; in der Regel bleibt jedoch ein diffuses Gefühl eigener Identitätsunsicherheit, das als quälend erlebt wird.

Nicht wenige Borderline-Patienten sind durchaus in der Lage, sich angemessen zu beurteilen; unter dem Druck ihrer inneren normgebenden Instanzen können sie diese Beurteilung jedoch nicht für sich als gültig ansehen.

P: Bei anderen Menschen lege ich andere Wertmaßstäbe an, ganz »normale«. Nur für mich gilt das nicht. Ich weiß, dass das nicht rational ist, aber mein Gefühl ist so.

Hinzu kommen Normen und Verpflichtungen, die oft erst in einer Mehrgenerationen-Perspektive verständlich werden. Sich ausschließende Loyalitäten zu den unterschiedlichen Bezugspersonen der Kindheit können weiter dazu beitragen, die Widersprüchlichkeit der verinnerlichten Normen und Werte zu erklären.

Literatur

Akhtar S (1992). Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment. New York: Aronson.

Berne E (1957). Ego states in psychotherapy. Structural analysis is presented as a new psychotherapeutic approach. Am J Psychother; 11: 293–309.

Berne E (2006). Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie: Eine systematische Individual- und Sozialpsychiatrie. Paderborn: Junfermann.

Blizard RA (2001). Masochistic and sadistic ego states: dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. J Trauma Dissociation; 2: 37–58.

Blizard RA (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states and a relational approach to treatment. J Trauma Dissociation; 4: 27–50.

Bradshaw J (2000). Das Kind in uns. Wie finde ich zu mir selbst. München: Droemer Knaur.

Bromberg PM (1998). Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma & Dissociation. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Cassidy J (1999). The nature of the child's ties. In: Cassidy J, Shaver PR (eds). Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. New York: Guilford; 3–20.

Dammann G, Hügli C, Selinger J et al. (2011). The self-image in borderline personality disorder: an in-depth qualitative research study. J Pers Disord; 25: 517–27.

De Bonis M, De Boeck P, Lida-Pulik H, Feline A (1995). Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls. Compr Psychiatry; 36: 362–6.

Deutsch H (1965). Neuroses and Character Types: Clinical Psychoanalytic Studies. New York: International Universities Press.

Dornes M (2011). Der kompetente Säugling. 10. Aufl. Frankfurt: Fischer.

Erikson E (2003). Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Erikson E (2005). Kindheit und Gesellschaft. 14. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fanselow MS, Lester LS (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In: Bolles RC, Beecher MD (eds). Evolution and Learning. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 185–212.

Federn P (1958). Ichpsychologie und die Psychosen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Frank J, Frank J (2004). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: Freeman A, Mahoney M, DeVito P, Martin D (eds). Cognition and Psychotherapy. 2nd ed. New York: Springer; 45–78.

Gartner J, Hurt SW, Gartner A (1989). Psychological test signs of borderline personality disorder: a review of the empirical literature. J Pers Assess; 53: 423–41.

Glover E (1932). A psycho-analytical approach to the classification of mental disorders. J Ment Sci; 78: 819–42.

Golynkina K, Ryle A (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. Br J Med Psychol; 72: 429–45.

Gunderson JG (1984). Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hartmann-Kottek L (2012). Gestalttherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Springer.

Herman JL (2003). Die Narben der Gewalt. München: Kindler.

Howell EF (2002). Back to the »states«: victim and abuser states in borderline personality disorder. Psychoanal Dialogues; 12: 921–57.

Howell EF (2005). The Dissociative Mind. London: The Analytic Press.

Howell EF, Blizard RA (2009). Chronic relational trauma disorder: a new diagnostic scheme for borderline personality and the spectrum of dissociative disorders. In: Dell PF, O'Neil JA (eds). Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond. New York: Routledge.

Janet P (1907). The Major Symptoms of Hysteria. London, New York: Macmillan.

Janssen PL (1990). Theorien der Borderlinestruktur. In: Janssen PL (Hrsg). Psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen. Psychotherapie und Psychosomatik. Berlin, Heidelberg: Springer; 26–37.

Kernberg OF (2011). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 11. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Lachkar J (2011). How to Talk to a Borderline. New York: Routledge.

Leichsenring F (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. Bull Menninger Clin; 68: 9–22.

Liotti G (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J, George C (eds). Attachment Disorganization. New York: Guilford; 297–317.

Main M, Morgan H (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: phenotypic resemblance to dissociative states? In: Michelson L, Ray W (eds). Handbook of Dissociation. New York: Plenum; 107–37.

Marcia JF (1989). Identity diffusion differentiated. In: Luszcz MA, Nettelbeck T (eds). Psychological Development: Perspectives Across the Life-span. North-Holland: Elsevier Science Publishers; 289–301.

Marvin RS, Britner PA (1999). Normative development: the ontogeny of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (eds). Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. New York: Guilford; 44–67.

Meares R (2012). A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder. New York, London: Norton.

Meares R, Gerull F, Stevenson J, Korner A (2011a). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. Aust N Z J Psychiatry; 45: 214–2.

Meares R, Schore A, Melkonian D (2011b). Is borderline personality a particularly right hemispheric disorder? A study of P3a using single trial analysis. Aust N Z J Psychiatry; 45: 131–9.

Mosquera D, Gonzalez A, van der Hart O (2009). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. Persona; 44–72.

Myers CS (1940). Shell Shock in France 1914–1918. Cambridge: Cambridge University Press.

Nijenhuis ERS, den Boer JA (2008). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In: Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D (eds). Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 219–36.

Nijenhuis ERS, den Boer JA (2009). Psychobiology of traumatisation and trauma-related structural dissociation of the personality. In: Dell PF, O'Neil JA (eds). Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond. New York: Routledge; 337–67.

Panksepp J (1998). Affective Neuroscience. The Foundations of Human an Animal Emotions. New York: Oxford University Press.

Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (1951/2006). Gestalt-Therapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pollock PH, Broadbent M, Clarke S et al. (2001). The personality structure questionnaire (PSQ): a measure of the multiple self states model of identity disturbance in cognitive analytic therapy. Clin Psychol Psychother; 8: 59–73.

Reinders AA, Nijenhuis ER, Quak J et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. Biol Psychiatry 60: 730–40.

Rohde-Dachser C (1979). Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber.

Schwartz RC (2008). Systemische Therapie mit der inneren Familie. 5 Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Siegel DJ (1999). The Developing Mind: toward a Neurobiology of Interpersonal Experience. New York: Guilford.

Stegmüller W (1986). Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie. Teilbände II/2–3: Theorienstruktur und Theoriendynamik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Stuart J, Westen D, Lohr NE et al. (1990). Object relations in borderlines, depressives, and normals: an examination of human responses on the Rorschach. J Pers Assess; 55: 296–318.

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2005). Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex PTSD. J Trauma Stress; 18: 413–23.

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2008). Das verfolgte Selbst. Trauma und Dissoziation. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung: Paderborn: Junfermann.

Watkins J, Watkins HH (2012). Ego-States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch. 3. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.

Wilkinson-Ryan T, Westen D (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. Am J Psychiatry; 157: 528–41.

Williams LM, Sidis A, Gordon E, Meares RA (2006). »Missing links« in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. J Psychiatry Neurosci; 31: 181–8.

Winnicott DW (2006). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wöller W (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller

Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wöller W, Gast U, Reddemann L et al. (2004). Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In: Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. (Hrsg). Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wurmser L (2000). Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

6 Aspekte der deskriptiven Diagnostik

6.1 Validität der Diagnose

Die Diagnose einer Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung oder einer »Borderline-Persönlichkeitsstörung« zu stellen ist in keiner Weise unproblematisch. Auch wenn sich die Diagnose durch die Vorgaben der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 inzwischen mit befriedigender Reliabilität stellen lässt, wurden immer wieder Zweifel an der Validität der Diagnosekategorie geäußert.

So besteht eine breite Überlappung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit praktisch allen anderen Persönlichkeitsstörungen, vor allem aber mit der narzisstischen, der histrionischen, der paranoiden, der schizoiden, der dissozialen, der vermeidenden und der anankastischen Persönlichkeitsstörung (Lenzenweger et al. 2007; Wöller 2013, S. 21 ff.). Bei genauer Diagnostik finden sich nur sehr wenige Borderline-Patienten, die nicht gleichzeitig die Kriterien mindestens einer der anderen Persönlichkeitsstörungen erfüllen (Widiger u. Trull 1993). Dieser Sachverhalt spricht für die vor allem von Kernberg (1988) vertretene Auffassung, dass das klinische Bild der Borderline-Störung eher eine Persönlichkeitsorganisation widerspiegelt, die sich in unterschiedlichen diagnostischen Kategorien manifestieren kann.

Aus diesem Grunde waren immer wieder *dimensionale diagnostische Modelle* anstelle der praktizierten kategorialen Modelle gefordert worden. Die seit Mai 2013 vorliegende 5. Revision der DSM-Klassifikation (DSM-5; APA 2013a) sollte ursprünglich dieser Forderung nachkommen. Entsprechend wurden während des 14-jährigen Entwicklungsprozesses weitreichende Revisionsvorschläge mit dem Ziel einer rein dimensionalen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen geprüft. Letztlich hat sich das Expertengremium der American Psychiatric Association jedoch für eine Beibehaltung der kategorialen Einteilung in die bisher gebräuchlichen zehn diagnostischen Einheiten entschieden. Ein rein dimensionales Modell, in dem Persönlichkeitszüge und ihre Schweregrade graduell einzuschätzen gewesen wären, war im systematischen Expertenfeedback für die praktische Anwendung als zu kompliziert angesehen worden; nach Ansicht der Experten hätte es die Diagnosegewohnheiten zu radikal verändert. Lediglich ein Teil der nicht angenommenen Revisionsvorschläge konnte als hybrides dimensional-kategoriales Modell Eingang in ein separates Kapitel der DSM-5 finden, das vor allem Forschungszwecken dienen soll (APA 2013b). Trotz ihrer immer wieder beklagten Unzulänglichkeiten wird die kategoriale Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit höchster Wahrscheinlichkeit auch die voraussichtlich 2015 erscheinende ICD-11 prägen (WHO 2007; ▸ Kap. 1.1).

Auf einer anderen Ebene muss die Gefahr der *Etikettierung* bis hin zur *Stigmatisierung* gesehen werden, die mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verbunden sein kann. »Borderliner« zu sein kann leicht Assoziationen von chaotischem Lebensstil und Unberechenbarkeit hervorrufen, was sicherlich auf einige, aber keinesfalls für alle Borderline-Patienten zutrifft. Sie kann dazu verleiten, den Blick mehr auf die lärmende äußere Fassade als auf den inneren Leidensdruck der traumatisierten Patienten zu lenken. Die Diagnose kann schließlich mit ganz realen

lebenspraktischen Nachteilen verbunden sein, wenn beispielsweise Versicherungen bestimmte Leistungen von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen und diese Leistungen beim Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausschließen. Diese mit der Diagnosestellung verbundene Problematik sollte Anlass sein, die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit großer Umsicht und hohem Verantwortungsgefühl zu stellen, um eine weitere Schädigung der schon hinreichend geschädigten und schwer traumatisierten Patientengruppe zu vermeiden.

In unserem therapeutischen Beziehungsverständnis, das wir auch unseren Patienten gegenüber vertreten, fassen wir die Borderline-Persönlichkeitsstörung – wie alle Persönlichkeitsstörungen – als ein *Konstrukt zur Beschreibung interpersoneller Interaktionsstörungen* auf, das grundsätzlich nicht durch eine medizinische Diagnosekategorie abgebildet werden kann. Praktisch können wir nicht auf eine solche Kategorisierung jedoch verzichten, um in unserem kassenfinanzierten Versorgungssystem die notwendigen Behandlungsmaßnahmen zu legitimieren.

Wir sollten darüber hinaus alles tun, um die noch immer anzutreffenden *Vorurteile* gegenüber den Patienten zu entkräften und ihre *Diskriminierung* zu beenden. Ein fachspezifischer Beitrag kann in einem sorgsamen Umgang mit der Sprache und den Konzepten bestehen, mit denen wir die Phänomene und Psychodynamik der Borderline-Störung beschreiben. Als Beispiel sei die Rede von »unreifen« oder »primitiven« Abwehrmechanismen erwähnt, die im automatisch assoziierten Alltagsverständnis eine negative soziale Konnotation im Sinne einer »unreifen« oder »primitiven« Persönlichkeit impliziert (▸ Kap. 4.1).

6.2 Borderline-Störung als komplexe Traumafolgestörung?

Nicht wenige traumatherapeutisch orientierte Kollegen haben dafür plädiert, auf die Borderline-Diagnose ganz zu verzichten und das Störungsbild angesichts der hohen Raten von Traumatisierungen in der Vorgeschichte der Patienten (▸ Kap. 2.1) stattdessen dem Konstrukt der »Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung« (Herman 1992; Sack et al. 2013a; Wöller 2013, S. 8 ff.) zuzuordnen. Unter diesem Konstrukt wurden Symptome und Störungsbilder zusammengefasst, die als »Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified« (DESNOS; Herman 1992) besonders häufig bei Kindheitstraumatisierungen vorkommen. Zu ihnen zählen vor allem die Symptome der chronischen Affektdysregulation, die dissoziativen und somatoformen Symptome, aber auch zahlreiche traumabezogene Persönlichkeitsveränderungen, darunter

- die Änderungen der Selbstwahrnehmung mit chronischen Schuldgefühlen und fehlendem Gefühl der Selbstwirksamkeit;
- der Verlust der bisherigen Lebensüberzeugung einer von Sicherheit, Sinnhaftigkeit und Gerechtigkeit bestimmten Welt;
- die Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten;
- die Tendenz, erneut Opfer zu werden (Herman 2003; Mattheß u. Schüepp 2013; Schellong 2013; Wöller 2005, 2006, 2013).

Die Validität der Kategorie der Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist noch immer Gegenstand kontroverser Diskussionen. In letzter Zeit wurden sowohl Forschungsdaten vorgelegt, die für ihre Validität sprechen (Cloitre et al. 2013; Sack 2004), als auch solche, die sie eher nicht stützen (Resick et al. 2012). Dennoch wurden die wesentlichen Merkmale der Komplexen Posttraumatischen

Belastungsstörung als zusätzliche Kriterien in die Kriterienliste der neuen DMS-5-Diagnose »Posttraumatic Stress Disorder« aufgenommen (APA 2013b).

Abgesehen von dieser Frage scheint sich ein Konsens auszubilden, dass es nicht zulässig ist, die Borderline-Persönlichkeitsstörung in dem Konstrukt der Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung aufgehen zu lassen. Zum einen beträgt die Überschneidung dieses Konstrukts mit demjenigen der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht mehr als 55 % (Sack et al. 2013b; Schüepp et al. 2013). Zum anderen ließe eine derartige diagnostische Zuordnung die *Dysfunktionalität und Destruktivität im interpersonellen Bereich* außer Acht, von denen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung betroffen sind. Diese Merkmale gehen deutlich über die bei komplexen Traumafolgestörungen anzutreffenden *traumabedingten* Persönlichkeitsveränderungen hinaus. Zwar finden sich die hierfür charakteristischen Merkmale einer verzerrten inneren Repräsentanzenwelt und einer gestörten Beziehungsfähigkeit auch bei Patientinnen mit einer Borderline-Störung; doch kommen bei ihnen ausgeprägte Ich-Funktionsstörungen in zahlreichen Bereichen hinzu (Lewis u. Grenyer 2009; Sack et al. 2011; Wöller 1997; 2013).

In Abwägung der Vor- und Nachteile empfinden wir die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Paris (2005) zwar als problematisch, aber noch immer besser als die Alternativen. Denn sie zeigt an, dass sich das phänomenologische Bild, der Verlauf und das Ansprechen auf Therapie deutlich von anderen psychiatrischen Störungsbildern wie der Posttraumatischen Belastungsstörung, schweren Depressionen oder bipolaren Störungen unterscheiden (Oldham 2005). Immerhin ist die Prognose der Borderline-Störung deutlich besser als diejenige der meisten anderen Persönlichkeitsstörungen (Tyrer u. Seivewright 2000), und mit ihrer Tendenz zur langfristigen Remission ist sie auch günstiger als diejenige der schizophrenen und bipolaren Störungen (Zanarini et al. 2003). Vor allem aber macht sie deutlich, dass Patienten mit dieser Diagnose spezifischer psychotherapeutischer Behandlungskonzepte bedürfen, ohne die sie nur unzureichend versorgt würden.

P: Als vor 30 Jahren bei mir eine Borderline-Störung diagnostiziert wurde, war ich entsetzt und beschämt. Ich konnte nicht akzeptieren, dass ich zu den »Chaoten« gehören sollte. Schließlich war die Diagnosestellung aber der entscheidende Wendepunkt in meinem Leben, der mir den Zugang zu den richtigen Therapieansätzen ermöglichte und mich schließlich in die Lage versetzte, die Diagnose hinter mir zu lassen (Bateman u. Krawitz 2012, S. 5).

6.3 Komorbide Störungen

Wir wollen, der Gepflogenheit folgend, die wichtigsten Störungsbilder, die häufig gemeinsam mit der Borderline-Störung vorkommen, als »komorbide Störungen« bezeichnen – obwohl der Komorbiditätsbegriff streng genommen nicht passend ist. Unter Komorbidität wird gemeinhin das gleichzeitige Vorkommen voneinander unabhängiger Erkrankungen verstanden. Dies trifft im vorliegenden Falle nicht zu; denn die zusammen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auftretenden Störungsbilder stehen insofern in einem inneren Zusammenhang, als sie durchweg als Traumafolgestörungen aufgefasst werden können. Wir bleiben bei dem Begriff der Komorbidität, weil uns geeignete alternative Begriffe fehlen. Aus den geschilderten Gründen sehen wir auch in dem Begriff der »Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung« (KPTBS, Sack et al. 2013a) keine geeignete Alternative.

Die in dieser Komorbidität zum Ausdruck kommende »Polysymptomatik« der Borderline-Störung kann als ein Charakteristikum des Störungsbildes angesehen werden, denn eine »reine« Borderline-Störung ohne komorbide Symptome kommt praktisch nicht vor (Comtois et al. 1999; Zimmerman u. Mattia 1999).

Folgende komorbide Störungen können wir bei Patienten mit einer Borderline-Störung feststellen:

- Als häufigste komorbide Störungsbilder sind *depressive Störungen* zu nennen. Die Komorbiditätsraten zwischen affektiven Störungen (im Sinne von monopolar-depressiven und bipolaren Störungen) und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden mit 42 % (Gunderson et al. 2004) angeben; bezogen auf die Lebenszeit wurde eine Komorbiditätsrate von 82,7 % gefunden (Tomko et al. 2013). In einer großen Stichprobe depressiver Patienten fand sich eine Rate komorbider Borderline-Diagnosen von 14,5 % (Perugi et al. 2013). Die Präsenz einer Persönlichkeitsstörung erwies sich als negativer Prognoseindikator bei depressiven Episoden: Sie prädizierte langsamere Remissionen und kürzere Zeiträume bis zu einem Rückfall nach einer Remission (Grilo et al. 2010).
- Die Komorbidität zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der *Posttraumatischen Belastungsstörung* liegt bei 39,2 bis 51 % (Golier et al. 2003; Grant et al. 2008; McGlashan et al. 2000), in der neueren Multicenter-Studie von Sack et al. (2013b) sogar bei 79 %.
- *Dissoziative Störungen* stellen ebenfalls eine häufige Komorbidität der Borderline-Störung dar (Dulz u. Sachsse 2011; Gast 2011). Die Komorbiditätsraten liegen zwischen 53 % (Watson et al. 2006) und 72,5 % (Şar et al. 2006) für alle dissoziativen Störungen. 29 % der von Korzekwa et al. (2009) untersuchten Borderline-Patienten zeigten milde dissoziative Symptome mit dissoziativen Amnesien sowie Depersonalisations- und Derealisationssymptomen, 24 % hatten schwere dissoziative Störungen mit ausgeprägten Depersonalisationen, häufigen Amnesien und dem subjektiven Erleben von Identitätsveränderungen, bei 24 % der Patienten fand sich das Vollbild einer Dissoziativen Identitätsstörung. Sack et al. (2013b) fanden mit dem Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS; Ross et al. 1989) bei 41 % der untersuchten Patienten mit einer Borderline-Störung komplexe dissoziative Störungen mit schweren dissoziativen Symptomen in der Form von Alltagsamnesien, Stimmenhören, Identitätsunsicherheit oder Identitätswechseln.
- *Essstörungen* sind als weitere Komorbidität zu berücksichtigen (Schweiger u. Sipos 2011). Sie finden sich bei etwa 50 % der stationär aufgenommenen Borderline-Patienten, wobei Binge-Eating die häufigste Form ist (Zanarini et al. 2004). Bei Patienten mit einer Essstörung liegt in etwa 26 % der Fälle gleichzeitig eine Borderline-Störung vor (Sansone et al. 2005).
- *Substanzmissbrauch* kommt ebenfalls häufig zusammen mit einer Borderline-Störung vor. Die Raten liegen zwischen 14 und 56 % bei einem Median von 52 % (Trull et al. 2000; Zanarini et al. 2004). Bei manifester Substanzabhängigkeit variiert die Prävalenz von Borderline-Störungen je nach Stichprobe zwischen 18 und 45 % bei Patienten mit Cocain-Abhängigkeit (Marlowe et al. 1997), zwischen 5 und 45 % bei Patienten mit Opiatabhängigkeit (Brooner et al. 1997; Darke et al. 2005) und zwischen 16 und 22 % bei Alkoholabhängigkeit (Martinez-Raga et al. 2002; Morgenstern et al. 1997). In einer neueren Studie wurde die Lebenszeitprävalenz der Komorbidität von Borderline-Störung und Substanzmissbrauch mit 76 % angegeben (Tomko et al. 2013).

- *Angststörungen* sind ebenfalls sehr häufig. Die Lebenszeitprävalenz der Komorbidität mit der Borderline-Störung wurde mit 84,8 % angegeben (Tomko et al. 2013).

6.4 Psychotische und psychosenahe Symptome

Wenn psychotische Symptome bei Borderline-Patienten in 20 bis 25 % berichtet werden (Schroeder et al. 2013) und Spitzer et al. (2011) davon ausgehen, dass manifeste psychotische Symptome bei Borderline-Patientinnen eher selten, vorübergehende psychotische Episoden jedoch bei bis zu 50 % der Fälle vorkommen können, erscheint uns einige Vorsicht bei der Wahl des Psychosebegriffs angebracht zu sein. Denn er lässt offen, ob es sich um Psychosen im Rahmen schizophrener oder dissoziativer Pathologien handelt.

Vor allem bei *akustischen Halluzinationen* ist zu beachten, dass diese bei Borderline-Betroffenen zwar vorkommen, allerdings bei erhaltener Realitätsprüfung. Anders als bei der Schizophrenie nehmen die Patienten die Stimmen nicht als von außen kommend, sondern als eigene innere Stimmen wahr. Und sie wissen, dass nur sie, nicht aber andere Menschen die Stimmen hören (Yee u. Korner 2005).

P: Ich höre meine Mutter schreien. Aber ich weiß, dass es nicht die Mutter ist, die schreit. Es ist in mir.

Da diese Phänomene eindeutig den *dissoziativen Phänomenen* zuzuordnen sind (Moskowitz 2005), sprechen wir uns dafür aus, den unter Praktikern gebräuchlichen, wenn auch wissenschaftlich umstrittenen Begriff der »Pseudohalluzinationen« für sie zu verwenden. Der Grund ist ein rein pragmatischer: Auch wenn zu Recht darauf verwiesen wird, dass psychotische Phänomene nicht notwendigerweise schizophrener Natur sein müssen, können viele Praktiker durch den Begriff der Psychose leicht verleitet werden, vornehmlich an den schizophrenen Formenkreis und entsprechende Behandlungskonzepte zu denken und eine dissoziative Pathologie nicht genügend in Betracht zu ziehen.

Das bedeutet nicht, dass es nicht auch eine Komorbidität mit schizophrenen Störungen gibt. Wie hoch sie genau ist, lässt sich derzeit nicht sagen, da grundlegende Kontroversen in der Zuordnung einzelner psychotischer Symptome zum schizophrenen bzw. dissoziativen Störungsbereich bestehen. Wenn sogar Symptome ersten Ranges nach Schneider (1950/2007), z. B. Gedankenlautwerden, auch im Rahmen dissoziativer Störungen beobachtet wurden (Kluft 1987) und namhafte Autoren dafür plädieren, die Diagnose einer Schizophrenie an das Vorhandensein einer schizophrenen Minussymptomatik zu knüpfen (Moskowitz 2005; Moskowitz u. Heim 2011), dürfte es derzeit kaum möglich sein, die genaue Prävalenz komorbider schizophrener Störungen anzugeben. Entsprechend zurückhaltend muss daher auch ein Befund interpretiert werden, demzufolge 17,6 % der als schizophren diagnostizierten Patienten gleichzeitig die Kriterien einer Borderline-Störung erfüllen (Bahorik u. Eack 2010; Cowen 2010), weil die Kriterien der Schizophrenie-Diagnosen strittig sein dürften. Die Vorsicht ist auch deshalb geboten, weil einer anderen Studie zufolge Borderline-Patienten gegenüber Kontrollpersonen keine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken (Thompson et al. 2012).

Darüber hinaus sind wir bei Borderline-Patienten immer wieder auch mit *psychosenahen Symptomen* konfrontiert, die nicht im engeren Sinne als psychotisch zu bezeichnen sind. Diese umfassen »seltsames Denken«, ungewöhnliche Wahrnehmungen, nicht wahn-

haftes paranoides Erleben und Depersonalisations- und Derealisationsphänomene, die vor allem unter Stress auftreten. Sie kommen nach Spitzer et al. (2011), die die umfangreiche Literatur zu dieser Frage gesichtet haben, bei etwa 80 % der Borderline-Patienten vor. Am Beispiel der Depersonalisations- und Derealisationssymptome wird die Überschneidung mit dissoziativen Symptomen deutlich, die eine häufige Komorbidität der Borderline-Störung darstellen (▸ Abschn. 6.3). Pathogenetisch muss eine unter Stress ungenügende Integration von Wahrnehmungen angenommen werden.

6.5 Bipolare Störungen und Borderline-Störung

Gegenstand intensiver Diskussionen ist auch die Beziehung zwischen der Borderline-Störung und bipolaren Störungen, insbesondere des Typs II (Typ I: depressive und manische Episoden, Typ II: depressive und hypomanische Episoden). Hier werden Raten von 14 bis 23 % angegeben (Agius et al. 2012; Elisei et al. 2012; Paris et al. 2007). Tatsächlich finden sich unter den Patientinnen mit einer bipolaren Störung nicht wenige, die auch die Kriterien einer Borderline-Störung erfüllen. Bipolare Patienten mit einer gleichzeitigen Borderline-Störung hatten in einer kürzlich durchgeführten Untersuchung mehr psychotische Symptome, mehr Suizidversuche und eine stärkere Resistenz gegenüber antidepressiver Medikation als bipolare Patienten ohne gleichzeitige Borderline-Erkrankung (Perugi et al. 2013). Manche Forscher sind der Auffassung, dass zumindest einige Borderline-Erkrankungen Teil eines bipolaren Spektrums sind (Akiskal 2004; Elisei et al. 2012).

Andere Autoren legen großen Wert darauf, die Abgrenzung zwischen den bipolaren Erkrankungen und der Borderline-Störung schärfer zu markieren, und sprechen von einer Überdiagnostik bipolarer Störungen bei Borderline-Patienten. Sie räumen dabei ein dass die Unterscheidung zwischen bipolaren Störungen, vor allem solchen mit *rapid cycling* (mindestens vier Episoden im Jahr), und Borderline-Störungen schwer fallen kann. Die folgenden Hinweise können bei der Unterscheidung helfen (Bolton u. Gunderson 1996; Mackinnon u. Pies 2006; Zimmerman et al. 2010):

- Die Stimmungsschwankungen von Borderline-Patienten und Patienten mit einer bipolaren Störung unterscheiden sich in ihrer *Zeitdauer*. Depressive oder manische Episoden dauern auch bei der Verlaufsform des »rapid cycling« mindestens einige Tage an; bei Borderline-Patienten kann die Stimmung innerhalb von Stunden oder gar Minuten wechseln.
- Die Stimmungswechsel bipolarer Störungen treten in der Regel nicht in *Abhängigkeit von Umwelteinflüssen* auf, während dies für Borderline-Störungen typisch ist. Positive Ereignisse können die Stimmung einer Borderline-Patientin stark beeinflussen, nicht jedoch diejenige einer bipolar depressiv gestörten Patientin. Umgekehrt wird ein negatives Ereignis die Euphorie einer hypomanischen Patientin nicht dämpfen, wohl aber diejenige einer Borderline-Patientin.
- Borderline-Patienten erleben euphorische Zustände nicht in Verbindung mit den für hypomanische Patienten typischen Symptomen der *Ideenflucht* und des *verminderten Schlafbedürfnisses*.

Literatur

Agius M, Lee J, Gardner J, Wotherspoon D (2012). Bipolar II disorder and borderline personality disorder – co-morbidity or spectrum? Psychiatr Danub; 24 (Suppl 1): 197–201.

Akiskal HS (2004). Demystifying borderline personality disorder: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand; 110: 401–7.

APA, American Psychiatric Association (2013a). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Publishing.

APA, American Psychiatric Association (2013b). DSM-5 Development. www.dsm5.org (Zugriff am 31.01.2014).

Bahorik AL, Eack SM (2010). Examining the course and outcome of individuals diagnosed with schizophrenia and comorbid borderline personality disorder. Schizophr Res; 124: 29–35.

Bateman A, Krawitz R (2012). Borderline Personality Disorder. An Evidence-Based Guide for Generalist Mental Health Professionals. Oxford: Oxford University Press.

Bolton S, Gunderson JG (1996). Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. Am J Psychiatry; 153; 1202–7.

Brooner RK, King VL, Kidorf M et al. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry; 54: 71–80.

Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR et al. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. Eur J Psychotraumatol; doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.

Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP (1999). Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. J Clin Psychiatry; 60: 752–8.

Cowen M (2010). Borderline personality disorder prevalent in schizophrenia. Schizophr Res; 124: 29–35.

Darke S, Ross J, Williamson A, Teesson M (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. Addiction; 100: 1121–30.

Dulz B, Sachsse U (2011). Hysterie, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Dissoziative Identitätsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 429–40.

Elisei S, Anastasi S, Verdolini N (2012). The continuum between bipolar disorder and borderline personality disorder. Psychiatr Danub; 24 (Suppl 1): S143–6.

Gast U (2011). Dissoziative (Identitäts-)Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und therapeutische Implikationen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 412–28.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. Am J Psychiatry; 160: 2018–24.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry; 69: 533–45.

Grilo CM, Stout RL, Markowitz JC et al. (2010). Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. J Clin Psychiatry; 71: 1629–35.

Gunderson JG, Morey LC, Stout RL et al. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. J Clin Psychiatry; 65: 1049–56.

Herman JL (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress; 5: 377–91.

Herman JL (2003). Die Narben der Gewalt. München: Kindler.

Kernberg OF (1988). Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kluft RP (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. Am J Psychiatry; 144: 293–8.

Korzekwa MI, Dell PF, Links PS et al. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. J Trauma Dissociation; 10: 346–67.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry; 62: 553–64.

Lewis KL, Grenyer BF (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An up-

date on the controversy. Harv Rev Psychiatry; 17: 322–8.

Mackinnon DF, Pies R (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. Bipolar Disord; 8: 1–14.

Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS et al. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. J Nerv Ment Dis; 185: 483–90.

Martinez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F et al. (2002). Unplanned versus planned discharges from inpatient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first-episode admissions. Alcohol Alcohol; 3: 277–81.

Mattheß H, Schüepp R (2013). Dissoziative Störungen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer; 421–36.

McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. Acta Psychiatr Scand; 102: 256–64.

Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. J Abnorm Psychol; 106: 74–84.

Moskowitz A (2005). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? Summary of a paper presented at the 22nd ISSD conference, Toronto, November 2005. http://healingattention.org/documents/doc_moskowitz.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Moskowitz A, Heim G (2011). Eugen Bleuler's dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. Schizophr Bull; 37: 471–9.

Oldham JM (2005). Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Paris J (2005). The diagnosis of borderline personality disorder: problematic but better than the alternatives. Ann Clin Psychiatry; 17: 41–6.

Paris J, Gunderson J, Weinberg I (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. Compr Psychiatry; 48: 145–54.

Perugi G, Angst J, Azorin JM et al.; BRIDGE Study Group (2013). Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. J Affect Disord; 144: 72–8.

Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. J Trauma Stress; 25: 241–51.

Ross CA, Heber S, Norton RG et al. (1989). The dissociative disorder interview schedule: a structured interview. Dissociation; 2: 169–90.

Sack M (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt; 75: 451–9.

Sack M, Sachsse U, Dulz B (2011). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 197–202.

Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg) (2013a). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.

Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B (2013b). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt; 5: 608–14.

Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. Eat Disord; 13: 7–21.

Şar V, Akyüz G, Kuğu N et al. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. J Clin Psychiatry; 67: 1583–90.

Schellong J (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer; 42–58.

Schneider K (1950/2007). Klinische Psychopathologie. 15. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. Curr Opin Psychiatry; 26: 113–9.

Schüepp R, Mattheß H, Menne B (2013). Komplexe Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer; 409–20.

Schweiger U, Sipos V (2011). Komorbidität von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 482–91.

Spitzer C, Wingenfeld K, Freyberger HJ (2011). Psychosenahe Symptome. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 441–8.

Thompson A, Nelson B, Bechdolf A et al. (2012). Borderline personality features and development of psychosis in an ›ultra high risk‹ (UHR) population: a case control study. Early Interv Psychiatry; 6: 247–55.

Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ (2013). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. J Pers Disord [Epub ahead of print].

Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C et al. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. Clin Psychol Rev; 20: 235–53.

Tyrer P, Seivewright H (2000). Outcome of personality disorders. In: Tyrer P (ed). Personality Disorders: Diagnosis, Management, and Course. 2nd ed. Oxford (UK): Butterworth Heinemann; 105–25.

Watson S, Chilton R, Fairchild H, Whewell P (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. Aust N Z J Psychiatry; 40: 478–81.

WHO, World Health Organization (2007). Production of ICD-11: the overall revision process. www.who.int/classifications/icd/ICDRevision.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Widiger TA, Trull TJ (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. In: Adams H, Sutker P (eds). Comprehensive Handbook of Psychopathology. 2nd ed. New York: Plenum Press; 371–94.

Wöller W (1997). Die Bindung des Missbrauchsopfers an den Missbraucher. Psychotherapeut; 43: 117–20.

Wöller W (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Wöller W (2006). Störungen der Emotionsregulierung bei komplexen Traumafolgestörungen. Psychotherapeutische Interventionen. Nervenarzt; 77: 327–32.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Yee L, Korner AJ (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. Compr Psychiatry; 46: 147–54.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 160: 274–83.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry; 161: 2108–14.

Zimmerman M, Mattia JI (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. Compr Psychiatry; 40: 245–52.

Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D (2010). Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. J Clin Psychiatry; 71; 26–31.

II

Grundlinien der Behandlung

7 Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT)

7.1 Psychodynamisches und traumatherapeutisches Grundverständnis

Unser Ansatz der Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie (RPT) für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verknüpft eine psychodynamische Grundorientierung mit einem traumatherapeutischen Verständnis der Störung und einem ressourcenbasierten therapeutischen Vorgehen.

Die *psychodynamische Grundorientierung* unseres Konzepts können wir wie folgt umschreiben:

- Wir gehen von der primären Bedeutung von *Beziehungen* als wichtigster Grundlage für jedes therapeutische Handeln aus. Angesichts der regelhaften Präsenz unsicherer oder desorganisierter Bindungsmuster bei den Patienten nehmen wir an, dass sich die Bindungs- und Beziehungsstörung nicht nur auf alle persönlich bedeutsamen interpersonellen Beziehungen auswirkt, sondern im besonderen Maße auch die *therapeutische Beziehung* betrifft.
- Intensive *Übertragungsmanifestationen* und belastende *Gegenübertragungserfahrungen*, die die konflikthaften Bindungsmuster mit den früheren Bezugspersonen widerspiegeln, erschweren die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung. Täter- oder Retterübertragungen erfordern ebenso eine professionelle Handhabung wie häufig anzutreffende Überidentifikationen, Rettungsimpulse oder therapieschädliche Distanzierungen. Das Beziehungsverständnis der psychodynamischen Therapie, ihre Konzeptualisierung der Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung und das Bewusstsein, dass wir im Kontakt mit unseren Patientinnen unweigerlich in bestimmte Muster der Beziehungsgestaltung einbezogen werden, sind für die Therapie von Borderline-Patienten zentral (Wöller 2013, S. 422 ff.).
- Die *Verinnerlichung einer positiven Beziehungserfahrung* ist gerade für Patienten mit einer Borderline-Störung ein kaum zu unterschätzender Wirkfaktor (Balint 2002; Winnicott 2006). Aus der empirischen Psychotherapieforschung (Luborsky et al. 1988) wissen wir, welche herausragende Bedeutung die Gestaltung der therapeutischen Beziehung für den Erfolg einer Psychotherapie hat. Einsichtsförderung und die Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung sind eng miteinander verbunden. Ein empathisches Verstehen der Patienten ist ohne eine fundierte Einsicht in die Dynamik ihrer Beziehungsmuster nicht möglich (Pulver 1992).
- Psychodynamisches Verständnis stellt die *zentrale Bedeutung der Emotionen* heraus. Wenn der Zugang zur Emotionalität durch frühe Abwehrmechanismen oder dissoziative Symptome blockiert ist, ist die Verbesserung der Emotionswahrnehmung der erste Schritt zur Verbesserung der Emotionsregulierung. Affektklarifizierende Interventionen können durch die kognitive Einordnung entscheidend zur Modulation der Emotionen beitragen.
- Psychodynamisches Verständnis kann helfen, *Widerstandsphänomene* gegen thera-

peutische Maßnahmen als Schutzmechanismen zu erkennen, und zwar als Schutz vor einer als bedrohlich erlebten therapeutischen Beziehung (Wöller u. Kruse 2014).

- Psychodynamisches Denken widmet sich ausdrücklich der Bedeutung *unbewusster Prozesse*. Diese können sich auf Aspekte des »dynamischen Unbewussten« beziehen, wenn beispielsweise dissoziative Abwehrmechanismen die Wahrnehmung unerträglicher Emotionen oder Selbstanteile blockieren und projektive Abwehrformen eine verzerrte Wahrnehmung wichtiger Beziehungen bewirken. Die Beschäftigung mit unbewussten Prozessen kann sich aber auch auf das »prozedurale Unbewusste« beziehen, den riesigen Fundus des impliziten Beziehungswissens, das bei Patienten mit einer Borderline-Störung schwerwiegende Defizite aufweisen kann. Geht es bei der Analyse realitätsverzerrender Abwehrmechanismen darum, unbewusste konfliktbezogene Psychotherapie bewusst zu machen, so besteht die Aufgabe im Umgang mit implizitem Beziehungswissen darin, durch strukturbezogene Arbeit implizites Beziehungswissen verfügbar oder wieder verfügbar zu machen (Erdelyi 1992; Modell 2008; Stern et al. 2002).

Ein *traumatherapeutisches Verständnis* erscheint uns nicht nur wegen der hohen Traumatisierungsraten von Patienten mit einer Borderline-Störung (►Kap. 2.1) und der ebenfalls hohen Komorbidität mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (►Kap. 6.2 u. 6.3), sondern auch aus therapeutischen Gründen unverzichtbar. Indem wir die Psychopathologie der Borderline-Störung wesentlich als eine Anpassungsreaktion auf traumatische Erfahrungen auffassen, implizieren wir eine therapeutische Haltung, die zur Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen beiträgt, ohne die Patientinnen – entgegen einem verbreiteten Missverständnis – aus ihrer Mitverantwortung für den Erfolg der Therapie zu entlassen und vor allem ohne sie in einem Opferstatus zu fixieren.

Die ausdrückliche Verknüpfung der psychodynamischen Grundhaltung mit dem *Prinzip der Ressourcenaktivierung* ist ein Kernbestandteil des Konzepts. Ressourcenorientierung gilt heute als ein wichtiger Bestandteil aller erfolgreichen Therapien. Dass eine Lenkung der Aufmerksamkeit auf die individuellen Fähigkeiten und Ziele des Patienten reproduzierbar die therapeutische Beziehung verbessert und zudem mit günstigeren Behandlungsverläufen verknüpft ist, wurde inzwischen weithin rezipiert (Flückinger et al. 2008, 2009; Gassmann u. Grawe 2006).

Tatsächlich betrachten heute die meisten Therapieansätze eine ressourcenorientierte Grundeinstellung als eine Selbstverständlichkeit.

In unserem Verständnis beschränkt sich Ressourcenaktivierung jedoch *nicht* darauf, eine emotional positiv getönte therapeutische Atmosphäre zu schaffen und die positiven Seiten der Patienten hervorzuheben. So wichtig dies ist, schöpft es die therapeutischen Möglichkeiten von Ressourcenaktivierung nicht aus. Kritiker des ressourcenorientierten Ansatzes, die von einem solchermaßen verkürzten Verständnis von Ressourcenaktivierung ausgehen, beklagen dann zu Recht eine Verflachung des Therapieverständnisses durch Beschränkung auf einige unspezifische Wirkfaktoren.

Wenn wir von einer Ressourcenbasierung unseres psychodynamischen Therapieansatzes sprechen, meinen wir dies in einem spezifischeren Sinne. Wir meinen damit, dass Patienten systematisch *alle Potenziale* in sich selbst entdecken und aktivieren sollen, die zur Lösung beitragen können. Um sie dazu in die Lage zu versetzen, unterstützen wir sie mithilfe

psychodynamischer Interventionen bei der Präzisierung der Problemstellungen. Praktische Übungen und Hausaufgaben können helfen, die Ergebnisse dieser Arbeit abzusichern.

Wir wollen an dieser Stelle auf eine ausführliche Diskussion verzichten, wie Ressourcen zu definieren sind. Der Hinweis mag genügen, dass wir Ressourcen mit Willutzki u. Teismann (2013) als *Konstruktionen* verstehen, die nicht inhaltlich definiert, sondern durch die Dimensionen der *Evaluation und Funktionalität* bestimmt sind. Der Bereich dessen, was als Ressource in Betracht kommt, ist damit prinzipiell unbeschränkt; er kann äußere Ressourcen ebenso umfassen wie innere Ressourcen in Form von Erfahrungen, Körperempfindungen, Gedanken oder Vorstellungen in Bezug auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – soweit diese eine positive Bewegung in Richtung auf das therapeutische Ziel des Wohlbefindens in Gang bringen.

Patienten, die höher strukturiert sind und Konfliktpathologien (Rudolf 2013) aufweisen, können eigene Ressourcen relativ leicht aktivieren; ein ressourcenbasiertes therapeutisches Vorgehen ist bei diesen Patienten daher weniger notwendig. Doch bei Patienten mit einer Borderline-Störung hat es erhebliche Vorzüge:

- Speziell bei Borderline-Patienten, die als Folge ihrer schwierigen Beziehungserfahrungen und durch den Sog ihrer negativen Emotionen nur schwer Zugang zu *konstruktiven Problemlösungen* finden, erscheint uns ein ressourcenaktivierendes Vorgehen von großem Vorteil zu sein. Denn die Frage, welche Ressource von welchem Patienten im Moment zu welchem Zweck gebraucht wird und wie sie aktiviert oder beschafft werden kann, fördert gezielt eine lösungsorientierte Sichtweise.
- In der strukturellen Arbeit an *Ich-Funktionen* stoßen wir immer wieder darauf, dass bestimmte Potenziale einmal vorhanden waren, aktuell aber nicht mehr verfügbar sind. Ressourcenaktivierende Techniken können helfen, die früher einmal vorhandenen Potenziale zu reaktivieren. Ebenso können sie dazu beitragen, bewusst und gezielt bestimmte Fähigkeiten einzuüben, um die defizitären impliziten Prozeduren entweder zu reaktivieren oder zu kompensieren. So ermöglichen uns verschiedene Techniken der Ressourcenaktivierung, den Einfluss der dysregulierten undifferenziert negativen Affektzustände durch die Aktivierung positiver emotionaler Zustände zu verringern (► Kap. 11.2). Ein kognitives Verständnis, warum und mit welchem Ziel neue Prozeduren einzuüben sind, ist uns dabei besonders wichtig.
- Mithilfe der Ressource *Imagination* gewinnen wir einen therapeutischen Zugang, der es den Patientinnen gestattet, positive Beziehungserfahrungen nicht nur im realen Kontakt mit der Therapeutin, sondern auch im eigenen Inneren zu machen. Positive regressive Erfahrungen können symbolisch auf der *inneren Bühne* geschehen, ohne dass es zu einer Regression in der therapeutischen Beziehung kommen muss. Indem die therapeutische Arbeit explizit die nicht regredierte »erwachsene« Patientin anspricht, kommt es weniger zu kontraproduktiven Retter- und Täterprojektionen oder anderen ungünstigen Übertragungsmanifestationen. Schließlich bietet die Imagination die Möglichkeit, angst- und schambesetzte Verhaltensmuster probeweise durchzuspielen.
- Dass der Gedanke der Ressourcenorientierung zudem gut mit modernen *Theorien neuronaler Netzwerke* und dem neueren neurowissenschaftlichen Kenntnisstand zu traumabedingten Persönlichkeitsstörungen vereinbar ist, kommt unserer Arbeit zusätzlich zugute (Wöller 2013). Da Ressourcenaktivierung an die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse anknüpft und das

Ziel des Wohlbefindens verfolgt, wirkt sie sich positiv auf die Motivation der Patienten aus. Je häufiger positiv getönte »Ressourcenzustände« aktiviert werden, desto stärker werden die ihnen zugrunde liegenden Erregungsmuster gebahnt (Grawe 1998, 2004).

- Schließlich kann der Gedanke der Ressourcenorientierung in letzter Konsequenz auch auf *therapeutische Ressourcen* bezogen werden, die wir im Sinne der Therapieziele nutzen und unseren Patienten zur Verfügung stellen. Insofern vertreten wir die Auffassung, dass in unserem Ansatz prinzipiell auch Therapiemodelle und therapeutische Interventionen *anderer Therapieschulen* genutzt werden können, sofern sie im Rahmen eines psychodynamischen Beziehungsverständnisses angewendet und vor dem Hintergrund von Übertragung und Gegenübertragung reflektiert werden. Wir werden darauf in Abschnitt 7.4 näher eingehen.

7.2 RPT im Kontext anderer Behandlungsansätze

Wenn wir die Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) als weiteren psychodynamischen Ansatz zur Behandlung der Borderline-Störung vorstellen wollen, bedarf dies einer Rechtfertigung angesichts der Tatsache, dass bereits mehrere evidenzbasierte psychodynamische und kognitiv-behaviorale Ansätze für dieses Störungsbild vorliegen (Dammann u. Janssen 2007; Sollberger u. Walter 2010). Dazu zählen folgende:

- die psychodynamischen Ansätze *Übertragungsfokussierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit* (TFP; Clarkin et al. 2007, 2008; Doering et al. 2010; Kernberg 1998) und *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (MBT; Bateman u. Fonagy 2002, 2008), die eine Evidenzbasierung auf der Ebene randomisiert-kontrollierter Studien aufweisen;
- die *Psychoanalytisch-Interaktionelle Psychotherapie* (Heigl-Evers u. Ott 2002; Streeck u. Leichsenring 2011) und die *Strukturbezogene Psychotherapie* (Rudolf 2013), die beide im deutschen Sprachraum verbreitet sind und durch kontrollierte bzw. naturalistische Studien evaluiert wurden (Leichsenring et al. 2007; Rudolf et al. 2004);
- die *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie* (PITT; Reddemann 2012) und die ihr verwandte *Traumazentrierte Psychotherapie* (Sachsse 2009), deren Wirksamkeit durch mehrere kontrollierte Studien belegt ist (Kruse et al. 2009; Lampe et al. 2008; Sachsse et al. 2006);
- die kognitiv-behavioralen Verfahren *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (DBT; Linehan 1996; Linehan et al. 2006) und die *Schematherapie* (Rafaeli et al. 2013; Young et al. 2008), für die eine Evidenzbasierung auf der Ebene randomisiert-kontrollierter Studien vorliegt.

Allerdings verwundert es angesichts der Heterogenität der Borderline-Patienten (Dulz 2011) nicht, dass keiner der genannten Ansätze für alle Patienten mit dieser Diagnose als uneingeschränkt hilfreich angesehen werden kann. Bei allen Wirksamkeitsstudien findet sich ein nicht geringer Anteil von Patienten, die durch das bevorzugte Verfahren keine Besserung erfahren haben. Auch sprechen relativ hohe Abbruchquoten dafür, dass nicht jede Therapieform für alle Patienten mit einer Borderline-Störung geeignet ist. »Die« Borderline-Therapie scheint es nicht zu geben.

Empirische Daten zur Frage, welcher Anteil der Borderline-Patienten von welchem Ansatz profitiert, stehen nicht zur Verfügung. Differenzielle Indikationskriterien, die die Zuweisung eines Patienten zu der für ihn geeigneten

Behandlung regeln, finden sich bisher nicht (Doering et al. 2011). Zwar sind Therapiestudien, die die Wirksamkeit einzelner Ansätze in Abhängigkeit von relevanten Einflussvariablen untersuchen, nur mit sehr hohem Aufwand zu realisieren. Doch verwundert es schon, dass die Frage der Non-Response in Wirksamkeitsstudien selten berücksichtigt wurde und so gut wie nie Hypothesen formuliert wurden, warum ein Verfahren bestimmten Patientinnen nicht geholfen hat. Extrem selten werden schädliche Wirkungen der Verfahren berichtet.

In den Lehrbüchern der einzelnen evidenzbasierten Verfahren finden sich kaum Hinweise auf Einschränkungen oder Spezifizierungen der Anwendungsgebiete. Obwohl Vergleichsstudien, von Ausnahmen abgesehen, keine wesentlichen Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Ansätzen belegen können, scheinen die Vertreter der genannten Ansätze in unrealistischer Weise nicht nur die Überlegenheit des eigenen Ansatzes im Vergleich zu denen ihrer Konkurrenten nahezulegen – sie suggerieren auch seine universelle Wirksamkeit, also seine Wirksamkeit für alle Borderline-Patienten. Diese ist sicher nicht gegeben.

Auch wenn die vorliegenden Ansätze durchweg nahelegen, dass sie die gesamte Bandbreite der klinischen Phänomene bei einer Borderline-Störung abdecken, zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass jeweils wichtige Problembereiche unzureichend berücksichtigt werden. So wird außer Acht gelassen, dass 40 bis 79 % der Patienten gleichzeitig eine Posttraumatische Belastungsstörung und etwa 50 bis 70 % eine komorbide dissoziative Störung aufweisen (Golier et al. 2003; Grant et al. 2008; McGlashan et al. 2000; Sack et al. 2013; Şar et al. 2006; Watson et al. 2006). Entsprechend fehlen bei den meisten Ansätzen Hinweise, wie mit Traumafolgesymptomen umzugehen ist. Im Einzelnen stellt sich das wie folgt dar:

- Die psychodynamischen Ansätze Übertragungsfokussierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit (TFP; Clarkin et al. 2008) und Mentalisierungsbasierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (MBT; Bateman u. Fonagy 2008) erfassen ohne Frage die zentralen Problembereiche der Bindungsstörung und der Aufspaltung der Repräsentanzenwelt. Auch wenn beide Ansätze den Schwerpunkt anders setzen, können wir davon ausgehen, dass beide verschiedene Ich-Funktionen, darunter die Emotionswahrnehmung und die Mentalisierungsfähigkeit, fördern und damit die maladaptiven Beziehungsmuster positiv beeinflussen. Hinweise, wie Traumafolgesymptome zu behandeln sind, fehlen in diesen Ansätzen jedoch völlig. Bateman und Fonagy (2009, S. 264) schreiben explizit, dass sie bei der Borderline-Störung »dem Trauma keine zentrale Rolle« zuschreiben, auch wenn es, so die Autoren weiter, entscheidend an der Ausprägung der Pathologie beteiligt sei und sie auch direkt hervorrufe, indem es die Mentalisierungsfähigkeit untergrabe. Möglicherweise wollen die Autoren damit unterstreichen, dass es mehr darauf ankommt, die Mentalisierungsfähigkeit zu stärken als frühe Traumatisierungen lebensgeschichtlich zu rekonstruieren. Dies mag teilweise zutreffen; wir halten eine derartige Überpointierung jedoch für irreführend, übersieht sie doch die Fülle auch lebensgeschichtlich späterer Traumatisierungen und die daraus resultierenden Traumafolgesymptome der Patienten.
- Ähnliches gilt für die Psychoanalytisch-Interaktionelle Psychotherapie (Heigl-Evers u. Ott 2002; Streeck u. Leichsenring 2011) und die Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2006). Auch hier fehlen Hinweise, wie mit Traumafolgesymptomen umzugehen ist.

- Von den evidenzbasierten kognitiv-behavioralen Verfahren fokussiert die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DBT; Linehan 1996; Linehan et al. 2006) vorrangig auf Probleme der Emotionsregulierung und auf daraus resultierende selbstschädigende Verhaltensweisen. Die Schematherapie (Young et al. 2008) zielt darauf ab, maladaptive Beziehungsmuster zu identifizieren und zu modifizieren. Beide Therapieformen gehen jedoch nicht auf die Borderline-typische Bindungsproblematik ein und nehmen nicht explizit auf Traumafolgesymptome Bezug.

Die fehlende Berücksichtigung der Komorbidität posttraumatischer Symptome wirkt sich besonders deshalb ungünstig auf die Behandlungsplanung aus, als evidenzbasierte Verfahren zur Behandlung der PTBS wie EMDR oder prolongierte Exposition zumindest in ihrer unmodifizierten Form eine hinreichend verbesserte Emotionsregulierung voraussetzen (Flatten et al. 2013). Diese ist in der Regel für Borderline-Patienten mit ihrer ausgeprägten Störung der Emotionsregulierung nicht gegeben (Burnstein 1986; Devilly u. Foa 2001; Pitman et al. 1991; Scott u. Stradling 1997; Tarrier 2001; Tarrier et al. 1999). Demgegenüber liegen uns mit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT; Reddemann 2012) und mit der aus ihr abgeleiteten Traumazentrierten Psychotherapie (Sachsse 2009) Konzepte vor, die auf ressourcenorientierter Grundlage versuchen, die Essentials traumatherapeutischer Ansätze mit einem tiefenpsychologischen Behandlungsverständnis zu integrieren. Allerdings wendet sich das Konzept schwerpunktmäßig an Patienten mit posttraumatischen und dissoziativen Symptomen im Rahmen einer komplexen Traumafolgestörung. Die maladaptiven Beziehungs- und Verhaltensmuster von Borderline-Patienten sind nicht zentraler Gegenstand der Konzepte.

Angesichts der fehlenden empirisch abgesicherten Hinweise zur differenzialtherapeutischen Indikation muss die individuelle professionelle Erfahrung, die aus der therapeutischen Praxis mit Borderline-Patienten hervorgeht, die evidenzbasierte Zugangsweise dringend ergänzen. Erfreulicherweise finden wir vereinzelt Autoren, die auch klinische Beobachtungen mitteilen, die nicht zu der von ihnen favorisierten Therapierichtung passen.

Unter den wenigen psychodynamisch orientierten Autoren, die sich fundiert zu differenzialtherapeutischen Fragen der Anwendung verschiedener Borderline-Therapien geäußert haben, nimmt Lohmer (2013) eine Differenzierung der Borderline-Patienten im Hinblick auf das therapeutische Ansprechen vor. Er unterscheidet unter den deskriptiv als Borderline-Störung diagnostizierten Patienten solche, die durch die *Borderline-typischen Beziehungsmuster* auffallen, von jenen, die nicht die Borderline-typischen Beziehungsmuster aufweisen, dafür aber *die für komplexe Traumafolgestörungen typische Symptomkonstellation* zeigen – vor allem dissoziative Symptome, selbstverletzendes Verhalten, Angst und Depression. Diese sprechen nach seiner Auffassung eher auf eine Traumatherapie an, während erstere stärker von einer Borderline-spezifischen psychodynamischen Therapie profitieren. Für die Gruppe von Patienten, die sowohl Borderline-typische Beziehungsmuster als auch eine traumatypische Komorbidität zeigen, empfiehlt er, beide Behandlungsformen nacheinander anzuwenden.

Wir können die klinische Differenzierung aufgrund eigener klinischer Erfahrungen gut nachvollziehen, würden uns aber für einen anderen Weg entscheiden. Warum?

Auch wenn wir die Existenz der beiden von Lohmer genannten Prägnanztypen klar bestätigen können, bleibt nach unserer Auffassung ein breiter Überschneidungsbereich von Patientinnen, die sowohl die typischen Merkma-

le komplexer Traumafolgestörungen wie auch die Borderline-typischen Beziehungsmuster aufweisen. Zum anderen können wir uns bei Borderline-Patienten weder eine Traumatherapie ohne ein vertieftes psychodynamisches Verständnis noch eine Borderline-spezifische psychodynamische Therapie ohne eine umfassende Würdigung ihrer Traumatisierungen vorstellen. Drittens meinen wir, dass eine psychodynamisch fundierte Ressourcenperspektive sich sowohl für die Behandlung komplexer Traumafolgesymptome wie auch für die Therapie maladaptiver Interaktionsmuster eignet.

Der *Schwerpunkt der Anwendung der RPT* dürfte deshalb bei Borderline-Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder komorbider dissoziativer Störung liegen, die auch maladaptive Verhaltens- und Beziehungsmuster aufweisen. Dies schließt nicht aus, dass Patienten mit einer Borderline-Störung ohne diese Komorbidität ebenfalls gut von dem Ansatz profitieren können.

Einschränkungen der Anwendung des RPT-Ansatzes im Bereich der Borderline-Störungen ergeben sich,

- wenn zusätzlich zu dieser Persönlichkeitsstörung eine schizophrene Psychose besteht, die zusätzliche pharmakotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen erfordert;
- eine Dissoziative Identitätsstörung (sog. »Multiple Persönlichkeit« nach ICD-10) vorliegt, die ein spezielles Vorgehen erforderlich macht (Mattheß u. Nijenhuis 2013).

7.3 RPT im Kontext der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Das Therapieverständnis der Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie (RPT) bedient sich grundsätzlich der drei Therapiemodelle der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Wöller u. Kruse 2014; ► Tab. 7-1):

- Im Therapiemodell *Bewusstmachung unbewusster Konflikte* (dem sog. Konfliktmodell) geht es um die Bewusstmachung und das empathische Annehmen unbewusster motivationaler Konflikte mit dem Ziel der Entlastung und Neuorientierung.
- Das Therapiemodell *Aufbau von Ich-Funktionen* (das sog. Strukturmodell) zielt auf den Aufbau defizitärer Ich-Funktionen, insbesondere der Emotionsregulierung, der Mentalisierungsfunktion und der Ich-Integration, und auf die Verinnerlichung einer positiven Beziehungsneuerfahrung.
- Bei der Arbeit mit dem Therapiemodell *Reduktion traumatischer Stressbelastung* (dem sog. Traumamodell) soll die subjektive Belastung reduziert werden, die durch nicht oder nicht vollständig integrierte Erinnerungen an traumatische oder belastende Lebensereignisse bedingt ist.

Wie wir ausführlich dargestellt haben (Wöller u. Kruse 2014), ist es immer eine *Frage der Perspektive und der klinischen Nützlichkeit*, mit welchem Modell wir überwiegend arbeiten. Die Modelle schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern kommen einander ergänzend zur Anwendung.

Tab. 7-1 Psychodynamische Störungs- und Therapiemodelle

Störungsmodell	Therapiemodell
Modell des unbewussten Konflikts (Konfliktmodell)	Bewusstmachung unbewusster Konflikte
Modell des strukturellen Defizits (Strukturmodell)	Aufbau von Ich-Funktionen
Modell der traumatischen Erinnerungsverarbeitung (Traumamodell)	Reduktion traumatischer Stressbelastung

Für das jeweilige Störungsbild wird die günstigste Kombination der Modelle ausgewählt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) der Borderline-Störung eine Prioritätenhierarchie ihrer Interventionen, die sich an die Phasenkonzeptionen der Traumatherapie (Brown et al. 1998; Chu 1998; Courtois 1988, 1999) anlehnt. Sie soll kein rigides Abarbeiten der Phasen suggerieren, sondern als *grobe Gliederung* des therapeutischen Prozesses dienen, da dieser sich selten in festgelegter Abfolge entwickelt. Vielmehr handelt es sich um ein *zirkuläres Vorgehen*, bei dem wir die Patientin auf dem Niveau »abholen«, wo sie sich befindet, und mit ihr, von dort ausgehend, immer wieder die nächstfolgende Phase erarbeiten (Wöller 2013):

- In der ersten Phase (»Sicherheit, Halt und die Stärkung der Bewältigungskompetenz«) geht es um die Etablierung eines Sicherheit und Halt gewährenden Beziehungsrahmens und um den Umgang mit dem umfassenden Bedrohungsgefühl und den daraus resultierenden Übertragungsphänomenen der Patienten. Von Beginn an tragen ressourcenaktivierende und edukative Techniken dazu bei, die Bewältigungskompetenz zu stärken und positive Emotionen zu generieren (► Kap. 10).
- Die zweite Phase (»Emotionsregulierung und Selbstfürsorge«) orientiert sich an dem Therapiemodell »Aufbau von Ich-Funktionen«. Sie fokussiert auf die autonome Emotionsregulierung, die Generierung positiver Emotionen, die Affektdifferenzierung und die Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge. Die Erarbeitung eines psychodynamischen Verständnisses für die Blockaden selbstfürsorglichen Verhaltens gehört ebenfalls in diesen Therapieabschnitt. Auch die nachbeelternde Arbeit mit dem inneren Kind und die imaginative Vermittlung einer positiven Bindungserfahrung sind wichtige ressourcenorientierte Techniken dieser Phase (► Kap. 11).
- Die dritte Phase (»Strukturbezogene Arbeit an defizitären Ich-Funktionen«) widmet sich ebenfalls der Aktivierung nicht ausreichend verfügbarer Ich-Funktionen. Neben der Förderung der Fähigkeit zur Mentalisierung werden ressourcenaktivierende Techniken zur Stärkung der Objektkonstanz, der Selbst-Objekt-Differenzierung und anderer Ich-Funktionen eingesetzt. Die Integration kindlicher und destruktiver Persönlichkeitsanteile durch die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen trägt in dieser Phase zur Entwicklung stabiler Repräsentanzen und zur Stärkung des Identitätsgefühls bei (► Kap. 12).
- Die vierte Phase (»Schonende Traumabearbeitung«) widmet sich der Arbeit an nicht oder nicht vollständig integrierten Erinnerungen an traumatische oder belastende Lebensereignisse unter Nutzung modifizierter EMDR-Protokolle. Sie beinhaltet die therapeutische Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen mit dem Ziel, die traumatische Stressbelastung zu verringern und den Patienten eine bessere biografische Einordnung ihrer Erinnerungen zu ermöglichen (► Kap. 13).
- Die fünfte Phase (»Konfliktbearbeitung und Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern«) bezieht nun auch die Arbeit mit dem Therapiemodell »Bewusstmachung unbewusster Konflikte« sowie die Abwehr- und Übertragungsanalyse mit ein. Das Ziel ist, unbewusste Aspekte maladaptiver Verhaltensweisen vor dem Hintergrund präverbaler Traumatisierungen im frühen traumatischen Bindungskontext zu erfassen (► Kap. 14).

Phasenmodell der RPT der Borderline-Störung

- Sicherheit, Halt und die Stärkung der Bewältigungskompetenz
- Emotionsregulierung und Selbstfürsorge
- Strukturbezogene Arbeit an defizitären Ich-Funktionen
- Schonende Traumabearbeitung
- Konfliktbearbeitung und Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern

7.4 Integration therapeutischer Techniken

Der Gedanke der Ressourcenorientierung kann prinzipiell auch auf Therapiemodelle und therapeutische Interventionen angewendet werden. Therapiemodelle und therapeutische Interventionen können in diesem Sinne als Ressourcen betrachtet werden, die, je nach klinischem Kontext, benötigt und aktiviert werden können, die aber auch, wenn der Kontext nicht passt, nicht hilfreich oder sogar schädlich sein können.

Therapiemodelle und die aus ihnen abgeleiteten therapeutischen Interventionen sind aus diesem Grunde nie generell richtig oder gut, sondern erweisen sich in einem spezifischen klinischen Kontext als hilfreich und passend – in einem anderen nicht. Dies schließt nicht aus, dass sich – quer durch alle Therapieansätze hindurch – bestimmte Grundsätze in der Behandlung von Borderline-Patienten als zweckmäßig herausgestellt haben. Wie aber im Detail zu intervenieren ist, kann nicht a priori festgelegt werden, sondern nur prozessorientiert entsprechend dem klinischem Nutzen und im Hinblick auf das festgelegte Therapieziel entschieden werden.

Zu einem solchen Verständnis passt weniger die strikte Abarbeitung eines geschlossenen Therapiekonzepts, sondern die flexible Aktivierung passender Module dieses Konzepts. Ihm entspricht weniger die puristische Beschränkung auf schulspezifische Interventionen als die schulenübergreifende Adaptation hilfreicher Methoden. Dies kann nach unserer Auffassung eine beträchtliche Erweiterung des therapeutischen Repertoires mit sich bringen, die sich gerade bei Patienten mit einer Borderline-Störung als äußerst nützlich erweist.

Als Beispiele für die Integration wertvoller therapeutischer Techniken in die ressourcenbasierte psychodynamische Arbeit seien genannt:

- Die in der Traumatherapie bewährten *imaginativen Techniken* – z. B. die Containertechnik oder die Übung des »sicheren Ortes« – sind, wie auch bei anderen traumatisierten Patienten, in der Behandlung von Borderline-Patienten zu einem festen Bestandteil des Behandlungsrepertoires geworden (Reddemann 2011).
- *Achtsamkeitsbasierte Interventionen*, deren Wirksamkeit inzwischen vielfältig empirisch abgesichert wurde (Grossman 2008; Kabat-Zinn 2005) und die von keiner Psychotherapierichtung mehr ignoriert werden können, erscheinen uns auch bei Borderline-Patientinnen als sehr nützlich. Es ist das Verdienst von Linehan (1996), die Interventionen, die schon seit längerem im Rahmen der Meditation und in einzelnen Psychotherapieformen angewendet wurden, an den Bedarf von Borderline-Patientinnen angepasst zu haben.
- Die aus der Traumatherapie stammende, aber auch in anderen therapeutischen Kontexten vielfältig einsetzbare Methode des *EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Hofmann 2009; Shapiro 2013) lässt sich ebenfalls hervorragend mit einem psychodynamischem Vorgehen verbinden (Wöller 2003; 2012).

- Schließlich lassen sich mit Gewinn auch *Techniken der Energetischen Psychologie* integrieren, um die Arbeit an der Selbstberuhigung und Emotionsregulierung zu verbessern (Bohne 2010; Eschenröder u. Wilhelm-Gößling 2012; Gallo 2008).

Wegen ihrer Bedeutung für unseren Ansatz wollen wir auf das EMDR und die Klopftechniken der Energetischen Psychologie gesondert eingehen.

7.4.1 EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) mit seinem zentralen Element der bilateralen Stimulation betrachten wir als eine wichtige physiologische Ressource, die die Arbeit mit Borderline-Betroffenen entscheidend unterstützen kann (Shapiro 2013). Bilaterale Stimulation eignet sich sowohl dazu, Ressourcennetzwerke zu verstärken, wie auch dazu, die Assimilation traumatischen Materials an Ressourcennetzwerke zu fördern (Leeds 2009).

Je nach klinischer Situation kann EMDR zur Ressourcenaktivierung oder zur Traumabearbeitung eingesetzt werden (► Kap. 13). Wir können hier nicht auf die Theorien und Hypothesen zu Wirkmechanismen des EMDR eingehen und verweisen dazu auf die entsprechende Literatur (Bisson et al. 2007; Bradley et al. 2005; Rodenburg et al. 2009; Seidler u. Wagner 2006). Bedeutsam ist der gesicherte Befund einer Parasympathikus-Aktivierung im Laufe von EMDR-Behandlungen (Sack et al. 2008).

Für klinische Zwecke mögen uns die folgenden vereinfachten *Wirkmodelle* genügen:

- In der *ressourcenaktivierenden Variante* werden bilaterale Stimulationen genutzt, um Ressourcennetzwerke zu verstärken. Positive Emotionen und mit positiven Emotionen verbundene Erinnerungen, Körperempfindungen und Kognitionen können mit ihrer Hilfe an Intensität gewinnen (Korn 2009; Korn u. Leeds 2002).
- In der *traumabearbeitenden Variante* werden traumatische Erinnerungen unter Nutzung des Prinzips der bifokalen Aufmerksamkeit – ein Fokus auf die Vergangenheit, ein Fokus auf die Gegenwart – konfrontierend reprozessiert, um sie stärker kortikal zu assoziieren. So wird über eine verbesserte biografische Einordnung der Erinnerungen eine nachhaltige Stressentlastung erreicht (► Kap. 13.2).
- Schließlich wurden mit *Modifikationen des Standardprotokolls*, insbesondere dem »umgekehrten Standardprotokoll« (Hofmann 2011) und den Pendeltechniken, zahlreiche Möglichkeiten geschaffen, Übergänge zwischen beiden Herangehensweisen zu erreichen, um der labilen Emotionsregulierung von Borderline-Patienten gerecht zu werden (Fine u. Berkowitz 2001; Knipe 2011; Wöller 2003; Wöller 2013, S. 481 ff.; ► Kap. 13.4).

7.4.2 Klopftechniken

Als ein von uns als hilfreich erlebtes Element in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung wollen wir die Klopftechniken der Energetischen Psychologie erwähnen (Bohne 2010; Callahan u. Trubo 2001; Eschenröder u. Wilhelm-Gößling 2012; Gallo 2008). In der Grundvariante fokussiert sich die Patientin gedanklich auf eine belastende Situation und die Therapeutin oder die Patientin selbst klopft gleichzeitig bestimmte »Energiepunkte« im Gesicht und am Körper, was beruhigend und stressreduzierend wirkt. Auf diese Technik, auch ohne spezifische gedankliche Fokussierung, wollen wir in der Behandlung der Borderline-typischen Affektauslenkungen und Bedrohungsgefühlen nicht mehr verzichten. Die leichte Vermittelbarkeit, die Möglich-

keit einer gefahrlosen Selbstanwendung und die gute Integrierbarkeit in psychodynamische Therapien betrachten wir als große Vorteile (Vlamynck u. Wilhelm-Gößling 2012; Wöller 2013, S. 346 ff.).

Zur Absicherung der Wirksamkeit der Klopftechniken sind sicherlich noch empirische Untersuchungen notwendig. Doch verfügen wir über ausreichende klinische Erfahrungen, um sie als ergänzende Verfahren, z. B. im Rahmen traumaspezifischer Stabilisierung und zur Stärkung der Emotionsregulierung, empfehlen zu können (▶ Kap. 10.1). Die Klopftechniken sind auch hilfreich für Therapeuten; sie können die Distanzierung von überflutenden Gegenübertragungsgefühlen unterstützen und zur Prophylaxe sekundärer Traumatisierungen beitragen (▶ Kap. 9.7). Formelhafte Selbstakzeptanztechniken in Verbindung mit der Stimulation bestimmter »Energiepunkte« können zur Stärkung des Selbstwertgefühls verwendet werden (▶ Kap. 11.9). Wieweit die Klopftechniken auch zur Traumabearbeitung eingesetzt werden können, ist bisher nicht ausreichend geklärt. Immerhin hat sich die empirische Erforschung einiger dieser Verfahren in den letzten Jahren verbessert; bisher wurden zwei randomisiert-kontrollierte Studien über Klopftechniken in der Behandlung von Traumafolgestörungen vorgelegt, die eine Wirksamkeit dokumentieren (Church et al. 2012; Karatzias et al. 2011).

Die Klopftechniken der Energetischen Psychologie entstammen zwar der Traditionellen Chinesischen Medizin (Klopftechnik wird auch »Klopfakupressur« genannt), doch fühlen wir uns nicht notwendigerweise diesem philosophisch-kulturellen Hintergrund verpflichtet. Auch wenn die gesundheitsfördernden und stressreduzierenden Wirkungen taktiler Stimulationen seit längerem bekannt sind (Gallace u. Spence 2010), sind neurobiologische Erklärungsmodelle derzeit noch spekulativ. Selbstberührungen werden spontan sowohl von klinisch depressiven Patienten wie auch von gesunden Probanden bei Stress und negativ getöntem emotionalen Erleben eingesetzt (Ulrich u. Harms 1985). Vermutlich sind sie eine Bewältigungsstrategie, die zur Emotionsregulierung und zur Stabilisierung der Körpergrenzen beiträgt (Lausberg u. Kryger 2011). Einige neuere Befunde sprechen dafür, dass nach Hautstimulation die kortikale Durchblutung zunimmt (Lay et al. 2011). Ähnlich wie beim EMDR scheint die bifokale Konzentration der Aufmerksamkeit sowohl auf das negativ erlebte affektiv-kognitive Problemfeld als auch auf die Sinneswahrnehmung im Hier und Jetzt zu der Wirkung beizutragen (Aalberse u. Geßner-van Kersbergen 2012). Wir können daher mit einiger Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass das Klopfen den präfrontalen Cortex aktiviert, der seinerseits hemmend auf die basalen emotionalen Strukturen einwirkt.

Doch überlassen wir es den Patienten, welchen Verstehenshintergrund sie für sich wählen. In therapeutischer Hinsicht wäre es kontraproduktiv, Patienten, die aus dem energetischen Hintergrundverständnis eine heilende Kraft ziehen, davon abbringen zu wollen. Wir denken, dass theoretische Erklärungsmodelle – seien sie nun neurobiologischer oder philosophischer Natur – geeignet sind, bei Patienten Schamgefühle zu vermindern, die das alleinige Beklopfen von Punkten im Gesicht und am Körper zu seltsam finden oder als therapeutische Maßnahme nicht ernst nehmen können.

Literatur

Aalberse M, Geßner-von Kersbergen S (2012). Die Lösung liegt in deiner Hand! Von der Energetischen Psychologie zur bifokalen Aufmerksamkeit. Tübingen: dgvt.

Balint M (2002). Therapeutische Aspekte der Regression. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bateman A, Fonagy P (2002). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry; 158: 36–42.

Bateman A, Fonagy P (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bateman A, Fonagy (2009). Mentalisieren und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg). Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta; 263–84.

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R et al. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry; 190: 97–104.

Bohne M (2010). Klopfen mit PEP. Prozessorientierte Energetische Psychologie in Therapie und Coaching. Heidelberg: Carl Auer.

Bradley R, Greene J, Russ E et al. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry; 162: 214–27.

Brown D, Scheflin AW, Hammond DC (1998). Memory, Trauma Treatment, and the Law: An Essential Reference on Memory for Clinicians, Researchers, Attorneys, and Judges. New York: Norton.

Burnstein A (1986). Treatment noncompliance in patients with posttraumatic stress disorder. Psychosomatics; 27: 37–40.

Callahan RJ, Trubo R (2001). Tapping the Healer Within. New York: McGraw-Hill.

Chu JA (1998). Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-traumatic and Dissociative Disorders. New York: Wiley & Sons.

Church D, Piña O, Reategui C, Brooks A (2012). Single session reduction of the intensity of traumatic memories in abused adolescents: a randomized controlled trial. Traumatology; 18: 73–9.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry; 164: 922–8.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Courtois CA (1988). Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy. New York: Norton.

Courtois CA (1999). Recollections of Sexual Abuse: Treatment Principles and Guidelines. New York: Norton.

Dammann G, Janssen PL (Hrsg) (2007). Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Devilly GJ, Foa EB (2001). The investigation of exposure and cognitive therapy. Comment on Tarrier et al. 1999. J Consult Clin Psychol; 69: 114–6.

Doering S, Horz S, Rentrop M et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry; 196: 389–95.

Doering S, Stoffers J, Lieb K (2011). Psychotherapieforschungsanalyse. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 836–53.

Dulz B (2011) Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik auf psychoanalytischer Grundlage. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 328–43.

Erdelyi MH (1992). Psychodynamic and the unconscious. Am Psychol; 47: 784–7.

Eschenröder CT, Wilhelm-Gößling C (2012). Energetische Psychotherapie – integrativ. Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen. 3. Aufl. Tübingen: dgvt.

Fine C, Berkowitz A (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Am J Clin Hypn; 43: 275–90.

Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. (2013). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Flückiger C, Caspar F, Holtforth MG, Willutzki U (2009). Working with the patients' strengths: a microprocess approach. Psychother Res; 19: 213–23.

Flückiger C, Frischknecht E, Wüsten G, Lutz W (2008). Ressourcenpriming. Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung bei Novizen und erfahrenen Therapeuten zu Therapiebeginn. Z Psychiatr Psychol Psychother; 56: 61–8.

Gallace A, Spence C (2010). The science of interpersonal touch: an overview. Neurosci Biobehav Rev; 34: 246–59.

Gallo FP (2007). Gelöst – entlastet – befreit. Klopfakupressur bei emotionalem Stress. 5. Aufl. Freiburg: VAK.

Gallo FP (2008). Handbuch der Energetischen Psychotherapie. 3. Aufl. Kirchzarten: VAK.

Gassmann D, Grawe K (2006). General change mechanisms. The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. J Clin Psychol Psychother; 13: 1–11.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. Am J Psychiatry; 160: 2018–24.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry; 69: 533–45.

Grawe K (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe K (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Grossman P (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. J Psychosom Res; 64: 405–8.

Heigl-Evers A, Ott J (2002). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hofmann A (2009). EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Hofmann A (2011). The inverted standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. In: Luber M (ed). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer; 313–6; www.springerpub.com/samples/9780826122391_chapter.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Kabat-Zinn J (2005). Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. New York: Hyperion.

Karatzias T, Power K, Brown K et al. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. J Nerv Ment Dis; 199: 372–8.

Kernberg OF (1998). Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber.

Knipe J (2011). The method of Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS). In: Luber M (ed). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer; 235–44. www.springerpub.com/samples/9780826122391_chapter.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Korn DL (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: a review. J EMDR Pract Res; 4: 264–78.

Korn D, Leeds A (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol; 58: 1465–87.

Kruse J, Joksimovic L, Cavka M et al. (2009). Effects of traumafocused psychotherapy upon war refugees. J Trauma Stress; 22: 585–92.

Lampe A, Mitmansgruber H, Gast U et al. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. Neuropsychiatrie; 22: 189–97.

Lausberg H, Kryger M (2011). Gestisches Verhalten als Indikator therapeutischer Prozesse in der verbalen Psychotherapie: Zur Funktion der Selbstberührungen und zur Repräsentation von Objektbeziehungen in gestischen Darstellungen. Psychotherapie-Wissenschaft; 1: 41–55. www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/12/62 (Zugriff am 31.01.2014).

Lay CC, Davis MF, Chen-Bee CH, Frostig RD (2011). Mild sensory stimulation reestablishes cortical function during the acute phase of ischemia. J Neurosci; 31: 11495–504.

Leeds AM (2009). A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants. New York: Springer.

Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U (2007). Zur Wirksamkeit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Z Psychosom Med Psychother; 53: 129–43.

Linehan MM (1996). Trainingsmanual der Dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al. (2006). Two-year randomized trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by

experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry; 63: 757–66.

Lohmer M (2013). Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Luborsky L, Crits-Cristoph P, Mintz J, Auerbach A (1988). Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes. New York: Basic Books.

Mattheß H, Nijenhuis E (2013). Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 570–93.

McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. Acta Psychiatr Scand; 102: 256–64.

Modell AH (2008). Implicit or unconscious? Commentary on paper by the Boston Change Process Study Group. Psychoanal Dialogues; 18: 162–7.

Pitman RK, Altman B, Greenwals E et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol; 52: 17–20.

Pulver SE (1992). Psychic change: insight or relationship? Int J Psychoanal; 73: 199–208.

Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE (2013). Schematherapie. Paderborn: Junfermann.

Reddemann L (2012). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C et al. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. Clin Psychol Rev; 29: 599–606.

Rudolf R (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Rudolf G, Jakobsen T, Micka R, Schumann E (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother; 50: 37–52.

Sachsse U (2009). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Studienausgabe der 1. Aufl. von 2004. Stuttgart: Schattauer.

Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). Bull Menninger Clin; 70: 125–44.

Sack M, Hofmann A, Wizelman L, Lempa W (2008). Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. J EMDR Pract Res; 2: 239–46.

Şar V, Akyüz G, Kuğu N et al. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. J Clin Psychiatry; 67: 1583–90.

Scott MJ, Stradling SG (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress; 10: 523–6.

Seidler GH, Wagner FE (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychol Med; 36: 1515–22.

Shapiro F (2013). EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Sollberger D, Walter M (2010). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. Fortschr Neurol Psychiatr; 78: 698–708.

Solomon RM, Shapiro F (2008). EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change. J EMDR Pract Res; 2: 315–25.

Stern DN, Bruschweiler-Stern N, Lyons-Ruth K et al. (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das »Etwas-Mehr« als Deutung. Psyche – Z Psychoanal; 56: 974–1006.

Streeck U, Leichsenring F (2011). Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Tarrier N (2001). What can be learned from clinical trials? Reply to Devilly and Foa. J Consult Clin Psychol; 69: 117–8.

Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H, Humphreys L (1999). Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. Twelve-month follow-up. Br J Psychiatry; 175: 571–5.

Ulrich G, Harms K (1985). A video analysis of the non-verbal behaviour of depressed patients before and after treatment, J Affect Disord; 9: 63–7.

Vlamynck A, Wilhelm-Gößling C (2012). Integration Energetischer Psychotherapie in die Psychodynamische Psychotherapie. In: Eschenröder CT, Wilhelm-Gößling C (Hrsg). Energetische Psychotherapie – integrativ. Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen. 3. Aufl. Tübingen: dgvt.

Watson S, Chilton R, Fairchild H, Whewell P (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. Aust N Z J Psychiatry; 40: 478–81.

Willutzki U, Teismann T (2013). Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. E-Book. Göttingen: Hogrefe.

Winnicott DW (2006). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wöller W (2003). EMDR in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychotraumatol Psychol Med; 1: 73–8.

Wöller W (2012). Integration von EMDR in die Psychodynamische Therapie. EMDRIA-Rundbrief; 25: 22–32.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wöller W, Kruse J (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

8 Therapeutische Beziehung und Übertragung

8.1 Bedrohungserleben und Sicherheitsbedürfnis

Die Art, *wie* Borderline-Patienten sich im Erstkontakt präsentieren, erklärt sich aus der typischerweise eintretenden *Aktivierung ihres desorganisierten Bindungssystems* und dem gleichzeitig entstehenden *Bedrohungsgefühl* (► Kap. 1.2 u. 2.3).

Nur selten stellen sich die Patienten in einem der Situation angemessenen Beziehungsmodus mit weitgehend erhaltener Mentalisierungsfunktion und dominierender »präfrontaler« Aktivität vor. Viel wahrscheinlicher ist es, dass durch den therapeutischen Kontakt gleichzeitig ihre Bindungswünsche und Bindungsängste aktiviert werden. Auf der bewussten Ebene werden sie uns zunächst vorwiegend als *Retter in der Not* und weniger als potenzielle Schädiger erleben. Dass wir latent auch als potenzielle Gefahrenquelle repräsentiert sind, wird offensichtlich, wenn wir – durch meist geringfügige Auslöser – *blitzschnell zum Schädiger* werden. Dazu kommt es, weil implizit die Erfahrung gespeichert ist, dass aus der sorgenden in kürzester Zeit eine schädigende Bezugsperson werden konnte, vor der man sich schützen musste. Nicht immer ist das Bedrohungserleben unbewusst; manche Patientinnen spüren es durchaus bewusst. In ihren Augen kann eine therapeutische Beziehung wie jede nahe Beziehung gleichermaßen eine Chance auf Rettung wie auch eine Bedrohung durch erneute Misshandlung darstellen.

Die initiale therapeutische Beziehung ist an der Oberfläche meist durch eine *idealisierende Retterübertragung* geprägt; darunter liegt eine *dämonisierende Täterübertragung*, gelegentlich auch die Übertragung des ohnmächtigen Opfers. Patienten, die sich eben noch hilfesuchend an uns gewendet haben, können schon im nächsten Moment vorwurfsvoll auf Distanz zu uns gehen oder uns in aggressiver Weise zum Opfer von Vorwürfen, Beschuldigungen und vernichtender Kritik machen.

> In einem Affektzustand hilflos-anklammernder Bindungssuche vermittelte eine Patientin ihrer Therapeutin, dass sie ihr Leben ohne deren Hilfe nicht bewältigen könne, um sie in einem anderen Affektzustand mit maßlosen Vorwürfen zu überziehen.

Wir verstehen alle drei Übertragungsmuster als Ausdruck eines massiv erhöhten Bedrohungsgefühls vor dem Hintergrund des *desorganisierten Bindungsmusters* und auf der Basis der *gestörten neuronalen kortikolimbischen Schaltkreise* (► Kap. 2.3). Dieses Verständnis hilft uns, besonders zu Beginn der Behandlung, zu einer therapeutischen Haltung zu finden, die geeignet ist, das Bedrohungsgefühl zu verringern. Da das ohnehin schon aktivierte Bedrohungs-Verteidigungs-System der Patienten durch die therapeutische Begegnung zwangsläufig weiter aktiviert und das bereits vorhandene Gefühl der Bedrohung weiter verstärkt wird, werden wir alles tun, um das *Bedrohungsgefühl der Patienten abzubauen* und ein *Gefühl der Sicherheit zu vermitteln*.

Wir denken dabei auch an den Sachverhalt, dass mit der Aktivierung des Bindungssystems zumindest bei unsicher gebundenen Personen immer auch die *Mentalisierungsfunktion gehemmt* wird (► Kap. 3.3). Die durch das Bedro-

hungserleben charakterisierte Beziehungsform mit eingeschränkter präfrontaler und dominierender limbischer Aktivität kann sich daher in gegensätzlichen emotionalen Affektzuständen äußern:

- entweder in einem Affektzustand, der die Emotionen der *verzweifelten Hilflosigkeit und des Verlassenseins* repräsentiert, oder
- in einem Affektzustand aggressiv-vorwurfsvoller oder fordernder, manchmal auch herablassender Selbstbehauptung, der dazu dient, Bindungsängste abzuwehren und vor möglichen Gefahren durch Bindungen zu schützen.

> Eine Patientin mit einer Borderline-Störung kam zu dem vereinbarten ersten Termin 20 Minuten zu spät. Sie eröffnete die Sitzung damit, dass die Praxis des Therapeuten zu wenige Parkplätze hätte und die Praxiseinrichtung »kalt« sei.

Das Ziel muss es daher sein, die therapeutische Situation so zu gestalten, dass das hyperaktive Bindungssystem deaktiviert und die präfrontale Funktionsfähigkeit gestärkt wird, damit eine *selbstverantwortliche Arbeitsatmosphäre mit gut erhaltener Mentalisierungsfunktion* entstehen kann. Vor einer betonten Freundlichkeit oder einer ausgesprochen empathischen Haltung möchten wir in dieser Phase eher warnen, da sie mit hoher Wahrscheinlichkeit als Bedrohung erlebt werden wird. Empirisch ließ sich zeigen, dass ganz zu Beginn der Therapie besonders empathische Therapeutenäußerungen die metakognitiven Fähigkeiten von Borderline-Patienten eher einschränken (Prunetti et al. 2008).

Stattdessen bevorzugen wir eine *freundliche, aber sachliche Art der Kommunikation* und eine zügige gemeinsame Beschäftigung mit den drängenden Problemen des Alltagslebens unter den Bedingungen einer gestörten Emotionsregulierung. Empirische Befunde stützen unsere eigenen Erfahrungen, dass eine frühzeitige Fokussierung der emotionalen Dysregulation am besten zur Herstellung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses beiträgt (Richardson-Vejlgaard et al. 2013). Die Bedeutung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses bei Borderline-Patienten kann angesichts der hohen Rate von Therapieabbrüchen nicht überschätzt werden. Hohe Symptombelastung, ein nicht gefestigtes Arbeitsbündnis und eine Neigung zu Impulsivität und Wutreaktionen lassen sich empirisch als die wichtigsten Prädiktoren von Therapieabbrüchen bei Borderline-Patienten identifizieren (Wnuk et al. 2013).

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, *potenzielle Übertragungsreaktionen* im Kontakt mit unseren Patientinnen *vorwegzunehmen*, indem wir ihnen frühzeitig vermitteln, dass die Begegnung mit der Person einer Therapeutin sowohl kindliche Rettungswünsche als auch alte Ängste vor Zurückweisung, Alleingelassensein und Beschämung oder vor Vereinnahmung, Ausbeutung und Übergriffen wiederbeleben kann. Gleichzeitig teilen wir ihnen mit, dass wir uns darum bemühen werden, weder die Rettungswünsche noch die alten Ängste zu verstärken, und dass wir diese, wenn sie dennoch auftreten, ansprechen werden mit dem Ziel, sie zugunsten einer tragfähigen therapeutischen Beziehung aufzulösen. Auf die Dauer soll sich ein Arbeitsbündnis entwickeln, bei dem zwei Erwachsene gemeinsam an den Problemen arbeiten, die aus den ungelösten Traumatisierungen der Kindheit entstanden sind.

Selbstverständlich umfasst die Vermittlung eines Sicherheitsgefühls immer auch die *äußere und soziale Sicherheit*. Patienten, deren Wohnverhältnisse nicht geregelt sind, brauchen zunächst Unterstützung bei der Herstellung sozialer Sicherheit. Ernsthafte Erkrankungen, auch schwere psychiatrische Krankheiten be-

dürfen der Behandlung. Schließlich umfasst äußere Sicherheit auch den Schutz vor Suizidalität und Selbstschädigung (►Kap. 10.7 u. 10.8).

8.2 Verbale Kommunikation

Um mit Patienten mit einer Borderline-Störung einen zufriedenstellenden Gesprächskontakt herzustellen, kann es hilfreich sein, sich auf die *spezifischen Kommunikationsstile* dieser Patienten einzustellen. Die fortgesetzte Verwendung extremer Formulierungen und die kontrastreiche Schilderung ihrer Beziehungserfahrungen können Widerstände und Ärger bei Therapeuten auslösen, die eher zaghaft andeutende Formulierungen von Patienten auf »neurotischem« Strukturniveau gewohnt sind. Umgekehrt kann eine durch vorsichtige Andeutungen geprägte Therapeutensprache irritierend auf emotional dysregulierte Borderline-Patientinnen wirken. Weil in Zuständen erhöhter Erregung die kortikalen Funktionen nicht in vollem Umfang zur Verfügung stehen, wirken solche Interventionen wegen des eröffneten breiten Interpretationsspielraums tendenziell ängstigend auf sie. Zum besseren Verständnis dieses Phänomens machen wir uns klar, wie absurd es wäre, zu einer Person in einer akuten Bedrohungssituation in vagen Andeutungen zu sprechen, statt in einer Weise, die Orientierung und Struktur vermittelt.

Klare, eindeutige Interventionen tragen dazu bei, die therapeutische Beziehung im Hier und Jetzt zu verankern. Gleichzeitig wirken sie der Entwicklung ungünstiger Übertragungen entgegen. Auch wenn es sich nicht vermeiden lässt, dass wir zur Projektionsfläche für unerträgliche Selbstzustände der Patienten werden, bemühen wir uns, eine solche Entwicklung nicht durch unklare Äußerungen oder vieldeutige Verhaltensweisen zu fördern. Gefragt ist nicht die »perfekt« gelungene, »fertige« Deutung, die die Psychodynamik der Patientin in umfassender Weise auf den Punkt bringt, sondern ein unmittelbarer Kontakt, der sich durch eine offene, nicht »perfekte« Intervention ausdrückt und ein Bemühen um Annäherung und Verständnis erkennen lässt.

Mitunter kann es nützlich sein, die *extremen Formulierungen* von Borderline-Patienten – wenn sie z. B. von ihrem »absoluten Hass« oder von einer »supertollen Frau« sprechen – für sich in eine »Normalsprache« zu übersetzen. Lachkar (2010) schlägt sogar vor, die Sprache der Verzerrungen und Fehlwahrnehmungen von Borderline-Patientinnen nicht nur zu verstehen, sondern zumindest teilweise auch zu sprechen, um von ihnen verstanden zu werden. Auch wenn wir eher davon abraten würden, den persönlichen Stil künstlich zu verändern, bemühen wir uns, allzu große Abweichungen vom Stil der Borderline-Patienten zu vermeiden. Zumindest folgen wir der Empfehlung Lachkars insoweit, als wir die extremen Formulierungen der Patientinnen in unseren Interventionen aufgreifen, um so die empathische Verständigung zu erleichtern.

Ebenso wichtig wie eine klare, direkte und gleichzeitig beruhigende Ansprache, die sich einfacher und gut verständlicher Sätze bedient, ist eine *wache emotionale Präsenz*. Statt den Patienten über längere Zeit zuzuhören, ohne eine Äußerung zu tun, reagieren wir zügig auf die von ihnen mitgeteilten Inhalte und die darin enthaltenen Beziehungsangebote. Dies kann durch bestätigende Bemerkungen, durch eine mitfühlende Haltung und durch interessiertes Nachfragen geschehen.

Wir schlagen daher vor, folgende Regeln der Kommunikation zu beachten:

- *Bestätigende Bemerkungen* signalisieren in erster Linie Präsenz und vermitteln den Patienten, dass sie wohlwollend wahrgenommen werden. Sie stärken gleichzeitig das Selbstwertgefühl und schaffen damit die Voraussetzung, dass schwierige Einsichten

adaptiert und Veränderungen initiiert werden können. Ununterbrochen und ausschweifend sprechende Patientinnen unterbrechen wir taktvoll mit klärenden Nachfragen oder affektspiegelnden Bemerkungen, allein schon um unsere Präsenz zu zeigen. Borderline-Patientinnen können sich selbst dann, wenn sie uns durch ununterbrochenes Sprechen keinen Raum lassen, allein gelassen fühlen, ohne zu bemerken, dass sie dies durch ihre Redeweise selbst herstellen.

- *Interessiertes Nachfragen* ist oft schon deshalb notwendig, weil die Erzählungen von Patienten mit desorganisiertem Bindungsstil typischerweise inkohärent und lückenhaft werden, wenn Bindungskontexte betroffen sind (►Kap. 3.5). Diese Inkohärenz lässt sich psychodynamisch als eine Form der Abwehr verstehen, die vor der Wahrnehmung der Widersprüche in den Bindungsbeziehungen und vor den damit verbundenen Affekten schützen soll. Auf der Beziehungsebene trägt ein interessiertes Nachfragen dazu bei, dass die Patienten sich ernst genommen und wertgeschätzt fühlen. Eine Ausnahme können Borderline-Patienten mit ausgeprägten narzisstischen Strukturanteilen bilden, die enttäuscht und verletzt reagieren, wenn sie nicht intuitiv verstanden werden, oder Patienten, die aus der Nachfrage die Kritik heraushören, sie hätten sich nicht verständlich genug ausgedrückt. Alle Zwischenfragen, die zur Reflexion und Bedeutungsfindung anregen, stärken die präfrontalen Funktionen und deaktivieren das potenziell überaktive Amygdalasystem, tragen also zur Beruhigung und zur Stärkung der Mentalisierungsfunktion bei.

T: Wie erklären Sie sich das?
T: Wie haben Sie das verstanden?
T: Was vermuteten Sie als Ursache dafür?

- Wir bemühen uns, empathisch-mitfühlend die *Perspektive der Patientinnen einzunehmen* und gleichzeitig die *beobachtende Distanz nicht zu verlieren*. Das kann schwierig sein, weil sich die innere Befindlichkeit der Patientinnen oft nur schwer aus ihrem äußeren Auftreten ableiten lässt. Aggressiv wirkende Patientinnen können sich ängstlich und ohnmächtig fühlen, ohne dass wir es ihnen anmerken. Ohne ein konzentriertes Bemühen um eine empathisch-mitfühlende Perspektive verfehlen wir leicht ihre Not und ihr anhaltendes Bedrohungsgefühl. Ohne ein ausdrückliches Bemühen um eine beobachtende Distanzierung laufen wir Gefahr, zum Schaden der Therapie in unüberschaubare Beziehungsverstrickungen hineingezogen zu werden.
- Damit eine Atmosphäre produktiver Zusammenarbeit entstehen kann, sind wir besonders zu Beginn der Therapie *mit konfrontativen Interventionen zurückhaltend*. Auch abwegig erscheinenden Konstruktionen der Realität bringen wir den nötigen Respekt entgegen. Unser eigenes Verständnis teilen wir in einer vorsichtigen und offenen Weise mit, damit der Patient die Kontrolle darüber behalten kann, ob und wie weit er sich damit auseinandersetzen möchte.
- Ein *aggressives Beziehungsangebot* sollte nach unserer Einschätzung immer aufgegriffen werden. Nur so können wir signalisieren, dass der Affekt bei uns »angekommen« ist. Würden wir ihn ins Leere laufen lassen, müssten wir mit einer weiteren Eskalation der Aggressivität und einer Entfremdung in der Beziehung zur Patientin rechnen, weil das Ausbleiben unserer emotionalen Resonanz unbewusst wie eine Nichtbeachtung erlebt wird. Diese führt in der Regel dazu, dass die Patienten noch aggressiver werden, um irgendeine Reaktion zu erreichen – vergleichbar mit Kindern,

die genau dann aggressiv gegen ihre Eltern werden, wenn sie diese als zu gleichgültig erleben. Nichtbeachtet-Werden kann für ein Kind noch schwerer zu ertragen sein als Strafe oder Gewalt. Insofern können wir Lohmer (2013) zustimmen, der eine nicht nur wohlwollende, sondern auch leidenschaftlich getönte Emotionalität im Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen von Borderline-Patienten empfiehlt.

Eine interessante Entdeckung machte Frank (1992) bei der Auswertung von Borderline-Therapien: Er fand, dass einige Reaktionen, die die Therapeuten selbst als negativ bewertet hatten, bei den Patienten unerwartet zu einer symptomatischen Besserung geführt hatten. Die Therapeuten waren nach ihrer eigenen Einschätzung übermäßig direktiv gewesen, sie hatten die Patienten kritisiert und ihre Verärgerung direkt geäußert. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass die Patienten die direkte und ehrliche Art der Therapeutinnen und das Gefühl, zu wissen, »woran man ist«, mehr geschätzt haben als eine durchgängige Freundlichkeit, die sie vielleicht für undurchschaubar und potenziell unehrlich gehalten hätten.

8.3 Nonverbale Kommunikation

Gerade im Kontakt mit Borderline-Betroffenen ist es wichtig, dass wir unsere positiv zugewandte und wertschätzende Haltung auch in unserem nonverbalen Verhalten zeigen. Wegen ihrer Neigung, neutrale Gesichter als bedrohlich wahrzunehmen (Donegan et al. 2003), sollten wir ihnen die Möglichkeit geben, unsere Zugewandtheit direkt »lesen« zu können. Das bedeutet konkret vor allem, dass wir einen wohlwollenden und respektvollen Blickkontakt halten.

Das Ziel eines gemeinsamen positiven Affekterlebens ist am besten durch eine adäquate mimische *Affektspiegelung* zu erreichen. Wenn sich Borderline-Patienten in einem depressiven Zustand befinden, wird ein ernster Gesichtsausdruck ihnen eher das Gefühl vermitteln, dass ihr Leiden gesehen wird, als ein gleichmäßig freundliches Lächeln. Angemessener ist ein ernster Gesichtsausdruck, der den vom Patienten angebotenen Kampfmodus in der therapeutischen Beziehung nicht ignoriert, sondern mit ebenfalls kämpferischer Entschlossenheit beantwortet – allerdings nicht im Sinne einer feindselig-destruktiven Replik, sondern mit der Zielsetzung eines entschiedenen Eintretens für die Therapie mit ihren Begrenzungen und Regeln. Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass in der Therapie schwer gestörter Patienten nur ein *Prozess taktvollen intuitiven Ausprobierens* im verbalen und nonverbalen Austausch zu einer wechselseitigen emotionalen Bezogenheit führt.

Unentdeckte feindselige Gegenübertragungsreaktionen aufseiten des Therapeuten können die emotionale Abstimmung empfindlich behindern. Wenn wir z. B. bei uns die Tendenz bemerken, auf unangemessen aggressiv vorgetragene Forderungen einer Patientin mit einem »mild verständnisvollen« Lächeln zu reagieren, sind wir gut beraten, unsere eigene Gegenübertragung auf latente feindselige Aspekte hin zu überprüfen. Ansonsten würde eine solche Reaktion mit hoher Wahrscheinlichkeit als Geste herablassender Überlegenheit verstanden und mit einer Zunahme der Aggressivität in der Beziehung beantwortet werden.

P: Das Lächeln dieses Therapeuten strahlte für mich eine »milde Güte« aus, die mich wahnsinnig machte.

8.4 Umgang mit negativen Übertragungen

Negative Übertragungen können sich direkt oder indirekt durch *Widerstandsphänomene* mitteilen. Wie wir erläutert haben, hat Feindseligkeit gegenüber uns Therapeuten ihre Wurzel vor allem in der Borderline-typischen Sehnsucht nach Nähe und der gleichzeitigen Erwartung von Verlassenwerden oder Zurückweisung. Auch alle anderen Ängste (▶ Kap. 1.3), die den Patienten aus ihren frühen Beziehungserfahrungen vertraut sind – wie die Ängste vor Missachtung, Beschämung, Vereinnahmung, Ausbeutung oder Verrat – können in Vorwegnahme des Befürchteten feindselige Übertragungsmuster auslösen. Das *Ansprechen und Validieren dieser Ängste* kann sich sehr entlastend auf die therapeutische Arbeitsbeziehung auswirken:

> **T:** Es wundert mich nicht, dass Sie Angst haben, von mir ausgebeutet zu werden, nach allem, was Sie schon erlebt haben.

Feindseligkeit und Wut können ihre Wurzel auch in der *Scham* darüber haben, dass die Patienten sich von uns abhängig und uns unterlegen fühlen. Je enger die Bindung an uns wird, desto stärker wird die reaktive Wut über die beschämenden Gefühle von Abhängigkeit und Unterlegenheit ausfallen. Die Kränkung durch das Erleben der Abhängigkeit kann zu heftigen Entwertungen der Therapie und unserer Person führen.

Natürlich kommen auch *andere Übertragungsmuster* als die genannten vor. Patienten mit einer Borderline-Störung können uns nicht nur als rettende oder schädigende, sondern auch als nicht schützende, desinteressierte und vernachlässigende Bindungsfigur wahrnehmen und sich entsprechend verhalten.

Auch wenn diese Übertragungsmuster Teil der Borderline-Pathologie sind, dürfen wir nicht übersehen, dass negative Übertragungen auch *Artefakte der therapeutischen Situation* sein können (Wöller 2013, S. 437). Therapeutinnen, die Rettungserwartungen ihrer Patientinnen nicht rechtzeitig korrigieren, sondern durch eigenes Verhalten noch verstärken, werden über kurz oder lang deren Enttäuschungswut und -hass zu spüren bekommen. *Übertragungshass* entsteht besonders dann, wenn Therapeutinnen ihren Patientinnen vermittelt haben, ihnen all das geben zu wollen, was diese in der Kindheit vermisst haben, und diese Wünsche naturgemäß nicht erfüllen können.

Grundsätzlich empfehlen wir, *grobe Übertragungsverzerrungen zügig zu benennen* und den Patienten die Realität der therapeutischen Situation in Erinnerung zu rufen. Dies gilt für Täterübertragungen ebenso wie für Retterübertragungen (Lindy 1993). Doch wird eine Klärung nicht in allen Fällen möglich sein. Nicht selten widersetzen sich die Patientinnen einem solchen Versuch und tun alles, um ihre Projektionen aufrechterhalten zu können. Deshalb sollte eine Therapeutin, die mit Menschen mit einer Borderline-Störung arbeitet, auch die Fähigkeit mitbringen, deren Projektionen für einen gewissen Zeitraum zu ertragen und in einer offenen und nicht rachsüchtigen Art und Weise auf die Aggressionen und Ansprüchlichkeiten einzugehen. Statt die Projektionen der Patientin vorschnell durch Deutungen zurückzugeben, ist sie gefordert, die innere Objektwelt der Patientin, wie sie sich in Übertragung und Gegenübertragung darstellt, zu verstehen.

Unsere therapeutische Haltung, die die Ressourcen betont, hat die Bedeutung des »Containing« (Bion 1984) von negativen Emotionen und Selbstanteilen der Patienten in gewissem Sinne relativiert. Dennoch sehen wir in der grundsätzlichen Bereitschaft zum Containing

nach wie vor eine wichtige innere Arbeit der Therapeutin. Sie sollte bereit sein, die negativen Emotionen der Borderline-Patientin reflektierend wahrzunehmen und im Gedächtnis zu behalten, bis sie sie ihr später, zu einem passenden Zeitpunkt, deutend wieder verfügbar machen kann – vergleichbar mit einer »hinreichend guten Mutter«, die die negativen Affektzustände ihres Babys, so gut sie kann, aufnimmt und sie für das Kind verarbeitet, um diesem dabei zu helfen, die eigenen Gefühle besser zu regulieren.

Ein solches Containing darf jedoch nicht – darauf möchten wir mit Blick auf die Ressourcenorientierung unseres Ansatzes mit Entschiedenheit hinweisen – mit einem *»masochistischen« Aushalten* unzumutbaren Patientenverhaltens verwechselt werden. Ein derart missverstandenes Containing kann, ohne therapeutisch nützlich zu sein, zu einer schweren Belastung für die psychische Gesundheit des Therapeuten und letztendlich zu einer Gefahr für die therapeutische Beziehung werden.

Die Kunst besteht darin, sich ein Stück weit in die Welt der Patientinnen hineinzubegeben, die Projektionen eine Zeitlang unangetastet zu lassen und einen *günstigen Zeitpunkt für eine Konfrontation oder Deutung* abzuwarten. Vorschnelle Übertragungsdeutungen, die von dem Impuls geleitet sind, sich schnell der negativen Projektionen zu entledigen, werden dem unvermeidlichen Projektionsbedürfnis vieler Borderline-Patientinnen nicht gerecht. Oft drängen sich uns konfrontative oder deutende Interventionen förmlich auf, ohne dass die Patientinnen innerlich bereit oder in der Verfassung sind, sie zu verarbeiten. Gabbard (1989) hat den Begriff der »stillen Deutung« als eine Form des Containing vorgeschlagen, bei der die Therapeutin die Deutung für sich selbst vornimmt und mit der Mitteilung wartet, bis die Patientin für sie empfänglich ist.

8.5 Der »verletzliche Punkt« und die Reparatur der Beziehung

Trotz aller Bemühungen um einen gemeinsamen positiven Affektzustand werden wir nicht verhindern können, dass wir früher oder später, ohne es zu wollen, den *verletzlichen Punkt* der Patienten treffen und so unvermittelt auf eine heftige emotionale Reaktion stoßen, die abgespaltene emotionale Anteile der Persönlichkeit repräsentiert (Lachkar 2008).

Weil Patienten mit einer Borderline-Störung durch viele, meist ganz gewöhnliche Ereignisse in der aktuellen Realität, die unbewusst mit einer traumatischen Erfahrung assoziiert sind, getriggert werden können, wird dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in der therapeutischen Beziehung geschehen. Unerwartete Angriffe oder plötzliches Weglaufen aus der Sitzung zeigen uns an, dass wir den wunden Punkt getroffen haben: Aus einer idealisierenden Übertragung wird im Nu die Übertragung eines bedrohlichen und verfolgenden oder eines verachteten und entwerteten Objektes. Ähnlich wie in vielen anderen Beziehungen kann es zum Bruch in der therapeutischen Beziehung kommen (Gunderson 2007; Hill et al. 2008). Reife Ich-Funktionen setzen in diesen Momenten aus, die Fähigkeiten des Denkens und der Mentalisierung stehen nicht mehr zur Verfügung. Alles wird missverstanden im Sinne einer feindseligen Absicht und einer Bedrohung.

P: Was wollen Sie damit sagen? Dass Sie nicht glauben, was ich gesagt habe? Denken Sie denn, ich sei ein Lügner?

Im Voraus zu wissen, mit welcher Äußerung wir den wunden Punkt treffen, ist praktisch unmöglich (Lachkar 2008). Nur wenn wir unsere Patienten genauer kennen, können wir

vielleicht durch unsere Wortwahl diese emotionalen Reaktionen in Grenzen halten. Diese Rücksichtnahme wäre jedoch nicht nur mit einer erheblichen Anstrengung und Einschränkung verbunden. Sie wäre überdies nicht sinnvoll, weil sie die Illusion einer triggerfreien interpersonellen Umwelt erzeugen würde.

Hinzu kommt, dass ein allzu tiefes Verständnis möglicher Triggermomente und eine *übermäßige Rücksichtnahme* die Patienten auch ängstigen kann, vor allem dann, wenn das Verstehen subjektiv als ein Eindringen erlebt und mit der Gefahr der Auflösung von Selbstgrenzen assoziiert wird. Verstandenwerden ist für manche Borderline-Betroffene nur als Vereinnahmtwerden oder als manipulative Beeinflussung vorstellbar. Oder sie fürchten, dass von ihnen als Preis für das Wohlwollen erwartet wird, dass sie zu allem Ja sagen müssen. Wir vermitteln den Patienten daher, dass wir uns zwar bemühen, sie zu verstehen und ihnen Trigger in der therapeutischen Situation so weit wie möglich zu ersparen, dass dies aber naturgemäß an Grenzen stoßen wird. Tatsächlich können wir unsere Patienten nicht gut behandeln, wenn wir immer das Gefühl haben müssen, als bewegten wir uns auf dünnem Eis oder »auf Eierschalen« (Mason 1998). Deshalb machen wir die Patienten frühzeitig darauf aufmerksam, dass wir mit hoher Wahrscheinlichkeit ihren wunden Punkt treffen werden, ohne es zu wollen.

Wegen der Borderline-typischen Ängste vor Vereinnahmung und Identitätsverlust kann es für die Patienten sogar erleichternd sein, wenn wir von den Grenzen unseres Verstehens sprechen und hervorheben, dass zwei verschiedene Personen einander immer nur begrenzt verstehen und nie alle Bedürfnisse und Wünsche voneinander erahnen können. Unser Nichtverstehen ist dann nicht Ausdruck eines Nichtverstehen-Wollens, sondern Ausdruck unserer *realen Begrenzung*.

Ähnlich wie die Entwicklungsforschung das »interaktive Reparieren« von Brüchen der Bindungsbeziehung als wesentliches Element einer guten Bindungsbeziehung hervorgehoben hat (Beebe u. Lachmann 2004), kann ein Reparieren der therapeutischen Beziehung mit der empathischen Anerkennung der Begrenzung unserer Empathie eine wertvolle Ressource darstellen. Je besser wir uns und unseren Patienten eingestehen können, dass wir ihren wunden Punkt getroffen und sie ungewollt verletzt haben, desto eher können wir – im »empathischen Annehmen unseres empathischen Scheiterns« (Kohut 2012) – die große Chance einer Beziehungsreparatur wahrnehmen – mit der Aussicht, die Tragfähigkeit und Belastbarkeit der therapeutischen Beziehung in oft überraschender Weise zu verbessern.

T: Ich glaube, in der letzten Stunde habe ich Sie gründlich missverstanden. Statt zu erkennen, wie belastet Sie waren, habe ich Ihnen mit meinen Vorschlägen wahrscheinlich eher noch mehr Stress gemacht. Kann das sein?
P: Ich hätte nie gedacht, dass Sie das zugeben würden.

Als Therapeuten, die mit Borderline-Betroffenen arbeiten, brauchen wir eine stetige selbstkritische Reflexion unseres therapeutischen Handelns. Vor allem sollten wir uns immer wieder fragen, ob unsere Intervention hilfreich war, das heißt das Verständnis des Patienten gefördert hat, oder ob sie lediglich der Entlastung unserer schwer erträglichen Gegenübertragungsaffekte gedient hat. Die Fähigkeit, therapeutische Irrtümer ohne nennenswerte Schuld- und Schamgefühle einzugestehen, ist von allergrößter Bedeutung. Sie dient den Patienten als Vorbild und birgt ein erhebliches Potenzial für die Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Eine andere Möglichkeit, den empathischen Zugang zu unseren Patienten zu verbessern, ergibt sich, wenn es uns gelingt, eigene negative Emotionen in der Gegenübertragung als Resultat *projektiver Identifizierung* (► Kap. 4.1) und als Hinweis auf die aktuelle Befindlichkeit der Patienten zu verstehen.

8.6 Patientenmitwirkung

Die aktive Mitwirkung der Patienten ist für den Erfolg der Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie (RBT) von herausragender Bedeutung. Die Patienten sollen das Gefühl entwickeln, dass sie »ihre« Therapie selbst mitgestalten können; sie sollen sich für sie verantwortlich fühlen und sich mit ihr identifizieren können. Eine autonome Motivation, das zeigen neuere Befunde, ist als Prädiktor für den Erfolg einer Therapie noch wichtiger als die therapeutische Beziehung (Zuroff et al. 2007). Einige Möglichkeiten der Mitgestaltung können sein:

- Die Patienten können Ressourcenerfahrungen, positive Begegnungen, kleine Erfolge usw. notieren.
- Sie können sich täglich selbst beobachten, indem sie auf ihre Stimmungen und deren Veränderungen achten und diese aufschreiben.
- Sie können beschreiben, was sie zur Regulation ihrer Befindlichkeit unternommen haben, welche selbstschädigenden und welche selbstfürsorglichen Verhaltensweisen sie angewendet haben.
- Sie können detailliert ausarbeiten, wie sie das in der Therapie Erarbeitete auf unterschiedliche Situationen des Alltagslebens übertragen können.

Ein Beobachtungsbogen, der jeden Abend ausgefüllt wird, kann zur Reflexion des aktuellen Therapiestandes beitragen (Mosquera 2004). Der Bogen enthält folgende Fragen:

- Was hat Sie heute am stärksten belastet?
- Welche selbstschädigenden Verhaltensweisen haben Sie ausgeführt?
- Nennen Sie mindestens eine selbstfürsorgliche oder selbstbestätigende Verhaltensweise, die Sie heute ausgeführt haben.
- Was haben Sie heute gelernt?
- Was wollen Sie morgen in Angriff nehmen?

Auch Hausaufgaben können sinnvoll sein, wenn sie in ein Verständnis des Beziehungskontextes eingebunden sind und Ressourcen aktivieren (Helbig u. Fehm 2004). Motivationale und Beziehungsfaktoren sind dabei von ebenso großer Bedeutung wie die Beachtung blockierender Übertragungseinflüsse. Bevor wir eine Hausaufgabe vorschlagen, fragen wir die Patienten, ob sie sich dies als hilfreich vorstellen können und ausprobieren möchten. Wenn dies der Fall ist, bitten wir sie, nach Möglichkeit bei der Ausgestaltung der Hausaufgaben mitzuwirken. Wenn sie verbal oder durch ihre Mimik zu verstehen geben, dass dies für sie kein guter Weg ist – möglicherweise weil negative Schulerfahrungen assoziiert werden –, bitten wir sie, ihre Kreativität zu nutzen, um herauszufinden, wie sie ihre Therapieziele besser erreichen können. Manchmal hilft es allein, den Begriff »Hausaufgaben« zu vermeiden und stattdessen nur die erwartete Tätigkeit zu benennen (»Schreiben Sie auf, […]«), um die motivationale Blockade zu beseitigen.

Überhaupt ermutigen wir unsere Patienten, in jeder Hinsicht *ihre Kreativität zu nutzen*, um Interventionen zur Selbsthilfe zu erarbeiten, die optimal zu ihrer Persönlichkeit passen und die dazu beitragen, das Entstehen negativer Affektzustände zu verhindern (Lyubomirsky 2008; Sin u. Lyubomirsky 2009). Die meisten Borderline-Patienten sind nach unserer Erfahrung äußerst kreativ und Neuem gegenüber aufgeschlossen und verfügen damit

über wichtige Ressourcen, die der Therapie zugute kommen. Nicht wenige unserer Patienten waren positiv überrascht, als sie durch uns auf ihre kreativen Potenziale aufmerksam gemacht wurden.

8.7 Therapiemotivation und Angst vor Veränderung

Die wenigsten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommen mit dem Wunsch in die Behandlung, ihre Persönlichkeit zu ändern. Die meisten möchten, dass Personen aus ihrem Umfeld ihr Verhalten ändern und ihre Bedürfnisse befriedigen. In beiderlei Hinsicht unterscheiden sie sich damit nicht von den meisten anderen Menschen. Auf der Basis unserer ressourcenorientierten Haltung gehen wir *positiv validierend* mit diesen Einstellungen um. Das heißt konkret:

- Wir vermitteln den Patienten unser Verständnis, dass die Vorstellung, sich selbst ändern zu sollen, naturgemäß Ängste auslöst: vor dem Verlust vertrauter Bewältigungsformen und vor dem Verlust der Verbindung zur eigenen, wenn auch traumatischen Kindheit. Selbst eine negative Pseudoidentität kann Sicherheit geben: Als »die Chaosfrau« oder »der Borderliner« zu gelten, kann ein Identitätsgefühl verschaffen, das besser ist als das Gefühl, »identitätslos« zu sein. Das Übel, das die Patienten kennen, ist ihnen lieber als das Übel, das sie nicht kennen.
- Ebenso können wir unser Verständnis dafür signalisieren, dass der in Aussicht gestellte Zuwachs an Kompetenz ebenfalls Ängste auslösen kann, wenn mit einer Veränderung zum Besseren die Angst verknüpft ist, auf diese Weise die therapeutische Unterstützung zu verlieren.
- Auch den Wunsch, dass andere Menschen ihr Verhalten ändern mögen, validieren wir positiv. Es ist gut verständlich, dass die Patienten nicht als erstes ihre eigenen Bewältigungsstrategien infrage stellen wollen, die ihnen in schwierigsten Situationen geholfen haben. Statt die Patienten zu früh auf ihren eigenen Beitrag an den interpersonellen Problemen zu verweisen, stellen wir die Möglichkeit in Aussicht, mithilfe der Therapie das Verhalten anderer Menschen verstehen und dadurch besser beeinflussen zu können.

Im Allgemeinen beruhigt es die Patienten, wenn wir anstelle einer Veränderung der Persönlichkeit die Chance einer *Besserung ihres Befindens* und die *Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungskompetenzen* hervorheben. Auch wenn viele Borderline-Patienten Angst vor einer Veränderung haben, heißt das nicht, dass sie nicht auch den Wunsch hätten, ihre Borderline-Existenz gegen ein besseres und gesünderes Leben einzutauschen. Je stärker wir der Versuchung widerstehen, Veränderung einzufordern, und je besser wir die mit einer Veränderung zusammenhängenden Ängste verstehen, desto größer ist die Chance einer Veränderung.

Entdecken wir bei uns den Wunsch, unsere Patienten unbedingt ändern zu wollen, kann eine Analyse der Gegenübertragung weiterhelfen: Möglicherweise befinden wir uns ihnen gegenüber in der Position einer komplementären Identifikation, ähnlich wie die Eltern der Patienten, die sie stets anders haben wollten als sie waren, ohne zu verstehen, was in ihnen vorging (Gabbard u. Wilkinson 2000).

Im Übrigen weisen wir die Patienten, besonders in der Anfangszeit der Behandlung, darauf hin, dass Therapie immer nur *in ganz kleinen Schritten* voranschreiten kann. Nur wenn die Schritte klein genug sind und erreichte Zwischenschritte als ein Erfolge gesehen werden können, wird die Motivation ausreichen, die immer auch anstrengende Psychotherapie durchzuhalten.

Therapeuten, die gute Erfahrungen mit strategischen Interventionen gemacht haben, empfehlen, mögliche *Gründe anzuführen, die gegen eine Veränderung sprechen*. Sie würdigen so die Ängste vor einer Veränderung. Je stärker wir mögliche Gründe gegen eine Veränderung vorbringen, desto eher werden sich die in ihrer Veränderungsmotivation ambivalenten Patienten mit der Seite der Veränderung identifizieren, wie uns die Erfahrung zeigt. Nicht was *wir* sagen, sondern wie sich die Patienten selbst zur Frage einer möglichen Veränderung äußern, ist für die Veränderungsmotivation entscheidend (Bundy 2004).

Ein starker Wunsch, in der Therapie *Kompensation und Wiedergutmachung* für das erlittene Unrecht und Leid zu erhalten, kann sich als hartnäckiger Widerstand gegen eine therapeutische Veränderung erweisen. Patienten mit einer Borderline-Störung fühlen sich oft zutiefst betrogen und leiten daraus eine Berechtigung ab, für das ihnen Vorenthaltene entschädigt zu werden. Wir halten es für außerordentlich wichtig, diesen Wunsch zu *validieren*.

Bestimmt nämlich ein solcher Wunsch die therapeutische Beziehung und bleibt dieser Aspekt tabuisiert, ist eine Stagnation der Therapie wahrscheinlich. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Opferrolle eine *identitätsstiftende Funktion* im Sinne einer Ersatzidentität erhalten hat. Sie bietet dann die Möglichkeit, eine Vielzahl von Ängsten abzuwehren, sich vor Kränkung und Selbstentwertung zu schützen und bei anderen Menschen Beziehungsqualitäten wie Mitgefühl, Hilfsbereitschaft und Schonungstendenzen hervorzurufen. Der Preis, den die Betroffenen zahlen, ist hoch. Sie zahlen ihn jedoch, wenn die Angst vor einer Veränderung und das fehlende Identitätsgefühl ihnen keine andere Wahl lassen.

Wir sprechen dies offen an und achten besonders darauf, die häufig auftretenden Impulse, vorwurfsvoll zu reagieren, durch eine Analyse unserer Gegenübertragung zu reflektieren und zu kontrollieren. Manchmal hilft uns die Vorstellung, dass Patienten sehr wohl eine andere Identität als diejenige eines Opfers vorziehen würden, wenn sie ihnen denn zugänglich wäre. Es ist unsere Aufgabe, durch Ermutigung, Ressourcenaktivierung und Hilfen bei der Klärung der inneren Welt zum Abbau ihrer Veränderungsängste und zum Aufbau eines neuen Identitätsgefühls beizutragen.

T: Irgendwie kommt es mir so vor, als sei das Opfersein schon zu einem Teil Ihrer Identität geworden. Sie können sich das Leben schon gar nicht mehr anders vorstellen. Wahrscheinlich wäre es Ihnen viel lieber, wenn Sie sich auch mal wehren könnten und nicht immer nur die Unterlegene wären. Aber das, so scheint es mir, kommt Ihnen völlig unmöglich vor.

Gute Erfahrungen konnten wir mit einer Doppelstrategie machen, bei der wir den Wunsch nach Wiedergutmachung empathisch validieren und gleichzeitig die Ambivalenz gegenüber einer Veränderung ansprechen. Bei einer offenen Diskussion dieser Problematik wird deutlich, wie schwer und schmerzhaft es sein kann, sich von der Vorstellung einer Wiedergutmachung zu verabschieden. Das Schmerzhafte dieses Verzichts greifen wir empathisch auf und bitten die Patienten abzuwägen, ob sie diesen schwierigen und schmerzhaften Weg – mit unserer Hilfe – gehen wollen. Vielen Borderline-Patienten fehlt auch die *Zuversicht*, dass sich nach den zahlreichen Fehlschlägen ihres bisherigen Lebens etwas zum Positiven wenden könnte, ebenso wie die Hoffnung, dass jemand ihnen helfen könnte, aus diesem »Loch« wieder herauszufinden.

T: Zu wie viel Prozent geben Sie der Therapie eine Chance geben? Ein oder zwei Prozent?

Viele Patienten müssen wir erst damit vertraut machen, auch *kleine Fortschritte wertzuschätzen*. Verinnerlichte Objektbeziehungen, oft in Form abwertender innerer Stimmen, machen es vielen schwer, die kleinen Erfolge anzuerkennen. Manchmal, aber nicht immer, kann diese Stimme als Stimme einer wichtigen Bezugsperson identifiziert werden.

T: Wie fühlt sich das an, wenn die innere Stimme zu Ihnen sagt: »Das ist doch gar nichts, was du da erreicht hast«?
P: Wie ein starker Druck. Ich fühle mich dann wie ein Versager.
T: Angenommen, Sie dürften auch kleine Schritte wertschätzen, wie würde sich das anfühlen?
P: Es würde mich entlasten, es würde mir Druck wegnehmen.
T: Wie fühlt sich das an, wenn der Druck weggeht?
P: Gut, leichter.
T: Können Sie das im Körper fühlen?
P: Ja, hier in der Magengegend und in der Brust.
T: Bleiben Sie einen Moment bei diesem Gefühl. (Das Körpergefühl kann mit langsamen bilateralen Stimulationen oder mit einer Klopfsequenz [▶ Kap. 7.4] verankert werden.)

Die wichtigste Maßnahme, um der Entwicklung einer Opferhaltung entgegenzuwirken, besteht nach unserer Auffassung in einer *konsequenten Ressourcenorientierung* und einer *präzisen therapeutischen Auftragsklärung*. Viele Probleme der therapeutischen Beziehung entstehen, wenn Therapeutin und Patientin sich nicht klar genug auf einen Therapieauftrag geeinigt haben. Therapeutische Beziehungen können regelrecht entgleisen, wenn Therapeuten eine ihnen sinnvoll erscheinende Strategie verfolgen und sich der Zustimmung ihrer Patienten sicher wähnen, obwohl diese einen anderen Lösungsweg im Auge haben oder für sich andere Prioritäten gesetzt haben.

Nicht selten führen Therapeutinnen Aufträge aus, von denen sie glauben, sie seien implizit von den Patienten erteilt worden. *Präzise Absprachen*, woran als nächstes gearbeitet werden soll, sind bei Patienten mit einer Borderline-Störung deshalb wichtiger als die initiale Formulierung von Therapiezielen. Eine minutiöse Abstimmung ist von großem Vorteil, weil sie sicherstellt, dass der Patient sich mit der gemeinsamen Aufgabe identifiziert.

T: Ist es in Ordnung, dass wir darüber sprechen?
P: Ja, gut.
T: Womit möchten Sie gerne beginnen?
P: Ich weiß nicht, da sind so viele Baustellen.
T: Überlegen Sie in Ruhe, womit Sie beginnen möchten.
P: Dann will ich über meine Schwierigkeiten mit meiner Schwester sprechen.

Erwähnung finden sollte an dieser Stelle noch die Möglichkeit einer *negativen therapeutischen Reaktion*. Wir sprechen davon, wenn eine schon erreichte Besserung wieder eine Verschlechterung zur Folge hat. Die Erfahrung einer Patientin, dass es ihr besser geht, löst dann weitere Anspannung, Angst und Übererregung aus. Dies tritt typischerweise dann auf, wenn eine Person früher erleben musste, dass unmittelbar nach einem Gefühl von Sicherheit eine traumatische Erfahrung folgte. Das Erleben von Anspannung und Angst hat damit die Funktion eines Signalaffektes (Casement 1985). Therapeutisch leiten wir die Patienten an, zunächst die Warnfunktion dieses Signalaffektes wertzuschätzen und dann die Verknüpfung von Wohlbefinden und fehlendem Sicherheitsgefühl als ein Muster zu identifizieren, das der Vergangenheit angehört.

T: Der Satz »Ich fühle mich gut und das ist unsicher« hatte eindeutig eine Berechtigung in der Vergangenheit. Heute gilt hingegen: »Ich fühle mich gut und das ist sicher«. Der erste Satz gehört eindeutig in den »Vergangenheitscontainer«. Den zweiten Satz sollten Sie sich so oft wie möglich in Erinnerung rufen.

8.8 Postulat eines reifen und reflexionsbereiten Persönlichkeitskerns

Patienten mit einer Borderline-Störung, die sich uns in der Therapie vor allem mit ihren destruktiven Persönlichkeitsanteilen präsentieren, lassen uns leicht vergessen, dass sie zu anderen Zeiten und in anderen Kontexten mit hoher Wahrscheinlichkeit auch höher entwickelte und »erwachsene« Persönlichkeitsanteile aktualisieren können. Es erscheint uns zunächst wenig plausibel, dass sie Beziehungen auch einmal auf einem reiferen oder erwachseneren Niveau gestalten konnten, dass ihnen dafür auch erwachsene Prozeduren der interpersonellen Kommunikation zur Verfügung standen und dass sie sehr wohl in der Lage waren, andere Menschen in ihren Bedürfnissen, Ängsten und Wünschen wahrzunehmen. Dass dem so ist, erschließt sich uns jedoch besser, wenn wir die Patienten nicht in der bindungsrelevanten Dyade – mit ihren wichtigsten Bezugspersonen oder mit uns – erleben, sondern in einem Lebenskontext, in dem eine Borderline-typische Bedrohung fehlt: in Situationen, in denen Ängste vor dem Verlassenwerden, Zurückgewiesenwerden, Vereinnahmtwerden oder Gedemütigtwerden *nicht* mobilisiert werden.

So erleben stationär arbeitende Therapeuten immer wieder, wie Borderline-Patienten z. B. in einer Gruppentherapie oder bei informellen Zusammenkünften ihre erwachsenen Persönlichkeitsanteile zur Geltung bringen und ihren Mitpatienten der Station einfühlsam Ratschläge erteilen oder Trost spenden können. Die Patienten würden damit sofort scheitern und Zurückweisung erfahren, wenn sie diese Mitpatienten ausschließlich als bedürfnisbefriedigende Objekte wahrnehmen könnten und behandeln würden.

Auch wenn es häufig vorkommt, dass Borderline-Patienten sich in einem regressiven oder destruktiven Modus präsentieren: Unsere therapeutische Haltung ist von der Überzeugung bestimmt, dass sie grundsätzlich auch zur Aktivierung erwachsener Persönlichkeitsanteile und damit auch zu einer besseren Mentalisierungsleistung in der Lage sind. Sie können diese Fähigkeiten nutzen, sobald sich ihre Fähigkeit zur Emotionsregulierung verbessert hat oder sie erkennen können, dass die Therapie, anders als ihre früheren Beziehungen, auf gleicher Augenhöhe stattfindet. Damit wenden wir uns entschieden gegen eine Sichtweise, die Personen mit einer Borderline-Störung mit dem Attribut der Unreife etikettiert, ebenso auch gegen die häufig zu hörende Auffassung, Borderline-Patienten seien unfähig zur Mentalisierung und Selbstreflexion.

Im Einklang mit unserer ressourcenorientierten therapeutischen Grundhaltung gehen wir vielmehr davon aus, dass ihnen als Folge ihrer emotionalen Dysregulation und wegen der massiven Aktivierung von Bindungs- und Schutzsystemen die Einnahme einer erwachsenen Perspektive aktuell nicht möglich oder erschwert ist. Diese betrifft die Fähigkeit, reflektierend unterschiedliche Perspektiven einzunehmen, wie auch die Fähigkeit, im Sinne der »Ganzobjektbeziehung« andere Personen in ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen wahrzunehmen. Unsere Aufgabe besteht darin, die Patienten darin zu unterstützen, diese »präfrontalen« Fähigkeiten bei sich zu entdecken und weiterzuentwickeln.

Damit soll weder geleugnet werden, dass die Störung der Emotionsregulierung mit strukturellen Defiziten des Gehirns einhergeht, noch bestritten werden, dass sich viele Borderline-Patienten mit einem der genannten regressiven Persönlichkeitsanteile so stark identifiziert haben, dass ihre Persönlichkeit weitgehend oder ganz durch sie bestimmt wird. Doch wir gehen davon aus, dass sie wie andere Patienten prinzipiell über einen reifen, reflektierenden und zur Ganzobjektbeziehung fähigen Persönlichkeitskern verfügen, aber diese Ressource derzeit nicht nutzen können.

Gelegentlich können wir die Ressourcenvision des Erwachsenenmodus durch eine positive Suggestion wie die folgende evozieren:

> **T:** Im Moment ist es sehr schwer für Sie, eine umfassende Sicht auf das Problem einzunehmen, weil sie so aufgewühlt sind und von heftigen Emotionen überflutet werden. Wenn Sie nach einigen Sitzungen etwas beruhigter sein werden und die Dinge in Ruhe von verschiedenen Seiten aus betrachten können, wird es Ihnen vermutlich besser möglich sein, für sich eine gute Entscheidung zu treffen.

Die meisten Patienten fühlen sich gut verstanden, wenn wir ihnen vermitteln, dass wir sie nicht für infantile und ungesteuerte »Borderliner«, sondern für Menschen halten, die zwar als Folge ihrer Affektregulationsstörung mit heftigen emotionalen Krisen und Beziehungsproblemen zu kämpfen haben, aber sehr wohl zu einer reflektierten und reifen, unterschiedliche Interessen berücksichtigenden Haltung in der Lage sind. Eine solche Haltung bietet mehrere Vorteile:

- Indem wir den Patienten im positiven Sinne wie selbstverständlich »unterstellen«, dass sie höher entwickelte oder »erwachsene« Persönlichkeitsanteile besitzen und dass diese – und seien sie auch noch so verborgen oder schwer zugänglich – den Kern ihrer Persönlichkeit bilden, stärken wir nicht nur ihr *Selbstwertgefühl*, sondern suggerieren ihnen auch ein *Identitätsgefühl* – gerade dann, wenn ihnen ein klares Gefühl für ihre Identität fehlt. Dies bedeutet keinesfalls, dass es nicht nötig wäre, die Identitätsproblematik zu bearbeiten. Eine solche Intervention soll vielmehr eine entlastende und stärkende Funktion haben. Sie kann Patienten, die unter ihrem schwankenden Identitätsgefühl leiden, von dem Schamgefühl entlasten, das entsteht, wenn sie das Gefühl haben, nicht »in Ordnung« zu sein oder nicht genau zu wissen, wer sie wirklich sind.
- Uns fällt es viel leichter, Borderline-Patienten den für eine gute therapeutische Beziehung notwendigen Respekt entgegenzubringen, wenn wir ihre Persönlichkeit nicht primär durch die aktuell im Vordergrund stehenden kindlichen, aggressiven oder histrionischen Züge bestimmt, sondern mit der Möglichkeit erwachsener und reifer Züge ausgestattet wahrnehmen. Indem wir uns klarmachen, dass ihnen der Zugang zu diesen Persönlichkeitsanteilen wegen ihres emotional dysregulierten Zustands noch versperrt, aber prinzipiell möglich ist, können wir uns besser die *Ressourcenvision einer reif reflektierenden Persönlichkeit* vor Augen führen, der wir – selbst dann, wenn sie sich derzeit noch »unreif« verhalten sollte – ein wertschätzendes Beziehungsangebot auf Augenhöhe machen.

Literatur

Beebe B, Lachmann FM (2004). Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bion WR (1984). Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis. New York: Jason Aronson.

Bundy C (2004). Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. J R Soc Med; 97 (Suppl 44): 43–7.

Casement P (1985). On Learning From the Patient. New York. Tavistock.

Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. Biol Psychiatry; 54: 1284–93.

Frank AF (1992). The therapeutic alliance of borderline patients. In: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H (eds). Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives. New York: Guilford Press; 220–47.

Gabbard GO (1989). On »doing nothing« in the treatment of the refractory borderline patient. Int J Psychoanal; 70: 527–34.

Gabbard GO, Wilkinson SM (2000). Management of Countertransference with Borderline Patients. Northvale: Jason Aronson.

Gunderson JG (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 164: 1637–40.

Helbig S, Fehm L (2004). Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie: Empfehlungen und ihre empirische Fundierung. Psychotherapeut; 50: 122–8.

Hill J, Pilkonis P, Morse J et al. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. Psychol Med; 38: 135–46.

Kohut H (2012). Die Heilung des Selbst. 9. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Lachkar J (2008). The V-spot: Healing the »V«ulnerable Spot from Emotional Abuse. New York: Roman & Littlefield.

Lachkar J (2010). How to Talk to a Borderline. New York: Routledge.

Lindy JD (1993). Focal psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In: Wilson JP, Raphael B (eds). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press; 803–10.

Lohmer M (2013). Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Lyubomirsky S (2008). The How of Happiness: A Scientific Approach to Getting the Life You Want. New York, NY: Penguin Press.

Mason PT (1998). Stop Walking on Eggshells: Coping when Someone You Care about Has Borderline Personality Disorder. Oakland: New Harbinger.

Mosquera D (2004). Diamantes en bruto (II). Madrid: Pleyades.

Prunetti E, Framba R, Barone L et al. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: a pilot study. Psychother Res; 18: 28–36.

Richardson-Vejlgaard R, Broudy C, Brodsky B et al. (2013). Predictors of psychotherapy alliance in borderline personality disorder. Psychother Res; 23: 539–46.

Sin NL, Lyubomirsky S (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. J Clin Psychol; 65: 467–87.

Wnuk S, McMain S, Links PS et al. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. J Pers Disord; 27: 716–26.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.

Zuroff DC, Koestner R, Moskowitz DS et al. (2007). Autonomous motivation for therapy: a new common factor in brief treatments for depression. Psychother Res; 17: 137–47.

9 Gegenübertragung und Therapeuten-Selbstfürsorge

9.1 Bedeutung der Gegenübertragung

Therapeutinnen, die Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung behandeln und mit deren wechselnden emotionalen Zuständen konfrontiert sind, können selbst in schwierige emotionale Verfassungen geraten. Sie fühlen sich nicht selten von den Patientinnen manipuliert, kontrolliert, ausgebeutet oder abgewertet und reagieren darauf mit Ärger, Wut, Hilflosigkeit, Verzweiflung oder mit anderen negativen Affekten. Es können auch Schuldgefühle auftreten, wenn Patienten Vorwürfe erheben oder Forderungen stellen. Schließlich können sich Gefühle von Ohnmacht und Resignation einstellen, wenn Therapeutinnen versuchen, ihren Patientinnen gerecht zu werden und dafür von ihnen Zurückweisungen und Beschuldigungen erfahren.

Ein ressourcenorientierter psychodynamischer Umgang mit unserer *Gegenübertragung* ist nicht nur für das Gelingen der Therapie, sondern auch für unser eigenes Wohlbefinden von großer Bedeutung. Nach unserer Auffassung ist auch ein hinreichendes Wohlbefinden der Therapeuten eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Therapie. Die Handhabung der Gegenübertragung und die Selbstfürsorge der Therapeuten hängen eng miteinander zusammen. Die Selbstfürsorge der Therapeuten in der Behandlung von Borderline-Patienten ist eine besondere Herausforderung, vor allem für Anfänger in der Psychotherapie dieser Patienten.

Wir wollen uns in diesem Kapitel zunächst ausführlich dem ressourcenorientierten Verständnis der Gegenübertragung zuwenden und zum Schluss einige Hinweise geben, wie Therapeuten mithilfe ressourcenaktivierender Techniken die Fähigkeit erwerben können, sich von negativen Affekten zu distanzieren und eigene positive emotionale Zustände zu generieren.

Ein ressourcenorientiertes Verständnis der Gegenübertragung ist nicht neu. Während Freud (1910) die Gegenübertragung vor allem als Störfaktor in der Therapie betrachtete, lehrt uns Heimann (1950), sie nicht nur als ein Hindernis anzusehen, das uns die therapeutische Arbeit erschwert, sondern auch als eine *Hilfe*, die uns wertvolle Hinweise auf die innere Welt unserer Patienten geben kann (Heimann 1950). Sie formulierte auch die heute am breitesten akzeptierte *Definition der Gegenübertragung*: Gegenübertragung bildet die Gesamtheit unserer emotionalen Reaktionen, Gedanken und Fantasien, die sich auf unsere Patienten beziehen, gleichgültig ob sie ihren Ursprung in Reaktionen der Patienten oder in unseren eigenen unverarbeiteten Konflikten oder traumatischen Erfahrungen haben (Wöller 2013, S. 437 ff.).

Die Beachtung und Analyse der Gegenübertragung hat demnach eine doppelte Funktion:

- Sie kann uns davor bewahren, die in der therapeutischen Situation zwangsläufig entstehenden negativen Emotionen in uns eindringen zu lassen. Speziell kann sie uns helfen, aggressive, vorwurfsvolle oder entwertende Beziehungsangebote der Patienten nicht »persönlich« zu nehmen. Indem sie uns die notwendige *Distanz zu den nega-*

tiven Affekten und Impulsen gegenüber unseren Patienten verschafft, kann sie uns davor schützen, dass wir sie ihnen gegenüber unkontrolliert ausagieren.
- Sie gibt uns Hinweise auf die momentan aktiven Regulationsvorgänge und die *sich aktuell herstellende Beziehungsdynamik* zwischen uns und unseren Patientinnen. Indem wir unsere positiven und negativen Emotionen, unsere Distanzierungswünsche ebenso wie unsere Rettungsimpulse bewusst wahrnehmen, gewinnen wir wertvolle Einblicke, wie sich die *innere Objektwelt* der Patientin in der therapeutischen Situation entfaltet. Dies hängt sicher auch davon ab, wieweit es uns gelingt, Gegenübertragungsphänomene, die unseren eigenen ungelösten Konflikten und unverarbeiteten Traumatisierungen entstammen, davon zu differenzieren.

> Eine Therapeutin bemerkte bei sich heftige Impulse, die Patientin zu beschuldigen, weil diese sich zum wiederholten Male selbstschädigend verhalten hatte. Als sie verstand, dass mit dem Ausagieren dieser Impulse ein verinnerlichter Aspekt der frühen Mutterbeziehung in der therapeutischen Beziehung wiederbelebt worden wäre, fiel es ihr leichter, diesem Impuls zu widerstehen und zu einer empathischen Haltung zurückzufinden. Sie konnte stattdessen für sich differenzieren, für welchen Teil des Patientenverhaltens eine klare Begrenzung und für welchen Teil ein vertieftes Verständnis angemessen ist.

Speziell bei Patienten mit einer Borderline-Störung erscheinen uns die folgenden Aspekte bedeutsam:
- Während höher strukturierte Patienten dazu neigen, Aspekte der eigenen, oft überstrengen inneren Normenwelt in uns zu projizieren, finden wir bei Borderline-Betroffenen eher die Tendenz, unerträgliche negative Selbstzustände in einer abgespaltenen Form in uns zu deponieren.
- Wie sich die Übertragungen in Abhängigkeit von den jeweils aktualisierten Persönlichkeitszuständen innerhalb kurzer Zeiträume, ja sogar innerhalb einer Therapiesitzung, ändern können, können sich naturgemäß auch unsere Gegenübertragungsreaktionen in schneller Folge ändern (Meissner 1988).
- Je regredierter eine Patientin ist, das heißt je stärker kindlich-anklammernde oder feindselig-destruktive Persönlichkeitsanteile das aktuelle Verhalten bestimmen, desto heftiger und widersprüchlicher fallen ihre Übertragungen aus und umso schlechter gelingt es uns, unsere Gegenübertragungsreaktionen einzuordnen.

Für die therapeutische Situation bedeutet dies: Immer wenn wir uns bei einem bestimmten Patienten deutlich anders als bei den übrigen Patienten verhalten, sollten wir uns kritisch hinterfragen, ob uns bei ihm möglicherweise ein *behandlungstechnischer Fehler* auf der Basis einer unzureichend reflektierten Gegenübertragung unterläuft. Mehr noch: Je sicherer wir diese Haltung vertreten, desto wichtiger ist die Reflexion der Gegenübertragung! Supervisionen und Selbsterfahrung können Gegenübertragungsverstrickungen deutlich machen und Alternativen aufzeigen.

Entsprechend der Beziehungsdynamik der Traumatisierung haben wir es mit drei Grundmustern von Gegenübertragungskonstellationen zu tun, die dem Beziehungsdreieck Täter – Opfer – Retter zugeordnet werden können:
- Die *Retterposition* erkennen wir an unserem Impuls zur *Überidentifizierung* mit der Patientin und der Neigung, ihr eine andere – bessere, intensivere, persönlichere – Qualität der Beziehung zukommen zu lassen,

als wir sie bei anderen Patientinnen wahrnehmen. Wenn wir z. B. Therapiesitzungen oder auch die ganze Therapie selbstlos verlängern und uns außerhalb der professionellen Rolle für unsere Patienten engagieren, liegt es nahe, dass wir sie vorwiegend als ein hilfloses, zu rettendes Opfer und uns selbst als Retter wahrnehmen. Eine Reflexion dieser Gegenübertragungsverstrickung in der Supervision kann uns von dem Übermaß an übernommener Verantwortung entlasten und der Patientin das Maß an Selbstverantwortung zurückgeben, das sie für eine gelingende Therapie braucht.

- Die *Täterposition* umfasst Impulse der *feindseligen Distanzierung* ebenso wie Impulse, die Patientin zu kritisieren, zu bestrafen, zu quälen, wegzuschicken oder in anderer Weise feindselig oder missbräuchlich zu behandeln. Die Täterposition kann auch in einer Tendenz der Therapeutin zum Ausdruck kommen, einer traumatisierten Patientin keinen Glauben zu schenken oder ihr die Schuld an den Traumatisierungen zu geben.

Ein Therapeut bemerkte, wie er bei seiner Patientin zunehmend ärgerlicher intervenierte und auf subtile Art begann, sie in destruktiver Weise zu kritisieren. In der Supervision wurde ihm klar, dass er sich ähnlich destruktiv verhielt, wie sich die Eltern der Patientin ihr gegenüber verhalten hatten. Er verstand auch, dass er in die Täterposition geraten war, nachdem er sich durch bestimmte Äußerungen der Patientin verletzt gefühlt hatte, ohne dies zu bemerken. Nachdem er das Gegenübertragungsgefühl des Verletztseins differenziert wahrnehmen und den Anteil, der auf seine eigene Beziehungstraumatisierung zurückgeht, identifizieren konnte, konnte er wieder zu einer wertschätzenden und empathischen Haltung gegenüber der Patientin zurückfinden.

- Die *Opferposition* beinhaltet die unterschiedlich motivierte Tendenz der Therapeutin, sich von der Patientin verbal oder real misshandeln oder missbrauchen zu lassen, und die Bereitschaft, eine Schädigung ihrer Interessen um der Patientin willen hinzunehmen.

Eine Therapeutin fühlte sich schuldig, weil sie das grenzüberschreitende Verhalten einer Patientin begrenzen musste und diese ihr deshalb Vorwürfe machte. In der Supervision konnte sie Distanz zu diesem Gegenübertragungsgefühl herstellen. Sie verstand, dass sie nicht schuldige Täterin war, sondern nur das getan hatte, was für die Fortsetzung der Therapie unbedingt notwendig war. Hätte sie die Begrenzung unterlassen und das grenzüberschreitende Verhalten der Patientin weiter zugelassen, hätte sie die ihr zugewiesene Opferrolle ausagiert und einen Stillstand der Therapie bewirkt.

Welchen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang die ressourcenorientierte therapeutische Grundhaltung unseres Ansatzes? Da die ressourcenorientiert arbeitende Therapeutin vor allem die Zusammenarbeit mit den reiferen Anteilen der Persönlichkeit sucht und Regressionen nicht in der therapeutischen Beziehung, sondern vor allem auf der inneren Bühne fördert, trägt sie dazu bei, die Heftigkeit der Übertragungen und die dadurch bedingten Gegenübertragungsreaktionen zu verringern. Indem sie sich bemüht, Übertragungsreaktionen so weit wie möglich aufzulösen, reifere Strukturanteile zu mobilisieren und durch die *Arbeit mit dem inneren Kind* (►Kap. 11.10) die Bedürftigkeit der verletzten kindlichen Persönlichkeitsanteile zu würdigen, werden ihre Gegenübertragungsreaktionen weniger belastend ausfallen.

Dennoch rechnen wir stets damit, dass wir in *Übertragungs-Gegenübertragungs-Verstrickungen* hineingezogen werden können. Selbst wenn wir in der Behandlung von Borderline-Patienten besonders auf Abweichungen vom therapeutisch »Normalen« achten und uns die wichtigsten Gegenübertragungsfallen bekannt sind, sollten wir anerkennen, dass das Verstricktwerden eher die Regel als die Ausnahme ist. Auch hier hilft uns die Ressourcenperspektive: Im Bewusstsein, dass wir Verstrickungen ohnehin nicht vermeiden können, sollten wir uns getrost auf das Abenteuer einer therapeutischen Beziehung einlassen. Denn unsere zunehmenden Erkenntnisse und die positive Beziehungserfahrung, die der Patientin zuteil wird, wenn wir eine Verstrickung erkennen und auflösen, sind beträchtlich: Sie können den Verlauf einer Therapie entscheidend beeinflussen und maßgeblich zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung beitragen.

9.2 Projektive Identifizierung

Problematische Gegenübertragungsreaktionen lassen sich oft gut mit dem Konzept der projektiven Identifizierung (Bion 1962) verstehen und zumindest teilweise auflösen. Wir haben das Konzept in unserer klinischen Arbeit schätzen gelernt, obwohl die beschriebenen Phänomene im Lichte der neurobiologischen Forschung vermutlich anders zu erklären sind als es Bion angenommen hatte (►Kap. 4.1). Mithilfe des Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung verhalten sich Personen, insbesondere Patienten mit einer Borderline-Störung, unbewusst so, dass Gefühle, die ihnen selbst unerträglich sind, in ihren Interaktionspartnern entstehen; die Interaktionspartner erleben dann die Gefühle als ihre eigenen. Wie dies genau geschieht, ist noch weitgehend unerforscht; es ist zu vermuten, dass die vom Patienten dissoziierten Gefühle dem Therapeuten über seine Spiegelneurone zugänglich werden, ohne dass dieser sich zunächst ihrer Herkunft aus dem Erleben der Patienten bewusst ist (►Kap. 4.1).

In der metaphorischen Sprache der Containertheorie von Bion (1962) »deponieren« die Patienten die unerträglichen Gefühle und inakzeptablen Selbstanteile in die Interaktionspartner, indem sie diese als »Container« verwenden. Je mehr Borderline-Patienten unter dem Druck der verinnerlichten negativen Beziehungserfahrungen stehen, desto stärker wird ihr Druck, die negativen Emotionen zu externalisieren. Je intensiver der Projektionsdruck wird, umso dringlicher müssen sie in ihrem Umfeld Interaktionspartner finden, die sich für die Projektion der negativen Emotionen eignen. Das gilt für *Interaktionen des Alltagslebens* in gleicher Weise wie für die *therapeutische Beziehung*. Ähnlich wie Interaktionspartner des Alltagslebens können sich Therapeuten hilflos, ohnmächtig, schuldig, beschämt, wertlos oder völlig inkompetent fühlen. Interaktionspartner des Alltagslebens ziehen sich üblicherweise zurück, wenn sie wiederholt die Erfahrung gemacht haben, dass es ihnen nach einem Kontakt mit einer bestimmten Person schlecht geht. Unsere Aufgabe ist es hingegen, diese meist unvermeidlich ablaufenden Prozesse reflektierend durch eine Analyse unserer Gegenübertragung zu verstehen.

Diese Arbeit ist in besonderem Maße *lohnend* und kann wesentlich zu unserem *Wohlbefinden* beitragen. Sobald wir die in uns während der Therapiesitzungen entstehenden Emotionen überwiegend als von unseren Patienten induzierte Emotionen identifizieren können, werden wir leichter *Distanz* zu diesen oft quälenden Gegenübertragungsgefühlen finden. Es kann sehr erleichternd sein, zu entdecken, dass die in uns auftretenden Gefühle der Schuld, der Ohnmacht und des Nichtgenügens

ihren Ursprung nicht nur in uns haben, sondern zum großen Teil Emotionen unserer Patienten sind, die uns, vermittelt über unsere Spiegelneurone, wahrnehmbar werden.

Mit den Worten der Containertheorie fällt uns die Aufgabe zu, die »unverdauten« negativen Emotionen der Patientin in uns aufzunehmen, sie zu verstoffwechseln und anschließend »gereinigt« der Patientin wieder zur Verfügung zu stellen. Damit dieser Transformationsprozess gelingt, bedarf es auf unserer Seite einer reflektierenden (»mentalisierenden«) Haltung. Sie soll sicherstellen, dass wir die in uns entstehenden negativen Emotionen nicht in Handlung umsetzen, sondern sie als Ausdruck eines emotionalen Regulationsdefizits unserer Patientin verstehen.

Eine solche Erkenntnis kann nicht nur befreiend, sondern auch therapeutisch fruchtbar sein, indem sie einen neuen *empathischen Zugang* zur Emotionalität der Patienten erschließt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass wir uns annähernd so gefühlt haben, wie die Patienten sich oft fühlen. Statt durch eigene negative Emotionen demoralisiert und blockiert zu werden, können wir die Patienten empathisch auf ihre emotionale Notlage ansprechen:

T: Ich glaube, ich habe etwas von den schlimmen Gefühlen gespürt, die Sie so oft berichtet haben. Ich kann mir jetzt vorstellen, wie sehr diese Sie quälen.

Die Fähigkeit, eigene Emotionen als projizierte Emotionen der Patienten einzuordnen, bringt auch die Verpflichtung mit sich, auf eine reflexhafte Reaktion zu verzichten und zu einer reflektierten Antwort zu gelangen. Dies bedeutet, dass wir die Projektionen der Patienten nicht einfach als unzutreffend von sich weisen, sondern nach einem Prozess der inneren Bearbeitung den Patienten wieder zur Verfügung stellen.

Ein Therapeut fühlte sich von einer Patientin immer wieder provoziert und ließ sich durch die Provokationen zu impulshaften Äußerungen verleiten. Dann beschloss er, das Gefühl des Provoziertwerdens als solches in sich aufzubewahren, bis er es vor dem Hintergrund der frühen Beziehungserfahrungen der Patientin verstehen konnte: In der Kindheit der Patientin war provokatives Verhalten eine Möglichkeit gewesen, um die Aufmerksamkeit ihrer emotional wenig präsenten Mutter auf sich zu lenken. Auch wenn die Reaktion der Mutter aggressiv und strafend ausfiel, so fühlte sich die Patientin dennoch von ihr wahrgenommen und weniger alleingelassen. In den folgenden Therapiesitzungen ließ sich herausarbeiten, in welchen Momenten der therapeutischen Beziehung sich die Patientin alleingelassen und nicht genügend wahrgenommen gefühlt hatte und wie sie durch provozierende Äußerungen eine zwar nicht empathische, aber doch spürbare emotionale Reaktion des Therapeuten hervorgerufen hatte.

Gefühle der Hilflosigkeit können, darauf sei noch hingewiesen, nicht nur durch Projektion entstehen. Sie können auch in Therapeutinnen induziert werden, wenn Patientinnen zwar unbewusst, aber dennoch *aktiv dazu beitragen*, Therapeutinnen in eine hilflose Position zu bringen. Eine Möglichkeit, ein passiv erlittenes Trauma zu meistern, kann darin bestehen, die Therapeutin in die Lage des ohnmächtigen und hilflosen Kindes zu versetzen, während die Patientin die Rolle der misshandelnden Eltern einnimmt (Porder 1987). Solche Beziehungsmuster sind den Patienten meist gut bekannt; es kann entlastend wirken, wenn wir verdeutlichen, dass es für Kinder »normal« ist, sich die Eltern zum Vorbild zu nehmen und so zu handeln, wie sie es ihnen vorleben.

9.3 Ärger, Wut und Hilflosigkeit

Ärger, Enttäuschung bis hin zu Wut, aber auch ohnmächtige Wut und Hilflosigkeit sind häufige Gegenübertragungsreaktionen, die in der Beziehung zu Borderline-Patienten auftreten können. Der Ärger kann sich auch in Form somatischer Symptome manifestieren, denn unsere körperlichen Reaktionen sind ein wesentlicher Indikator für eine empathische psychobiologische Einstimmung (Dosamantes-Beaudry 1997). Besonders häufig wird Wut durch *Müdigkeit* abgewehrt. Gabbard (1986) spricht in diesem Zusammenhang von »physiologischer Gegenübertragung«, wenn Therapeuten die durch ihre Patienten erzeugte Emotionalität physiologisch verarbeiten, z. B. durch Mundtrockenheit, erhöhten Blutdruck oder beschleunigten Pulsschlag.

Unter welchen Umständen treten Gefühle des Ärgers auf?

- Ärger auf die Patienten erleben wir, wenn wir das Gefühl entwickeln, *benutzt* zu werden, oder wenn alles Schlechte bei uns abgeladen wird. Ärgerlich zu werden, wenn wir beschuldigt oder angeklagt werden für Dinge, für die wir nicht verantwortlich sind, ist eine angemessene Gegenübertragungsreaktion. Ärger und Enttäuschung empfinden wir auch angesichts der häufigen Neigung von Borderline-Patienten, das zu *entwerten*, was wir tun. Nicht selten treffen sie, ähnlich wie narzisstische Patienten, dabei unsere Schwächen und verletzlichen Punkte.
- Ärger auf die Patienten entsteht auch dann, wenn diese uns unter Druck setzen, indem sie ihre Probleme so darstellen, als handele es sich um *Notfälle*. Sie vermitteln uns, als fordere ihr Problem eine unmittelbare Lösung. Wir können dadurch leicht unter einen erheblichen Handlungsdruck geraten, dem wir uns nur schwer widersetzen können. Der Druck kann so groß werden, dass Therapeuten sich veranlasst sehen, außergewöhnliche Maßnahmen zu ergreifen, um Hilfe zu leisten, indem sie z. B. jeden Tag mit den Patienten telefonieren oder zusätzliche Termine verabreden.
- Ärger entsteht auch dann, wenn die Patienten immer wieder die *Grenzen des Settings* austesten: indem sie mehr Therapiezeit fordern als vereinbart wurde, indem sie die Sitzungszeit überziehen, indem sie die Rechnung nicht bezahlen oder indem sie versuchen, aus der professionellen eine private Beziehung zu machen – verbunden mit der Suggestion, dass wir die perfekten Therapeuten wären, wenn wir nur ihre Wünsche erfüllten, und ihre Heilung verhindern, wenn wir dies nicht tun.
- Als ärgerlich und bedrängend erleben wir es, wenn die Patienten uns fortlaufend *aufs Genaueste beobachten*, ob unserer Gesichtsmimik Hinweise zu entnehmen sind, dass wir sie ablehnen oder aus Überdruss die Therapie beenden wollen. Oder sie stellen uns fortgesetzt Fragen, um sicherzugehen, dass wir sie nicht fallen lassen und die Therapie nicht beenden werden. Der Ärger darüber kann so groß sein, dass wir genau deshalb geneigt sind, die Therapie zu beenden.
- Ärger und hilflose Wut entstehen auch, wenn Patienten mit einer Borderline-Störung uns mit *unklaren Andeutungen möglicher Suizidalität* in permanenter Sorge halten.
- Ärgerlich und wütend können wir schließlich auch dann reagieren, wenn wir uns als Therapeuten von den Patientinnen *nicht wahrgenommen* und uns quasi »austauschbar« fühlen, gleichgültig, was wir sagen oder tun.

Wenn der *Ärger* über die genannten Verhaltensweisen der Patienten nicht reflektiert und bearbeitet wird, können *Schuld- und Insuffizienzgefühle* entstehen, dass wir ihnen nicht

geben können, was sie brauchen, bis hin zur *Verunsicherung*, ob die Patienten nicht das, was sie fordern, zu Recht beanspruchen können. Nicht wenige Therapeutinnen erliegen dieser Suggestion und geraten auf diese Weise in eine Opferposition, die sie therapeutisch handlungsunfähig macht.

> Eine Therapeutin konfrontierte sich in nahezu selbstquälerischer Weise immer wieder mit der Frage: Kann ich meiner Patientin, die in ihrer Kindheit so viel entbehren musste, den Wunsch versagen, mehr Therapiezeit zu beanspruchen, als vereinbart wurde? Kann ich es vertreten, mich »sklavisch« an Settingregeln zu binden und der Patientin das Gefühl des Besonderen zu verweigern, das sie bekommen könnte, wenn ich die Grenzen des Settings zu ihren Gunsten geringfügig überschreiten würde?

Statt uns in unberechtigter Weise Beschuldigungen oder Anklagen auszusetzen, uns unter Druck setzen zu lassen oder Grenzüberschreitungen hinzunehmen, empfehlen wir eine doppelte Strategie: Einnehmen des psychodynamischen Verständnisses der zugrunde liegenden Regulationsbedürfnisse einerseits und die entschiedene Begrenzung auf der anderen Seite. Das heißt, dass wir mit unseren Interventionen versuchen, sowohl den Aspekt der *Beruhigung und des Verständnisses* als auch den der *entschiedenen Begrenzung* zu realisieren. Im Einzelnen:

- In den meisten Fällen werden wir im Sinne des psychodynamischen Verständnisses annehmen, dass dem aggressiv getönten Auftreten der Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit ein *Borderline-typisches Bedrohungsgefühl* zugrunde liegt, das mithilfe aggressiv aufgeladener Persönlichkeitsanteile bewältigt wird.
- Patienten, die in unangemessener Weise Forderungen stellen oder Vorwürfe erheben, sprechen wir in *klarer, beruhigender, aber auch entschiedener Weise* als erwachsene Person an und erläutern ihnen unsere eigenen Begrenzungen und die Notwendigkeit, auf unangemessene Forderungen zu verzichten. Sie sollen verstehen, dass wir auf ihren »erwachsenen« und kooperativen Arbeitsstil angewiesen sind, um ihnen wirksam helfen zu können.
- Wie schon angedeuted setzen uns viele Borderline-Patienten mit ihrem Verhalten in einer massiven Weise unter Handlungsdruck, als handele es sich bei der Erfüllung ihres Bedürfnisses um einen *Notfall*. Dieses Verhalten verstehen wir als Ausdruck der Regression der Patienten auf einen Zustand frühkindlicher Not, in dem sich die Patienten vollkommen verlassen fühlen. In diesem Zustand verfügen die Patienten nicht über die Fähigkeit, sich als Handelnde in einem zeitlichen Kontinuum zu sehen, das sich zwischen Vergangenheit und Zukunft aufspannt und die Gegenwart als einen Moment auf diesem Kontinuum erkennen lässt (Ogden 1986). Sie erleben sich wie ein hilfloses kleines Kind, das nicht auf eigene Erfahrungen positiver Problembewältigung zurückgreifen kann und sich hilfesuchend an Erwachsene wendet. Weder ist ihnen zugänglich, dass sie ähnliche Zustände subjektiver Not bereits mehrfach überwunden haben, noch haben sie ein inneres Bild davon, dass die nahe Zukunft – entweder durch ein ruhig abwartendes Nachdenken oder mithilfe anderer Menschen – mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Problemlösung und innere Ruhe bringen wird.
- Patienten in derartig regressiven Zuständen versuchen wir die *Erwachsenenperspektive* wieder zugänglich zu machen und ihnen den Zugang zu beruhigenden inneren Ressourcen wieder zu erschließen. Wir erreichen dies, indem wir uns zunächst selbst von dem Druckgefühl distanzieren und uns

klarmachen, dass die Patientin sich in einem Zustand kindlichen Erlebens befindet, der naturgemäß mit dem subjektiven Erleben des Notfalls verbunden ist. Indem wir die Möglichkeit eines State-Wechsels in Betracht ziehen, mindern sich unser Druckgefühl und der Ärger auf die Patientin. Dann sind wir in der Lage, der Patientin die Möglichkeit beruhigender Aktivitäten in Erinnerung zu rufen, beispielsweise mithilfe des Butterfly Hug (►Kap. 10.1), und sie zu ermutigen, sich an bisher bewältigte Situationen zu erinnern und wieder die »erwachsene« Position einzunehmen.

T: Frau X., ich nehme wahr, wie sehr Sie sich in Not fühlen und wie sehr Sie das Gefühl haben, eine sofortige Lösung Ihres Problems zu brauchen. Ihre Not nehme ich sehr erst – dennoch scheint es mir, dass Sie im Moment in ein kindliches Erleben hineingeraten sind. Denn ich kenne Sie auch anders: als eine erwachsene Person, die weiß, dass sie schon viele Probleme gelöst hat und die besonnen über die Lösung von Problemen nachdenken kann. Meinen Sie, dass diese erwachsene Person wieder hervorkommen könnte?

- Wenn Borderline-Betroffene, die in ihrer beziehungstraumatischen Sozialisation nie gutartige Grenzerfahrungen kennenlernen konnten, die Grenzen eines therapeutischen Settings immer wieder überschreiten, denken wir auch an die Möglichkeit, dass diesem Verhalten der *Wunsch nach einer gutartigen Begrenzung* im Sinne einer positiven Beziehungserfahrung zugrunde liegen kann. Wir können an dieser Stelle nicht genug auf die *heilsame Wirkung von Grenzerfahrungen* in einem haltenden und empathischen Setting hinweisen.
- Die Unterscheidung von Bedürfnissen und Wünschen kann hier hilfreich sein. Die Patienten sollen das bekommen, was sie brauchen, und nicht das, was sie fordern. Was sie brauchen, ist Verlässlichkeit in der Beziehung und unsere authentische Bereitschaft, ihnen professionell zu helfen. Würden wir alle Wünsche von Borderline-Patienten erfüllen, z. B. die Therapiesitzung verlängern oder ohne Notwendigkeit etwas aus dem eigenen Privatleben offenbaren, würden wir ihnen eine Welt unbegrenzter Wunscherfüllung vorspiegeln, die es in der Realität nicht gibt. Was die Patienten zutiefst brauchen, ist unsere Bereitschaft, die Grenzen des Settings und unsere eigenen Grenzen konsequent zu schützen. Je stärker wir die Grenzen verteidigen, desto eher verhelfen wir ihnen zu Ich-Stärke. Wir stärken damit nicht nur ihre Frustrationstoleranz und ihre Fähigkeit, unangenehme Emotionen zu regulieren, sondern bewahren sie auch vor einer unrealistischen Wirklichkeitskonstruktion (Epstein 1979).
- Bei Patienten, die uns permanent beobachten und fortgesetzt von uns Bestätigungen und Versicherungen erzwingen wollen, denken wir an die Möglichkeit, dass sie in ihrer Kindheit jederzeit mit der abrupten Beendigung einer positiven Bindungserfahrung rechnen mussten und dies letztlich auch bei uns erwarten. Zur Korrektur dieser Überzeugung brauchen sie das *Ritual wiederholter Bestätigungen und Versicherungen* manchmal über eine längere Zeit. Wir haben gute Erfahrungen damit, ihnen diese so lange zu gewähren, wie es nötig ist. Zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie können wir die Patientin ermutigen, selbst ihren inneren kindlichen Persönlichkeitsanteilen die benötigte Beruhigung zu geben.

T: Auch wenn ich es schon oft gesagt habe, versichere ich Ihnen gerne noch einmal, dass ich Sie nicht ablehne und die Therapie mit Ihnen fortführen möchte. Vielleicht ist es später möglich, dass Sie sich die Beruhigung und Bestätigung selbst geben.

- Das Verhalten von Borderline-Patienten, uns mit *unklaren Andeutungen möglicher Suizidalität* in permanenter Sorge halten, verstehen wir ebenfalls als Ausdruck eines aktivierten Bindungssystems: Über die anhaltende Sorge um die Patientin bleiben wir an sie gebunden. Bei diesen Patienten bemühen wir uns zu ihrer und unserer Entlastung um sehr klare Absprachen im Umgang mit Selbstschädigungstendenzen und Suizidimpulsen (▶ Kap. 10.7 u. 10.8).

Manche Therapeuten werden *distanziert und rigide*, um ihren Ärger nicht bei ihren Patienten ausagieren zu müssen. Hinter einer solchermaßen distanzierten Haltung, die für Borderline-Patienten eher schädlich ist, verbirgt sich oft ein uneingestandener Ärger auf deren Verhalten, das als ansprüchlich und grenzüberschreitend erlebt wird. Gelegentlich wird das distanzierte oder rigide Therapeutenverhalten unter Hinweis auf eine behandlungstechnische Strategie rationalisiert (Chessick 1977). So kann der behandlungstechnische Vorschlag von Clarkin et al. (2008), die negative Übertragung frühzeitig zu deuten, rationalisierend befolgt werden, um Ärger auf den Patienten auszuagieren. Tatsächlich können Borderline-Patienten weder von einer übermäßig nahen noch von einer betont distanzierten therapeutischen Haltung profitieren. Was sie brauchen, ist eine Beziehung, die empathische Einfühlung mit professioneller Distanz verbindet.

9.4 Angst, Verunsicherung und Minderwertigkeit

Angst, Ohnmacht und Minderwertigkeitsgefühle zählen ebenfalls zu den Affekten, die Therapeutinnen in den Behandlungen von Borderline-Patientinnen häufig erleben.

Die Zustände der Angst sind vielfältiger Art: Sie können aus der aktuellen Beziehungssituation verständlich sein oder das Produkt der Abwehr unerwünschter Emotionen in der Gegenübertragung sein. Im Einzelnen:

- In nachvollziehbarer Weise können wir Angst vor *aggressiven oder unkalkulierbaren Reaktionen* der Patientin haben, wenn wir etwas Falsches sagen oder nicht auf ihre Wünsche eingehen. Durch die Wut der Patienten mit ihrer ständig im Raum stehenden Drohung einer aggressiven Auseinandersetzung fühlen sich Therapeuten oft eingeschüchtert und bedroht. »Auf Eierschalen gehen« ist eine häufig gebrauchte Metapher, um die Vorsicht zu beschreiben, mit der viele Angehörige und auch Therapeuten im Kontakt mit Borderline-Patientinnen glauben, ihre Worte abwägen zu müssen (Mason et al. 2011). Diese Vorsicht kann die Behandlung äußerst anstrengend und belastend machen. Zur Distanzierung von diesen Angstgefühlen kann der Hinweis beitragen, dass es sich bei der Wut von Borderline-Patienten viel häufiger um hilflose Wut handelt, die wir als *Reaktion auf eine Triggersituation* verstehen können, und weitaus seltener um den Ausdruck einer feindseligen Regung. Dies herauszuarbeiten ist dann die geeignetste Intervention, um die Wut des Patienten abzumildern.

T: Ich glaube, Sie wirken so wütend, weil Sie sich so absolut hilflos und ohnmächtig fühlen. Das wirkt dann so aggressiv, obwohl Sie eigentlich gar nicht aggressiv sein wollen, kann das sein?

- Dennoch kann uns auch *feindliche Aggressivität* entgegenschlagen, die Angst macht. Sie kann am besten vor dem Hintergrund des bei Borderline-Patienten allgemein erhöhten Bedrohungsgefühls bei aktiviertem Bindungssystem verstanden werden. Wenn wir davon ausgehen, dass die Patientin sich durch uns und durch die therapeutische Beziehung bedroht fühlt, tun wir gut daran, sie daran zu erinnern, dass sie die Kontrolle über die Situation hat, und ihr die möglichen Entscheidungsalternativen ins Gedächtnis zu rufen. Wir haben es uns zur Gewohnheit gemacht, schon früh in der Behandlung aktiv anzusprechen, dass wir mit hoher Wahrscheinlichkeit früher oder später Worte sagen werden, die als Trigger und damit als verletzend erlebt werden können, ohne dass wir es bemerken.

  T: Ich möchte Sie um Verständnis bitten, dass ich mit hoher Wahrscheinlichkeit irgendwann im Laufe der Therapie, ohne es zu wollen, Dinge sagen werde, die auf Sie verletzend wirken können. Bitte glauben Sie mir, dass ich Sie auf keinen Fall verletzen möchte. Wenn dies passiert, sagen Sie es bitte. Wir können dann schnell eine Klärung herbeiführen.

- Immer wieder kommt es vor, dass Therapeutinnen ängstlich verunsichert reagieren, wenn Borderline-Patientinnen, besonders solche mit stärkeren narzisstischen Strukturanteilen, ihnen vermitteln, dass sie mehr brauchen als Psychotherapie, nämlich eine *besondere Art der Beziehung*, die ihnen zeigt, dass sie als Person wertgeschätzt und geliebt werden, nicht als eine Patientin unter anderen. Mit großer Überzeugungskraft vertreten diese Patientinnen die Auffassung, dass nur dann Heilung möglich ist, wenn der Kontakt mit der Therapeutin über eine professionelle Beziehung hinausgeht. Nur die Bereitschaft zur Überschreitung der professionellen Grenzen beweise, dass sie wirklich geschätzt und geliebt würden. Nicht wenige Therapeutinnen erliegen dieser Suggestion und lassen es zu, dass die Grenze zwischen Professionellem und Privatem mehr und mehr verschwimmt und ihr privater Raum durch die Patientinnen besetzt wird. Andere lassen sich aus Angst vor den Wutreaktionen der Patientinnen verleiten, ihnen *Sonderbedingungen einzuräumen*, durch die sie ihre eigenen Interessen schädigen. Sie nehmen hin, dass die Patienten die Stunden überziehen, verspätet ihre Rechnungen bezahlen oder sich nicht an die Regeln der Therapie halten, und rationalisieren ihre Abweichung vom therapeutisch Normalen mit der Feststellung, dass Opfer von Gewalt und Vernachlässigung ein Recht auf eine besondere und über das Normale hinausgehende Behandlung haben. Statt die Angst in der Gegenübertragung in dieser Weise auszuagieren, schlagen wir vor, das Bedürfnis nach einer besonderen Beziehung vor dem Hintergrund der defizitären Beziehungserfahrungen zu validieren und den Patientinnen zu versichern, dass ihr legitimes Bedürfnis, wahrgenommen zu werden, auch dann von zentraler Bedeutung ist, wenn die Psychotherapie sich an die Grenzen des Professionellen hält und die Interessen von Therapeutin und Patientin gewahrt bleiben.

  T: Ich könnte mir denken, dass Sie vor allem deshalb eine besondere Art der Beziehung fordern, weil Sie fürchten, in einer »normalen« Psychotherapie nicht gesehen zu werden, irgendwie nur unter vielen anderen abgehandelt zu werden. Vermutlich haben Sie schon oft die Erfahrung gemacht, nicht wahrgenom-

men zu werden. Ich möchte Ihnen versichern, dass es mir ganz wichtig ist, Sie in Ihrer Besonderheit wahrzunehmen. Ich denke auch, dass das in einer Psychotherapie geht, die die Grenzen des Professionellen wahrt. Was meinen Sie?

- Angst in der Gegenübertragung kann, besonders wenn sie ohne ersichtlichen Grund auftaucht, auf dem Weg der *projektiven Identifizierung* eine in die Therapeutin deponierte Angst der Patientin reflektieren (► Abschn. 9.2).
- Angst in der Gegenübertragung kann auch *Wut und sadistische Impulse* auf die Patienten abwehren, die als Reaktion auf die Übertragung von Aggressionen vonseiten der Borderline-Patienten keine Seltenheit sind. Wenn es uns gelingt, auftretende Fantasien und Impulse, den Patienten zu attackieren, zu schlagen oder zu verstümmeln, in der Fantasie auszuhalten, ohne sie auf subtile Weise ausagieren oder über Reaktionsbildungen abwehren zu müssen, werden wir die irrationale Angst besser beherrschen können. Leider werden sadistische Impulse viel zu oft subtil ausagiert, weil sie sich relativ leicht rationalisieren lassen.
- Wenn übermäßige Sorge oder Angst um die Patienten auftritt, sollten wir auch an die Möglichkeit denken, dass diese Affekte *Hass auf die Patienten abwehren* können (► Abschn. 9.5).
- Gelegentlich kommt es vor, dass Therapeuten sich durch Borderline-Patienten bedroht fühlen und das Gefühl entwickeln, als wollte ein Patient ihnen nach dem Leben trachten. Im Einzelfall mag es berechtigt sein, auch an diese Möglichkeit zu denken und die Realität gut zu überprüfen. Häufiger ist jedoch ein solches Bedrohungsgefühl Ausdruck eigener feindseliger Impulse gegen den Patienten, die projiziert werden und dann als dessen Feindseligkeit wahrgenommen werden.

Stellen sich bei einer Therapeutin in der Therapie mit einer Borderline-Patientin extreme Gefühle von Minderwertigkeit, Wertlosigkeit oder eigenen Ungenügens ein, sollten wir an zwei Möglichkeiten denken:

- Gelegentlich rechnen Therapeutinnen nicht damit, dass die Idealisierung ihrer Person blitzschnell in eine entwertende Beziehung umkippen kann, wenn sie Bedürfnisse der Patientin nicht erfüllen können oder wollen. Tritt dies ein, können die auftretenden Gefühle von Minderwertigkeit und Wertlosigkeit sehr belastend sein (Adler 1985). Gefährdet sind hier besonders Therapeutinnen, die ihren *Wunsch, von den Patientinnen geliebt zu werden*, noch nicht hinreichend reflektieren konnten. Eine Klärung möglicher unbewusster Beziehungserwartungen an die Patientin kann dann hilfreich sein.
- Zum anderen sollten wir an die Möglichkeit denken, dass Gefühle der Minderwertigkeit, Wertlosigkeit oder des eigenen Ungenügens entsprechende Gefühle der Patientin repräsentieren, die qua *projektiver Identifizierung* in der Therapeutin deponiert wurden (► Abschn. 9.2). Auch hier ist die Bewusstwerdung der Gegenübertragungsgefühle der erste Schritt, um über ein Verständnis der Regulationsprozesse eine emotionale Distanzierung zu erreichen.

9.5 Feindselige Impulse und Hass gegenüber Patienten

Feindselige Impulse und Hass auf Patienten mit einer Borderline-Störung zu erleben ist nichts Ungewöhnliches, verhalten sich die Patienten doch häufig so, dass sie in ihrem sozialen Umfeld auf Ablehnung und heftige Aver-

sion stoßen. Wir müssen davon ausgehen, dass sie bei uns prinzipiell die gleichen negativen Emotionen und Impulse erzeugen wie bei anderen Menschen, auch wenn unser professionelles Selbstverständnis uns oft davon abhält, diese Emotionen wahrzunehmen. Setzen wir einmal die »therapeutische Brille« ab, sehen wir, dass zahlreiche Verhaltensweisen von Borderline-Patienten tatsächlich vielfältigen Anlass bieten, bei uns feindselige Gefühle auszulösen.

Die Erfahrung zeigt, dass viele Therapeuten die Möglichkeit von Hassgefühlen gegenüber ihren Patienten auch dann nicht in Betracht ziehen, wenn die Verhaltensweisen der Patienten sie als wahrscheinlich nahelegen. Dies stützt die Vermutung, dass Abwehrvorgänge sie vor deren Wahrnehmung schützen, weil sie weder mit ihrem Selbstbild noch mit ihrem professionellen Ideal vereinbar sind.

Wir denken, dass es sich lohnt, darauf zu achten, wann und wie feindselige Impulse und Hass in der Gegenübertragung auftreten, *um sie nicht auszuagieren*. Das Ausagieren einer feindseligen oder hasserfüllten Gegenübertragung kann sich subtil in vielfältigen Momenten äußern, in denen wir unsere Patienten emotional verlassen: durch fehlende Aufmerksamkeit beim Zuhören, durch Vergessen von Terminen oder durch unempathische Interventionen. Gravierende Konsequenzen kann das Ausagieren einer feindseligen oder hasserfüllten Gegenübertragung haben, wenn beispielsweise eine drohende Suizidalität trotz deutlicher Hinweise übersehen wird.

Das Ideal wäre, feindselige Gefühle und Hass in der Gegenübertragung bewusst wahrzunehmen und nach einem Verständnis ihrer Psychodynamik wieder zu einer empathischen Beziehungsgestaltung zurückzufinden. Doch vermutlich wird dieses Ideal in vielen Fällen *unerreichbar* bleiben. *Gegenübertragungswiderstände*, mit denen wir uns davor schützen, dass uns Impulse von Ärger, Wut und Empörung gegenüber unseren Patienten bewusst werden, sind ein Teil unserer therapeutischen Realität. Oft ist es aber möglich, ein *Verständnis* für die Abwehr unserer feindseligen Impulse gegenüber Patienten zu entwickeln. Betrachten wir einige der häufigsten Abwehrmuster (Gabbard u. Wilkinson 1994):

- Eine Abwehr feindseliger Regungen und des Hasses auf unsere Patienten durch *Reaktionsbildungen* begegnet uns in einem übermäßigen Helfen und Besorgtsein des Therapeuten; diese Haltung ist mit dem Wunsch verbunden, den Patienten vor den Folgen seiner Erkrankung und vor anderen Menschen zu schützen. Wenn wir uns in besonders hohem Maße für einen Patienten engagieren und Aufgaben übernehmen, die eigentlich er erledigen sollte, fördern wir die Übertragung einer omnipotenten Retterfigur und verleiten den Patienten, eigene Problemlöseversuche aufzugeben und sich ganz auf uns zu verlassen. In Wirklichkeit schaden wir dem Patienten durch eine solche Haltung mehr als wir ihm nützen – eine subtile Form des Ausagierens einer möglicherweise feindseligen Gegenübertragung.
- Auch die Abwehrmechanismen der *Verleugnung und Verzerrung der Realitätswahrnehmung* eignen sich, um Gegenübertragungshass und feindselige Impulse abzuwehren. Wird ein Patient als hoffnungsloser Fall abgewertet oder als unbehandelbar oder »unmotiviert« weggeschickt, deutet dies auf eine Rationalisierung feindseliger Impulse hin. Statt ein solches Verhalten auf die eine oder andere Art zu rationalisieren, ist es günstiger, die darin zum Ausdruck kommende Feindseligkeit bewusst wahrzunehmen. Dies gibt uns die Möglichkeit, die dadurch zur Externalisierung gelangte verinnerlichte Objektbeziehung zu verstehen und ein Gefühl dafür zu entwickeln, welche Persönlichkeitsanteile der Patient

aktiviert hat, um uns in eine solche Position zu bringen.

> Einer Therapeutin fiel auf, dass sie Gefühle der Gleichgültigkeit gegenüber einem Patienten mit einer Borderline-Störung hegte. Mithilfe von Supervision fand sie schließlich Zugang zu ihren bis dahin abgewehrten feindseligen Gefühlen ihm gegenüber. Sie konnte dann rekonstruieren, durch welche Verhaltensweisen der Patient erst Ärger und dann auch Wut und Hass in ihr erzeugt hatte. Mit diesem Verständnis konnte sie ihm mitteilen, dass er offensichtlich alles daran setzte, um sie zu verärgern. Der Patient reagierte zunächst sehr verwundert, dann nachdenklich und zog schließlich Parallelen zu seiner frühen Mutterbeziehung.

- Eine Abwehr unseres Hasses auf die Patienten durch *Wendung der Aggression gegen die eigene Person* kann vorliegen, wenn wir von Selbstzweifeln und Zweifeln an der eigenen professionellen Kompetenz ergriffen werden und sich Selbstentwertung, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit ausbreiten. Die Anerkennung und Wahrung der professionellen Grenzen und eine angemessene Selbstfürsorge sind für uns Therapeuten die besten Prophylaktika gegen die Ansammlung unbewussten Hasses auf unsere Patienten.
- Hass in der Gegenübertragung kann auch durch eine *unverhältnismäßige Angst oder Besorgnis um den Patienten* abgewehrt werden. Dies gilt vor allem dann, wenn Hass wegen der Frustration eigener Beziehungsbedürfnisse abgewehrt werden muss. Unbewusst wollen wir so gut wie immer von unseren Patienten geliebt werden und können mit narzisstischer Wut und Hass reagieren, wenn dieser Wunsch frustriert wird. Problematisch wird es, wenn der unbewusste Wunsch, von den Patienten geliebt zu werden, unkontrollierbar anwächst: Therapeutinnen, die ihren Patientinnen all das geben wollen, was diese in der Kindheit vermisst haben, erwarten in der Regel unbewusst die gleiche Liebe und Dankbarkeit von ihren Patienten. Wenn diese Reaktionen ausbleiben, kann Hass entstehen, der in der Regel durch Abwehr dem Bewusstsein entzogen wird.
- Die Abwehr feindseliger Impulse durch übermäßige Angst und Besorgnis kann eine wichtige Rolle im Umgang mit *Suizidalität* bei Borderline-Patienten spielen (►Kap. 10.8). So ernst Suizidäußerungen bei Borderline-Patienten grundsätzlich zu nehmen sind, sollte bei übermäßiger Angst, ein Patient könnte sich das Leben nehmen – vor allem, wenn sie sich weitgehend unbegründet aufdrängt – auch an die Möglichkeit der Projektion unbewusster Feindseligkeit gedacht werden (Maltsberger u. Buie 1974). Eine aversive Gegenübertragung ist nicht verwunderlich, wenn wiederkehrende Suiziddrohungen bei Therapeuten den naheliegenden und verständlichen Wunsch wachrufen, sich aus der quälenden Beziehungsverstrickung zu befreien und den Patienten loswerden zu wollen (Chessick 1977; Maltsberger u. Buie 1974). Unnötige Kontrollen oder Hospitalisierungen können die Folge sein, die die Patienten dann tatsächlich suizidal machen und die therapeutische Beziehung zerstören. Als Faustregel kann gelten: *Wenn der Affekt eines Therapeuten sehr heftig ist, liegt wahrscheinlich eine feindselige Gegenübertragung vor.* Schwierig zu erkennen ist eine projizierte Feindseligkeit dann, wenn ein Suizidversuch eines Patienten tatsächlich nicht unwahrscheinlich ist. Denn wir dürfen die Augen nicht verschließen vor der realen Gefährdung durch einen Suizid, der Schutzmaßnahmen erfordert (►Kap. 10.8).

Wir wollen die Art der Beziehungsverstrickung, die sich durch die Abwehr eigener feindseliger Impulse ergeben kann, am Beispiel einer klinischen Situation erläutern, bei der ein Borderline-Patient *über längere Zeit schweigt*. Patienten, die über längere Zeit schweigen, können bei einem Therapeuten besonders dann leicht Gegenübertragungshass auslösen, wenn dieser darin einen feindseligen Akt des Patienten vermutet und nicht an die Möglichkeit denkt, dass der Patient sich durch die therapeutische Beziehung bedroht fühlt – weil sie zu nah geworden ist und sich negative Übertragungen in unverträglicher Weise aufgebaut haben. Wenn diese Dynamik unverstanden bleibt, besteht die Gefahr, dass der Therapeut seinen Gegenübertragungshass nicht wahrnimmt, sondern auf den Patienten projiziert. Statt zu erkennen, dass der Patient sich durch ihn bedroht fühlt, nimmt er an, der Patient wolle ihn sadistisch quälen und fühlt sich als dessen Opfer. Die therapeutische Dyade gerät dann zu einer Situation, in der sich der Patient von seinem Therapeuten bedroht und der Therapeut sich von seinem Patienten gequält fühlt. Beide fühlen sich als Opfer des anderen, ohne die wechselseitigen Projektionen zu verstehen. Nur ein Verständnis dieser Zusammenhänge kann einen Ausweg aus der Verstrickung bringen. Das Bedrohungsgefühl des Patienten wird zurückgehen, sobald der Patient spürt, dass es erkannt und ernst genommen wird.

9.6 Gegenübertragung mitteilen?

Wieweit sollten wir den Patienten unsere Gegenübertragung mitteilen? Die Frage ist nicht leicht zu beantworten. Zwar haben wir eine Faustregel, die lautet: Die Gegenübertragung soll nur insoweit mitgeteilt werden, als die Patienten diese Information als hilfreich erleben. Doch genau dies ist nicht immer leicht zu beurteilen.

Klar ist, dass Mitteilungen der Gegenübertragungen nie nur der persönlichen Entlastung dienen dürfen. Spontane Selbstmitteilungen beinhalten immer das Risiko, dass wir unbewusste Aspekte unserer Gegenübertragung zu Lasten des Patienten ausagieren.

Wenn wir dies bedenken, kann es – nach sorgfältiger Reflexion und Abwägung – aus den folgenden Gründen sinnvoll sein, Borderline-Patienten unsere Gegenübertragung *selektiv authentisch* mitzuteilen:

- Die Patienten erwarten eine authentische, ehrliche und offene Therapeutin. Die explizite Weigerung, eigene Gefühlsregungen mitzuteilen, würde sie ängstlich und misstrauisch machen. Früher oder später werden sie ohnehin fragen, ob wir verärgert über sie sind, ob wir sie hassen oder ob wir sie noch mögen.
- Eine offene Mitteilung eigener Gegenübertragungsgefühle kann dazu beitragen, Übertragungen möglichst nicht anwachsen zu lassen. Entscheidend ist, dass dies taktvoll geschieht.
- Schließlich können die Patienten von einer dosierten und reflektierten Mitteilung unserer Gegenübertragungsgefühle deshalb profitieren, weil sie selbst schwer einschätzen können, wie ihr Verhalten auf andere Menschen wirkt. Insofern stellen wir uns den Patienten als Gegenüber zur Verfügung, das ihnen *Rückmeldungen* gibt, die sie von Interaktionspartnern des täglichen Lebens vermutlich kaum erhalten würden.

P: Sind Sie sauer auf mich?
T: Ich will da ehrlich antworten. Sie haben schon richtig bemerkt, dass ich emotional reagiert habe. Da ist schon auch Ärger dabei. Ich finde, wir sollten versuchen, herauszufinden, wie es dazu gekommen ist.

9.7 Selbstfürsorge für Therapeuten

Ein selbstfürsorgliches Therapeutenverhalten ist bei Borderline-Patienten besonders wichtig. Es erfordert nicht nur die Beachtung *allgemeiner Grundsätze der Psychohygiene*, sondern auch die Fähigkeit, sich von negativen Affekten und problematischen Impulsen in der Gegenübertragung zu distanzieren, ebenso wie die Fähigkeit, eigene positive emotionale Zustände zu generieren. In welchem Maße achtsamkeitsorientierte, körperbezogene oder spirituelle Maßnahmen der Selbstfürsorge als hilfreich erlebt werden, ist individuell sehr verschieden. Es lohnt sich in jedem Falle, sich mit entsprechender Literatur vertraut zu machen, z. B. mit Barnett und Cooper (2009), Hoffmann und Hofmann (2008), Hudnall Stamm (1999), Reddemann 2003.

Es wird häuft der Ratschlag gegeben, nicht zu viele als »schwierig« oder »anstrengend« erlebte Patienten gleichzeitig zu übernehmen und die zeitliche Abfolge der Therapien so anzuordnen, dass nicht zu viele solcher Patienten aufeinanderfolgen. Zu bedenken ist hier allerdings: Welche Patienten als schwierig erlebt werden, ist subjektiv höchst verschieden und kann nicht einfach auf die Diagnose einer Borderline-Störung bezogen werden. Bekanntlich gibt es Therapeuten, die Patienten mit einer Borderline-Störung als schwierig empfinden, und solche, die diese Einschätzung nicht teilen. Nicht wenige Therapeuten erleben die Arbeit mit diesen Patienten zwar als herausfordernd, aber auch als interessant und anregend.

Wie wir in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich dargestellt haben, lässt sich eine entlastende *Distanz zu negativen Affekten der Gegenübertragung* am besten verstehen, wenn die ihnen zugrunde liegenden Regulationsvorgänge, besonders die projektive Identifizierung (►Abschn. 9.2), verstanden werden. Dennoch kann der Druck der negativen Emotionen so groß sein, dass diese unaufgelöst in der Gegenübertragung zurückbleiben. Bei den negativen Emotionen kann es sich auch um solche handeln, die dazu dienen, stärker ängstigende Emotionen oder nicht mit dem Selbstbild konforme Emotionen abzuwehren. Nicht allen Therapeuten gelingt es, die eigenen Gegenübertragungswiderstände so weit zu analysieren, dass sie diese negativen Emotionen in ihrer Abwehrfunktion erkennen und auflösen können. Therapeuten, die dies bei sich wahrnehmen, sind gut beraten, die Hilfe einer Supervision oder einer kollegialen Intervision in Anspruch zu nehmen.

Besonders im Kontakt mit Borderline-Betroffenen, die eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, muss die Gefahr einer möglichen *sekundären Traumatisierung* gesehen werden. So notwendig die Empathiefähigkeit der Therapeutin für die Behandlung von Borderline-Patienten ist, so risikoreich ist sie auch. Therapeutinnen können nicht nur *schwere Erschöpfungssymptome* (compassion fatigue; Figley 1985) und *depressive Verstimmungen*, sondern auch selbst *PTBS-Symptome* und *Bedrohungsgefühle* entwickeln.

> Die Gefahr der sekundären Traumatisierung scheint dann besonders groß zu sein, wenn Therapeutinnen sich *detaillierten Beschreibungen traumatischer Erfahrungen* ihrer Patienten aussetzen und dann selbst in vorübergehende dissoziative Zustände geraten. Das heißt, sie können für einen Moment »wegdämmern« oder in einen Zustand der Depersonalisation oder Derealisation eintreten; sie erleben sich oder die Patienten dann eigentümlich distanziert, verfremdet oder »wie hinter einer Glaswand«. Indem sie die entstehenden emotionalen Reaktionen nicht in vollem Umfang bewusst wahrnehmen, schützen sie sich vordergründig zwar vor einer Überflutung durch die traumatischen Affekte im bewussten Erleben. Doch haben wir Anlass zu

der Annahme, dass durch den Wegfall der bewussten Kontrolle das traumatische Material die limbischen Strukturen um so eher erreicht und die Gefahr einer traumatischen Verletzung der Therapeutin erhöht. Besonders gefährdet sind Therapeutinnen, die eigene traumatische Kindheitserfahrungen nicht hinreichend therapeutisch aufgearbeitet haben und bei denen, ausgelöst durch Triggersituationen des Alltagslebens, häufiger dissoziative Zustände auftreten (Daniels 2007, 2008).

Wegen der in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung ohnehin erhöhten emotionalen Belastung und der Gefahr sekundärer Traumatisierungen bedürfen wir zusätzlicher Techniken, die der *Distanzierung von negativen Affekten* und der *Aktivierung positiver Emotionen* dienen. Hierzu kommen alle Techniken der Distanzierung und Ressourcenaktivierung in Betracht, die sich auch zur Verbesserung der Emotionsregulierung bei den Patienten bewährt haben.

Im Einzelnen nutzen wir bei belastenden Gegenübertragungsgefühlen während der Therapiesitzung die folgenden Techniken:

- Um negative Emotionen oder Gedanken »wegzupacken«, kann die imaginative *Containertechnik* ebenso hilfreich sein wie imaginative Distanzierungstechniken, bei denen die Person des Patienten *verkleinert, verfremdet oder in die Ferne gerückt wird*. Auch andere imaginative Übungen – der *sichere Ort* oder der *innere Garten* (Huber 2005; Reddemann 2012a, 2012b; Wöller 2013, Kap. 25) –, die eine positive Befindlichkeit fördern können, kommen in Betracht.
- Eine Alternative bildet die *Aktivierung eigener positiver Erinnerungsbilder*, speziell von Erinnerungen an positive therapeutische Kompetenzerfahrungen, wenn durch Prozesse projektiver Identifizierung Gefühle der Minderwertigkeit und des Ungenügens in der Therapeutin »deponiert« worden sind.
- *Achtsamkeitsübungen* mit der Haltung des nicht beurteilenden Beobachtens können sehr hilfreich sein.
- Die *Klopftechniken* der Energetischen Psychologie (►Kap. 7.4.2) können bei belastenden Themen einen Schutz vor zu starker Aktivierung der eigenen Spiegelneuronen darstellen (Bohne 2012). Während der Therapie können Klopftechniken, für den Patienten unauffällig, im Bereich der Fingerspitzen ausgeführt werden, z. B. kann man mit der Innenseite der Daumenspitze leicht die Außenseiten der anderen Fingerspitzen berühren. Es sei darauf hingewiesen, dass es aus heutiger Sicht fraglich erscheint, ob tatsächlich die lokalisierten Akupunkturpunkte genau getroffen werden müssen, um den gewünschten Effekt zu erzielen.
- *Bilaterale Stimulationen*, insbesondere der *Butterfly Hug*, können ebenfalls beruhigen und Distanz schaffen (►Kap. 10.1).

Abgesehen davon, dass lange Schilderungen traumatischer Ereignisse für die Patienten selten therapeutisch günstig sind, können wir im Interesse des Selbstschutzes der Therapeutinnen nur *entschieden davor warnen*, sich unbedacht umfangreichen Detailschilderungen von Gewalt und Grausamkeit auszusetzen. Bemerken Therapeutinnen bei sich während einer Therapiesitzung mit traumatischem Inhalt das Auftreten dissoziativer »Aussetzer«, sollten sie das als ein wichtiges *Warnsignal* ernst nehmen und supervisorischen Rat aufsuchen.

Literatur

Adler G (1985). Borderline Psychopathology and Its Treatment. New York: Jason Aronson.

Barnett J, Cooper N (2009). Creating a culture of self-care. Clin Psychol Sci Pract; 16: 16–20.

Bion WA (1962). Theory of Thinking. Int J Psychoanal; 43: 306–10.

Bohne M (2012). Bitte klopfen. – Kommunikation & Seminar. www.ksmagazin.de/fileadmin/user_upload/pdfs/Bohne_Bitte_klopfen.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Chessick RD (1977). Intensive Psychotherapy of the Borderline-Patient. New York: Jason Aronson.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Daniels J (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. Z Psychotraumatol Psychotherapiewiss Psychol Med; 5: 49–61.

Daniels J (2008). Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. Psychotherapeut; 53: 100–7.

Dosamantes-Beaudry I (1997). Somatic experience in psychoanalysis. Psychoanal Psychol; 14: 517–30.

Epstein L (1979). Countertransference with borderline patients. In: Epstein L, Feiner AH (eds). Countertranference: The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation. New York: Jason Aronson; 375–405.

Figley CR (ed) (1995). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized. New York: Brunner/Mazel.

Freud S (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. In: Gesammelte Werke Bd. VIII. Frankfurt a. M.: Fischer; 104–15.

Gabbard GO (1986). The treatment of the »special« patient in a psychoanalytic hospital. Int Rev Psychoanal; 13: 333–47.

Gabbard GO, Wilkinson SM (1994). Management of Countertransference with Borderline Patients. Arlington, VA: American Psychiatric Publication.

Heimann P (1950). On countertransference. Int J Psychoanal; 31: 81–4.

Hoffmann N, Hofmann B (2008). Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. Weinheim: Beltz.

Huber M (2005). Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Hudnall Stamm B (1999). Secondary Traumatic Stress: Self-care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. 2nd ed. Baltimore, MD: The Sidran Press.

Maltsberger JT, Buie DH (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry; 30: 625–33.

Mason PT, Kreger R, Siever LJ (2011). Stop Walking on Eggshells: Coping when Someone You Care about Has Borderline Personality Disorder. 2nd ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Meissner WW (1988). Treatment of Patients in the Borderline Spectrum. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Ogden TH (1986). The Matrix and the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Porder MS (1987). Projective identification: an alternative hypothesis. Psychoanal Q; 56: 431–51.

Reddemann L (2003). Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. Z Psychotraumatol Psychotherapiewiss Psychol Med; 1: 79–85. www.luise-reddemann.info/pages/A_07_Reddemann.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Reddemann L (2012a). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 16. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann L (2012b). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.

III

Phasenorientiertes Therapiekonzept

10 Phase 1: Sicherheit, Halt und Stärkung der Bewältigungskompetenz

10.1 Sicherheit, Beruhigung und Reduktion des Bedrohungsgefühls

In der ersten Phase der Therapie[1] geht es vorrangig um die *Stabilisierung der dysregulierten Emotionalität* der Patienten. Diese Aufgabe ist in der Regel dadurch erschwert, dass die meisten Borderline-Patientinnen die therapeutische Situation im Lichte ihrer frühen Bindungserfahrungen erleben und uns – vor dem Hintergrund ihrer meist desorganisierten Bindungsmuster – gleichermaßen als *potenziell rettende wie auch als schädigende Bindungsfigur* wahrnehmen und entsprechend Retter- oder Täterübertragungen auf uns entwickeln.

Zusätzlich zu den schon bestehenden Regulationsproblemen müssen wir daher mit einem manifesten oder latenten Bedrohungsgefühl der Patientinnen rechnen, das aus ihren immer vorhandenen Ängsten resultiert, in der therapeutischen Beziehung erneut geschädigt zu werden. Selbst wenn das Bedrohungsgefühl anfänglich durch eine idealisierende Retterübertragung auf uns überlagert wird, kann es blitzschnell das therapeutische Geschehen beherrschen, sobald die auf uns gerichteten Rettungserwartungen notwendigerweise enttäuscht werden (▸ Kap. 2.3). Es muss daher das vorrangige Anliegen der Therapie sein, das mit diesen Übertragungsängsten verbundene *Bedrohungsgefühl zu mindern* und das Gefühl der *Sicherheit in der therapeutischen Beziehung zu erhöhen*.

In unserem Bemühen, den Patienten ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, wenden wir uns zunächst realen Bedrohungen und sehr konkreten Belastungen ihres Lebensalltags zu:

- Selbstverständlich sorgen wir uns um die *äußere Sicherheit* der Patienten. Es darf keine äußeren Bedrohungen geben, körperliche Erkrankungen müssen behandelt werden, die soziale Sicherheit soll gewährleistet sein. Wenn dies nicht gegeben ist, muss vorrangig Abhilfe geschaffen werden. Es soll auch keine akute *Suizidgefährdung* (▸ Abschn. 10.8) und ebenso keine Gefährdung durch akute *selbstschädigende Impulse* bestehen (▸ Abschn. 10.7).
- Um belastende Emotionen zu verringern, ist es oft zunächst nötig, *Alltagsbelastungen zu reduzieren*. Daher fragen wir die Patienten gleich zu Beginn einer jeden Therapie nach solchen Belastungen und weisen sie auf mögliche Hilfen wie psychosoziale Dienste, Familienhilfe oder das Jugendamt hin.

Die weitere therapeutische Arbeit zur Verringerung des Bedrohungsgefühls und zur Verbesserung des Sicherheitsgefühls besteht aus folgenden Interventionen:

- Wir strukturieren die therapeutische Situation nach dem Prinzip des *maximalen Kontrasts zur traumatischen Situation*: Sicherheit statt Unsicherheit, Kontrolle statt Kontrollverlust, Transparenz statt Intrans-

1 Wie wir schon in Kapitel 7.3 erwähnt haben, beinhaltet die Phasenorientierung unseres Konzepts nicht, dass die Phasen zwingend nacheinander abzuhandeln seien. Vielmehr handelt es sich um einen zirkulären Prozess, bei dem es darauf ankommt, wahrzunehmen, was im jeweiligen Moment der Therapie für den weiteren Fortschritt notwendig ist.

parenz und Präsenz statt Verlassensein (Wöller 2013, S. 235 ff.).

- Wir bemühen uns, beruhigend auf die Patienten einzuwirken, indem wir ihnen – verbal in *sachlich-beruhigender Sprache* sowie nonverbal durch die Art, wie wir sprechen – signalisieren, dass wir ihr Bedrohungsgefühl verstanden haben und alles tun wollen, um ihr Sicherheitsgefühl in der Beziehung zu erhöhen. Ein wohlwollender, an der Alltagssprache orientierter Dialog mit einer direkten, tendenziell eher ein wenig distanzierten Sprache kann dabei hilfreich sein. Wir vermeiden in jedem Falle eine abwartende Haltung mit längeren Schweigepausen und unklare, mehrdeutige Interventionen, um die Entstehung negativer Übertragungen und die Gefahr belastender Projektionen so gering wie möglich zu halten.

> **T:** Mir ist es ganz wichtig, dass Sie sich hier hinreichend wohl und sicher fühlen. Können wir noch etwas ändern, damit sich Ihr Wohlbefinden verbessert und sich Ihr Sicherheitsgefühl erhöht?

- Die meisten Patienten werden es mit Erleichterung registrieren, wenn wir ihr Bedrohungsgefühl bemerken und empathisch zum Thema machen.

> **T:** Ich finde es gut nachvollziehbar, dass Sie sich unsicher fühlen, da Sie mich ja noch gar nicht kennen.

- Wir versuchen nach Möglichkeit, den *Erwachsenenmodus der Patienten anzusprechen* und vermeiden ein zur Regression einladendes Beziehungsangebot (▶ Kap. 5.2). Je weniger die Beziehung als Regressionsangebot verstanden wird, desto weniger muss die Patientin sich vor den damit verbundenen Gefahren schützen. Praktisch erreichen wir das, indem wir besonders in der Anfangsphase der Therapie das tun, was die Patienten ohnehin von uns erwarten: wir besprechen mit ihnen die drängenden Alltagsprobleme und erarbeiten Möglichkeiten ihrer Lösung.
- Patienten, die von sich aus eher distanziert und vielleicht auch misstrauisch sind, lassen wir wissen, dass wir ihr Misstrauen nicht nur verstehen, sondern sogar wertschätzen. Wir validieren das *Misstrauen als eine sinnvolle Form des Schutzes* vor einer als potenziell bedrohlich einzuschätzenden Beziehung. Regelmäßig tragen solche Interventionen zur Verringerung der Ängste bei. Auch konkrete Ratschläge zur Alltagsbewältigung können helfen, das Misstrauen zu reduzieren.

> **T:** Nähe zu einer Person herzustellen, um dann Ablehnung oder Verrat erleben zu müssen, ist eine Erfahrung, die Sie oft genug gemacht haben. Deshalb ist es für mich Ausdruck vernünftiger Vorsicht, wenn Sie sich einem fremden Menschen, der ich ja für Sie bin, nicht sofort anvertrauen wollen.

- Darüber hinaus können wir das Gefühl der Sicherheit erhöhen, indem wir auf äußere *Gegebenheiten des Behandlungszimmers* achten. Manchmal können geringe Maßnahmen viel bewirken: z. B. eine Vergrößerung des Sitzabstandes zwischen Patientin und Therapeutin oder eine Sitzanordnung mit Blickrichtung zur Tür (als Fluchtmöglichkeit für kindliche Persönlichkeitsanteile).

Darüber hinaus bieten wir *einfache Techniken zur Beruhigung* an, die offenbar die gemeinsa-

me Eigenschaft haben, die emotionale Reaktivität zu vermindern und die kortikalen Funktionen zu stärken. Dass die Patienten sie selbst durchführen können, trägt dazu bei, ihr Gefühl von Selbstwirksamkeit und Unabhängigkeit zu verbessern. Zu den Techniken gehören

- *Atemübungen*, bei denen wir die Patienten bitten, auf eine lange ruhige Ausatmung zu achten.
- Ein wertvolles Mittel zur Selbstberuhigung stellt der *Butterfly Hug* (»Schmetterlingsumarmung«, Jarero et al. 2011) dar. Dazu bitten wir die Patienten, ihre Hände über ihrer Brust so zu überkreuzen, dass die Finger beider Hände unterhalb der Schlüsselbeine zu liegen kommen. Anschließend sollen die Patienten in schnell wechselnder Abfolge mal die eine, mal die andere Seite berühren. Diese neuere Variante des Butterfly Hug bietet neben der seitenalternierenden Stimulation den Vorzug, dass auch die beruhigende Wirkung der Berührung der Akupunkturpunkte unterhalb der Schlüsselbeine genutzt wird. Manche Patienten bevorzugen jedoch die ältere Version, bei der abwechselnd die Außenseiten der Oberarme berührt (»umarmt«) werden.
- Auch *Überkreuzübungen* können beruhigend wirken; z. B. aufrecht stehend den rechten Ellenbogen an das linke Knie und den linken Ellenbogen an das recht Knie legen. Die gleichzeitige Aktivierung beider Gehirnhälften soll die Integration beider Hirnhälften fördern (Dennison 1992).
- Schließlich können auch einfache *Klopftechniken der Energetischen Psychologie* zur Beruhigung beitragen (Bohne 2010; Eschenröder u. Wilhelm-Gößling 20; Gallo 2008; ► Kap. 7.4.2). Die Klopftechniken haben den Vorteil, dass sie sowohl gemeinsam in der therapeutischen Situation als auch selbstständig durch die Patientinnen durchgeführt werden können. Allein praktiziert, stärken sie zudem ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit. Anders als von den Entdeckern und namhaften Vertretern der Methode behauptet und in Übereinstimmung mit Bohne (2010) halten wir es für fraglich, ob die exakte Wahl der »Energiepunkte« für die Wirkung des Klopfens von Bedeutung ist. Wir haben uns deshalb zur Gewohnheit gemacht, die Patienten zunächst eine begrenzte Anzahl von Punkten klopfen zu lassen und anschließend denjenigen Punkt oder diejenigen Punkte auszuwählen, bei dessen oder deren Beklopfen sie subjektiv den stärksten Beruhigungs- und Entlastungseffekt spüren. Wir beginnen in der Regel mit einer Klopfsequenz von Mittellinienpunkten nach Gallo (2007) (Punkt am Stirn [»drittes Auge«, »Stirnpunkt« indischer Frauen], unter der Nase, zwischen Kinn und Mund, Mitte des Brustbeins) und zwei Punkten, die bei Traumafolgestörungen besonders empfohlen werden (Punkt unter dem Auge und der Innenseite der Augenbraue). Nachdem die Patienten das Klopfen gelernt haben, klopfen sie meist nur 1 bis 3 Punkte, »ihre« Punkte, selbstständig für sich.

Verschiedene *imaginative Techniken* eignen sich, um Distanz zu negativen emotionalen Zuständen und zu den umfassenden Bedrohungsgefühlen herzustellen. Dabei genügt es nicht, den Patienten die Techniken edukativ zu vermitteln. Die ausführliche Besprechung der auftretenden Schwierigkeiten und die gemeinsame Suche nach Lösungen sind in den meisten Fällen unverzichtbar, um die Übungen wirksam werden zu lassen. Im Einzelnen:

- Als besonders hilfreich erleben wir die *Container- oder Tresortechnik*. Bei dieser »Wegpacktechnik« werden die Patienten aufgefordert, einen Behälter – eine Kiste, ein Gefäß, einen Container oder einen Tresor – zu imaginieren und in ihrer Vorstellung be-

lastende Gedanken oder Gefühle ebenso wie Flashbacks traumatischer Erinnerungsfragmente hineinzulegen. Anschließend soll der Behälter verschlossen und weggestellt werden (Reddemann 2012; Wöller 2013, S. 338 f.). Manchmal kann es notwendig sein, den Gedanken, Gefühlen oder Flashbacks zuvor eine imaginative Form und Gestalt zu geben. Normalerweise tritt schlagartig eine *Distanzierung von dem belastenden Gefühl* ein, und intrusive Bilder, Geräusche oder Gerüche gehen zurück. Es ist jedoch nicht ungewöhnlich, dass in gemeinsamer Arbeit mit der Patientin »Nachbesserungen« vorgenommen werden müssen, um die Funktionsweise des Containers oder Tresors sicherzustellen.

- Die Übung des *sicheren Ortes* (oder des *Wohlfühlortes*) kann zügig ein Gefühl der Sicherheit oder des Wohlfühlens erzeugen. Auch hier sind geduldige Unterstützung und gemeinsame Nachbesserungen von großem Wert. Bei intrusivem Material in Form sich aufdrängender Bilder oder Gedanken empfiehlt es sich, diese zuvor imaginär mithilfe der Containertechnik »wegzupacken«. Eine besondere Situation liegt vor, wenn ein schon etablierter sicherer Ort kein Gefühl der Sicherheit mehr vermittelt oder sogar bedrohlich wird. Dies ist in der Regel ein Hinweis darauf, dass Belastungen hinzugekommen oder äußere Bedrohungen aufgetreten sind, die wir beachten sollten. Es hat immer einen Grund, wenn ein einmal sicherer Ort unsicher wird! Bei genügendem Insistieren lässt sich dies so gut wie immer herausfinden.
- Für Borderline-Betroffene mit verminderter Fähigkeit zur Objektkonstanz können *Abwesenheiten* der Therapeutin durch Urlaube oder Erkrankungen schwer erträglich sein. Manchmal ist schon die Zeit bis zur nächsten Therapiesitzung eine kaum zu bewältigende Herausforderung. Viele Patienten nutzen bereits Stofftiere oder andere Gegenstände als Übergangsobjekte (Cardiasis et al. 1997; Hooley u. Wilson-Murphy 2012). Wir bieten ihnen an, diese mitzubringen, gelegentlich auch, sich Gegenstände aus unserem Zimmer mit nach Hause zu nehmen. Einige Patientinnen rufen ihre Therapeutin außerhalb der Telefonsprechzeiten an, um ihre Stimme auf dem Anrufbeantworter zu hören. Deshalb lassen wir die Ansage nicht automatisiert ausführen, sondern sprechen sie mit der eigenen Stimme auf den Anrufbeantworter. Gelegentlich kommt es vor, dass Patienten uns bitten, Fotos von uns anzufertigen, die sie betrachten können, um die Erinnerung an uns zu reaktivieren. Wir haben dagegen keine Einwände, sofern dadurch nicht die Entwicklung einer idealisierenden Abhängigkeitsbeziehung gefördert wird.

Wenn es sich einrichten lässt, kann die *Präsenz einer zweiten Therapeutin* in der ersten Phase der Therapie sehr hilfreich sein. Durch die Möglichkeit der *Aufspaltung der Übertragung* – die Übertragung kann nun auf zwei Personen verteilt werden – kann das Bedrohungsgefühl verringert werden. In stationären Settings ist es üblich, dass die Einzeltherapie von einer anderen Therapeutin durchgeführt wird als die Gruppentherapie oder die Pharmakotherapie. Aber auch im ambulanten Rahmen könnte die entlastende Wirkung der Übertragungsaufspaltung genutzt werden, wenn die Psychotherapie von der einen und die Pharmakotherapie von einer anderen Therapeutin angeboten wird. Wann immer eine der beiden Therapeutinnen zum »bösen« Objekt wird, kann die andere die Rolle des »guten« Objektes übernehmen – zumindest so lange, bis eine verbesserte Integration der Objektbilder möglich ist. Voraussetzung für die supportive Nutzung der Spaltungsübertragung ist die Bereitschaft beider Therapeutinnen, ge-

meinsam über die Übertragungsprozesse zu reflektieren. Leider wird diese ideale Therapiesituation fast nur in Kliniken und nur äußerst selten in der ambulanten Patientenversorgung realisiert.

10.2 Kontrolle

Für Patienten mit einer Borderline-Störung ist es von größter Bedeutung, die Kontrolle über die therapeutische Situation zu behalten. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zählt wie das Sicherheitsgefühl zu den menschlichen Grundbedürfnissen (Grawe 2004). Vor dem Hintergrund ihrer traumatischen Beziehungserfahrungen mit vielfachen beschämenden Kontrollverlusten sind die Patienten dringend auf ein Gefühl der Kontrolle angewiesen.

Natürlich ist damit nicht gemeint, dass Patientinnen uns vorschreiben dürfen, was in der Therapie zu geschehen hat. Ebenso wenig können wir ihnen das Recht einräumen, Dominanz und willkürliche Kontrolle über uns und den therapeutischen Prozess auszuüben, um ihr Kontrollbedürfnis zu befriedigen. Es muss vielmehr das Ziel sein, ihr Gefühl von Sicherheit und Kontrolle so zu verbessern, dass sie nicht gezwungen sind, diese Grundbedürfnisse durch machtvoll-feindseliges Ausagieren zu befriedigen.

Das Gefühl von Kontrolle – und damit auch das von Sicherheit – erhöhen wir, indem wir den Patientinnen das Gefühl vermitteln, dass in der Therapie nichts ohne ihr *ausdrückliches Einverständnis* geschieht. Sie sollen mitbestimmen können, welche Themen in der Sitzung behandelt werden und wie die Therapiesitzung verläuft. Wir geben gern *Wahlmöglichkeiten* vor und fordern die Patientinnen auf, sich für eine der angebotenen Alternativen zu entscheiden.

Vor allem aber holen wir für alle therapeutischen Schritte das *Einverständnis* der Patienten ein. Wir können nicht davon ausgehen, dass sie es uns mitteilen, wenn sie mit unserem Vorgehen nicht einverstanden sind. Häufig lassen sie das vermeintlich Unvermeidliche über sich ergehen und folgen damit dem Muster der Unterwerfung, das ihnen in Misshandlungs- und Missbrauchssituationen vermutlich das Überleben ermöglicht hat, in der aktuellen Realität aber zu Retraumatisierungen führen kann.

> Obwohl sie mit der von der Therapeutin behandelten Thematik überfordert war und durch sie getriggert wurde, erhob eine Patientin keinen Widerspruch, sondern ließ sie das Begonnene fortsetzen. Anschließend ging es ihr deutlich schlechter als zuvor. Sie hatte keine Möglichkeit gesehen, der Therapeutin zu sagen, dass sie mit der besprochenen Thematik überfordert war.

10.3 Edukation und Transparenz

Durch Psychoedukation und eine transparente Gestaltung des therapeutischen Prozesses können wir ebenfalls dazu beitragen, Gefühle von Bedrohung und Ausgeliefertsein zu vermindern und das Gefühl von Kontrolle und Orientierung zu stärken (Wöller 2013, S. 267 ff.).

Informationen zum Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung können sich in verschiedener Hinsicht vorteilhaft auswirken:

- Die Kenntnis der bindungs- und beziehungstraumatischen Verursachung der Borderline-Störung kann die Patienten von *irrationalen Scham- und Schuldgefühlen entlasten*. Eine entpathologisierende Wirkung kann von Erläuterungen ausgehen, die Traumafolgestörungen als Anpassungsleistungen an nicht normale Bedingungen erklären.

- Erläuterungen zur Neurobiologie der Borderline-Störung können besonders entlastend wirken, wenn die Patienten verstehen, warum sie auf minimale Auslösereize mit maximaler Erregung reagieren. Die häufigen Wechsel der Stimmungslage lassen sich plausibel als Resultat einer *fortgesetzten Triggerung durch Alltagsreize* erklären, die unbewusst mit traumatischen Erfahrungen verknüpft sind. Vermeidungs- und Betäubungsreaktionen sowie die dissoziativen Symptome können als Schutzmaßnahmen gegen überwältigendes traumatisches Erleben erläutert werden. Die chronische Übererregung und Anspannung erklären wir als Ausdruck erhöhter Wachsamkeit, die in einem beziehungstraumatischen Umfeld sinnvoll und notwendig war, um potenzielle Gefahren frühzeitig zu erkennen (Cozolino 2006; Siegel u. Hartzell 2003).
- Auch wenn viele Patienten gut über Befunde informiert sind, die mit bildgebenden Verfahren erhoben wurden, ist es unsere Aufgabe, Missverständnisse auszuräumen und voreiligen Schlussfolgerungen entgegenzutreten. Vor allem informieren wir die Patienten über die *erfahrungsabhängige Plastizität des Gehirns* und weisen sie darauf hin, dass nicht nur die Gehirne von Kindern, sondern auch diejenigen von Erwachsenen durch positive ebenso wie negative Erfahrungen formbar sind (Davidson et al. 2000; Mundkur 2005; Turlejski u. Djavadian 2002). Die Patienten sollen wissen, dass sich die Stärke der synaptischen Verbindungen erfahrungsabhängig nicht nur im negativen, sondern auch im positiven Sinne verändert kann. Wie negative Kindheitserfahrungen das neuronale Wachstum im Bereich der emotionsregulierenden Strukturen behindert haben, so kann – auch noch im Erwachsenenalter – durch wiederholte positive Beziehungserfahrungen und durch ausdauerndes Einüben von Fähigkeiten und Fertigkeiten das neuronale Wachstum dieser Strukturen gefördert werden. In diesem Zusammenhang sollte nicht unerwähnt bleiben, dass Änderungen der Hirnfunktion in kortikalen und subkortikalen Regionen nach Psychotherapie bereits beschrieben sind (Frewen et al. 2008).
- *Traumabedingte Persönlichkeitsveränderungen* mit verzerrtem Selbstbild, erniedrigtem Selbstwertgefühl und quälenden Scham- und Schuldgefühlen lassen sich aus der Notwendigkeit des Bindungserhalts gegenüber den primären Bezugspersonen erklären. Die Reviktimisierungstendenz von Traumaopfern erklären wir vor allem als Folge traumabedingter Bindungsmuster (Wöller 2005).
- Gern verweisen wir auch auf eine größere Zahl von Studien, die einen *Rückgang der Borderline-Symptomatik* im Langzeitverlauf belegen (Zanarini u. Hörz 2011; ► Kap. 1.1). Auch wenn sich bei Langzeitverläufen nicht immer sagen lässt, in welchem Maße therapeutische Einflüsse für die Besserung der Symptomatik verantwortlich sind, sind diese Befunde von großer Bedeutung, um die therapeutischen Wirkfaktoren der Hoffnung und Zuversicht zu aktivieren.

Informationen zur Psychotherapie der Borderline-Störung sind auch notwendig, um die Mitwirkung der Patienten zu erreichen.

In allgemeiner Hinsicht erläutern wir, warum wir eine ressourcenorientierte psychodynamische Behandlung auf neurobiologischer Grundlage für besonders sinnvoll halten. Wir weisen darauf hin, dass neuere Entwicklungen der kognitiven Neurowissenschaften die Gültigkeit zentraler psychodynamischer Hypothesen bestätigt haben – insbesondere die Bedeutung unbewusster Prozesse und den Einfluss von Bindungs- und Beziehungserfahrungen –, und dass wir denken, dass eine psychodyna-

mische Grundorientierung der Beziehungsproblematik den Patienten am besten gerecht wird. Des Weiteren erläutern wir, dass die ressourcenorientierte Perspektive nach unserer Auffassung eine wertvolle Ergänzung darstellt, die auch der Eigenschaft des Gehirns Rechnung trägt, seine neuronalen Strukturen fortgesetzt neu zu organisieren.

Informationen zum Ablauf der Therapie beinhalten eine Übersicht über das Therapiekonzept mit seiner Phaseneinteilung. Wir weisen auf die große Bedeutung des Gefühls von Sicherheit und Kontrolle besonders zu Beginn der Behandlung hin, aber auch auf die Notwendigkeit der Einhaltung von Absprachen. Besonders heben wir hervor, dass die Patienten während der gesamten Therapie zu jedem Zeitpunkt ein *gleichwertiges Mitspracherecht* bei allem haben, was die Therapie betrifft. Bei Patienten, die auf zügige Traumabearbeitung drängen, ist es sinnvoll, den Vorrang von Stabilität im Alltagsleben vor der Durcharbeitung von Traumen zu erläutern.

Wenn die Patientinnen es wünschen, informieren wir auch ihre *Angehörigen*, jedoch stets in Anwesenheit der Patientinnen. Wenn es sinnvoll und möglich ist, bieten wir Angehörigengespräche aktiv an, weil der Einfluss von Angehörigen und nahen Bezugspersonen auf die Therapie – im positiven wie im negativen Sinne – nicht unterschätzt werden sollte. Ob Angehörige für eine Mitwirkung gewonnen werden können oder ob sie, weil sie sich »draußen« gehalten fühlen, die Therapie offen oder subtil sabotieren, kann über deren Erfolg entscheiden (►Kap. 16). Selbstverständlich bestehen wir nicht auf Angehörigengespräche gegen den Willen der Patienten, sondern explorieren stattdessen ihre Gründe für eine Ablehnung.

10.4 Halt und Schutz – Grenzsetzung und Verträge

Betrachten wir das Spektrum selbstschädigender Verhaltensweisen (►Kap. 4.2), so soll es in diesem und im nächsten Abschnitt um Verhaltensmuster gehen, die unmittelbar der *Bewältigung schwerer emotionaler Dysregulationen* dienen – wie Selbstverletzung, Essstörungen, Substanzmissbrauch oder Risikoverhaltensweisen aller Art. Mit Verhaltensweisen, die die *Folge störungsbedingter Kompetenzmängel* sind, werden wir uns in Kapitel 12, mit unbewussten maladaptiven Verhaltensmustern und Verhaltensinszenierungen in Kapitel 14 beschäftigen.

Haltgeben bedeutet, Patienten, Therapeuten und die Therapie durch klare *Grenzsetzungen* vor destruktiven Impulsen der Patienten zu schützen. Dies ist notwendig angesichts der Neigung von Borderline-Patienten, auf Stressbelastungen und überflutende Affekte mit selbstschädigenden, fremdschädigenden und grenzüberschreitenden Verhaltensmustern zu reagieren. Klare Grenzen sind nicht nur für den Erfolg der Therapie von entscheidender Bedeutung. Sie stellen für viele Patienten aus folgenden Gründen eine notwendige *positive Beziehungserfahrung* dar:

- Nicht wenige Patienten haben aufgrund mangelnder Lernerfahrungen *kein ausreichendes Gespür*, welche Verhaltensweisen von anderen Menschen als grenzüberschreitend empfunden werden. Deshalb sind wir darauf vorbereitet, dass Borderline-Betroffene mit hoher Wahrscheinlichkeit versuchen werden, Grenzen zu überschreiten. Wenn wir den Eindruck haben, dass die grenzüberschreitenden Verhaltensweisen Ausdruck unzureichender Lernerfahrung im Umgang mit Grenzen sind, nehmen wir dies zum Anlass, den Patienten erläuternde Hinweise zu geben, die sie in der Regel dankbar aufgreifen (Gunderson u. Links 2008).

- Häufiger sind es »jüngere« Persönlichkeitsanteile, die hoffen, durch Grenzüberschreitungen eine positive Erfahrung machen zu können – indem sie eine besondere Nähe zu einer Bindungsperson herstellen, die sie vor Verlassenheitsängsten schützen soll.

Therapeuten sollten nicht destruktive Verhaltensweisen von Patienten aus einem *falschen Containingverständnis* heraus tolerieren. Von notwendigen Begrenzungen abzusehen, weil sie Patienten »kränken« könnten, ist therapeutisch nicht zu rechtfertigen. Im Allgemeinen reagieren Patienten, die sich ihren eigenen grenzüberschreitenden oder zerstörerischen Tendenzen ausgeliefert fühlen, erleichtert auf unsere therapeutisch begründeten Begrenzungen.

P: Auch wenn ich es nicht gerne zugebe: Wenn Sie mir letzte Woche nicht die gelbe Karte gezeigt hätten, hätte ich es wohl nicht geschafft, das gefährliche Spiel zu unterlassen.

Eine begrenzende Haltung ist auch deshalb wichtig, um fatalen Verstrickungen in der Gegenübertragung vorzubeugen. Manche Patienten halten ihre Therapeuten, aber auch ihre Angehörigen oder Freunde mit ihrem selbstverletzenden Verhalten in Schach und reinszenieren damit, wie ihre Missbraucher sie in Geiselhaft und Abhängigkeit gehalten hatten. Statt wie die Patienten in der Missbrauchssituation mit hilfloser Wut und Unterwerfung zu reagieren (Dalenberg 2000), sollten wir klar Stellung gegen jede Form von Gewalt beziehen und eine solche Haltung auch einfordern.

Auch wenn Patientinnen mit einer Borderline-Störung als Ausdruck regressiver Abhängigkeits- und Versorgungswünsche bedrängende Forderungen nach immer mehr Einzelkontakten stellen, ist eine klare Grenzsetzung gefordert. Nicht selten geben Therapeutinnen unter der Vorstellung, dass die Patientin »mehr braucht«, dem Druck nach und stimmen einer Intensivierung des Angebots, meist in Form einer höheren Sitzungsdichte, zu. Indem sie unreflektiert die Sichtweise der Patientinnen übernehmen, unterstützten sie damit nicht nur in kontraproduktiver Weise deren regressive Tendenzen, sondern übersehen auch ihre nicht artikulierten Bedürfnisse nach Begrenzung. Im Allgemeinen ist es besser, bei dem vorgesehenen Therapieplan zu bleiben. Sollte dennoch der Eindruck entstehen, dass die Patienten mehr reale Kontakte und Unterstützung brauchen, ist es meist besser, sie anzuregen, das soziale Netzwerk auszuweiten, als die Sitzungen auszuweiten oder zusätzliche Telefonkontakte anzubieten (Gregory u. Remen 2008).

T: Ich weiß, dass es schwer ist, mit dieser Begrenzung zurechtzukommen. Ich denke aber, dass es so besser ist. Meine Erfahrung hat mich gelehrt, dass weit größere Probleme entstehen, wenn die Beziehung mit mehr Nähe verbunden ist.

Wir sollten auch bereit sein festzustellen, dass eine Therapie *nicht möglich* ist, wenn Patienten sich nicht an Absprachen halten. Es ist besser, keine Therapie durchzuführen, als eine, die von Beginn an unter einem schlechten Stern steht. Bei manchen Patienten werden Verhandlungen über den Rahmen der Therapie über lange Zeit Gegenstand der therapeutischen Sitzungen bleiben. Hier kann es sinnvoll sein, zunächst eine *zeitliche Begrenzung* für die Therapie auszumachen und zu vereinbaren, dass nur dann, wenn die festgelegten Regeln eingehalten werden, Absprachen über weitere Stunden erfolgen können. Das hilft, in kleinen Schritten voranzukommen und gleichzeitig den Rahmen der Behandlung zu wahren.

10.5 Stärkung der Alltagskompetenz

Um das Kompetenzgefühl unserer Patienten zu stärken, explorieren wir alle therapeutischen und außertherapeutischen Erfahrungen, die bereits einmal zur Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit und zur Stärkung ihrer Alltagskompetenz beigetragen haben:

- Dies können *wohltuende Aktivitäten* oder *positive Erinnerungen* an ressourcenreiche Momente sein. Wir fordern die Patienten auf, die Aktivitäten zu praktizieren und die Erinnerungen lebendig werden zu lassen.
- Es können aber auch *ressourcenaktivierende Imaginationen* sein ebenso wie *Vorstellungen* davon, wie es in anderen positiv bewerteten Beziehungen oder Bewältigungssituationen ablaufen könnte. Manche Patientinnen, die nicht auf eigene erfolgreiche Bewältigungsmuster zurückblicken können, können durch Bücher, Filme oder durch Bekannte mit Modellen angemessener Problemlösung vertraut gemacht werden.

Wann immer Patienten über Zustände emotionaler Dysregulation oder über interpersonelle Probleme sprechen, aktivieren wir ihre Ressourcen auf folgende Weise:

- Wir fragen die Patienten, welche Schritte zu ihrer Bewältigung sie bereits unternommen haben. Alle Bewältigungsschritte validieren wir; wir fragen dann aber weiter, wie zufrieden die Patienten mit dem Erfolg dieser Maßnahme waren. Nicht wenige traumatisierte Patienten setzen bestimmte Verhaltensweisen auch dann fort, wenn sie nicht geholfen haben.
- Wir regen an, eine *Liste aller Aktivitäten* zu erstellen, die die Patienten bereits einmal zur Regulation negativer Affektzustände eingesetzt haben, und bitten sie, diese zu reaktivieren: Joggen, Musik hören, Spazierengehen, Malen usw. Darüber hinaus machen wir Vorschläge für mögliche weitere Aktivitäten, die geeignet sind, negative Affektzustände zu überwinden. Was hilft, ist individuell ganz verschieden.
- Wir stärken das allgemeine Kompetenzgefühl der Patienten, indem wir ihren aktiven Beitrag zur Herstellung positiver Befindenszustände hervorheben. Wir können sie bitten, uns *kleinere oder größere Erfolge* der letzten Zeit zu berichten und stellen dann fest, welche Kompetenz oder welches positive Charaktermerkmal ihnen offenbar zur Verfügung gestanden haben muss, damit sich dieser Erfolg einstellen konnte.
- Wann immer es sich anbietet, machen wir die Patienten auf *gefundene Problemlösungen* aufmerksam. Mehr noch: Wir lassen sie spüren, dass wir uns darüber freuen! Sie sollen erkennen, dass sie selbst zu der Lösung des Problems oder zur Verbesserung der Befindlichkeit beigetragen haben. Gleichzeitig können sie sich ein Verständnis erarbeiten, wie dies im Einzelnen geschehen ist.

T: Ich finde, dass Sie heute viel offener über Ihre Gefühle gesprochen haben. Wie haben Sie das geschafft?
P: Ich habe […]. Ich habe mich einfach getraut.
T: Einfach getraut?
P: Ja.
T: Mögen Sie für einen Moment an das gute Gefühl denken, dass Sie offener über Ihre Gefühle gesprochen haben?

Das Bewusstsein, auf diese Weise einen State-Wechsel herbeiführen und die Befindlichkeit beeinflussen zu können, wirkt sich günstig auf das Selbstwertgefühl aus. Die Abhängigkeitsangst wird geringer, das Gefühl der Selbstwirksamkeit besser. Besondere Bedeutung hat dabei der *Wechsel des Körper-States*.

10.6 Selbstschädigende Verhaltensmuster

Schon in der ersten Phase der Therapie versuchen wir, ein Verständnis für die Funktion maladaptiver Verhaltensmuster zu schaffen und die Patienten für einen Verzicht auf maladaptive Verhaltensweisen zu gewinnen. Dies umfasst die folgenden Schritte:

- *Klarifizierend* versuchen wir herauszuarbeiten, wie die maladaptiven Verhaltensweisen gelernt wurden und welche Funktionen sie hatten oder haben. In der Regel waren oder sind sie notwendig, weil wichtige Regulationskompetenzen nicht zur Verfügung gestanden haben, um traumatische Affektzustände des Alleingelassenwerdens, des Ausgeliefertseins oder der Scham zu beherrschen. Viele Patienten mit einer Borderline-Störung brauchen die Kontrolle über andere Menschen, weil sie sich selbst so wenig unter Kontrolle fühlen, und versuchen auf diese Weise, die Welt für sich etwas besser handhabbar und leichter vorhersagbar zu machen. Andere ziehen sich zurück, um sich vor dem Auftreten negativer Emotionen zu schützen, die sie im Kontakt mit anderen Menschen fürchten. Hinzu kommen Verhaltensmuster, die die Patienten mehr oder weniger bewusst einsetzen, um sich einen – zumindest vorübergehenden – realen oder emotionalen Vorteil, meist einen Zuwachs an Selbstwert- und Machtgefühl zu verschaffen, z. B. die Neigung, andere zu beschuldigen, zu erpressen, zu bedrohen usw. Wenn es darum geht, intransparent etwas durchzusetzen, sprechen wir auch von »manipulativen« Verhaltensweisen (► Kap. 4.2).
- Taktvolle *Konfrontationen* sind notwendig, weil die Tatsache, dass diese Verhaltensmuster auf lange Sicht selbstschädigend sind, oft verleugnet wird. Meist sind die maladaptiven Verhaltensmuster den Patienten schon so zur Gewohnheit geworden, dass sie sich ihrer ursprünglichen Schutzfunktion nicht mehr bewusst sind und ihre Präsenz als Ausdruck eines freiwillig gewählten exzessiven Lebensstils rationalisieren:

> **P:** Würde ich nicht exzessiv trinken und rauchen, hätte ich das Gefühl, das Leben ginge an mir vorüber.

- Schließlich erwarten wir von den Patienten, auf das Ausagieren der maladaptiven und selbstschädigenden Muster soweit irgend möglich *bewusst zu verzichten*. Wir verlangen von ihnen eine *klare Entscheidung für die Therapie*, die gleichzeitig eine Entscheidung gegen Selbstschädigung sein muss.

> **T:** Ich möchte Sie dringend bitten, diese Verhaltensweisen nicht fortzusetzen. Ich könnte so mit Ihnen nicht therapeutisch arbeiten. Ich möchte aber gerne mit Ihnen arbeiten, und bitte Sie daher, mir dafür die Möglichkeit zu geben.
>
> **T:** Bitte verstehen Sie, dass unsere Therapie und Selbstschädigung sich nicht vertragen. Ich vertrete eine klare Position gegen Gewalt und Selbstschädigung. Die muss ich auch von Ihnen verlangen. Sonst könnte ich leider nicht für die Therapie zur Verfügung stehen.

So gut wie immer finden wir als Kooperationspartner eine Seite der Persönlichkeit, die sich für die Therapie und gegen die Selbstschädigung ausspricht.

> **T:** Ich vermute, dass es eine Seite in Ihnen gibt, die das exzessive Leben so gut findet, dass sie auf Selbstschädigung nicht

verzichten will, aber auch eine andere Seite, die die Selbstschädigung beenden und die Therapie machen möchte. Was meinen Sie?
P: Ja, die Seite gibt es auch. Sie ist die stärkere Seite.

Mindestens bei den folgenden Konstellationen lohnt es sich, mithilfe von *Klarifikationen und Konfrontationen* die Sinnhaftigkeit und Funktionalität maladaptiver Verhaltensmuster herauszuarbeiten:

- Wir können nachvollziehbar machen, wie selbstschädigende Verhaltensmuster an die Stelle selbstfürsorglicher Muster getreten sind, weil diese sich vor dem Hintergrund der frühen Beziehungserfahrungen als untauglich erwiesen haben, um legitime Grundbedürfnisse – nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung sowie nach Lustgewinn und Unlustvermeidung (Grawe 2004) – zu befriedigen.
  - *Aggressiv-vorwurfsvolles Fordern* konnte ein Weg sein kann, um die Erfüllung eines Bedürfnisses nach Versorgung zu erreichen, wenn ein Bitten um Hilfe Zurückweisung und Demütigung bedeutet hätte.
  - *Intransparentes und manipulatives Verhalten* konnte helfen, die Befriedigung berechtigter Anliegen sicherzustellen, wenn bei einer Offenlegung der eigenen Ziele und Motivationen Nachteile und Bestrafungen zu erwarten gewesen waren.
  - *Suiziddrohungen* konnten der einzige Weg sein, um wichtige Bezugspersonen an sich zu binden, wenn die innere Verbindung zu ihnen abbrach, sobald sie nicht unmittelbar anwesend waren.
  - Die *Aufmerksamkeit* anderer Menschen zu erzwingen, z. B. durch provozierende Verhaltensweisen oder Suizidandrohungen, war eine Möglichkeit, um wahrgenommen zu werden, wenn weniger auffällige Versuche, die eigenen Not zu kommunizieren, unbeachtet blieben.
- Wir können helfen zu verstehen, in welchem Maße selbstschädigende Verhaltensweisen die Funktion hatten oder haben, schwer zu ertragende Affekte abzuwehren.
  - *Kontrollierendes Verhalten* kann dazu dienen, sich vor Gefühlen des Alleingelassenseins, der Ohnmacht und der Hilflosigkeit zu schützen, wenn keine anderen Möglichkeiten des Schutzes gesehen werden.
  - *Arrogant-forderndes Verhalten* kann das tiefe Schamgefühl abwehren, das mit der Abhängigkeit von anderen Menschen verbunden ist, und so das Selbstwertgefühl stabilisieren.
  - *Zwanghaftes Sorgen für andere* kann die als schmerzhaft erlebte eigene Bindungssehnsucht erträglicher machen.
- Wir können zeigen, dass Selbstfürsorge unter dem Diktat verinnerlichter Normensysteme als verboten oder unangemessen erlebt werden musste, sodass Selbstschädigung die einzig erlaubte Form der Selbstzuwendung blieb.
  - Selbstfürsorge kann unbewusst als Illoyalität gegenüber einer verinnerlichten Bezugsperson aufgefasst werden.

P: Wenn es mir gut geht, lasse ich meine Mutter im Stich.

  - Die selbstfürsorgliche Zuwendung zum eigenen Körper kann unbewusst mit Missbrauch assoziiert sein und deshalb *Scham und Ekel* auslösen (Rockliff et al. 2008).

10.7 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

Im Kontakt mit Patienten, die sich selbst verletzen, ist uns ein *psychodynamisches Verständnis* (►Kap. 4.2) ebenso wichtig wie eine klare *begrenzende Haltung*. Wir legen großen Wert auf eine ruhige, sachliche Art des Umgangs mit der Problematik, die von moralisierender Verurteilung ebenso weit entfernt ist wie von übermäßig mitfühlender Anteilnahme. Wir vermeiden Äußerungen, die Scham- oder Insuffizienzgefühle auslösen können, da die Patienten meist schon beschämt oder voller Minderwertigkeitsgefühle sind. Doch lassen wir keinen Zweifel daran, dass selbstverletzendes Verhalten eine gewaltsame Handlung gegen den eigenen Körper darstellt, und stellen klar, dass Gewalt mit unserer Therapie nicht vereinbar ist.

Um selbstverletzendes Verhalten zu beenden, müssen wir von unseren Patienten eine klare *Entscheidung gegen die Selbstverletzung* verlangen. Wir erwarten von ihnen, dass sie eine Verpflichtung eingehen, den Drang zur Selbstschädigung zu stoppen, sobald sie ihn bemerken. Ein psychodynamisches Verständnis kann eine solche Entscheidung zwar nicht ersetzen, aber erheblich unterstützen. So kann es sinnvoll sein, negative Überzeugungen durchzuarbeiten, die mit selbstverletzendem Verhalten in Verbindung stehen, z. B. die Überzeugung, eine Schädigung verdient zu haben. Die Entscheidung gegen selbstverletzendes Verhalten kann sich dann auf die Annahme einer neuen Überzeugung gründen: dass man es wert ist, nicht geschädigt zu werden.

Auf der praktischen Ebene erörtern wir mit den Patienten *Alternativen* zum selbstverletzenden Verhalten: die Hände in sehr kaltes Wasser legen, Eiswürfel zerdrücken, Gummiringe schnippen lassen etc. Damit die alternativen Reaktionen automatisch einsetzen, wenn unter Stress die Kontrolle zu schwinden droht, fordern wir die Patienten auf, sie schon einzuüben, bevor der Ernstfall eintritt. Dazu fordern wir sie auf, die belastende Situation und die neue Reaktion darauf häufiger zu imaginieren.

Mit *Therapieverträgen*, deren Wert kontrovers diskutiert wird, machen wir insgesamt gute Erfahrungen. Überwiegend erleben wir, dass die Patienten sich als gleichwertige »Vertragspartner« ernst genommen fühlen; es ist ihnen wichtig, zuverlässig und »vertragstreu« zu sein. Wir beachten folgende Aspekte:

- Selbstverständlich muss klar sein, dass Therapieverträge juristisch nicht verbindlich sind und auch niemals eine brüchige therapeutische Beziehungen ersetzen können. Ohne das Fundament einer positiven Beziehung ist jeder Therapievertrag ohne Wert.
- Wir entwickeln die Therapieverträge gemeinsam mit den Patientinnen, damit sie sich besser mit dem Inhalt des Vertrags identifizieren und Verantwortung für ihn übernehmen können. Sie selbst kennen am besten die »Schlupflöcher« und die Versuchung, die vertraglichen Vereinbarungen zu umgehen.
- Manchmal muss aus gegebenem Anlass eine Vertragsbedingung nachverhandelt werden. Auch müssen wir jederzeit Gelegenheit haben, weitere Vereinbarungen einzuführen, um unseren Therapieauftrag wahrnehmen zu können.
- Werden die Vertragsvereinbarungen nicht eingehalten, legen wir Wert darauf, dass die Konfrontation damit nicht ohne Empathie erfolgt. Wir bemühen uns, *empathisch und begrenzend gleichzeitig* zu sein. Empathisch gehen wir auf die Verletzlichkeit und den Schmerz der Patientinnen ein, begrenzend begegnen wir ihrem grenzüberschreitenden oder destruktiven Verhalten.

T: Es geht nicht, dass Sie Gewalt anwenden, gegen wen auch immer. Allerdings kann ich verstehen, dass es Situationen geben kann, die Sie wütend machen.

Es ist nützlich, die *Ambivalenz* gegenüber der Aufgabe selbstschädigender Verhaltensweisen zu verstehen und anzuerkennen, dass sie wie eine physiologische Selbstmedikation gegen unerträgliche Affekte und dissoziative Zustände eingesetzt werden (►Kap. 4.2). Nicht selten fürchten Patienten, ins »Bodenlose« abzustürzen – das heißt, in Zustände kindlicher Hilflosigkeit abzurutschen –, wenn sie ein selbstschädigendes Verhalten, z. B. selbstinduziertes Erbrechen, aufgeben. Wir geben ihnen zu verstehen, dass diese Sorge nicht ganz unberechtigt ist, solange sie keine Möglichkeit haben, ihre emotionalen Zustände zu beeinflussen. Umso mehr legen wir ihnen nahe, das Wechseln von States einzuüben (►Kap. 11.11).

10.8 Suizidalität

Suizidgedanken sind bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung außerordentlich häufig (Oldham 2006). Die Instabilität des Affekts ist das Kriterium, das am stärksten mit der Tendenz zu Suizidversuchen assoziiert ist (Yen et al. 2004). Als Prädiktoren von Suizidversuchen ließen sich bei den Betroffenen identifizieren: depressive Episoden, Substanzmissbrauch, die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Selbstverletzungsneigung, sexuelle Übergriffe im Erwachsenenalter und schwere Dissoziationsneigung (Wedig et al. 2012). Beim gleichzeitigen Vorliegen von Substanzmissbrauch ist bei den Patienten das Suizidrisiko besonders hoch (Kolla et al. 2008).

Die meisten Patienten sind hinsichtlich ihrer ernsthaften Tötungsabsicht ambivalent. Suizidäußerungen und Suizidversuche können als verzweifelte Versuche verstanden werden, einer bekannten Person die Unerträglichkeit ihrer aktuellen Lebenssituation zu kommunizieren und ihr mitzuteilen, dass es so nicht weitergehen kann. Ein empathisches Aufgreifen dieses Bedürfnisses kann viel bewirken.

Wir ermutigen die Patienten, über ihre Suizidalität zu sprechen, und vermitteln ihnen, dass es sich dabei um ein äußerst ernsthaftes Problem handelt und sie unbedingt Hilfe in Anspruch nehmen sollten. Wir bemühen uns, die *emotionale Bedeutung der Suizidgedanken* zu erfassen und *validieren* die Gefühle der Verzweiflung, die die Patienten suizidal werden ließen. Sobald die kommunikative Funktion der Suizidalität verstanden ist, werden die Therapiesitzungen erfahrungsgemäß ruhiger und fokussierter. Dann regen wir an, alternative Lösungen für die Probleme zu finden. Sobald die Patienten die Ernsthaftigkeit der therapeutischen Arbeit spüren, geht im Allgemeinen die Suizidalität zurück (Sabo et al. 1995; Stevenson u. Meares 1992).

T: Es muss Ihnen sehr schlecht gehen, wenn Sie so oft an Suizid denken. Lassen Sie uns schauen, was alles so schlimm macht und ob wir eine Lösung finden können.

Suizidalität kann auch zu *Abwehrzwecken* eingesetzt werden. Dazu kommt es insbesondere dann, wenn die Menschen im Umfeld des Patienten nach dessen Suizidandeutungen ihr Verhalten verändern, indem sie z. B. keine klaren Grenzen mehr setzen, Konfrontationen und Konflikte vermeiden oder ängstlich darauf bedacht sind, Belastendes von ihm fernzuhalten. Weiterhin kann die Suizidalität von Borderline-Patienten *manipulativ* eingesetzt werden, um die Bindung an andere Menschen über sadomasochistische Muster aufrechtzuerhalten. Um eine derartige Entwicklung einzuschränken, haben wir es uns zu Gewohnheit gemacht, folgendermaßen vorzugehen:

- Wir lassen uns von der Patientin eine »Garantie« geben, dass sie sich, wenn auch nur für einen zu definierenden Zeitraum, nichts

antun wird. Falls ihr das zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich sein sollte, verpflichtet sie sich, uns *anzusprechen*, oder wenn wir nicht erreichbar sind, eine *Klinik aufzusuchen*. Wir müssen beurteilen können, ob wir die Patientin für so absprachefähig halten, dass die Garantieerklärung Gültigkeit hat.

- Wenn sich die Patienten nicht zur Abgabe einer solchen Garantieerklärung bereitfinden kann oder wenn sie versucht, die Antwort in der Schwebe zu halten, lehnen wir die Übernahme oder die Fortsetzung der Therapie ab und erwägen stattdessen die Klinikeinweisung. Viele Patienten lenken an diesem Punkt ein und geben eine »Garantieerklärung« ab, die natürlich tragfähig sein muss.
- Wenn Patienten wiederholt Suizidgedanken andeuten und uns über *den Grad ihrer Gefährdung* im Unklaren lassen, lassen wir sie solange nicht über andere Themen sprechen, bis wir die notwendige Klarheit über das Ausmaß der Gefährdung gewonnen haben. Wir fragen die Patienten detailliert, ob zusätzlich zu den Suizidgedanken auch konkrete Suizidimpulse vorliegen und wieweit sie versprechen können, sich beim Auftreten solcher Impulse um Hilfe zu bemühen. Durch dieses Vorgehen gelingt es uns in der Regel, manipulative Suiziddrohungen einzugrenzen.

Insgesamt sollte die psychiatrische Einweisung von Borderline-Patienten aufgrund von Suizidäußerungen die Ausnahme bleiben. Zwar können ernsthafte Suizidgedanken und Suiziddrohungen ein Grund für eine Klinikeinweisung sein. Doch das Vorgehen in Kliniken orientiert sich meist an der Behandlung suizidaler Krisen von Patienten mit affektiven Störungen, was selten für Borderline-Patienten geeignet ist; außerdem können sich die sozialen Verstärker des stationären Milieus negativ auswirken. Nur wenn Therapiekonzepte vorhanden sind, die eine Arbeit an den Borderline-typischen Problembereichen ermöglichen, sind Klinikbehandlungen sinnvoll.

Chronische Suizidalität erfordert ein anderes Vorgehen. Chronisch suizidale Patienten brauchen die Suizidalität und die damit verbundenen Beziehungsmuster als einen Bewältigungsmechanismus. Die meisten Therapeutinnen, die Borderline-Patientinnen behandeln, müssen sich mit längeren Perioden der Suizidalität bei ihnen abfinden (Fine u. Sansone 1990; Maltsberger 1994).

Hilfreich ist häufig ein Verständnis der *Anpassungsleistungen*, die mit chronischer Suizidalität verbunden sind. Ganz häufig hat Suizidalität als »letzter Ausweg« dazu beigetragen, das Leben überhaupt erst möglich zu machen und auch in den schlimmsten Situationen noch das Gefühl der Selbstbestimmung zu bewahren.

P: Ich dachte immer: Wenn alles zu schlimm wird, wenn er noch gemeiner und noch brutaler wird, kann ich mich ja immer noch umbringen. Das hat mir geholfen.

In dieser Hinsicht verstanden zu werden, kann den Patienten viel bedeuten und oft auch Hoffnung entstehen lassen. Nach unserer Erfahrung lässt Suizidalität dann nach, wenn wieder Hoffnung möglich wird.

Einige Patienten sind ihr Leben lang latent suizidal gewesen. Dies ändern zu wollen wäre nicht nur töricht, sondern auch gefährlich, da sie durch den übermäßigen therapeutischen Eifer, sie vor jeglicher Suizidalität bewahren zu wollen, erst recht suizidal werden können. Auch eine andauernde Thematisierung der Frage der Suizidalität kann nicht empfohlen werden, es sei denn, es ergäben sich Hinweise auf eine akute Zuspitzung. Bei chronischer Suizidalität ist der Wert von Klinikbehandlungen besonders begrenzt.

Ein Patient, der eine Borderline-Störung weitgehend überwunden hatte, äußerte sich rückblickend: »Man soll einen Borderline-Patienten nicht länger als 24 Stunden in einer Klinik behandeln. Viele meiner selbstschädigenden Handlungen sind erst entstanden, nachdem ich mehrere stationäre Behandlungen hinter mir hatte, nachdem ich gelernt hatte, wie das System reagieren muss.« (Williams 1998)

Sofern es unterstützende Familienangehörige, Freunde oder Bekannte gibt, beziehen wir diese bei chronisch suizidalen Patienten mit in die Behandlung ein. Wir informieren die Patienten darüber, dass wir diese Personen benachrichtigen werden, wenn wir die Patienten in Gefahr sehen. Diese sinnvolle Maßnahme muss nicht notwendigerweise das Vertrauen der Patienten in uns schwächen. Bekannte, Freunde oder Familienmitglieder, die die Suizidalität der Patienten nur schwer ertragen können, fühlen sich meist weniger ausgeschlossen und allein gelassen, wenn sie in das Arbeitsbündnis einbezogen werden; je unterstützter sie sich fühlen, desto eher sind sie auch bereit, den Patienten zu unterstützen (Paris 2002).

10.9 Pharmakotherapie

Bisher gibt es keine pharmakologische Therapie, um die Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst zu behandeln. Behandelbar sind lediglich einzelne Symptome oder Symptomkonstellationen. Pharmaka sollten daher symptomorientiert ausgewählt und angewendet werden. Grundsätzlich muss bei allen genannten Substanzen das Nebenwirkungsprofil beachtet und gegen den therapeutischen Effekt abgewogen werden.

Auf der Basis einer Cochrane-Analyse pharmakotherapeutischer Studien lassen sich die folgenden Therapieempfehlungen formulieren (Lieb u. Stoffers 2011; Lieb et al. 2010; ►Tab. 10-1):

- Die Studien belegen die Wirksamkeit der sogenannten Stimmungsstabilisatoren beim Vorliegen Borderline-typischer affektiver Symptome. Positive Effekte auf Depressivität, Impulsivität, Angst und unangemessene Wut können durch Topiramat, Lamotrigin und Valproinsäure erzielt werden. Aufgrund

Tab. 10-1 Pharmakotherapie Borderline-typischer Symptome (nach Lieb u. Stoffers 2011)

Symptom	Wirkstoffe
Depressivität und affektive Instabilität	Valproinsäure[1], Aripiprazol[2], ggf. Olanzapin[3]
Impulsivität	Topiramat[4], Lamotrigin[5], Aripiprazol[2]
Unangemessene Wut	Topiramat[4], Lamotrigin[5], Valproinsäure[1], Aripiprazol[2], ggf. Olanzapin[3]
Angst	Topiramat[4], Aripiprazol[2], ggf. Olanzapin[3]
Schlafstörungen	Imidazopyridine[6], Cyclopyrrolone[7], Mirtazapin[8], Agomelatin[9], Pipamperon[10], Quetiapin[11]
Psychotisch-paranoide Symptome	Aripiprazol[2], Olanzapin[3]
Krisenintervention	vorübergehend Benzodiazepine, z. B. Lorazepam[12]
Akute dissoziative Symptome	vorübergehend Benzodiazepine, z. B. Lorazepam[12]

Handelsnamen (Beispiele): [1] Ergenyl®, Orfiril®, verschiedene Generika; [2] Abilify®; [3] Zyprexa®; wegen des Nebenwirkungsprofils nur beim Vorliegen psychotischer Symptome anzuwenden; [4] Topamax®; [5] Lamictal®, Elmendos®, verschiedene Generika; [6] Zolpidem®; [7] Zopiclon®; [8] Remergil®, verschiedene Generika; [9] Valdoxan®; [10] Dipiperon®, verschiedene Generika; [11] Seroquel®, verschiedene Generika; [12] Tavor®, verschiedene Generika

der vorhandenen Evidenz ergibt sich eine nach Symptomschwerpunkten differenzierbare Wirksamkeit der Substanzen. Bei Topiramat ist als Nebenwirkung insbesondere ein stärkerer Gewichtsverlust zu beachten.

- Auch bei den neueren »atypischen« Antipsychotika konnten positive Effekte auf affektive Symptome, insbesondere Depressivität, Wut und Angst, auf Impulsivität und auf psychotisch-paranoide Symptome nachgewiesen werden. Allerdings kann im Hinblick auf das Nebenwirkungsprofil bisher nur Aripiprazol als weitgehend unbedenklich gelten. Bei Olanzapin, das in seiner Wirksamkeit dem Aripiprazol vergleichbar ist, wurden neben der nahezu regelhaft auftretenden Gewichtszunahme immer wieder Veränderungen verschiedener Blutparameter, eine Zunahme selbstschädigenden Verhaltens und ein leichter Anstieg der Suizidalität beobachtet. Aus diesem Grunde wird Olanzapin zur Behandlung einer Borderline-typischen Symptomatik nur noch dann empfohlen, wenn auch paranoid-psychotische Symptome vorliegen.
- Benzodiazepine, insbesondere Lorazepam, sollten wegen der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung nur vorübergehend zur Krisenbehandlung und zur Akutbehandlung dissoziativer Symptome eingesetzt werden.
- Zur pharmakologischen Behandlung von Schlafstörungen kommen in Betracht: Imidazopyridine (z. B. Zolpidem), Cyclopyrrolone (z. B. Zopiclon), ferner sedierende Antidepressiva wie Mirtazapin und Agomelatin und niedrigpotente Neuroleptika wie Pipamperon und Quetiapin.
- Antidepressiva vom Typus der selektiven Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sind nur dann zu empfehlen, wenn als Komorbidität eine depressive Episode (▶ Kap. 15.2) oder eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Für die Wirksamkeit dieser Substanzen bei Borderline-typischen affektiven Symptomen, insbesondere bei Gefühlen der Leere und Langeweile oder bei Angstsymptomen, liegt keine gesicherte Evidenz vor.

Bei vielen Patienten wird eine Kombinationsbehandlung aus mehreren der genannten Substanzen praktiziert. Diese Behandlungsformen sind durch wissenschaftliche Evidenz nicht abgesichert, aber offenbar nicht immer zu vermeiden. Überhaupt muss einschränkend gesagt werden, dass die Aussage der randomisiert-kontrollierten Studien begrenzt ist. So werden schwer kranke Patienten, insbesondere solche mit akuter Suizidalität, häufig aus Studien ausgeschlossen.

Schließlich sei erwähnt, dass keines der aufgeführten Medikamente in Deutschland zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zugelassen ist. Bei einem derartigen Off-Label-Gebrauch muss eine besonders sorgfältige Aufklärung erfolgen, die auch schriftlich dokumentiert und durch die Unterschrift des Patienten bestätigt werden sollte.

Literatur

Bohne M (2010). Klopfen mit PEP. Heidelberg: Carl Auer.

Cardasis W, Hochman JA, Silk KR (1997). Transitional objects and borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 154: 250–5.

Cozolino LJ (2006). The Neuroscience of Relationships: Attachment and the Developing Social Brain. New York: Norton.

Dalenberg CJ (2000). Countertransference and the Treatment of Trauma. Washington, DC: American Psychological Association.

Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. Psychol Bull; 126: 890–909.

Dennison PE (1992). Befreite Bahnen. 7. Aufl. Freiburg: Verlag für Angewandte Kinesiologie.

Eschenröder CT, Wilhelm-Gößling C (2012). Energetische Psychotherapie – integrativ. Hinter-

gründe, Praxis, Wirkhypothesen. 3. Aufl. Tübingen: dgvt.

Fine MA, Sansone RA (1990). Dilemmas in the management of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. Am J Psychother; 44: 160–71.

Frewen PA, Dozois DJ, Lanius RA (2008). Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: empirical and methodological review. Clin Psychol Rev; 28: 228–46.

Gallo FP (2007). Gelöst – entlastet – befreit. Klopfakupressur bei emotionalem Stress. 5. Aufl. Kirchzarten: VAK.

Gallo FP (2008). Handbuch der Energetischen Psychotherapie. 3. Aufl. Kirchzarten: VAK-Verlag

Grawe K (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Gregory RJ, Remen AL (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. Psychother Theor Res Pract Train; 45: 15–27.

Gunderson JG, Links PS (2008). Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Washington: American Psychiatry Press.

Hooley JM, Wilson-Murphy M (2012). Adult attachment to transitional objects and borderline personality disorder. J Pers Disord; 26: 179–91.

Jarero I, Artigas L, Luber M (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: application in a disaster mental health continuum of care context. J EMDR Pract Res; 5: 82–94.

Kolla NJ, Eisenberg H, Links PS (2008). Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. Arch Suicide Res; 12: 1–19.

Lieb K, Stoffers J (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung. Störungsspezifische Pharmakotherapie. Neurotransmitter; 11: 60–4.

Lieb K, Vollm BA, Rücker G et al. (2010). Psychopharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. Br J Psychiatry; 196: 4–12.

Maltsberger JT (1994). Calculated risk in the treatment of intractably suicidal patients. Psychiatry; 57: 199–212.

Mosquera D (2004). Diamantes en bruto (II). Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales. Madrid: Pleyades.

Mundkur N (2005). Neuroplasticity in children. Indian J Pediatr; 72: 855–7.

Oldham JM (2006). Borderline personality disorder and suicidality. Am J Psychiatry; 163: 20–6.

Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv; 53: 738–42.

Reddemann L (2012). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rockliff H, Gilbert P, McEwan K et al. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. Clin Neuropsychiatry; 5: 132–9.

Sabo AN, Gunderson JG, Najavits LM et al. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy: a prospective follow-up. J Nerv Ment Dis; 183: 370–6.

Siegel DJ, Hartzell M (2003). Parenting From the Inside Out. New York: Penguin.

Stevenson J, Meares R (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 149: 358–62.

Turlejski K, Djavadian R (2002). Life-long stability of neurons: a century of research on neurogenesis, neuronal death and neuron quantification in adult CNS. Prog Brain Res; 136: 39–65.

Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR et al. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. Psychol Med; 42: 2395–404.

Williams L (1998). A »classic« case of borderline personality disorder. Psychiatr Serv; 49: 173–4.

Wöller W (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Yen S, Shea MT, Sanislow CA et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. Am J Psychiatry; 161: 1296–8.

Zanarini MC, Hörz S (2011). Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 44–56.

11 Phase 2: Emotionsregulierung und Selbstfürsorge

11.1 Empathisches Erfassen der Affektzustände

Die *Erfassung und Spiegelung des affektiven Erlebens* der Patienten gilt allgemein als ein wichtiges Element einer empathischen Beziehungsgestaltung. Für Borderline-Betroffene, die wenig Affektspiegelung erlebt haben, ist das Spiegeln der Emotionen eine hervorragende Möglichkeit, um eine emotionale Verbundenheit mit ihnen herzustellen. Diese wiederum schafft die Voraussetzungen, dass sich die für eine Verbesserung der Emotionsregulierung notwendigen neuronalen Veränderungen ausbilden können (Cozolino 2002).

Die Patienten brauchen unsere emotionale Verfügbarkeit und unser Interesse an ihrem inneren Erleben. Nur wenn sie unser einfühlendes Interesse bemerken, werden sie spüren, dass sie einen emotionalen Einfluss auf uns haben und dass es eine wirkliche Beziehung zu uns gibt. Nur wenn sie davon ausgehen können, dass wir ihre emotionale Not verstehen, werden sie sich bereit finden, an der Regulation ihrer Emotionen zu arbeiten. Würden wir kompensatorische Verhaltensweisen wie selbstverletzendes Verhalten als erstes thematisieren, könnten sie möglicherweise befürchten, ein wichtiges Regulativ zu verlieren, ohne dass ihre Not gesehen wird (Chefetz 2008).

Unser Interesse an ihrem emotionalen Erleben und unser wohlwollendes Zuhören stellen für die Patienten nicht nur eine wohltuende und bereichernde Erfahrung dar; sie sind *existenziell darauf angewiesen*. Wir befinden uns hier nicht im Bereich der Wünsche, die erfüllt werden oder unerfüllt bleiben können, sondern im Bereich der *basalen Bedürfnisse*. Während die Frustration von Wünschen Wachstum fördern kann, führt die Frustration basaler Beziehungsbedürfnisse zu struktureller Desintegration des Selbst (Akhtar 1999). So sehr Borderline-Patienten unser Verständnis brauchen, so wenig können sie sich oft vorstellen, dass jemand ihr tatsächliches emotionales Erleben nachvollziehen kann, wenn er nicht selbst Ähnliches erlebt hat.

> Den Therapeuten, die selbst keine Borderline-Störung hatten, gab eine Borderline-Patientin den folgenden Rat: »Sie sollten sich den schlimmsten Emotionszustand vorstellen, den sie in ihrem Leben einmal erlebt haben, und ihn verdreifachen.«

Auch wenn wir uns letztlich nur begrenzt in das Erleben der Patienten einfühlen können, können wir ihnen doch andeuten, dass uns das Schmerzhafte vieler Zustände bewusst ist, namentlich die äußerst schwer erträglichen *undifferenzierten Affektzustände* und Zustände der *Leere*, und dass wir zumindest eine vage Ahnung davon haben, wie verwirrend es sein muss, nie zu wissen, wie man sich im weiteren Tagesverlauf fühlen wird. Weiterhin, dass wir uns vorstellen können, wie in solchen Zuständen jedes – auch noch so destruktive – Mittel recht sein kann, um sie zu beenden.

Die nächste Aufgabe besteht darin, den Patienten bei der *Einordnung ihrer Gefühle* zu helfen und sie darin zu unterstützen zu beurteilen, wann Gefühle situationsangemessen sind und wann nicht. Dies hat direkte Auswir-

kungen auf den Umgang mit gegenwärtigen Beziehungen. Probleme finden sich in zweierlei Hinsicht:

- Einmal werden in aktuellen Beziehungen *Assoziationen zu früheren traumatischen Beziehungserfahrungen* mobilisiert, die emotional hoch aufgeladen waren. Da sich die Patientinnen dessen nicht bewusst sind, ordnen sie ihre heftigen emotionalen Reaktionen den aktuellen Auslösern zu, obwohl ein großer Teil des Affekts auf die traumatischen Affekte der Vergangenheit zurückgeht.
- Andererseits kommt es häufig vor, dass Borderline-Patienten ihre Gefühle in Situationen, in denen sie offensichtlich angemessen sind, für *nicht gültig* halten. Dies kann zwei Gründe haben: Die Gültigkeit ihrer Wahrnehmungen und Gefühle kann ihnen von schädigenden Bezugspersonen *abgesprochen* worden sein. Und es kann in einem beziehungstraumatischen Umfeld auch *adaptiv* gewesen sein, eigene Wahrnehmungen und die damit verbundenen Gefühle als nicht gültig zu betrachten.

Die therapeutische Aufgabe besteht dann darin, die Patienten dabei zu unterstützen, ihre Gefühle korrekt einzuordnen, indem sie sie der Gegenwart oder der Vergangenheit zuordnen. Gleichzeitig sollen sie lernen, ihrer Wahrnehmung zu trauen und ihre Gefühle als gültig zu betrachten. Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und in die Angemessenheit des eigenen gefühlshaften Erlebens zu gewinnen, ist von großer Bedeutung für die Stabilisierung des Selbstwertgefühls. Im Klinikkontext tragen oft die Mitpatienten dazu bei, die Angemessenheit von Wahrnehmung und Gefühlen zu bestätigen oder zu korrigieren.

P: Nach meinem Gefühl ist das Verhalten von A. grenzüberschreitend. Aber ich bin mir nicht sicher, ob das stimmt. Was meinen Sie?
T: Versuchen Sie, Ihr Gefühl ernst zu nehmen und ihm zu trauen.

Die empathische Erfassung des subjektiven Erlebens von Borderline-Patienten ist deshalb so wichtig, weil ihr äußerer Affektausdruck und ihr nonverbales Verhalten oft über ihre innere Befindlichkeit hinwegtäuschen. Tatsächlich sind die Affekte und die nonverbalen Signale von Borderline-Patienten oft ungeeignet, um aktuelle Beziehungen zu regulieren, weil sie eine beziehungsregulierende Komponente haben, die für frühere Beziehungen angemessen war, dies aber heute nicht mehr ist. Sie verfehlen ihre Absicht, weil sie zu den missbrauchenden, vernachlässigenden oder ausbeuterischen Beziehungen der Kindheit passen, nicht aber zu den auf Gegenseitigkeit ausgerichteten Beziehungen, die zur Bewältigung der Gegenwart notwendig sind (Streeck 2002 a, b).

Eine Patientin lächelte bei vielen Gelegenheiten, was bei ihren Interaktionspartnern jeweils als Zustimmung verstanden wurde, obwohl sie mit dem Gesagten nicht einverstanden war. Eine andere Patientin sagte, etwas sei ihr »egal«, obwohl es ihr überhaupt nicht egal war. In beiden Fällen versuchten die Patientinnen verzweifelt, ihre Gefühle und deren mimischen Ausdruck zu kontrollieren, was früher – und in ihrer Vorstellung auch heute – unbedingt notwendig war, um Ängste vor Bestrafung oder Beschämung zu vermeiden.

Wenn der Gesichtsausdruck eines Borderline-Betroffenen »Wut« anzeigt, haben wir oft Mühe, die dahinter verborgene Angst zu erfassen, und reagieren leicht mit feindlicher Gegen-

wehr oder Rückzug. Wir sind daher gut beraten, unsere *Gegenübertragungsreaktionen* im Hinblick auf diesen Sachverhalt zu reflektieren.

> Ein Patient suchte Nähe, aber diese von ihm ausgesendeten Signale veranlassten andere zur Distanzierung. Dadurch fühlte sich der Patient erneut zurückgewiesen. Aus Enttäuschung wies er nun andere ab (Streeck 2002 a).

Das folgende Beispiel zeigt, wie leicht es geschehen kann, dass wir vermutete Emotionen in anpassungsbereite Patienten »hineinfragen«, aber auch, wie Therapeuten lernen können, ihren Patienten zu gestatten, authentische Emotionalität zuzulassen.

> **P:** Wenn mein Therapeut zu schnell vorging, passte ich mich ihm ganz an. Ich gab ihm, wonach er fragte, aber meistens war ich nicht authentisch. Wenn er nach Ärger fragte, lieferte ich ihm Ärger. Wenn er von Traurigkeit sprach, lieferte ich Tränen oder etwas anderes. Irgendwann entdeckte er diese Anpassung bei mir und hörte auf, solche Fragen nach meinen Gefühlen zu stellen. Später konnte ich mich zeigen, wie ich wirklich war, und musste mich nicht mehr hinter falschen Gefühlen verstecken (nach Finlay 2007, S. 13).

11.2 Positive und angemessene Emotionen generieren

Allgemein gesprochen bedeutet Emotionsregulierung explizite oder implizite Versuche, positive und negative Emotionen in ein angemessenes Verhältnis zu bringen (Westen 1994; Zittel Conklin u. Westen 2005). Diese – bewusst oder unbewusst ablaufenden – Vorgänge werden durch präfrontal-subkortikale Pfade vermittelt (Larsen 2000; Ochsner et al. 2004; Wager et al. 2008). Das starke Überwiegen negativer Emotionen bei Borderline-Patienten macht es jedoch praktisch notwendig, *den Anteil positiver Emotionen zu erhöhen* und denjenigen negativer Emotionen zu vermindern (► Kap. 1.2).

Die Patienten darin zu unterstützen, leichter ertragbare und angenehme Emotionen zu generieren, ist ein wichtiges Ziel einer ressourcenorientierten Therapie. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an Befunde aus der Entwicklungsforschung, die den Wert *gemeinsamer positiver Affektzustände* von Mutter und Kind für die Entwicklung der Emotionsregulierung belegen. Eine physiologisch eingestimmte Bezugsperson minimiert nicht nur die negative, sie maximiert auch die positive Affektivität (Schore 2007). Zwar kann es im Kontakt mit Borderline-Betroffenen nicht einfach darum gehen, das Negative ihrer Erfahrungen mit positiven Affekten zu überblenden. Doch besteht das Ziel ressourcenaktivierender traumaspezifischer Stabilisierung darin, *adaptive neuronale Netzwerke auszuweiten*, um den Wirkungsbereich von Traumanetzwerken einzuschränken. Später sollen im Rahmen der Traumabearbeitung die in Traumanetzwerken gespeicherten negativen Erfahrungen der Patienten den adaptiven Netzwerken assoziiert werden (► Kap. 13.2).

Die Aktivierung von *Erinnerungen an autobiografische Momente positiven Erlebens* hat sich zur Stimmungsregulierung sehr bewährt (Joormann et al. 2007). Ziel ist es, über hippocampale Mechanismen Zustände »erinnerten Wohlbefindens« zu induzieren. Die Arbeit mit positiven Erinnerungen fällt Borderline-Patienten zu Beginn der Therapie oft leichter als das Einüben imaginativer Techniken. Wir fordern die Patienten dazu auf, Erinnerungen an Zustände des Wohlbefindens aufzurufen: Erin-

nerungen an kleinere oder größere Erfolge, zufriedenstellende Begegnungen, positive Naturerlebnisse oder bereichernde spirituelle Erfahrungen. Sobald eine positive Erinnerung aufgefunden wurde, bitten wir die Patienten, sich das Ressourcenbild so lebendig wie möglich vorzustellen und das begleitende positive Körpergefühl zu spüren.

Eine Patientin erinnert sich daran, wie sie am Mittelmeer den Sonnenuntergang anschaute; eine andere, wie sie im Sommer über eine Blumenwiese ging.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, einer bestimmten negativen Emotion ein *Bild* zuzuordnen, um dann ein *Gegenbild* zu suchen, das mit einer positiven Emotion verknüpft ist (Brewin et al. 2009; Holmes et al. 2007; Levine 1999; Weertman u. Arntz 2007).

T: Könnten Sie versuchen, ein Bild für die Panik zu finden?
P: Ich fahre durch einen langen, dunklen Tunnel, der eng und endlos ist.
T: Versuchen Sie nun, ein positives Gegenbild dazu zu entwickeln.
P: Ich sehe mich, wie ich bei Sonnenschein am Meer stehe. Ich fühle mich frei und spüre eine erfrischende kühle Brise im Gesicht.

Mit einer anderen Technik bitten wir die Patienten, zunächst die aktuell vorhandene negative Emotion zu benennen. Dann sollen sie den abstrakten Begriff des positiven Gefühls identifizieren, das das *Gegenteil der negativen Emotion* darstellt. Anschließend werden die Patienten gebeten, in ihrer Erinnerung nach einer Szene zu suchen, die mit dem positiven Gefühl verbunden war.

T: Können Sie sagen, welches Gefühl bei Ihnen im Moment vorherrscht?
P: Da ist vor allem Angst.
T: Lassen Sie uns ein kleines Gedankenexperiment machen und denken Sie kurz nach: Was ist das Gegenteil von Angst?
P: Ruhe – oder Zuversicht.
T: Versuchen Sie, sich an einen Moment Ihres Lebens zu erinnern, als Ruhe und Zuversicht da waren.

Manche Patienten können nicht unmittelbar davon ablassen, negativ über sich und andere zu denken. Negatives Denken gibt ihnen Sicherheit, positives Denken macht Angst. Zugrunde liegt meist die mit Schrecken verbundene Angst, dass das Positive ins Negative umkippen könnte. Im negativen Denken wird das Umkippen schon als geschehen angenommen, sodass es nicht mehr befürchtet werden muss. Aus diesem Grunde kann es sinnvoll sein, Gedanken an Positives in kleinen Schritten einzuüben. Wir können z. B. mit dem Versuch beginnen, nur 0,1 % eines positiven Gefühls und dieses nur für die Dauer einer Sekunde zuzulassen, um anschließend den zugelassenen Prozentsatz des Gefühls und die Expositionszeit vorsichtig zu steigern. Zur Beruhigung der dabei auftretenden Angst schlagen wir den Patienten vor, während der Übung die Technik des Butterfly Hug anzuwenden (► Kap. 10.1).

11.3 Positive Emotionen verstärken und verankern

Die mithilfe dieser Interventionen aktivierten positiven Emotionen können wir auf verschiedene Weise verankern und teilweise verstärken. Eine Möglichkeit bietet die Ressourcentechnik der EMDR. Die Ressourcenaktivierung erfolgt mithilfe von Sets von 6 bis 8 langsamen bilateralen Stimulationen, in der Regel in Form

seitenwechselnder Augenbewegungen oder durch seitenwechselndes Beklopfen der Handrücken oder Oberschenkel. Mit dieser Technik ist es möglich, ressourcenreiche Zustände der Vergangenheit, der Gegenwart oder der Zukunft zu verstärken. Von Vorteil ist besonders, dass die Patienten die Technik auch selbst anwenden können (Korn 2009; Korn u. Leeds 2002; ▸ Kap. 7.2.4). Im Einzelnen:

- Besonders gut lassen sich *positive Erinnerungsbilder* jeder Art verstärken.

> **T:** Bitte denken Sie für einen Moment intensiv an die positive Erinnerung des Sonnenuntergangs und spüren Sie das gute Gefühl. Versuchen Sie auch wahrzunehmen, wie sich das im Körper anfühlt. Wenn das positive Gefühl und auch das Körpergefühl gut spürbar sind, geben Sie mir ein Zeichen. Ich werde diesen Zustand dann mit einigen langsamen Augenbewegungen verstärken. (Oder: Wenn das positive Gefühl und auch das Körpergefühl gut spürbar sind, führen Sie selbst die Stimulation durch, indem Sie abwechselnd rechts und links Ihre Oberschenkel berühren.)

- Auch *positive Gegenwartsmomente*, durchaus auch positive Momente der aktuellen therapeutischen Situation, können so verstärkt werden:

> **T:** Sie erwähnten gerade, dass Sie stolz auf sich waren. Versuchen Sie, die Resonanz dieses Gefühls in Ihrem Körper zu spüren. Wenn Sie einverstanden sind, würde ich dieses Körpergefühl des Stolzes gerne mit einigen langsamen Augenbewegungen verankern.

- Eine weitere wertvolle Möglichkeit besteht darin, ein *Ressourcenbild* malen zu lassen, das eine positive Erinnerung oder einen positiven Aspekt des Selbst repräsentiert: ein Bild, das zeigt, dass die Patientin eine wertvolle Person ist oder dass sie zuversichtlich ist. Wir lenken dann die Aufmerksamkeit der Patientin auf diejenigen Elemente des Bildes, die die angenehmen Emotionen am stärksten aktivieren. Nachdem sich ein Gefühl des Wohlbefindens eingestellt hat und auch die positiven Körpergefühle spürbar geworden sind, kann eine Verankerung mit langsamen bilateralen Stimulationen erfolgen. Manchmal schlagen die Patienten danach vor, die Ressourcenbilder zu überarbeiten, indem sie beispielsweise kräftigere Farben hinzufügen (Schmidt 1999).
- Positive Kognitionen können als Ausdruck der *Vision eines künftigen positiven Selbstkonzepts* generiert und anschließend verankert werden – selbst dann, wenn die Patienten die selbstbezogene Kognition noch nicht für sich als gültig ansehen. Als Beispiel für die bilaterale Verstärkung positiver Zukunftsvisionen sei die *MASTR-Therapie* von Greenwald (2001) genannt. Dabei werden Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens angeleitet, Zukunftsfilme mit einem guten Ende zu erfinden. Die so entstehenden positiven Emotionen werden mit bilateraler Stimulation verstärkt. Die Entwicklung einer positiven Zukunftsvision kann sich auch günstig auf die oft problematische Therapiemotivation von Patienten mit einer Borderline-Störung auswirken (▸ Kap. 12.8).

Nur wenn sich das positive Gefühl erhalten oder verstärkt hat, sollten weitere kurze Sets langsamer Augenbewegungen oder anderer bilateraler Stimulationen folgen (Leeds 1997).

T: Hat sich nach dieser Sequenz langsamer Augenbewegungen das positive Gefühl noch einmal verstärkt oder ist es ähnlich stark geblieben?
P: Es ist noch etwas stärker geworden.
T: Wie viel Prozent eines 100 % guten Körpergefühls haben Sie jetzt erreicht?
P: Etwa 70 %.
T: Wenn Sie einverstanden sind, können wir versuchen, das gute Körpergefühl noch etwas zu verstärken. Sollen wir das versuchen?
P: Ja, bitte.
(Es folgt eine erneute Sequenz bilateraler Stimulation.)
T: Hat sich das gute Gefühl noch weiter verstärkt oder ist es so geblieben?
P: Es ist bei 70 % geblieben.
T: Dann soll es dabei bleiben.

Die zweite Möglichkeit besteht in der Anwendung geeigneter *Klopftechniken* der Energetischen Psychologie. Nach unserer Erfahrung und in Übereinstimmung mit Bohne (2010) ist die Wahl des Klopfpunktes (Akupunkturpunktes) zwar nicht ganz beliebig, es muss aber auch nicht ganz exakt ein bstimmter Punkt getroffen werden. Subjektive Präferenzen der Patienten spielen eine große Rolle. Meist wird zur Verstärkung positiver emotionaler Zustände empfohlen, den »Karatepunkt« an der rechten oder linken Handkante zu *klopfen* oder den »wunden Punkt« unterhalb des rechten oder linken Schlüsselbeins zu *reiben*. Diese Prozeduren können mehrmals wiederholt werden. Die Gefahr der Assoziation von Erinnerungen aus Traumanetzwerken ist nach eigenen Erfahrungen bei der längeren Anwendung von Klopftechniken offensichtlich geringer als bei der bilateralen Stimulation; allerdings stehen zu dieser Frage noch keine validen Forschungsdaten zur Verfügung.

Schließlich können wir den *Butterfly Hug*, den wir schon in Kapitel 10.1 als Technik zur Beruhigung vorgestellt haben, auch zur Verstärkung und Verankerung positiver Emotionen verwenden.

Wir bitten die Patienten, positive Erinnerungen, hilfreiche Erfahrungen und zufriedenstellende Begegnungen, die als *assoziative Anker* für Sicherheit und Wohlbefinden dienen können, zu notieren. Ein assoziativer Anker ist ein Signal, das ein bestimmtes assoziatives Netzwerk aktiviert (Phillips u. Frederick 2007). Meist genügt ein *Stichwort auf einem Merkzettel*, das für eine positive Erinnerung oder eine andere Ressourcenvorstellung steht. Besser noch als reale Merkzettel bei sich zu tragen, die leicht verloren gehen können, ist es, ihren Inhalt auswendig zu lernen und sie als *innere Merkzettel* jederzeit in sich zu haben. Auch legen wir großen Wert darauf, dass die Patienten die Bedeutung des Einübens verstehen.

11.4 Affektzustände nach Vergangenheits- und Gegenwartsanteilen differenzieren

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben zunächst kein sicheres Verständnis dafür, welche Situationen ihre Stimmungswechsel auslösen. Dass bestimmte Alltagsstimuli deshalb so belastend sind, weil sie über assoziative Ketten mit traumatischen Beziehungserfahrungen verknüpft sind, ist für sie zunächst nicht erkennbar. Wir leiten sie daher zunächst an, sorgfältig auf *Auslöser* ihrer Zustände emotionaler Dysregulation zu achten.

Ist diese Wahrnehmungseinstellung geschärft, haben die Patientinnen meist ein intuitives Verständnis dafür, dass ihre heftigen emotionalen Reaktionen zwar durch subtile Ereignisse ihres Alltagslebens ausgelöst werden, aber nicht hinreichend durch sie erklärbar sind. Erklärbar werden sie durch die erhöhte interpersonelle Verletzlichkeit der Patienten

und die assoziative Verknüpfung der auslösenden Ereignisse mit beziehungstraumatischen Erfahrungen der Kindheit: Trennungen können als Zurückweisung und Alleinlassen, Näheangebote als Autonomieeinschränkung und Bevormundung, Meinungsverschiedenheiten als persönliche Angriffe aufgefasst werden. Wenn einmal ein derartiger Stimmungszustand erreicht ist, kann er leicht zu aggressivem, impulsivem oder selbstschädigendem Verhalten führen (Masterson 1992; Yeomans u. Levy 2002).

Das Ziel der affektdifferenzierenden Arbeit besteht darin, durch unvermeidliche Alltagserfahrungen, vor allem bei Verlusten und Trennungen, nicht mehr in überwältigende kindliche Verlassenheitsgefühle zu geraten und die zu deren Vermeidung eingesetzten maladaptiven zugunsten adaptiver Verhaltensmuster aufgeben zu können. Affektzustände nach Gegenwarts- und Vergangenheitsanteilen zu differenzieren heißt anerkennen, dass vieles von dem aktuell erlebten Affektzustand seinen Ursprung nicht in der Gegenwart, sondern in lange zurückliegenden traumatischen Beziehungserfahrungen hat. Zwar sind Trennungen und Verluste reale schmerzhafte Gegenwartserfahrungen, doch ist die Intensität des affektiven Erlebens Folge einer *Vermischung von Vergangenem mit Gegenwärtigem*.

Gelegentlich ist es zuvor notwendig, die *Realitätsprüfung* zu stärken und herauszuarbeiten, dass Ausmaß und Qualität des Affektzustands nicht vollständig durch die aktuelle Situation erklärbar sind.

P: Versuchen Sie, sich klarzumachen, dass Sie in Wirklichkeit heute nicht ganz allein und verlassen dastehen. Dennoch gibt es dieses Gefühl, ganz allein und verlassen dazustehen.

Um den Belastungsgrad der emotionalen Zustände zu senken, leiten wir die Patienten an, herauszufinden, welcher Anteil des aktuellen Gefühlszustands durch die aktuelle auslösende Situation erklärbar ist und welcher Anteil eher der – wie auch immer gearteten – »Vergangenheit« angehört. Die Patienten sollen lernen, Distanz zu dem der Vergangenheit zuzuordnenden Anteil herzustellen. Nach unserer Erfahrung ist dies gut möglich. Wir gehen so vor:

- Wir bitten die Patienten, sich den gesamten Gefühlszustand als ein Gebilde vorzustellen, das 100 % dieses Zustands repräsentiert.
- Sie sollen dann einzuschätzen, wie viel Prozent der Vergangenheit und wie viel Prozent der Gegenwart zuzuordnen sind. Meist wird der Vergangenheitsanteil mit 70 bis 80 % angegeben.
- Wir fordern die Patienten dann auf, die beiden Teile zu trennen und den zur Vergangenheit gehörenden Teil in einen imaginären Container zu packen.
- Der verbleibende Teil des Gefühls wird dann als deutlich besser erträglich erlebt, sodass es nun möglich ist, mit erheblich geringerer Belastung über das Erlebte zu sprechen.

In der Regel werden auf diese Weise vor allem die *traumatischen Affektanteile* – Gefühlsqualitäten der Ohnmacht und Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins und verzweifelten Alleingelassenseins sowie Gefühle von Leere, Lähmung, ohnmächtiger Wut und Selbsthass sowie die vernichtenden Scham- und Schuldgefühle – in den »Vergangenheitscontainer« gepackt. Die »normalen« oder adaptiven Affektanteile mit angemessenen Gefühlen, z. B. von Traurigkeit oder Ärger, sollen dagegen dem Gegenwartserleben erhalten bleiben.

Während die diffusen und undifferenzierten, von traumatischen Emotionen durchsetzten Affektzustände als belastend und bedrü-

ckend empfunden werden, wird die Wahrnehmung »klarer« Gefühle von Traurigkeit, Wut oder Ärger als befreiend und wohltuend erlebt. Mehr noch – die Möglichkeit, »klare« Gefühle zu spüren, wird von den Patienten oft sogar als eine Ressource erlebt.

Um das Gesagte noch einmal zu verdeutlichen: Keine Freunde oder Partner zu finden oder beruflich immer wieder vor einem Scherbenhaufen zu stehen, sind sehr reale und schmerzhafte Erfahrungen. Diese dürfen nicht geleugnet werden. Die Patienten kommen nicht umhin, sie wahrzunehmen und zu bewältigen. Dies ist jedoch um ein Vielfaches leichter, wenn die Vergangenheitsanteile des Affekts in den Vergangenheitscontainer deponiert wurden, da die subjektiven Erlebensmerkmale des Überflutenden und des Nie-enden-Wollens nicht mehr so intensiv gespürt werden.

P: Es tut total gut, ein klares Gefühl von Traurigkeit zu erleben. Das ist tausendmal besser als das ekelhafte Gefühlsgemisch.

11.5 Affekte und Körperempfindungen achtsam wahrnehmen

Gerade weil Borderline-Patienten negative Emotionen verstärkt wahrnehmen, neigen sie insgesamt dazu, andere Emotionen nicht oder ungenau wahrzunehmen, nicht weil sie dies nicht könnten, sondern weil sie die Aufmerksamkeit nicht auf sie richten. Dafür sind verschiedene Gründe maßgebend: Vielen Patienten war die Gültigkeit ihrer Wahrnehmung von frühen Bezugspersonen abgesprochen worden. Mehr und mehr haben die Patienten die Entwertung ihrer Wahrnehmungen übernommen, bis sie schließlich ihre eigenen Gefühle für ungültig hielten und nicht mehr wahrnahmen. Andere Patienten haben früh gelernt, dass es nicht hilfreich ist, eigene Gefühle auszudrücken, und ihnen deshalb zunehmend weniger Beachtung geschenkt. Schließlich neigen Borderline-Patienten verständlicherweise dazu, negative Emotionszustände zu vermeiden, da sie zu Recht fürchten, von ihnen überschwemmt zu werden. Die Vermeidungstendenz kann von Ablenkung und Verleugnung bis zu exzessiver Passivität, Dissoziation und Substanzmissbrauch reichen (Chapman et al. 2005; Rosenthal et al. 2005).

P: Mir wurde immer wieder gesagt, dass ich so etwas nicht denken oder fühlen soll.

Unter therapeutischer Perspektive ist es sinnvoll, die Emotionswahrnehmung zu stärken. Die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Fokussierung der Emotionswahrnehmung lässt sich empirisch belegen (Monsen et al. 1995). Die Wahrnehmung der Emotionen kann wesentlich zur Emotionsregulierung beitragen.

Besondere Bedeutung hat für uns die *achtsame Wahrnehmung* der subjektiven Befindenszustände. Die gesundheitsförderlichen und symptommindernden Wirkungen von Achtsamkeitsmeditationen sind durch eine kaum noch überschaubare Fülle empirischer Studien abgesichert (Ospina et al. 2007); die zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen sind Gegenstand intensiver Forschung (Farb et al. 2012). Indem wir Achtsamkeit herstellen, schaffen wir auch einen optimal rezeptiven Zustand für neues Lernen und neue Erfahrungen.

Was verstehen wir unter achtsamer Wahrnehmung?

- Achtsame Wahrnehmung heißt, sich auf den jetzigen Moment zu konzentrieren und alle Gedanken, Gefühle und Empfindungen bewusst wahrzunehmen.
- Die Patienten sollen alle Bewertungen – ob etwas gut oder schlecht, richtig oder falsch, passend oder unpassend ist – vermeiden

und die Gegenstände, Gedanken oder Gefühle so wahrnehmen, wie sie sind.
- Es entsteht ein Gefühl der Wachheit, Lebendigkeit und der vollen Präsenz. Die Aufmerksamkeit ist auf das gerichtet, was im Hier und Jetzt geschieht (Bishop et al. 2004; Hartmann-Kottek 2007; Stevens 1970).

Auch wenn die meisten stärker emotional dysregulierten Patienten mit einer länger dauernden Achtsamkeitsmeditation überfordert sind, können *Elemente der Achtsamkeit* in der Borderline-Behandlung sehr hilfreich sein. Im Einzelnen beachten wir folgende Aspekte:
- Ziel der Selbstwahrnehmung ist es, bei intensiven Affekten nicht in unmittelbares Handeln zu verfallen, sondern den Handlungsimpuls aufzuschieben, um durch Selbstexploration den aktuellen Affekt zu »sortieren« (► Abschn. 11.4).
- Patienten, die es vermeiden, Emotionen zu spüren, fordern wir auf, ihnen nicht auszuweichen, sondern sie achtsam und beobachtend wahrzunehmen. Sie sollen die Haltung eines *distanzierten Beobachters* einnehmen, um einer Überflutung von Gefühlen entgegenzuwirken.

Eine Patientin berichtete, wie es ihr erstmalig gelang, einen Zustand vernichtender Scham mithilfe einer beobachtenden Haltung und einer »Sortiertechnik« zu beenden. Sie war von Schamgefühl überflutet worden, als sie keine Möglichkeit mehr sah, ihr Problem selbstständig zu lösen, und eine andere Person um Hilfe bitten musste. Sie rief dann eine imaginäre Helferfigur herbei, eine »gute Giraffe«, und nahm mit deren Unterstützung eine beobachtende Distanz zu dem Gefühl ein. Anschließend identifizierte sie Vergangenheits- und Gegenwartsanteile des Schamgefühls und packte den zur traumatischen Vergangenheit gehörenden Anteil des Gefühls in den »Vergangenheitscontainer«. In der Folgezeit konnte sie mithilfe dieser Technik leichter fremde Hilfe aufsuchen und annehmen.

- Wegen der engen Verknüpfung von Emotionen und Körperempfindungen fokussieren wir immer auch auf die *Wahrnehmung des Körpererlebens und der Körperzustände*. Dies kann dazu beitragen, die somatischen Signale in ein psychisches Erleben zu transformieren. Oft müssen die Patienten erst lernen, emotionale – positive und ebenso negative – Erfahrungen als bedeutsam zu erkennen (»markieren«).
- Wenn die beobachtende Haltung allein nicht genügend Sicherheit gegen eine Überflutung vermittelt, können die Patienten auch ressourcenstärkende Techniken zuhilfe nehmen: Sie können die Emotion von einem *inneren sicheren Ort* aus betrachten oder eine innere Helferfigur bitten, mit ihnen gemeinsam das Gefühl wahrzunehmen. Wenn es gelingt, aus einem Ressourcenzustand kurz in das negative Gefühl hinein- und nach kurzer Exposition wieder herauszupendeln (► Abschn. 11.6), kann dies ein erster Schritt sein, das negative Gefühl an ein Ressourcennetzwerk anzukoppeln (Levine 1999).

11.6 Affekttoleranz und State-Integration stärken

Auch *Pendeltechniken* können zur Verbesserung der Affekttoleranz und zur Regulierung schwer erträglicher Selbstzustände verwendet werden. Ähnlich wie bei traumatischen Erinnerungsbildern besteht das Prinzip darin, ein Ressourcennetzwerk maximal zu aktivieren und die unerträglichen Affektzustände durch wiederholte ultrakurze Exposition mit

diesem zu assoziieren (▶ Kap. 13.2). Wir gehen folgendermaßen vor:

- Nachdem wir eine besonders schwer erträgliche Emotion identifiziert haben, bitten wir die Patienten, den subjektiven Belastungsgrad beim Gedanken an diese Emotion auf einer Skala von 0 bis 10 einzuschätzen, wobei »0« keine Belastung und »10« maximale Belastung bedeutet.
- Dann fordern wir die Patienten auf, ein Ressourcenbild – eine positive Erinnerung oder eine Imagination – ins Gedächtnis zu rufen und das dadurch entstehende positive Gefühl wahrzunehmen.
- Wir bitten sie, die Intensität des positiven Gefühls durch Konzentration zu verstärken und auch das begleitende positive Körpergefühl zu spüren.
- Wenn das Ressourcenbild mit ausreichender Intensität erlebt wird und wir uns durch Betrachten der Gesichtsmimik davon überzeugt haben, dass die Patientin tatsächlich im Kontakt mit einer Ressource ist, *verankern* wir das positive Gefühl und das begleitende positive Körpergefühl durch eine Sequenz von 6 bis 8 *bilateralen Stimulationen* – als seitenalternierende Augenbewegungen oder seltenwechselndes Beklopfen der Handrücken oder der Oberschenkel – oder mit dem *Butterfly Hug* (▶ Kap. 10.1). Wenn eine Verstärkung des positiven Gefühls eintritt, kann diese Sequenz auch wiederholt werden.
- Dann bitten wir die Patienten, zunächst nur für die Dauer einer Sekunde an die schwer erträgliche Emotion oder das schwer erträgliche Körpergefühl zu denken und unmittelbar darauf wieder das Ressourcenbild zu aktivieren. Die Patienten sollen uns ein Zeichen geben – z. B. durch Kopfnicken –, wenn sie zur Exposition bereit sind. Die Exposition unterstützen wir durch lautes Zählen mit den Worten »1 – 0 – raus und zurück zum Ressourcenbild«.
- Wir *wiederholen* diesen Vorgang mehrmals, bis die subjektive Belastung während der ultrakurzen Exposition auf der Skala von 0 bis 10 spürbar zurückgegangen ist. Dabei kann die Zeitspanne der Expositionszeit langsam gesteigert werden, z. B. auf 2 oder mehr Sekunden. Die erneute Exposition sollte jedoch immer erst dann erfolgen, wenn der ressourcenreiche Zustand intensiv genug ausgeprägt und verankert ist.

11.7 Umgang mit Impulsivität, Ärger und ohnmächtiger Wut

Impulsives Handeln und Borderline-typische Affekte der Wut und des Ärgers hängen eng miteinander zusammen (▶ Kap. 3.4). Wenn eine Borderline-Betroffene wütend wird und impulsiv reagiert, kann es sinnvoll sein, nach auslösenden Gefühlen des Alleingelassenseins, der Zurückweisung oder der Entwertung zu suchen. Die Patienten können auf neutrale Kommentare anderer heftig wütend und entwertend reagieren. In der Regel wurde durch ein Wort der »wunde Punkt« getroffen und mit ihm eine zugrunde liegende negative Überzeugung über die eigene Person aktiviert, z. B. die Überzeugung, unwert zu sein, was Gefühle von Angst und Verunsicherung auslöst.

Ärger und Wut haben oft *Abwehrcharakter* und dienen der Abwehr einer anderen, weniger erträglichen Emotion, z. B. einer Angst vor dem Verlassenwerden oder vor dem Verlust der Selbstachtung. Häufig nehmen die Patienten selbst nicht wahr, dass ihr wütendes Verhalten von Interaktionspartnern als dominant und machtvoll empfunden wird.

Ein Patient nahm in der Gruppentherapie erstaunt Rückmeldungen anderer Gruppenteilnehmer zur Kenntnis, dass sein Gesichtsausdruck kalt und einschüchternd wirkt. Er selbst hatte sich verunsichert und ängstlich erlebt.

Zur Bearbeitung der Impulsivität schlagen wir der Patientin vor, die zu impulsiven Verhaltensweisen führende Emotionalität genauer zu erspüren und unmittelbar eine imaginäre Pausentaste oder Stopptaste zu drücken, die sie von einem sofortigen Handeln abhalten soll. Auch ablenkende Tätigkeiten oder Atemübungen können hilfreich sein. Zusätzlich ist es notwendig, die Konzentrationsfähigkeit z. B. mithilfe von Achtsamkeitsübungen zu verbessern.

Eine Kontrolle der Ärgerreaktionen kann sich die Erkenntnis zunutze machen, dass Ärger oft auf Angst folgt, was psychodynamisch als »Angst abwehren mithilfe von Ärger« verstanden werden kann. Wir fordern die Patienten auf, genau zu beobachten, welche Situationen Ärger auslösen. Bei genauem Hinspüren werden sie oft bemerken, dass dem Ärger eine flüchtige Angst vorausgegangen ist (Lammers 2011). Wir trainieren die Patienten, kurz innezuhalten – z. B. mit der »Stopptaste« –, um die »primäre« Emotion der Angst wahrzunehmen, bevor sie durch die »sekundäre« Emotion des Ärgers oder der Wut abgelöst wird. Den automatischen Ablauf zu unterbrechen wird anfangs nur unzureichend, aber mit zunehmender Übung besser gelingen.

> Um den automatischen Ablauf der Gefühle zu unterbrechen, entwickelte ein Patient das Ressourcenbild eines geliebten alten Radiogeräts und stellte sich vor, an ihm die Pausentaste zu drücken. Ein wiederkehrendes Lächeln beim Gedanken an das Gerät zeigte an, dass er tatsächlich mit einer Ressourcenvorstellung im Kontakt war.

Zum Umgang mit Gefühlen der *Ohnmacht* empfehlen wir in erster Linie die Differenzierung in Kindheits- und Erwachsenenanteile. Oft gelingt es, von einem undifferenzierten Affektzustand den Vergangenheitsanteil, der die Gefühle der Ohnmacht und der ohnmächtigen Wut enthält, abzutrennen, ihn imaginativ »wegzupacken« und den für das Gegenwartserleben hilfreichen Anteil adaptiver Aggressivität zu bewahren. Letztere kann als Ressource aktiviert und z. B. mittels bilateraler Stimulation verankert werden. Sollte das Gefühl der Ohnmacht als »Erwachsenengefühl« fortbestehen, bleibt als weitere Option das imaginative Schrumpfen: Man sucht die Stelle im Körper auf, die die Ohnmacht am besten repräsentiert, gibt diesem Körpergefühl eine Form und eine Farbe und lässt das imaginäre Gebilde dann schrumpfen.

11.8 Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge

Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge hängen eng miteinander zusammen. Beide sind bei Patienten mit einer Borderline-Störung typischerweise defizitär ausgebildet.

Empirisch lässt sich zeigen, dass diese Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen ein *niedrigeres Selbstwertgefühl* aufweisen und zu ausgeprägten Gefühlen von Scham und Minderwertigkeit neigen (Rüsch et al. 2007). Dabei kann das Selbstwerterleben von einem zum anderen Tag stark schwanken (Tolpin et al. 2004). Auch die chronische Störung der Affektregulation und die meist unverkennbaren Defizite der Ich-Funktionen tragen zur Minderung des Selbstwertgefühls bei.

Eine *Stärkung des Selbstwertgefühls* kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden (Jacob u. Potreck-Rose 2004; Jacob et al. 2006, 2010):

- Ein erster Weg führt über die *Verbesserung der allgemeinen Bewältigungskompetenz*: Indem alte Bewältigungsressourcen reaktiviert oder neue Bewältigungsstrategien (►Kap. 10.5) entwickelt werden, kann nach und nach ein Kompetenzgefühl entstehen, das sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirkt.

- Wenn der Zugang zu einem positiven Selbstwertgefühl durch *negative selbstbezogene Überzeugungen* blockiert ist, kann die therapeutische Modifikation dieser Überzeugungen eine Stärkung des Selbstwertgefühls bewirken.
- Auch die *Förderung der Selbstfürsorge* kann indirekt zur Stärkung des Selbstwertgefühls beitragen: Nur wer sich für hinreichend wertvoll hält, wird fürsorglich mit sich selbst umgehen. Entsprechend wird nur derjenige, der selbstfürsorglich mit sich umgeht, sich für wertvoll halten können.

Selbstfürsorge praktizieren heißt – anders als es früher in emotional vernachlässigenden Verhältnissen möglich war – sich anzunehmen und freundlich sorgend mit sich selbst umzugehen. Selbstfürsorge mithilfe von Selbstsuggestion zu praktizieren kann sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken: Wer für sich selbst sorgt, der muss in gewisser Weise auch wertvoll sein. Aus diesem Grunde kann es sinnvoll sein, Borderline-Patienten auch dann zur Selbstfürsorge zu ermutigen, wenn sie glauben, ihrer nicht wert zu sein.

Widerstände gegenüber einem selbstfürsorglichen Umgang mit sich selbst bedürfen eines Verständnisses der zugrunde liegenden Psychodynamik.

Für die Unfähigkeit zur Selbstfürsorge sind in der Regel negative selbstbezogene Überzeugungen verantwortlich. Borderline-Patientinnen können beispielsweise, als Folge der Verinnerlichung ihrer negativen Beziehungserfahrungen, das Gefühl haben, Selbstfürsorge *nicht zu verdienen*. Sie sind der Auffassung, es sei gerechtfertigt, sich selbst zu kritisieren oder zu schädigen.

P: Für sich selber sorgen ist egoistisch.

In vielen Fällen lässt sich herausarbeiten, dass die vielen selbstschädigenden Verhaltensweisen, denen negative Überzeugungen von der eigenen Person zugrunde liegen (▶ Kap. 4.2), auch eine *adaptive Funktion* haben können. Insbesondere kann ein psychodynamisches Verständnis der *Abwehrfunktion* eines negativen Selbstbildes erklären, warum Borderline-Patienten oft lange daran festhalten und uns, wenn Rückmeldungen anderer Menschen das Gegenteil nahelegen, zu beweisen versuchen, dass das negative Selbstbild zutreffend ist. Die Abwehrfunktion verstehen wir folgendermaßen:

- Ein negatives Selbstbild diente dem Schutz der frühen Bindungsbeziehung: Indem das Kind die Schuld und das Schlechte auf sich nahm, konnte es eine gute Beziehung zur Bindungsfigur bewahren.
- Ein negatives Selbstbild kann vor der Überraschung oder Überwältigung durch das Negative schützen. So kann eine erwartete Verurteilung durch Selbstverurteilung vorweggenommen werden.

P: Ich kann alles so drehen, dass ich als total schlecht dabei herauskomme.

- Ein weiterer Aspekt ist die *Parentifizierung*, der so gut wie alle traumatisierten Patienten ausgesetzt waren. Die verinnerlichte Erwartung, viel zu früh Aufgaben übernehmen zu sollen, die sie in dem entsprechenden Alter gar nicht zufriedenstellend erfüllen konnten, führte bei ihnen zwar in mancherlei Hinsicht zu früherer Reifung, jedoch um den Preis, sich immer unzulänglich fühlen zu müssen. Als Konsequenz der Selbstentwertung und der Schamgefühle wird es nicht als angemessen erlebt, für sich selbst etwas Gutes zu tun.

Ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit besteht in dieser Phase der Therapie in der Identifikation der negativen selbstbezogenen Überzeugungen und dem Versuch, an ihrer Stelle *positive selbstbezogene Überzeugungen zu installieren*. Während in späteren Phasen der Therapie negative Überzeugungen mit traumatherapeutischen Methoden prozessiert (►Kap. 13.4) und in ihren unbewussten Anteilen analysiert (►Kap. 14.2) werden können, geht es jetzt darum, ein dem Netzwerk der negativen Überzeugungen entgegengesetztes Netzwerk, ein Netzwerk positiver Überzeugungen an die Seite zu stellen. Dieses Netzwerk positiver Überzeugungen gilt es so zu verstärken, dass Alltagserfahrungen nicht mit dem alten negativen, sondern mit dem neuen positiven Netzwerk verknüpft werden. Dies kann folgendermaßen geschehen:

- Vor dem Hintergrund der verinnerlichten Verbote der Selbstfürsorge kann es notwendig sein, im Sinne einer neuen Normgebung die *Erlaubnis zur Selbstfürsorge* zu erteilen und ihre *Umsetzung einzufordern*.

> **T:** Selbstfürsorge ist ein wichtiger Baustein der Therapie. Sie ist nicht nur erlaubt, sondern dringend notwendig, damit es Ihnen bald besser geht.

- Auch *imaginative Helferfiguren* – als wohlwollende externalisierte Elterninstanzen – können dazu beitragen, die Erlaubnis zur Selbstfürsorge zu geben:

> **T:** Stellen Sie sich bitte vor, wie eine wohlmeinende Person Ihnen vermittelt, dass Sie selbstfürsorglich mit sich umgehen dürfen […]. Spüren Sie das gute Körpergefühl, das für die Worte steht: Ich darf selbstfürsorglich mit mir umgehen.

- Patienten, die Selbstfürsorge für sich nicht akzeptieren können, fragen wir, ob sie das, was sie selbst erlebt haben, einem anderen Kind im gleichen Alter, wie sie es damals waren, zumuten würden. Die meisten würden dies entschieden verneinen, was bei ihnen zumindest eine kognitive Einsicht bezüglich ihrer Selbsteinschätzung bewirkt. Allerdings können viele Patienten diese kognitive Einsicht emotional für sich nicht akzeptieren. Dann empfiehlt es sich, die Frage, ob eine bestimmte Überzeugung richtig oder falsch, zutreffend oder unzutreffend ist, zu umgehen, indem man als einziges Kriterium die Frage gelten lässt, ob eine Überzeugung zur Erreichung der Therapieziele *nützlich oder nicht nützlich* ist. In der Regel wird sich die Frage leicht in dem Sinne beantworten lassen, dass positive Überzeugungen nützlich und negative Überzeugungen nicht nützlich sind.

> **T:** Statt lange darüber nachzudenken, ob eine Überzeugung richtig oder falsch ist, sollten Sie sich fragen: Hilft mir die Überzeugung weiter? Ist sie zur Erreichung meiner Therapieziele nützlich? Sie werden dann schnell feststellen, dass eine Überzeugung wie »Selbstfürsorge ist egoistisch« Ihnen in der Therapie nicht weiterhilft. Nicht hilfreiche Überzeugen sollten Sie wegpacken, nützliche dagegen aufbewahren.

- Eine einfache Technik, um Netzwerke positiver Überzeugungen systematisch aufzubauen, besteht darin, negative und positive Überzeugungen von der eigenen Person gegenüberzustellen (►Tab. 11-1). Wir bitten die Patienten, auf einem Blatt Papier alle typischen negativen Überzeugungen aufzulisten, die ihnen einfallen. Auf die rechte Seite des Blattes sollen sie die entsprechen-

Tab. 11-1 Beispiele für negative und positive Überzeugungen über die eigene Person

Negative Überzeugungen	Positive Überzeugungen
Immer wieder passiert es mir, dass man mich hintergeht.	Ich kann lernen zu verhindern, dass man mich hintergeht.
Ich bin unfähig, eine begonnene Aufgabe zu Ende zu führen.	Ich werde es schaffen, eine begonnene Aufgabe zu Ende zu führen.

den positiven Überzeugungen formulieren, und zwar in einer Weise, die für die Patienten zum aktuellen Zeitpunkt akzeptabel ist. Wann immer weitere negative Überzeugungen während der Therapiesitzung auftauchen, werden sie der Liste hinzugefügt und mit ihrem positiven Pendent versehen. Positive Überzeugungen können mit den bekannten Methoden verstärkt und verankert werden.

11.9 Selbstakzeptanz als Mitgefühl für sich selbst

Selbstakzeptanz und Mitgefühl für sich selbst (self-compassion) sind Konzepte, die berechtigterweise eine immer größere Aufmerksamkeit erfahren. Das auf die eigene Person gerichtete *wohlwollende, von Mitgefühl getragene Beobachten* kann als eine besondere Variante des achtsamen Beobachtens aufgefasst werden. Statt das Problem einfach nur wertungsfrei zu beobachten, sollen die Patienten es mit einem besonders wohlwollenden und von Wärme und Mitgefühl getragenen Gefühl betrachten (Gilbert 2009, 2010).

Wenn Menschen in der Lage sind, angesichts von Leiden und Scheitern mit sich selbst und ihrer Situation weder verurteilend noch verleugnend, vermeidend oder bagatellisierend, sondern liebevoll und mitfühlend umzugehen, wenn sie sich Wärme und ein bedingungsloses Verständnis zugestehen und anerkennen können, dass Menschen Fehler machen und dass Schwierigkeiten Teil des menschlichen Lebens sind, kann dies noch günstigere Wirkungen auf die psychische Gesundheit haben als ein hohes Selbstwertgefühl (Neff u. Vonk 2009). Während das Selbstwertgefühl stark von äußeren positiven Einflüssen und Erfolgserlebnissen im Alltagsleben abhängig ist, kann Mitgefühl für sich selbst auch und gerade in schlechten Zeiten und bei Leiden und Scheitern seine heilsame Wirkung entfalten.

Die Ermutigung zum Erleben von Mitgefühl für sich selbst hat sich besonders bei Patienten bewährt, die sehr selbstkritisch mit sich umgehen, und solchen, bei denen bewährte Techniken der Selbstwertstärkung (▶ Abschn. 11.8) versagen. Ein Moment der Selbstakzeptanz kann die Abwärtsspirale der Selbstabwertung unterbrechen.

P: Wenn ich an das denke, was mir in meinem Leben an Negativem widerfahren ist, ist es absolut nachvollziehbar, dass ich so negativ über mich denke.
P: Es ist traurig, dass ich mich so minderwertig fühle, aber es macht Sinn, wenn ich bedenke, dass […]. (Huber 2001)

Unter evolutionsbiologischem Blickwinkel vermag das Mitgefühl für sich selbst das Bedrohungssystem zu deaktivieren, und, vermutlich vermittelt über die Stimulation der Oxytocinfreisetzung, das mit Gefühlen von Sicherheit, Wärme und Verbundenheit assoziierte Selbstberuhigungssystem zu aktiveren. Wie innere kritische Stimmen das Stresssystem stimulieren können, können innere wohlwollende und verständnisvolle Stimmen das Beruhigungssystem aktivieren (Lutz et al. 2008).

Einen andersartigen Zugang zur Stärkung des Gefühls der Selbstakzeptanz bietet eine suggestive Technik, die sich *selbstaffirmativer Formeln* hypnotherapeutischen Ursprungs bedient. Im Zusammenhang mit den Klopftechniken der Energetischen Psychologie wurden sie zur Auflösung von Blockaden aufgrund negativer Selbstüberzeugungen eingesetzt (Bohne 2010; Eschenröder u. Wilhelm-Gößling 2012; Gallo 2008; ►Kap. 7.4.2). Durch eine geschickte Verknüpfung eines Nebensatzes, der eine negative Selbstkognition akzeptierend aufgreift, mit einem Hauptsatz, der die Selbstaffirmation betont, wird zum einen die Unbedingtheit der Selbstakzeptanz und zum anderen die Relativität der negativen Selbstkognition suggeriert:

- Auch wenn ich es nicht verdiene, mich gut zu behandeln, akzeptiere ich mich, wie ich bin.
- Auch wenn ich oft das Gefühl habe, ein Versager zu sein, akzeptiere ich mich, wie ich bin.
- Auch wenn ich es meiner Mutter nicht zumuten kann, dass es mir gut geht, akzeptiere ich mich, wie ich bin.

Patienten, die größere Schwierigkeiten der Selbstakzeptanz haben, können beliebige »Verdünnungsvarianten« der Selbstakzeptanzformeln anwenden (Bohne 2010):

- Auch wenn ich es nicht verdiene, mich gut zu behandeln, möchte ich mich akzeptieren, wie ich bin.
- Auch wenn ich es nicht verdiene, mich gut zu behandeln, will ich es lernen, mich zu akzeptieren, wie ich bin.

Die Formeln werden laut gesprochen, während ausgewählte Punkte am Körper geklopft (z. B. der »Karatepunkt« an der äußeren Handkante) oder gerieben (z. B. der »wunde Punkt« unter dem Schlüsselbein) werden. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die Patienten den Inhalt der Formeln nicht glauben müssen, sondern sie lediglich laut sprechen sollen.

Die klinisch bemerkenswerte Wirkung der Selbstakzeptanzformeln kann psychodynamisch als eine Integration verschiedener Selbstanteile verstanden werden. Bei neurobiologischer Betrachtung können wir davon ausgehen, dass die präfrontalen Funktionen verstärkt werden und dadurch die Affekttoleranz verbessert wird.

11.10 Arbeit mit dem inneren Kind

Die wertvolle therapeutische Technik der »Arbeit dem inneren Kind« beinhaltet eine symbolische liebevolle und fürsorgliche Nachbeelterung der eigenen verletzten und traumatisierten kindlichen Persönlichkeitsanteile durch die »erwachsene« Patientin (Hugh Missildine 2012; Reddemann 2012; Schwartz 2008; Watkins u. Watkins 2012; Wöller 2013, S. 462 ff.). Damit die »erwachsene« Seite dazu in der Lage ist, muss sie selbst hinreichend stabil und emotional reguliert sein. Andernfalls raten wir den Patientinnen, imaginäre Helferfiguren mit der Nachbeelterung zu beauftragen. Im Einzelnen gehen wir so vor:

- Die Arbeit beginnt damit, diejenigen jüngeren Persönlichkeitsanteile zu identifizieren, die nachbeelternde Fürsorge brauchen, und sich für die Arbeit mit einem bestimmten jüngeren Persönlichkeitsanteil zu entscheiden. Dies kann ein kindlicher oder ein pubertärer oder sogar adoleszenter Persönlichkeitsanteil sein.
- Im nächsten Schritt soll die Patientin versuchen, Kontakt mit diesem jüngeren Persönlichkeitsanteil, dem »inneren Kind« her-

zustellen. Dabei geht es zunächst darum, einen Zugang zu den Stärken und Ressourcen des inneren Kindes zu finden.
- Erst wenn ein ausreichend guter Kontakt hergestellt ist und die Ressourcenseiten des »inneren Kindes« genügend wahrgenommen werden können, sollen die Patientinnen ein Verständnis erarbeiten, wie eine symbolische Nachbeelterung in Abhängigkeit von der Altersstufe des »Kindes« aussehen könnte. Oft benötigen die Patientinnen konkrete Hinweise und Ideen, wie dies geschehen kann.

Eine gelingende Arbeit mit dem inneren Kind äußert sich wie in jedem Kontakt mit positiven Ressourcen durch einen *entspannt lächelnden Gesichtsausdruck* (Rost 2010). Es können jedoch auch *bearbeitungsbedürftige Widerstandsphänomene* gegen die Arbeit mit dem inneren Kind auftreten. Diese können von der »Erwachsenen« und auch vom inneren Kind ausgehen:
- Die »Erwachsene« kann eine heftige *Abneigung gegen das innere Kind* verspüren, weil sich das innere Kind nach ihrer Auffassung nicht genügend gegen die Misshandlungen zur Wehr gesetzt und dadurch die missbräuchlichen Handlungen indirekt unterstützt hat. In diesem Fall empfehlen wir sowohl eine Stärkung der Realitätsprüfung als auch eine behutsame Annäherung an das innere Kind:

> **T:** Denken Sie, dass ein Kind dieses Alters wirklich eine Chance gehabt hätte, sich anders zu verhalten?
> **T:** Es ist verständlich, dass Sie zunächst eine Abneigung verspüren. Versuchen Sie zunächst einmal, das Kind aus der Distanz zu betrachten, bevor Sie sich ihm vorsichtig annähern.

- Die »Erwachsene« kann befürchten, dass das Kind *maßlos und gierig* nach immer mehr Zuwendung verlangt. Sie braucht Ermutigung, dass sie sich gegen unangemessene Forderungen des inneren Kindes abgrenzen darf und soll.

> **T:** Wäre es nicht verständlich, dass ein Kind, das so viel entbehren musste, maßlos und gierig reagieren könnte? Maßlosigkeit und Gier wäre aber weder für das Kind noch für Ihre Beziehung zu ihm gut. Sie haben also das Recht und die Pflicht, solche Tendenzen zu begrenzen.

- Das »Kind« kann die liebevolle Zuwendung der »Erwachsenen« ablehnen, weil es – vor dem Hintergrund seiner Beziehungserfahrungen – darin eine *trügerische Zuneigung* sieht, auf die ein Verlassenwerden folgt, oder gar den Versuch einer *Verführung*, die zu einer Misshandlung wird. Auch in diesem Falle sollte eine Annäherung vorsichtig und unter Würdigung dieser nachvollziehbaren Befürchtungen geschehen.

> **T:** Natürlich muss das Kind erst Vertrauen fassen. Wie könnte eine ganz vorsichtige Form der Annäherung aussehen?

Selbstentwertungen und Selbsthass können die Arbeit mit dem inneren Kind erschweren. Wir erläutern den Patientinnen, dass Selbstentwertungen und Selbsthass unter bindungstraumatischen Umständen dem *Bindungserhalt* dienten: Selbstverurteilende Seiten übernahmen damals die innere Kontrolle und forderten eine *noch stärkere Beachtung der Regeln*, als sie durch die vernachlässigenden oder missbrauchenden Bezugspersonen gefordert wurde; die Kinder vermieden damit weitere Entwertungen, Zurückweisungen oder Misshandlungen

und konnten so die Bindung zu ihren Bezugspersonen schützen. In ähnlicher Weise kann *Selbsthass als Vorwegnahme des gefürchteten Hasses der Eltern* verstanden werden, die das Kind in dessen Wahrnehmung hassten, weil es schlecht war. Indem das Kind sich als »schlecht« definierte, konnte es Besserung geloben und die Hoffnung auf Versöhnung mit den Eltern bewahren (Ferenczi 1933/1982).

Wir vermitteln ein Verständnis, dass Selbstentwertungen und Selbsthass einmal *Sicherheitsstrategien* waren, und regen die Patientinnen an, mitfühlend mit dem Kind umzugehen, das auf Selbstentwertung und Selbsthass angewiesen war, um sein Sicherheitsgefühl zu regulieren. Sobald es gelingt, bei den Patienten ein positives Gefühl mitfühlenden Verständnisses für sich entstehen zu lassen, versuchen wir den Selbsthass mithilfe einer Pendeltechnik mit dem Gefühl des Verständnisses zu verbinden. Auf Dauer sollen die Netzwerke, die den Selbsthass beinhalten, an das Ressourcennetzwerk des Mitgefühls assoziiert werden. Das Gefühl des mitfühlenden Verständnisses soll mit zunehmender Übung an Präsenz und Lebendigkeit gewinnen, das Gefühl des Selbsthasses immer mehr in die Distanz der Vergangenheit zurücktreten und verblassen. Im günstigen Falle gehen dann die von Selbsthass geprägten Attacken gegen die eigene Person zurück.

T: Wollen Sie versuchen, gegenüber dem Kind, das Sie damals waren und das mithilfe von Selbsthass sich und die Beziehung zu seinen Bezugspersonen geschützt hat, eine verständnisvolle und mitfühlende Haltung einzunehmen?
P: Ich will es versuchen.
T: Sobald das Gefühl des mitfühlenden Verständnisses lebendig und mit einem positiven Körpergefühl spürbar ist, werde ich es mit einigen langsamen Augenbewegungen verankern. Indem Sie abwechselnd erst ausgiebig das Gefühl des mitfühlenden Verständnisses und dann jeweils ganz kurz das Gefühl des Selbsthasses aktivieren, wird letzteres subjektiv immer weniger belastend sein.

11.11 Kognitive Arbeit zur Reduktion des Bedrohungsgefühls

Vor dem Hintergrund ihrer negativen Beziehungserfahrungen und auf dem Boden ihres allgemein erhöhten Bedrohungsgefühls neigen Patienten mit einer Borderline-Störung dazu, Äußerungen oder Gesten anderer Menschen *auf sich selbst und gegen sich selbst gerichtet* wahrzunehmen.

Eine Patientin wandte sich an zwei Männer, die sich in der Nähe aufhielten, um sich nach einem Weg zu erkundigen. Als sie auf sie zuging, nahm sie wahr, dass die Männer sich unterhielten, scherzhafte Bemerkungen austauschten und lachten. Bei der Patientin stellte sich sofort die Überzeugung ein, dass sie von ihnen ausgelacht wird. Sie fiel in einen Zustand mit Gefühlen tiefer Scham und eigenen Unwertes.

Da derartige Verknüpfungen meist automatisiert ablaufen, kann es lohnend sein, die Patienten für eine kognitive Arbeit im Umgang mit dem Bedrohungsgefühl zu gewinnen und auf die Auflösung dieser »eingefahrenen« Verknüpfungen hinzuarbeiten. Das folgende Vorgehen erlaubt es, in kleinen und gut zu bewältigenden Schritten zu arbeiten:

- In einem ersten Schritt bitten wir die Patientin, als Hausaufgabe auf Situationen zu achten, in denen sie dazu neigt, bedrohliche Verknüpfungen herzustellen, ohne dass da-

für ein zwingender Anlass besteht. Wir weisen sie darauf hin, dass sie eine solche Verknüpfung nicht gleich beim ersten Mal verhindern kann, und erläutern, dass es erst einmal darauf ankommt, diese Situationen *im Nachhinein* zu identifizieren.

- Wenn die Patientin eine solche Situation wiedererlebt und im Nachhinein in der Therapie darüber berichtet, teilen wir ihr – gerade auch dann, wenn sie entsprechend dem alten Muster die Verknüpfung wieder hergestellt hat –, unsere Freude darüber mit, dass sie das Auftreten des Musters *ohne unsere Hilfe identifiziert* hat.
- Wir erläutern dann, dass diese Erkenntnis mit weiterer Aufmerksamkeit voraussichtlich immer schneller einsetzen wird, bis die Patientin in der Lage ist, die unangemessene Verknüpfung schon in der Situation zu erkennen. Dies ist, so erklären wir weiter, ein Gewinn, selbst wenn sie noch nicht immer sofort im Sinne des neuen Musters reagieren kann.
- Bis die Patientin soweit ist, verlässlich ohne die bedrohliche Verknüpfung zu reagieren, bedarf es *stetiger Übung*. Die Patientin sollte wissen: Auch wenn ihr eine Reaktion im Sinne des neuen Musters einmal gelungen ist, heißt das noch nicht, dass es ihr von da an jedes Mal gelingen wird.

Um *alternative Reaktionsweisen* zu bahnen, schlagen wir der Patientin vor, in der Fantasie eine mögliche künftige Situation durchzuspielen, bei der sie mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne plausiblen Anlass in ein Bedrohungserleben hineingeraten würde. Wir gehen so vor:

- Wir bitten sie, an eine ähnliche Situation zu denken, die in naher Zukunft auftreten könnte und bei der das beschriebene Bedrohungsgefühl mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten dürfte. Anschließend soll die Patientin nach einer alternativen Erklärung suchen, die nicht bedrohlich für sie wäre.
- Wir bitten die Patientin dann, erst das *Bedrohungsgefühl* zu spüren, das mit der ersten Alternative verbunden ist, und dann das *positive Gefühl* der Erleichterung, das durch die zweite Alternative entsteht. Die Patientin kann, wenn sie möchte, einige Male von dem einen Gefühl in das andere wechseln, um ein sicheres Empfinden für die beiden Zustände zu erlangen.
- Im nächsten Schritt bitten wir sie um eine »rationale« Einschätzung, *für wie wahrscheinlich* sie die beiden Alternativen hält. Anschließend soll sie die Gefühle in der Intensität spüren, die der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens entspricht. Wenn sie die Wahrscheinlichkeit, dass die nicht bedrohliche Interpretation gilt, 10-fach höher einschätzt als die Wahrscheinlichkeit, dass die bedrohliche Alternative gilt, soll sie die Intensität beider Gefühle ebenfalls im Verhältnis 10 zu 1 wahrnehmen. Dies führt in der Regel zu einem Rückgang des Bedrohungserlebens. Darüber hinaus kann das gering gewichtete bedrohliche Gefühl noch in den Container oder Tresor gepackt werden.

Schließlich sollen die Patienten lernen, künftigen als bedrohlich erlebten Situationen gut vorbereitet zu begegnen. Dazu wenden wir folgende Schritte an:

- Zunächst lernen die Patienten, das *Bedrohungserleben deutlich zu spüren*, das von einer bestimmten Situation ausgeht. Nicht wenige Borderline-Patienten geraten in diesen Situationen unter einen derartigen Handlungsdruck, dass sie nur die physiologischen Begleitwirkungen, nicht aber das Bedrohungsgefühl selbst spüren. Wir empfehlen ihnen, das Bild einer *roten Lampe* zu nutzen, die ihnen eine Bedrohung anzeigt. Passende Vorstellungen für das Angehen der roten Lampe können hilfreich sein, um ein sofortiges Handeln zu unterbrechen und einen kurzen Moment der Reflexion

einzuschalten. Manche Patienten benutzen das Bild der *Bremse des Autos*, andere das Bild der *Pausentaste* am Fernsehgerät oder am Computer.
- Die dann entstehende Pause wird genutzt, um das Bedrohungsgefühl in der oben beschriebenen Art zu verringern. Manche Patienten symbolisieren dies noch, indem sie das Licht der *roten Lampe schwächer und eine grüne Lampe stärker* werden lassen.

11.12 Gefühl einer positiven Bindungserfahrung vermitteln

Seit langem ist bekannt, dass die Durcharbeitung von Bindungstraumatisierungen mehr als alles andere die Verinnerlichung einer positiven Bindungs- und Beziehungserfahrung erfordert. Dass dies auch auf imaginativer Ebene geschehen kann, ist eine bemerkenswerte Erkenntnis der letzten Jahre. Tatsächlich können wir, um eine positive Bindungserfahrung mit ihren psychophysischen Äquivalenten zu vermitteln und auf der körperlichen Ebene zu verankern, auf verschiedene imaginative Techniken zurückgreifen.

Bei der Übung der »inneren Helfer« werden die Patienten gebeten, sich vorzustellen, wie eine imaginative Helferfigur ihr die emotionalen Qualitäten und körperlichen Empfindungen einer guten Bindungserfahrung vermittelt. Idealisierte Figuren aus Film, Fernsehen und Märchenwelt oder Lieblingstiere können mit »nur guten« Eigenschaften, Fähigkeiten und Absichten ausgestattet werden, damit sie in Situationen der Not mit der Bitte um Rat und Unterstützung angerufen werden können.

Allerdings sollten wir immer damit rechnen, dass negative Elemente aus den eigenen realen Beziehungserfahrungen in die Helferfiguren projiziert werden, wodurch diese leicht ihre positiven Helferqualitäten verlieren. Die von Manfield (2008) entwickelte imaginative Technik des »Dyadic Resourcing« versucht auf elegante Weise, dieses Problem zu umgehen:

Um den Zugang zu einem positiven Gefühl einer guten Bindungserfahrung zu vermitteln, empfiehlt Manfield (2008), dass sich die Patienten die Erfahrung einer positiven Bindungsbeziehung zunächst an einer imaginären idealen Eltern-Kind-Dyade vorstellen. Erst wenn sich das positive Gefühl einer guten Bindungserfahrung in vollem Umfang eingestellt hat, wird der Bezug zur eigenen Person hergestellt.

Die Methode eignet sich für Patienten, die innerlich keine Verbindung zu einer positiven Bindungsfigur herstellen können. Das praktische Vorgehen gestaltet sich folgendermaßen:
- Wir fordern die Patientin auf, nach einer positiv erlebten Erwachsenenfigur zu suchen, die sich für die Projektion der idealen Elternfigur eignet. Am ehesten kommt dafür eine Person aus Literatur, Film oder Fernsehen in Frage, die als eine uneingeschränkt hilfreiche und elterlich gut sorgende Person fantasiert wird. Aber auch Lehrer, Freunde, Onkel, Tanten oder Großeltern können sich dafür eignen.
- Im zweiten Schritt sucht die Patientin nach einer Kindfigur, die gleichermaßen aus Literatur, Film oder Fernsehen stammen kann und sich ideal für die Projektion des liebenswerten und geliebten Kindes eignet.
- Beide Figuren sollen möglichst real und lebendig vorgestellt werden. Die Patientin soll sich intensiv in die Rolle des liebevoll versorgenden Elternteils und ebenso intensiv in die Rolle des liebenswerten und geliebten Kindes hineinversetzten. Sie soll in der Vorstellung immer mehr Einzelheiten dieser Bindungsbeziehung konkretisieren. Sobald der positive Ressourcenkontakt an einem lächelnden oder »strahlenden« Gesichtsausdruck erkennbar ist, werden die positiven Bildvorstellungen mithilfe bilateraler Stimulation (BLS) (▶ Kap. 7.4.1) verankert.

T: Hat diese Person Kinder? Was glauben Sie, was für ein Vater oder was für eine Mutter sie ist? Wenn nein: Haben Sie gesehen, wie sie sich Kindern gegenüber verhält? Glauben Sie, er oder sie wäre ein guter Vater oder eine gute Mutter? (BLS) Was denken Sie, wie sie war, als die Kinder kleiner waren? Beschreiben Sie genau die Situation und erspüren Sie sie mit allen Sinnen. (Cronauer 2012)

- Entsprechend wird das lebendige Bild des Kindes und schließlich das der Beziehung zwischen beiden konkretisiert:

T: Wenn dies das Kind dieser Person ist: Wie alt ist es? Wie sieht es aus?« (BLS) Wie stehen die beiden zueinander? Was sehen Sie? (BLS) Was spürt das Kind Ihrer Meinung nach dann in seinem Körper? Wo genau? Stellen Sie sich vor, was das Kind in seinem Körper fühlt.

- Erst dann soll sich die Patientin mit dem Kind identifizieren:

T: Was denken Sie, wie es wäre für Sie, dieses Kind zu sein? Stellen Sie sich jetzt vor, wie es wäre, dieses Kind zu sein. Glauben Sie, es ist schwer für die Erwachsene, das Kind zu lieben? Was denken Sie hat das Kind getan, um geliebt zu werden?

- Nun folgen Fragen, die die Identifikation mit dem liebevollen Erwachsenen fördern sollen:

T: Was denken Sie, wie es für den Erwachsenen ist, das zu tun? (BLS) Stellen Sie sich vor, wie das für den Erwachsenen ist. (BLS) Was spürt der Erwachsene Ihrer Meinung nach in seinem Körper? Wo genau? (BLS.) Stellen Sie sich vor, wie sich das für den Erwachsenen körperlich anfühlt. Was denken Sie, wie es wäre, dieser Erwachsene zu sein? (BLS) Und stellen Sie sich vor, Sie wären jetzt an seiner Stelle. (BLS)

- Durch eine Pendeltechnik werden beide Perspektiven zusammengebracht:

T: Pendeln Sie bitte jetzt mit Ihrer Aufmerksamkeit in Ihrem eigenen Tempo hin und her zwischen der Erfahrung des Kindes und der Erfahrung des Erwachsenen. (BLS)

Literatur

Akhtar S (1999). The distinction between needs and wishes: implications for psychoanalytic theory and technique. J Am Psychoanal Assoc; 47: 113–51.

Bishop SR, Lau M, Shauna S et al. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. Clin Psychol Sci Pract; 7: 230–41.

Bohne M (2010). Klopfen mit PEP. Heidelberg: Carl Auer.

Brewin CR, Wheatley J, Patel T et al. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. Behav Res Ther; 47: 569–76.

Chapman AL, Specht MW, Cellucci T (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? Suicide Life Threat Behav; 35: 388–400.

Chefetz R (2008). Nolens volens out of darkness: from the depersonal to the »really« personal. Contemp Psychoanal; 44: 18–39.

Cozolino L (2002). The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain. London: Norton.

Cronauer E (2012). Gute Bindungen: Das Konzept »Dyadic Resourcing« von Phillip Manfield. Vortrag auf dem EMDRIA-Tag 2012 in Köln.

Eschenröder CT, Wilhelm-Gößling C (2012). Energetische Psychotherapie – integrativ. Hintergründe, Praxis, Wirkhypothesen. 3. Aufl. Tübingen: dgvt.

Farb AS, Anderson AK, Segar ZV (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. Can J Psychiatry; 57: 70–7.

Ferenczi S (1933/1982). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind: Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Ferenczi S (Hrsg). Schriften zur Psychoanalyse. Bd. 2. Frankfurt a. M.: Fischer; 303–13.

Finlay DJ (2007). Energetic dimensions of trauma treatment. Bioenerg Anal; 17: 11–38.

Gallo FP (2008). Handbuch der Energetischen Psychotherapie. 3. Aufl. Kirchzarten: VAK.

Gilbert P (2009). The Compassionate Mind. London: Constable.

Gilbert P (2010). Compassion Focused Therapy. London: Routledge.

Greenwald R (2001). EMDR in der psychotherapeutischen Behandlung mit Kindern und Jugendlichen. Paderborn: Junfermann.

Hartmann-Kottek L (2007). Gestalttherapie. Lehrbuch. 2. Aufl. Heidelberg: Springer.

Holmes E, Arntz A, Smucker M (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. J Behav Ther Exp Psychiatry; 38: 297–305.

Huber C (2001). There is Nothing Wrong With You: Going Beyond Self-hate: A Compassionate Process for Learning to Accept Yourself as You are. Keep it Simple Books. Chicago: Independent Publishers Group

Hugh Missildine W (2012). In dir lebt das Kind, das du warst. Seelische Belastungen bewältigen. Nachdruck der 18. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Jacob GA, Potreck-Rose F (2004). Self-esteem in behavior therapy. Verhaltenstherapie, 14: 206–12.

Jacob GA, Richter H, Lammers CH et al. (2006). Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Verhaltenstherapie; 16: 212–21.

Jacob GA, Gabriel S, Roepke S et al. (2010). Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: a pilot study. Int J Group Psychother; 60: 373–87.

Joormann J, Siemer M, Gotlieb IH (2007). Mood regulation in depression: differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. J Abnorm Psychol; 116: 484–90.

Korn DL (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: a review. J EMDR Pract Res; 4: 264–78.

Korn D, Leeds A (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol; 58: 1465–87.

Lammers CH (2011). Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien, Techniken. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Larsen RJ (2000). Toward a science of mood regulation. Psychol Inq; 11: 129–41.

Leeds A (1997). In the eye of the beholder: reflections on shame, dissociation, and transference in complex post-traumatic stress and attachment disorders. Presentation at the 1997 EMDRIA Conference in San Francisco, California.

Levine P (1999). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. 2. Aufl. Essen: Synthesis.

Linehan MM (1996). Trainingsmanual der Dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

Lutz A, Brefczynski-Lewis J et al. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. PLoS ONE; 3: e1897. doi: 10.1371/journal.pone.0001897.

Manfield P (2008). Dyadic Resourcing: Creating a Foundation for Processing Trauma. CreateSpace Independent Publishing Platform.

Masterson JF (1992). Psychotherapie bei Borderline-Patienten. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Monsen JT, Odland T, Faugli A et al. (1995). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. Psychother Res; 5: 33–48.

Neff KD, Vonk R (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. J Pers; 77: 23–50.

Ochsner KN, Ray RD et al. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. Neuroimage; 23: 483–99.

Ospina MB, Bond TK, Karkhaneh M et al. (2007). Meditation practices for health: state of the research. Evid Rep Technol Assess; 155: 1–263.

Phillips M, Frederick C (2007). Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.

Reddemann L (2012). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rosenthal MZ, Cheavens JS, Lejuezb CW, Lynch TR (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. Behav Res Ther; 43: 1173–85.

Rost C (2010). Ressourcenarbeit mit EMDR. Paderborn: Junfermann.

Rüsch N, Lieb K, Goettler I et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 164: 500–8.

Schmidt SJ (1999). Resource-focused EMDR: integration of ego state therapy, alternating bilateral stimulation, and art therapy. EMDRIA Newsletter March.

Schore A (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schwartz RC (2008). Systemische Therapie mit der inneren Familie. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stevens B (1970). Don't Push the River (It Flows by Itself). Lafaette, CA: Real People Press.

Streeck U (2002a). Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 2: 109–25.

Streeck U (2002b). Handeln im Angesicht des Anderen. Über nicht-sprachliches Verhalten im therapeutischen Dialog. Psyche; 56: 247–74.

Tolpin LH, Gunthert CK, Cohen LH, O'Neill SC (2004). Borderline personality features and instability of daily negative affect and self-esteem. J Pers; 72: 111–38.

Wager TD, Davidson M, Hughes BL et al. (2008). Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation. Neuron; 59: 1037–50.

Watkins J, Watkins HH (2012). Ego-States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch. 3. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.

Weertman A, Arntz A (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. Behav Res Ther; 45: 2133–43.

Westen D (1994). Toward an integrative model of affect regulation: applications to social-psychological research. J Pers; 62: 641–67.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.

Yeomans FE, Levy KN (2002). An object relations perspective on borderline personality disorder. Acta Neuropsychiatr; 14: 76–80.

Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. Am J Psychiatry; 162: 867–75.

12 Phase 3: Strukturbezogene Arbeit an defizitären Ich-Funktionen

12.1 Modifikation maladaptiven Verhaltens und Identifikation von Ich-Funktionsdefiziten

In der dritten Phase[1] der Therapie schlagen wir unseren Patienten vor, gezielt an ihren repetitiven dysfunktionalen Mustern und der Stärkung derjenigen Ich-Funktionsdefizite zu arbeiten, die für ihre unbefriedigende Lebensführung verantwortlich sind.

Repetitive maladaptive Verhaltensweisen haben ihren Ursprung in der Regel in beziehungstraumatischen Situationen, in denen die Patienten sich an die vernachlässigenden, missbräuchlichen oder in anderer Weise schädigenden Verhaltensweisen ihrer Bezugspersonen anpassen und das schädigende Verhalten bestmöglich antizipieren mussten, um sich so gut wie möglich zu schützen.

Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der strukturbezogenen Psychotherapie, wie sie von Rudolf (2013) formuliert wurden, ergänzen das therapeutische Vorgehen jedoch um spezifische ressourcenaktivierende Techniken. Wir werden zeigen, wie im Umgang mit ihnen psychodynamische und ressourcenaktivierende Vorgehensweisen ineinandergreifen.

In diesem Kapitel wollen wir uns mit solchen bewussten oder leicht bewusstseinsfähigen dysfunktionalen Verhaltensmustern beschäftigen, die eine *direkte Konsequenz defizitärer Ich-Funktionen* sind, und solchen, bei denen *interpersonell selbstschädigende Verhaltens- und Beziehungsmuster* eine kompensatorische Funktion einnehmen[2].

Grundsätzlich gilt: Je besser die Patienten sich ihrer Ich-Funktionsdefizite bewusst sind, desto leichter werden wir sie für eine gemeinsame Arbeit am Aufbau der entsprechenden Ich-Funktionen gewinnen. Die meisten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wissen um ihre Schwierigkeiten der Emotionsregulierung, der Impulskontrolle oder der Abgrenzungsfähigkeit und sind dankbar für das Angebot, mit ihnen an der Verbesserung dieser Ich-Funktionsdefizite zu arbeiten. Sie wissen, wie schwer es ihnen fällt, angemessen eigene Interessen zu vertreten oder komplexe Aufgaben durchzuführen, weil ihnen das Durchhaltevermögen dafür fehlt oder weil Brüche ihres Erlebens dazu führen, dass ihnen immer wieder andere Bedürfnisse in den Vordergrund treten. Sie wünschen sich unsere Hilfe bei der Verbesserung dieser Alltagskom-

1 Dem Leser meines Buches »Trauma und Persönlichkeitsstörung« (Wöller 2013) wird auffallen, dass die Phase 3 des Behandlungskonzepts, die dort den Titel »Mentalisierung und die Entwicklung stabiler Repräsentanzen« trägt, hier anders benannt ist. Mit der neuen Bezeichnung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die strukturbezogene Arbeit an defizitären Ich-Funktionen weit mehr umfasst als die sicherlich bedeutsame Stärkung der Mentalisierungsfunktion.

2 Auf bewusste dysfunktionale oder leicht bewusstseinsfähige Verhaltensmuster, die der direkten Kompensation der Emotionsregulierung dienen, waren wir schon in Kapitel 10.7 im Zusammenhang mit dem selbstverletzenden Verhalten eingegangen. Mit unbewussten traumatischen Verhaltensinszenierungen, die der deutenden Bearbeitung unbewusster Prozesse bedürfen, werden wir uns in Kapitel 14.3 befassen.

petenzen. Selbst Patienten mit stärkeren narzisstischen Persönlichkeitsanteilen sind an einer solchen Arbeit interessiert, wenn es uns gelingt, möglicherweise einsetzende Gefühle der Beschämung empathisch aufzufangen.

Schwieriger können die Dinge liegen, wenn *interpersonell selbst- oder fremdschädigende Verhaltens- und Beziehungsmuster* dominieren und die zugrunde liegenden Ich-Funktionsdefizite verdecken. Wie wir in Kapitel 4.2 dargestellt haben, handelt es sich dabei um Verhaltensweisen, die den Mustern von Kampf, Flucht oder totaler Unterwerfung zuzuordnen sind:

- aggressiv-fordernde oder manipulative Verhaltensweisen;
- Verhaltensweisen, bei denen sich die Betroffenen weitgehend oder vollständig aus der sozialen Realität zurückziehen;
- Verhaltensweisen, bei denen sich die Betroffenen unter Aufgabe ihrer berechtigten Interessen den Ansprüchen anderer komplett fügen und unterwerfen.

Viele Borderline-Patienten haben durchaus ein Gefühl dafür, dass nicht nur ihre Interaktionspartner, sondern auch sie selbst mit ihrem Verhalten zu den immer wieder scheiternden interpersonellen Interaktionen beitragen, und wünschen sich eine bessere Gestaltung ihrer Beziehungen. Wie können wir sie darin unterstützen?

In erster Linie bedürfen sie einer geduldigen *klarifizierenden Arbeit* über den Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Verhaltensmustern und Ich-Funktionsdefiziten. Zwar sind sie durch die verbesserte Emotionsregulierung und vielfach geübte Ressourcenaktivierung inzwischen in der Lage, auch schwierige Alltagssituationen nicht mehr nur unter dem Aspekt der Bedrohung, sondern auch als Herausforderung wahrzunehmen. Sie wissen jedoch in der Regel nicht, mit welchen dysfunktionalen Verhaltensweisen sie zu ihren misslingenden Beziehungen beitragen und welche Ich-Funktionsdefizite gestärkt werden müssen, damit die kompensatorischen Verhaltensmuster nicht mehr ihre interpersonellen Beziehungen schädigen.

Unser therapeutisches Vorgehen umfasst die folgenden Schritte:

- Wir *klarifizieren* das Muster so deutlich wie möglich und erarbeiten mit den Patienten, wie und warum es sich unter den frühen Beziehungsmustern entwickelt hat und inwiefern es unter den früheren Bedingungen einmal adaptiv war.

> Eine Patientin, die gegenüber ihren Interaktionspartnern nicht äußerte, wenn sie anderer Meinung war, sondern ihnen Zustimmung signalisierte, verstand, dass sie mit diesem Verhalten im Kontakt mit ihren frühen Bezugspersonen auf kluge Weise deren negative Reaktionen beeinflussen konnte. Heute wirkt sich dieses Verhalten zu ihrem Nachteil aus.

- Edukativ erläutern wir den Patienten die wichtigsten *Gründe und Anlässe*, die Borderline-Patienten veranlassen können, auf dysfunktionale Muster, das heißt auf selbst- oder fremdschädigende interpersonelle Verhaltensmuster zurückzugreifen, um legitime menschliche *Grundbedürfnisse* – nach Bindung, nach Orientierung und Kontrolle, nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz oder nach Lustgewinn und Unlustvermeidung (Grawe 1998) – zu befriedigen: zum einen, wenn ihnen Alltagssituationen so *bedrohlich* erscheinen, dass ihnen zur Regulation ihrer Emotionen nur Muster von Kampf, Flucht oder totaler Unterwerfung übrig bleiben, und zum anderen, wenn sie durch fehlende Lernerfahrungen oder innere Blockaden nicht über die *Ich-Funktionen* und Fähigkeiten verfügen, die notwendig sind, um Grundbedürfnisse auf sozial verträglichem Wege zu befriedigen. Je

nachdem, ob es uns passend erscheint, erwähnen wir auch, dass der vorübergehende Zuwachs an Selbstwert- und Machtgefühl eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung dysfunktionaler Muster spielen kann (▶ Kap. 4.2).

- Nachdem wir die *auslösenden Bedingungen* für das Einsetzen des maladaptiven Musters identifiziert haben, bitten wir die Patientin, die kurzfristigen Vorteile, aber längerfristigen Nachteile des alten Musters gegen die kurzfristigen Nachteile, aber längerfristigen Vorteile des neuen Musters *abzuwägen* und eine *Entscheidung* für oder gegen eine Änderung des Musters zu treffen.

> Die Patientin spürt deutlich Angst beim Gedanken, in Gesprächssituationen ihre von den anderen abweichende Meinung mitzuteilen, und wie einfach es wäre, einfach weiter Zustimmung zu signalisieren, auch wenn sie nicht einverstanden ist. Sie kann die Vor- und Nachteile des alten und des neuen Musters erkennen und entscheidet sich für eine Änderung.

- Auf der Basis dieser Entscheidung erfolgt die *gemeinsame Auftragsklärung*, die die Patientin und die Therapeutin gleichermaßen in die Pflicht nimmt: Die Patientin übernimmt die Aufgabe, sich wo immer möglich auf das neue Muster einzulassen und auf das alte Muster zu *verzichten*. Der Therapeutin fällt die Aufgabe zu, die Patientin wo immer möglich dabei zu unterstützen.

> Die Patientin entscheidet sich dafür, in künftigen Interaktionen ihre abweichende Meinung zu äußern, auch wenn dabei Angstgefühle auftreten. Die Therapeutin übernimmt die Aufgabe, sie zu konfrontieren, wenn sie in alte Muster zurückfällt.

- Dabei werden wir nicht müde, den interpersonell schädigenden Charakter der dysfunktionalen Verhaltensmuster immer wieder zu *klarifizieren* und von den Patienten den *Verzicht* auf diese Muster zu verlangen. Das erfordert einige Geduld, da die Patienten sich meist schon sehr an die alten Muster gewöhnt haben, sich mit ihnen sicher fühlen und auf den sekundären Gewinn im Sinne eines vorübergehenden Zuwachses an Selbstwert- und Machtgefühl nur ungern verzichten möchten. Dass dieser Verzicht *unbedingt notwendig* ist, muss energisch eingefordert und durch Absprachen und Vereinbarungen abgesichert werden. Den Patienten muss klar sein, dass sie nicht mit einer Verbesserung ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen rechnen können, solange sie an diesen Mustern festhalten.
- Hat die Patientin sich für die Änderung des Musters entschieden, bitten wir sie, sich vorzustellen, welche *Gefühle* – zumeist Ängste oder Schamgefühle – beim Gedanken an die Ausführung des neuen Musters aufkommen, und anzugeben, wie hoch sie die mit ihnen verbundene Stressbelastung einschätzt.

> Die Patientin spürte deutlich Angst beim Gedanken, eine abweichende Meinung zu äußern.
>
> **T:** Wir müssen sehr klar vereinbaren, dass Sie darauf verzichten, A. durch […] unter Druck zu setzen. Wenn Sie darauf nicht verzichten können oder wollen, macht die vor uns liegende therapeutische Arbeit keinen Sinn. Ich würde die Therapie dann auch nicht fortsetzen wollen. Wie es gehen kann, ein berechtigtes Bedürfnis auf konstruktive Weise zum Ausdruck zu bringen, ist ein wichtiger Teil unserer Arbeit, die ich gerne mit Ihnen machen möchte. Können wir uns darauf einigen?

- Nun besteht unsere Aufgabe darin, die den dysfunktionalen Interaktionsmustern zugrunde liegenden *Ich-Funktionsdefizite zu identifizieren* und den Patienten die Stärkung der entsprechenden Ich-Funktionen in Aussicht zu stellen. Die exakte Erfassung der Lücken und Entwicklungsrückstände ist nach unserer Auffassung nicht Ausdruck einer defizitorientierten Denkweise, sondern die Grundlage unseres Bemühens, spezifische Kompetenzen durch eine gezielte *Ressourcenaktivierung* zu fördern. Eine detaillierte Exploration der Defizite, z. B. mithilfe der Strukturachse der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 2009), kann sehr zur Klärung beitragen.
- Ist das Ich-Funktionsdefizit auch für die Patienten hinreichend nachvollziehbar klarifiziert, legen wir Wert auf eine Klärung, inwieweit die Fähigkeit unzureichend erlernt wurde oder inwieweit sie zwar ausreichend erlernt und prinzipiell verfügbar, aber unter dem Einfluss aktueller oder früherer belastender Lebensereignisse verloren gegangen ist. Die Situation unzureichender Lernerfahrung ist gegeben, wenn in einem emotional vernachlässigenden beziehungstraumatischen Umfeld wichtige Lernerfahrungen nicht gemacht und im späteren Leben nicht nachgeholt werden konnten. Nicht wenige Borderline-Patienten haben nie eine fürsorgliche Erziehung genossen. Sie waren weitgehend auf sich allein gestellt und konnten nicht auf Hinweise und Erläuterungen von Bezugspersonen zurückgreifen, »wie das Leben funktioniert«. Andererseits haben sie viele Herausforderungen im Leben erfolgreich bestanden und dabei auf Ressourcen zurückgegriffen, die ihnen beim Erlernen neuer Fähigkeiten zugute kommen können. Vor daher ist es wahrscheinlich, dass zahlreiche Kompetenzen bereits einmal verfügbar gewesen sind.

T: War es Ihnen in früheren Zeiten einmal besser möglich, für Ihre Interessen einzutreten – oder war dies schon immer schwierig für Sie?

- Weiterhin ist zu klären, ob es verinnerlichte *Gebote oder Verbote* gibt, die den Zugriff auf diese Fähigkeit einschränken. Wir sind darauf bereits in Kapitel 11.8 eingegangen. Wenn das der Fall ist, fragen wir: *Mit welchen negativen Emotionen* hätte die Patientin zu kämpfen, wenn sie die Ich-Funktion tatsächlich ausübte?

T: Angenommen, Sie würden versuchen, klar Nein zu sagen – wie würde es Ihnen dann gehen?
P: Ganz schlecht. Ich hätte das Gefühl, ein schlechter Mensch zu sein. Irgendwie habe ich eine Überzeugung, dass ich für andere Menschen da sein muss. Alles andere wäre egoistisch.

- War die Fähigkeit einmal verfügbar, wenden wir ressourcenaktivierende Techniken an, die Kompetenzen zur reaktivieren. Wir werden die Anwendung im Detail in den folgenden Abschnitten erläutern. Eine wichtige paradigmatische Bedeutung hat dabei die Stressabsorptionstechnik (► Abschn. 12.2).
- Ist eine Fähigkeit *tatsächlich unzureichend erlernt*, benötigen die Patienten ein geduldiges erläuterndes Vorgehen. Eine im guten Sinne des Wortes *pädagogische* Haltung in Kombination mit ressourcenaktivierenden Elementen ist in diesem Falle angezeigt.

T: Mir scheint, dass in Ihrer Kindheit niemand da war, der ihnen einmal erklärt hat, wie man bestimmte Alltagsprobleme löst, welche Verhaltensweisen nor-

malerweise akzeptiert werden und welche nicht. Sie mussten das alles allein ausprobieren. In ganz vielen Situationen haben Sie sich allein erfolgreich durchgekämpft. Oft haben Sie sich auch Verhaltensweisen angeeignet, die heute unzweckmäßig sind – aber Sie wussten es eben nicht besser. Eigentlich hätten Sie jemanden gebraucht, der Ihnen all dies erklärt hätte.

- Schließlich vermitteln wir unseren Patienten sehr deutlich, dass jede Änderung eingeschliffener Verhaltensmuster viel *Energie und Übung* verlangt. Neurowissenschaftlich formuliert, geht es um nichts Geringeres als um die Deaktivierung problematischer Verknüpfungen in neuronalen Netzwerken und um den Aufbau neuer und besser angepasster Verknüpfungen, letztlich um einen Umbau der neuronalen Netzwerke (Gabbard et al. 2009).
- Sollte die Patientin *im Bemühen nachlassen*, sich mit dem neuen Muster zu konfrontieren, und in alte Muster zurückfallen, kann die Therapeutin die Patientin darauf hinweisen, dass *nur sie* die Mittel und Möglichkeiten hat, etwas in ihrem Leben zu verändern. Sie kann sie ermutigen, nach Gründen zu suchen, warum sie immer wieder in das alte Muster zurückfällt. Möglicherweise ist der erwartete therapeutische Schritt zu groß, und die Planung kleinerer und weniger ängstigender Schritte wäre hilfreicher. Die Therapeutin kann die Patientin fragen, wie sie weiter vorgehen möchte, ob sie den Auftrag modifizieren möchte und, wenn ja, auf welche Weise. Durch ein solches Vorgehen kann ein *therapeutischer Stillstand* vermieden werden, der leicht entsteht, wenn sich die Therapeutin zu sehr auf die Seite der Progression stellt und die Patientin dadurch in die Lage bringt, ihr altes Muster verteidigen zu müssen. Je mehr die Therapeutin auf Progression drängt, desto eher wird die Patientin die Sicherheit des alten Musters suchen und insgeheim hoffen, dass die Therapeutin das Problem für sie löst.

T: Ich bin mir unsicher, ob unser gemeinsamer Auftrag noch gilt, an der Mitteilung einer abweichenden Meinung zu arbeiten.
P: Das möchte ich weiter schaffen.
T: Ich kann im Moment Ihren Beitrag nicht erkennen. Wer sonst sollte es für Sie tun?
P: Im Stillen hatte ich gehofft, dass Sie das für mich machen. […]

- Je weniger sich die Therapeutin auf die Seite des neuen Musters stellt und je stärker sie mögliche Hindernisse und Ängste anspricht, die mit dem neuen Muster verknüpft sind, desto eher wird sie der Patientin die Gelegenheit geben, selbst die Seite der Progression zu vertreten.

T: Manchmal denke ich, der therapeutische Schritt, den Sie vorhaben, ist zu groß und zu ängstigend für Sie, kann das sein?
P: (Schweigt.)
T: Sodass Sie dann doch lieber bei Ihrem alten Muster bleiben, weil es mehr Sicherheit bietet.
P: Aber ich möchte neue Muster doch gerne umsetzen können.
T: Wie sollte das gehen?
P: Vielleicht müsste ich mit einer leichteren Situation beginnen.

Das therapeutische Vorgehen bei repetitiven maladaptiven Verhaltensweisen, die auf die Verinnerlichung maladaptiver Verhaltensweisen der Bezugspersonen zurückzuführen sind, unterscheidet sich von repetitiven Verhaltens-

weisen, die als Wiederholungsmuster bei abgespaltenem traumatischem Material aufzufassen sind. Wir gehen darauf in Kapitel 14.3 ein. Da Überlappungen beider Formen vorkommen, kann die Unterscheidung gelegentlich schwierig sein (Bowins 2010).

Arbeit an dysfunktionalen interpersonellen Interaktionsmustern

- Die den dysfunktionalen Interaktionsmustern zugrunde liegenden Ich-Funktionsdefizite identifizieren
- Erläuterungen für Gründe und Anlässe dysfunktionaler Interaktionsmuster geben
- Schädigenden Charakter der dysfunktionalen Verhaltensmuster klarifizieren
- Klären, wieweit Ich-Funktionen unzureichend erlernt wurden oder durch belastende Lebensumstände verloren gegangen sind
- Ressourcenaktivierende Techniken zur Reaktivierung früher einmal vorhandener Kompetenzen (z. B. Stressabsorptionstechnik)
- Die zugrunde liegenden Gebote und Verbote klären
- Verzicht auf dysfunktionale Muster einfordern
- Funktionale Verhaltensmuster einüben lassen
- Eigenverantwortlichkeit der Patientin betonen

12.2 Die Stressabsorptionstechnik

Die folgende ressourcenaktivierende EMDR-Technik, die als »Stressabsorptionstechnik« bekannt geworden ist (Hofmann 2009; Korn u. Leeds 2002), eignet sich gut, um *spezifische Kompetenzen im aktuellen Lebensalltag zu aktivieren*, die unter dem Einfluss aktueller oder früherer belastender Lebensereignisse nicht oder nicht mehr verfügbar sind. Mithilfe dieser Technik kann ein Kompetenzgefühl von einem früheren Kontext auf einen aktuellen Kontext übertragen und mit bilateraler Stimulation verankert werden. In neurobiologischen Begriffen können wir sagen, dass eine prozedurale Information[3], die in einem bestimmten neuronalen Netzwerk gespeichert ist, einem anderen neuronalen Netzwerk, in dem auf dieses prozedurale Wissen nicht zugegriffen werden kann, assoziiert werden soll. Die Technik setzt nicht voraus, dass die geforderte Kompetenz irgendwann einmal im Leben zur Verfügung gestanden hat – sie kann auch in der Vorstellung erzeugt werden.

Das Kompetenzgefühl wird bei dieser Technik nicht abstrakt, sondern im Hinblick auf eine ausgewählte belastende Situation reaktiviert. Bekanntlich werden Situationen dann als besonders belastend oder ängstigend erlebt, wenn die betreffende Person das Gefühl hat, sie nicht kompetent bewältigen zu können. Das Vorgehen besteht

- im ersten Schritt in der Suche nach den zur Bewältigung der aktuellen Belastung benötigten Kompetenzen (Ressourcen) und
- im zweiten Schritt in der Aktivierung und Verankerung der Erinnerung an einen ressourcenreichen Zustand der Vergangenheit, in dem die aktuell benötigte Kompetenz in vollem Umfang zur Verfügung gestanden hat.
- Das so gewonnene Kompetenzgefühl wird in einem dritten Schritt mit der aktuell zu bewältigenden Belastungssituation in Verbindung gebracht.

Am Rückgang des subjektiven Belastungsgrades beim Gedanken an die belastende Situation zeigt sich das verbesserte Kompetenzgefühl. Wir gehen folgendermaßen vor:

3 Handlungswissen, vor allem Wissen für automatisch ablaufende Handlungen wie Autofahren

- Wir bitten die Patientin, eine belastende aktuelle Situation auszuwählen, zu deren Bewältigung sie sich nicht oder nicht ausreichend in der Lage sieht.
- Um den Effekt des Vorgehens überprüfen zu können, bitten wir die Patientin, den *subjektiven Belastungsgrad* der belastenden Situation auf einer Skala von 0 bis 10 einzuschätzen, wobei »0« keine und »10« die maximale Stressbelastung bedeutet.
- Dann fragen wir die Patientin, welche *Fähigkeiten oder Kompetenzen* sie braucht, um diese Situation erfolgreich bewältigen zu können. Nach Möglichkeit soll sie drei benötigte Fähigkeiten oder Kompetenzen (Ressourcen) nennen.
- Dann wird die Patientin gebeten, in ihrer *Lebensgeschichte* nach einer Situation zu suchen, in der ihr die erste dieser drei Fähigkeiten oder Kompetenzen gut oder zumindest hinreichend gut zur Verfügung gestanden hat. Alternativ kann die Patientin sich auch vorstellen, wie sie diese Kompetenz in naher Zukunft zur Verfügung haben wird. In der Regel ist es einfacher und so gut wie immer möglich, eine entsprechende Erinnerung in der Vergangenheit aufzufinden.
- Ist die Erinnerung aufgefunden oder die Vorstellung aktiviert, soll die Patientin die entsprechende Situation so lebendig wie möglich *imaginieren* und das entsprechende *positive Körpergefühl wahrnehmen*. Der ressourcenreiche Zustand wird mit bilateraler Stimulation verankert. Auch andere Techniken wie der *Butterfly Hug* oder die Klopftechnik der Energetischen Psychologie können gleichfalls zur Verankerung genutzt werden (►Kap. 7.4.2).
- Ebenso wie mit der ersten soll die Patienten mit der zweiten und dritten gesuchten Fähigkeit oder Kompetenz verfahren.
- Nachdem alle aufgefundenen ressourcenreichen Erinnerungsbilder oder -vorstellungen mit den zugehörigen positiven Körpergefühlen ausreichend aktiviert sind, soll die Patientin die Aufmerksamkeit erneut auf die *ausgewählte belastende Situation* richten. Im Allgemeinen ist der subjektive Belastungsgrad beim Gedanken an die Situation nun deutlich gesunken.

> Eine Patientin nannte vor allem die Ressourcen »Mut« und »Stärke«, um eine bevorstehende Herausforderung zu bewältigen. Sie aktivierte aus ihrer Lebensgeschichte Situationen, in denen sie diese Ressourcen zur Verfügung hatte.
> Dann visualisierte sie eine Szene, in der sie sich sieht, wie sie ihre abweichende Meinung mitgeteilt hat und das positive Gefühl des Stolzes darüber spürte. Die Therapeutin verankerte den Ressourcen-State mit einem Set bilateraler Stimulationen. Der subjektive Belastungsgrad der belastenden Situation ging deutlich zurück.

12.3 Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit

Wir wollen die Aktivierung spezifischer Kompetenzen mithilfe ressourcenaktivierender Techniken am Beispiel der Fähigkeit der Abgrenzung und des Nein-Sagens erläutern, Fähigkeiten, die bei traumatisierten Patientinnen oft beeinträchtigt sind, besonders gegenüber ihnen nahe stehenden Personen.

Wir bitten die Patientin, in der Erinnerung nach einer Situation zu suchen, bei der es ihr gelungen war, eine angemessene Grenze zu setzen und Nein zu sagen. Nachdem die Erinnerung lebhaft visualisiert und ein positives Körpergefühl beim Gedanken an das Nein-Sagen aufgetreten ist, kann dieses Erleben mit Klopftechniken oder mit 6 bis 8 Sets bilateralen Tappings stimuliert und verankert werden. Die Stimulation kann so lange fortgesetzt

werden, bis keine weitere Steigerung des positiven Gefühls beim Gedanken an die Grenzsetzung mehr einsetzt. Wenn negative Assoziationen auftreten, sollte die Stimulation beendet werden. Die negativen Assoziationen können in den Container gepackt werden (Parnell 2008).

Wenn die Patientin sich nur schwer an eine Situation erinnern kann, in der sie sich abgegrenzt und Nein gesagt hat, können wir sie auch bitten, *an eine ihr bekannte Person zu denken*, die über diese Fähigkeit verfügt, und dabei das mit einer Abgrenzung verbundene positive Gefühl und Körpergefühl bei sich selbst lebendig werden lassen. Dieses positive Erleben kann auf die oben beschriebene Weise verankert werden. Auf die Dauer wird die Patientin sich mehr und mehr mit dieser Person identifizieren, die durch sie repräsentierten ungewohnten Gedanken und Handlungsmuster für sich zulassen und diese mehr und mehr in das eigene Alltagsleben übernehmen.

12.4 Stärkung der Fähigkeit, Bedürfnisse mitzuteilen und Hilfe anzunehmen

Ein wichtiger Aspekt von Selbstfürsorge ist die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu äußern und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Zur Stärkung dieser Fähigkeiten kann es sinnvoll sein, die der entsprechenden Schwierigkeit zugrunde liegende Psychodynamik mithilfe des Modells der Persönlichkeitsanteile (►Kap. 5.4) zu klarifizieren. Wir wählen dazu das folgende Vorgehen:

- Wie auch bei anderen Gelegenheiten beginnen wir damit, den Verzicht auf die Artikulation von Bedürfnissen und das Annehmen von Hilfe als *sinnvolle Maßnahmen zu validieren*, die unter bindungstraumatischen Umständen vor Ablehnung und Zurückweisung schützten.
- Auch die Neigung vieler Borderline-Patienten, ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht anders als über *Vorwürfe oder Forderungen* zum Ausdruck zu bringen, ist vor dem Hintergrund der Angst vor Ablehnung und Zurückweisung zu verstehen: Es ist leichter, wenn ein aggressiver Persönlichkeitsanteil Vorwürfe erhebt oder Forderungen stellt, als wenn ein kindlicher und verletzter Anteil sich bei der Artikulation eines Bedürfnisses oder beim Vortragen einer Bitte der Ablehnung und Zurückweisung preisgibt.
- Den oft anzutreffenden Wunsch, Bedürfnisse nicht artikulieren zu müssen, sondern in der eigenen Bedürftigkeit *wortlos verstanden zu werden*, validieren wir als einen berechtigten Wunsch kindlicher Persönlichkeitsanteile der Patienten, die in ihrer Kindheit ein wortloses Verständnis und die adäquate Befriedigung ihrer Bedürfnisse dringend gebraucht hätten.
- Die Patienten sollen jedoch auch verstehen, *wie nachteilig* es für sie ist, wenn sie Bedürfnisse und Wünsche nicht angemessen artikulieren, und wie schwer bis unmöglich es für ihre Interaktionspartner ist, ihre Bedürfnisse zu erraten. Wir machen ihnen deutlich, dass sie Gefahr laufen, benachteiligt und ausgebeutet zu werden, und gerade dann mit Ablehnung und Zurückweisung rechnen müssen, wenn sie Wünsche und Bedürfnisse nur über Vorwürfe oder Forderungen kommunizieren.
- Um Veränderungen der den maladaptiven Verhaltensweisen zugrunde liegenden *verinnerlichten Normensysteme* zu erreichen, stellen wir diese *neuen Normen* gegenüber. Eine solche neue Norm kann z. B. beinhalten, dass es nicht nur legitim, sondern sogar notwendig ist, Unterstützung anderer Menschen in Anspruch zu nehmen, und dass es Teil der Selbstfürsorge ist, sich aktiv um diese Unterstützung zu bemühen, statt pas-

siv davon abhängig zu sein, ob eine helfende Person zufällig verfügbar ist.

Trotz dieser Klarifizierungen ist, wie bei allen implizit gespeicherten Mustern, viel *Geduld* erforderlich, um neue Muster zu implementieren, und es wird noch oft notwendig sein, Vorwürfe und Forderungen in Nöte und Bedürfnisse zu übersetzen, bis es den Patienten möglich ist, ihre Bedürfnisse und Wünsche geradeaus und klar zu kommunizieren.

Darüber hinaus kann es wegen der wichtigen Konsequenzen für die Gestaltung des Alltagslebens der Patienten sinnvoll sein, die Blockade, eigene Bedürfnisse zu äußern und Hilfe aufzusuchen, mithilfe *ressourcenaktivierender Techniken* zu bearbeiten. Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- Wir können die Patientin bitten, *sich vorzustellen*, wie sie Hilfe aufsuchen und das auftretende negative Gefühl zu spüren. Das negative Gefühl kann »sortiert« werden, indem Vergangenheitsanteile identifiziert und »weggepackt« werden (►Kap. 11.4).
- Wir können mit einer *Pendeltechnik* ein Ressourcenbild maximal aktivieren und mit bilateralen Stimulationen verankern. Anschließend sollen sich die Patienten ultrakurz dem negativen Gefühl exponieren. Die Prozedur wird mehrmals wiederholt (►Kap. 11.6).
- Die Patienten können das negative Gefühl fokussieren, das auftritt, wenn sie sich vorstellen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei können sie ihren favorisierten *Akupunkturpunkt klopfen*. Oder sie klopfen einen bevorzugten Punkt, während sie die folgende Formel sprechen:

> **P:** Auch wenn ich davon überzeugt bin, dass ich zurückgewiesen werde, wenn ich um Hilfe bitte, akzeptiere ich mich wie ich bin.

12.5 Stärkung der Objektkonstanz

Bei unzureichender Objektkonstanz hatten wir für die Anfangsphase der Therapie schon auf die supportive Möglichkeit hingewiesen, über Fotos, Tonbänder oder andere als Übergangsobjekte verwendbare Gegenstände das Gefühl der Verbindung zu uns aufrechtzuerhalten (►Kap. 10.1).

Um die Ich-Funktion der Objektkonstanz zu stärken, bieten sich *imaginative Techniken* an. Eine wertvolle Technik besteht darin, die Patientin ein »Verbindungskabel« imaginieren zu lassen, das die emotionale Verbindung zwischen ihr und uns symbolisieren soll. Die Patientin wird gebeten, sich ein solches Kabel vorzustellen und das Gefühl der Verbundenheit mit uns deutlich zu spüren. Das entstehende positive Gefühl und das zugehörige Körpergefühl verankern wir, wie gewohnt, mit ein oder zwei Sets bilateraler Stimulationen. Anschließend soll die Patientin üben, das positive Gefühl der Verbundenheit auch mit zunehmender räumlicher Distanz zu uns wahrzunehmen. Um auszuprobieren, auf welche Distanz die »Verbindung« zu uns noch hält, kann sie sich zunächst in den Nebenraum unseres Behandlungszimmers und später auf die Straße vor dem Behandlungszimmer begeben, um schließlich auszutesten, ob die Verbindung auch noch in ihrer eigenen Wohnung spürbar ist.

12.6 Stärkung der Mentalisierungsfunktion

Nachdem die Fähigkeit zur Emotionsregulierung verbessert und ein basales Verständnis für die Notwendigkeit der Selbstfürsorge erreicht ist, hat sich in der Regel bereits eine deutliche Besserung der Mentalisierungsfunktion eingestellt (►Kap. 3.3). Wir können diese Funktion nun noch gezielt stärken und so eine weitere wichtige Voraussetzung dafür schaf-

fen, dass die Patienten auf maladaptive Verhaltensweisen verzichten können.

Auch bei unserem Bemühen, die Fähigkeit der Patienten zur Mentalisierung zu stärken, leitet uns unsere *ressourcenorientierte therapeutische Grundhaltung*. Zwar fällt es Borderline-Patienten oft schwer, emotionale Zustände, Motive, Wünsche oder Absichten anderer Menschen aus ihren Äußerungen, ihrem Gesichtsausdruck oder aus anderen nonverbalen Signalen zu erschließen. Doch bedeutet dies nicht, dass ihnen die Kompetenz dazu grundsätzlich fehlte. Die Defizite treten überwiegend in einem bindungsrelevanten Kontext und unter Bedingungen emotionaler Dysregulation auf. Sobald die Patienten hinreichend gut emotional reguliert und nicht mit einer bindungsrelevanten Situation konfrontiert sind, sind sie häufig zu einer bemerkenswerten Mentalisierungsleistung fähig (▶ Kap. 3.3).

Eine Patientin war völlig erstaunt zu erfahren, dass sie ihren Partner mit ihrem Verhalten wütend machte. Als sie jedoch wenig später von einer Mitpatientin ihrer Therapiegruppe erfuhr, wie diese mit ihrem Partner umging, verstand sie unmittelbar, dass deren Partner auf sie wütend sein musste.

Statt von einem kognitiven Defizit zu sprechen, vermitteln wir unseren Patienten vielmehr, dass ihnen die Fähigkeit, reflektierend mit mentalen Zuständen umzugehen, durchaus verfügbar ist – auch wenn es für sie *ungewohnt* ist, sich damit zu beschäftigen. Es fällt ihnen schwer, weil sie reflektierenden Prozessen nie eine größere Aufmerksamkeit schenken konnten. Erstens wäre es für sie emotional zu belastend gewesen, sich in die mentalen Zustände ihrer misshandelnden Bezugspersonen hineinzuversetzen. Zweitens waren Prioritäten zu beachten: Wer vorwiegend mit der Regulation seiner Emotionen und der Abwehr eines Bedrohungserlebens beschäftigt ist, kann – so unser Verständnis – auf eigene und fremde innere Zustände nur sehr begrenzt achten.

Wie gehen wir vor, um die Fähigkeit zur Mentalisierung zu stärken?

- Zunächst bitten wir die Patienten, für eine *möglichst gute Emotionsregulierung* zu sorgen.

T: Bevor wir über die schwierigen Beziehungsprobleme sprechen, schlage ich vor, dass Sie als erstes versuchen, einen ruhigen und ressourcenstarken Zustand herzustellen.

- Da die Beachtung eigener und fremder mentaler Funktionen für viele Borderline-Patienten ungewohnt ist, lenken wir ihre Aufmerksamkeit immer wieder darauf. Wir bemühen uns, die Patienten *für das Erleben ihrer Interaktionspartner zu sensibilisieren* und regen sie an, sich mit der Tatsache auseinanderzusetzen, dass andere Menschen Gefühle haben, die sich von ihren eigenen unterscheiden, und in ihrem Handeln durch sie geleitet werden.

T: Was meinen Sie, warum er das getan hat?
P: Er ist so. Er ist ein Schwein.
T: Sie meinen, er ist durch und durch ein schlechter Mensch?
P: Ja, das meine ich.
T: Wenn er sich so schweinisch verhalten hat – was wollte er denn damit erreichen?
P: Ich weiß nicht. […] Vielleicht wollte er mir zeigen, wer hier das Sagen hat.
T: Kann es für Sie wichtig sein, sich darüber Gedanken zu machen?
P: Normalerweise sind solche Leute für mich gestorben.

T: Sie meinen, dann braucht man darüber nicht nachzudenken?
P: Ich weiß nicht. […] Vielleicht kann ich ihn dann besser einschätzen?
T: Ich glaube, dass Sie mehr Kontrolle haben, wenn Sie mehr darüber nachdenken, warum jemand etwas macht.

- Wenn wir Hinweise dafür haben, dass eine Patientin außerhalb emotional aufgeladener Bindungskontexte über eine nahezu ungestörte Mentalisierungsfunktion verfügt, nutzen wir diese Beobachtung therapeutisch als *Ressource*.

T: Als Sie vorhin über Ihre Beziehung zu A. sprachen, ist mir aufgefallen, wie differenziert Sie über ihn gesprochen haben. Sie haben sich Gedanken gemacht zu seinen Motiven und Absichten, haben Überlegungen angestellt, was vermutlich seine Beweggründe sind. Dagegen kommt es mir sehr vereinfacht vor, wenn Sie über Ihre Partnerin sprechen. Da gibt es nur Extreme – entweder sie ist total gut oder total schlecht. Das gleiche empfinde ich, wenn Sie über B. sprechen. Was meinen Sie?
P: Ja, das stimmt irgendwie. Vom Kopf her weiß ich ja auch, dass die Menschen nicht so schwarz-weiß sind. Aber ich fühle das ganz klar so und dann ist das für mich auch so.
T: Könnte es daran liegen, dass Sie sofort emotional unter Druck geraten, wenn Sie an Leute denken, die Ihnen etwas bedeuten?
T: Das könnte so sein.
T: Mir ist es erst einmal wichtig festzuhalten, dass Sie die Fähigkeit haben, differenziert über andere Menschen und deren Gefühle und Absichten nachzudenken.
P: Meinen Sie? […] Das hört sich für mich gut an. Ich dachte immer, dass ich nur impulsiv bin und so etwas gar nicht kann.
T: Umso mehr sollten Sie sich einprägen, dass Sie diese Fähigkeit haben. Können Sie das gute Gefühl auch körperlich spüren?
P: Ja, hier. (Zeigt auf ihre Brust.)

- Ein weiterer Aspekt unserer mentalisierungsorientierten Arbeit besteht darin, die Patienten zu *kohärenten Narrativen* anzuregen. Wir bitten sie deshalb, die Kette der Ereignisse schwieriger Situationen in Worte zu fassen und ihre emotionalen Reaktionen sowie die damit verbundenen Überlegungen explizit zu machen. *Rupturen im Erzählvorgang und interpersonelle Missverständnisse* können so identifiziert und korrigiert werden.

T: Lassen Sie uns genau hinschauen, wie eins nach dem anderen abgelaufen ist. Wir wollen genau festhalten, was Sie empfunden haben und welche Überlegungen Sie angestellt haben.
T: Wie war das genau? Wie hat sich das eine aus dem anderen entwickelt?

- Des Weiteren geht es uns darum, *Diskrepanzen des Selbst- und Fremdverständnisses* interpersoneller Situationen zu erfassen. Indem wir das Selbst- und Fremdverständnis problematischer Interaktionssequenzen gegenüberstellen, können die Patienten unterschiedliche Perspektiven einnehmen. Kleine Unterschiede in der Wahrnehmung mentaler Zustände können für sie eine neuartige Bedeutung erlangen. Für viele Situationen lassen sich so Deutungen erarbeiten, die hilfreicher sind als die »eingefahrenen«

Interpretationen, die auf negativen Selbstkognitionen beruhen.

T: Jetzt ist mir klar geworden, wie Sie das Verhalten von A. verstanden haben. Das macht mir auch Ihre Reaktion verständlich. Könnte man das Verhalten von A. auch anders verstehen?
P: Ich wüsste nicht, wie.
T: Ich würde Ihnen gerne einmal sagen, wie ich das verstanden habe. Das ist natürlich auch nur eine mögliche Sichtweise. Sie könnten dann entscheiden, ob Sie mit dieser Sichtweise etwas anfangen können.
P: Wie sehen Sie das denn?
T: Ich habe das so verstanden: […] Was meinen Sie dazu?
P: So könnte man das tatsächlich auch sehen. Auf diese Idee wäre ich nicht gekommen.
T: Welche Sichtweise würden Sie denn vorziehen?
P: Ihre Sichtweise ist viel positiver für mich, aber auch sehr ungewohnt.
T: Sie können sich entscheiden, welche Sichtweise Sie bevorzugen. Ich würde Ihnen raten, diejenige zu wählen, die mehr zu Ihrem Wohlbefinden beiträgt.
P: Das ist eindeutig die zweite.

- Hilfreiche Sichtweisen können anschließend, zusammen mit dem entsprechenden positiven Körpergefühl, *verankert* werden.

T: Wenn Sie an die neue Sichtweise denken, wie fühlt sich das für Sie an?
P: Eigentlich ganz gut.
T: Können Sie es genauer sagen?
P: Da ist so ein bisschen Stolz, so ein Okay-Gefühl.
T: Können Sie das im Körper spüren?
P: Ja, hier im Bauch.
T: Konzentrieren Sie sich darauf. Sie können es selbst verstärken. (Durch einige seitenalternierende Tappings oder durch das Klopfen eines Energiepunktes.)

Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit

- Zunächst Emotionsregulierung optimieren
- Unterschiedliche Perspektiven anregen
- Für das Erleben der Interaktionspartner sensibilisieren
- Zu kohärenten Narrativen anregen
- Hilfreiche Sichtweisen verankern

12.7 Vom dichotomen zum ausgewogenen Denken

Auch der Übergang vom dichotomen zu einem ausgewogeneren Denken lässt sich mithilfe ressourcenaktivierender Techniken einüben:

- Dazu schlagen wir dem Patienten vor, als erstes an eine Person seines Bekanntenkreises zu denken, die er gerade nicht in Schwarz-Weiß-Kategorien, sondern *differenziert abgestuft* mit Vorzügen und Nachteilen wahrnehmen kann. Verständlicherweise gelingt ihm dies besser bei einem ihm ferner stehenden Menschen als bei ihm näher stehenden Personen aus dem Bindungskontext. Damit soll der Patient erstens die Erfahrung machen, dass er in der Lage ist, Menschen differenziert wahrzunehmen, und zweitens das gute Gefühl und Körpergefühl spüren, das mit einer differenzierten Wahrnehmung einer Person verbunden ist. Das gute Gefühl, zu einer ausgewogenen Haltung gegenüber anderen Menschen fähig zu sein, können wir als Ressource nutzen und z. B. mit bilateraler Stimulation verankern.

- Ist dieses positive Gefühl ausreichend aktiviert und verankert, kann der Patient in kleinen und nicht ängstigenden Schritten versuchen, auch an eine bindungsrelevante Person seines nahen Umfeldes zu denken, jedoch nicht wie bisher in Kategorien des Entweder-oder, sondern in Kategorien eines graduell abgestuften »Sowohl-als-auch«, und ihr sowohl gute als auch weniger gute Eigenschaften zuzuordnen. Die dabei zunächst aufkommende Ängstlichkeit oder das sich einstellende Unwohlsein kann mithilfe einer Beruhigungstechnik (z. B. mithilfe des Butterfly Hug oder einer Klopftechnik) abgemildert werden (► Kap. 10.1).
- Wir schlagen dem Patienten vor, dass wir ihn jedes Mal darauf aufmerksam machen werden, wenn das dichotome Denken *gerade nicht aufgetreten* ist, sondern durch eine ausgewogene Sichtweise oder Überlegung ersetzt wurde. Wenn er es wünscht, können wir ihn auch darauf aufmerksam machen, wenn wir wieder das irreführende Alles-oder-nichts-Denken oder Schwarz-Weiß-Denken bemerken. Dies kann durch vereinbarte Zeichen oder Gesten geschehen. Das folgende Beispiel zeigt, wie das spielerisch geschehen kann:

T: Mir fällt auf, dass Sie über A. gerade nicht in der gewohnten Schwarz-Weiß-Malerei, sondern differenziert und ausgewogen gesprochen haben. Haben Sie das auch bemerkt?
P: Ja, das stimmt. Das war mir gar nicht aufgefallen.
T: Natürlich kann das Schwarz-Weiß- oder das Alles-oder-nichts-Denken demnächst wieder auftreten. Das wäre ganz normal, denn Sie haben sich schon sehr daran gewöhnt. Möchten Sie, dass wir ein Zeichen vereinbaren, an dem Sie erkennen können, wenn es wieder auftritt?

12.8 Stärkung der Arbeitsfähigkeit und Motivation

Arbeitsstörungen und Motivationsprobleme sind bei Patienten mit einer Borderline-Störung häufig und in ihrer Entstehung vielschichtig. Viele Patienten haben erhebliche Schwierigkeiten, eine Tätigkeit über einen längeren Zeitraum hinweg auszuführen, anderen fehlt die Motivation, Energie für unangenehme Seiten einer Tätigkeit aufzubringen. Darunter leidet vor allem ihre berufliche, aber auch ihre persönliche Zufriedenheit. Die Erfahrung eigener Unzulänglichkeit trägt weiter zu ihrem ohnehin schon negativen Selbstbild bei.

P: Immer fange ich etwas an und führe es nicht zu Ende. Ich glaube, ich bin unfähig, etwas zu Ende zu bringen. Viele Dinge, die anderen leicht fallen, schaffe ich nicht, weil ich nicht durchhalte.
P: Ich habe zu nichts Lust. Ich bin ein Versager in jeder Hinsicht. Warum sollte ich noch leben?

Die Behandlung der Arbeits- und Motivationsprobleme erfordert in besonderem Maße die Kombination eines psychodynamischen Verständnisses mit einer ressourcenbasierten Stärkung der notwendigen Ich-Funktionen. Im Einzelnen:

- Arbeitsstörungen können auf die Borderline-typischen Schwierigkeiten zurückzuführen sein, die *Aufmerksamkeit* länger auf einen Gegenstand zu richten (► Kap. 3.5). Die Betroffenen können die für eine Aufgabe notwendige *Konzentration* nicht aufzubringen, weil Einbrüche der Stimmungslage und heftige negative Emotionen ihre Aufmerksamkeit defokussieren. In diesem Falle regen wir die Patienten an, die Auslösemomente der Stimmungseinbrüche zu identifizieren und die negativen Emotionen

im Sinne der Affektdifferenzierung zu »sortieren« (►Kap. 11.4). Ein entschlossenes Gegenregulieren durch »Wegpacken« der belastenden Vergangenheitsanteile und eine Aktivierung positiver Bilder kann hier die entscheidende Maßnahme sein. Wir ermutigen die Patienten, diese notwendigen Regulationsvorgänge auszuführen, damit Aufgaben erfolgreich beendet werden können, die sonst unabgeschlossen liegen blieben.

- Arbeitsstörungen finden sich auch im Rahmen einer komorbiden *Depression*, die bei der Borderline-Depression typischerweise den Charakter einer »Verlassenheitsdepression« hat (Masteron 1992; ►Kap. 15.2). Die depressive Hemmung kann psychodynamisch als Ausdruck der Resignation oder der hilflosen Wut anlässlich eines erlebten oder fantasierten Verlassenwerdens verstanden werden. Die Behandlung der Depression sollte auch die Identifikation von Auslösemomenten für das Borderline-typische Verlassenheitserleben einschließen.
- Auch *dissoziativ-amnestische* Ausfälle, sogenannte »Aussetzer«, die dazu führen, dass wichtige aktuelle Informationen nicht erinnert und verarbeitet werden, können für Arbeits- und Motivationsstörungen verantwortlich sein (►Kap. 15.5). Im Vordergrund steht hier das trainierbare Bemühen, im Hier und Jetzt zu bleiben, am günstigsten in Verbindung mit der Aktivierung positiver Ressourcenbilder.

Nicht wenige Borderline-Betroffene haben mit dem Problem zu kämpfen, dass sie sich zu strukturierter Aktivität nur *schwer motivieren können*. Sie verbleiben stattdessen in einer *passiv abwartenden Haltung*. Nach unserer Erfahrung profitieren Patienten, die sich nur schwer zu einer zielführenden und befriedigenden Aktivität motivieren können, durchaus von einem ressourcenaktivierenden Zugang. Die Verbindung von psychodynamischem Verständnis und ressourcenaktivierender Intervention realisieren wir wie folgt:

- Wir erläutern, dass *Passivität* in einem traumatisierenden Umfeld manchmal die einzige mögliche Bewältigungsstrategie gewesen sein kann, vor allem dann, wenn Aktivität und Eigenständigkeit bestraft und entwertet wurden (Linehan et al. 1987). Ein Gefühl der Selbstwirksamkeit konnte nicht entstehen, wenn durch Zustände erhöhter Erregung wichtige Entwicklungsschritte nicht gemacht werden konnten. Wenn sich stattdessen Selbstkognitionen des Versagens ausgebildet haben und Passivität vielleicht zusätzlich als Faulheit entwertet wurde, trug das weiter dazu bei, die Motivation zur aktiven Problemlösung zu untergraben. Die Erläuterung, dass passive Verhaltensmuster unter früheren Umständen durchaus adäquat waren, verbinden wir mit der *Ermutigung*, diese Muster zugunsten einer aktiveren Bewältigung aufzugeben, zu deren Erprobung wir unsere Hilfe anbieten.

> **T:** Wenn ich an ihre früheren Beziehungserfahrungen denke, verstehe ich besser, warum Sie oft so passiv bleiben und abwarten, ob sich eine Lösung von außen einstellt. Alles, was Sie taten, war falsch und wurde auf die eine oder andere Art bestraft. Früher war Passivbleiben sicher eine gute Strategie. Heute schafft es eher Probleme. Versuchen Sie verständnisvoll mit sich und dem Problem umzugehen und gut zu sortieren, was früher galt und was heute hilfreich ist.

- Der Motivationsstörung können *Ängste* oder andere negative Affekte zugrunde liegen, die für Borderline-Patienten typisch sind: Ängste vor ohnmächtigem Ausgeliefertsein, Schamgefühle im Falle des Scheiterns oder Ängste vor dem Alleingelassensein, wenn

durch den Zuwachs an Kompetenz Unterstützung wegfällt. Die Angst vor dem Erwachsensein mit Selbstbehauptung und Selbstverantwortung kann sich in einem Mangel an Initiative sowie in Rückzugsverhalten, Apathie und Trägheit ausdrücken. Oft lassen sich als Ursache für die Motivationsstörung auch Auslöser im Alltagsleben identifizieren, die Erinnerungen wachrufen, dass eigene *Aktivität entwertet* wurde.

- Eine weitere Ursache für die Motivationsstörung kann mit der immer wieder beschriebenen *verminderten Antizipationsfähigkeit* von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammenhängen. Psychodynamisch dürfte sie darauf zurückzuführen sein, dass es in einem beziehungstraumatischen Umfeld immer wieder notwendig war, um einmal zur Ruhe zu kommen, sich der *Illusion von Unbedenklichkeit und Sicherheit* hinzugeben und all das auszublenden, was Belastung oder Gefahr bedeuten konnte. Aktuell kann jedoch das Ausblenden möglicher belastender Momente beim Gedanken an eine bevorstehende Aufgabe dazu führen, dass sich das Unlustempfinden nicht auf die einzelnen belastenden Momente beschränkt, sondern sich als dumpfes Unwohlsein demotivierend auf die gesamte Aufgabe ausbreitet. Entsprechend leiten wir die Patienten an, sich den Ablauf der Tätigkeit mit den belastenden Momenten – Schwierigkeiten, Ängsten, möglichen Gefahren und Problemen – und den Schritten ihrer Bewältigung detailliert in der Imagination auszumalen. In der Fantasie auftretende Unlusterlebnisse werden »sortiert«; die erkennbaren positiven Bewältigungsschritte verankern wir als Ressourcen.

T: Lassen Sie uns die einzelnen Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Aufgabe einzeln anschauen. Wenn Sie mögen, können Sie sich auf einer imaginären Leinwand selbst beobachten, wie Sie die Schwierigkeit wahrnehmen und was sie tun, um sie zu bewältigen. Achten Sie genau darauf, wann genau das Gefühl von Unbehagen auftritt.

- Wegen der gestörten Fähigkeit zur Antizipation von Belohnungen (Enzi et al. 2013; Haber u. Knutson 2010; ▸ Kap. 3.5) und der immer wieder berichteten Unfähigkeit, Belohnungen zu genießen, gelingt es den Patienten nicht in ausreichendem Maße, das Ziel, für das sie Energie aufwenden, als ein lohnendes Ziel *positiv zu besetzen*. Wenn das meiste in ihrem Leben bisher unkalkulierbar war, besteht keine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die jetzige Anstrengung viel an ihrem Leben ändert. Hier gilt es, Vergangenes von Gegenwärtigem zu trennen und ermutigend darauf zu verweisen, dass verschiedene Änderungen zum Positiven doch eingetreten sind, obwohl dies bisher unmöglich schien, und dass die Wahrscheinlichkeit, auch die aktuelle Aufgabe zu meistern, nun deutlich gestiegen ist.

T: Sie haben doch, entgegen Ihrer eigenen Erwartung, mithilfe der Therapie schon so viel geschafft – warum sollte Ihnen dies nicht gelingen?

Auch bei der Stärkung der *Fähigkeit zur Selbstmotivation* nutzen wir die Möglichkeit, Erinnerungen an Zustände von Wohlbefinden zu aktivieren und dem Belohnungsnetzwerk über hippocampale Mechanismen zugänglich zu machen (Esch et al. 2004). Wir gehen so vor:

- Wir greifen auf alle bereits *vorhandenen* motivationalen Ressourcen zurück. So können wir die Entscheidung eines Patienten, sich an eine Therapeutin gewandt zu haben,

bereits als Ausdruck des Wunsches nach einer wirksamen Lebensveränderung würdigen.

T: Ich habe ein Gefühl dafür bekommen, wie schlecht es Ihnen in der letzten Zeit gegangen sein muss. Gleichzeitig verstehe ich Ihren Entschluss zur Therapie als einen wichtigen Schritt in die Richtung einer Veränderung – als wollten Sie sagen: So kann es nicht weitergehen! Es muss besser werden!

- Wir bitten den Patienten zu erinnern, wann er einmal, anders als sonst, mit hoher Motivation an einer Aufgabe gearbeitet hat. Hat er eine solche positive Erfahrung, eine *Ausnahme,* gefunden, lassen wir sie lebendig werden und verankern das damit verbundene Gefühl mit der Technik der bilateralen Stimulation (BLS). Der Patient sollte körperlich spüren, dass er grundsätzlich in der Lage ist, einen Zustand der Motivation zu erleben.
- Wir können den Patienten auch bitten, sich genau vorzustellen, welches Wohlbefinden bei früheren Anlässen spürbar war, als auf eine erfolgreiche Aktivität eine Belohnung folgte. Bezogen auf die vor ihm liegende Aufgabe soll er den *positiven Zustand nach Erreichen des Zieles* lebendig imaginieren und das damit verbundene positive Körpergefühl spüren.

T: Bitte stellen Sie sich möglichst lebendig vor, welches positive Gefühl sich einstellt, wenn Sie die Aufgabe erledigt haben. Spüren Sie auch das positive Körpergefühl, das damit verbunden ist. […] (BLS) Wie hoch ist im Moment Ihr Wunsch, diesen Zustand zu erreichen?
P: Ich möchte ihn erreichen.
T: Spüren Sie das positive Gefühl, den guten Zustand erreichen zu wollen?
P: Ja, ich kann es hier in der Magengegend spüren.
T: Bleiben Sie dabei […] (BLS)

Bei allen therapeutischen Bemühungen sollte es als selbstverständlich gelten, dass die Patienten sich unterdessen den *Anforderungen ihrer sozialen Realität stellen*. Unter keinen Umständen dürfen wir eine noch so verständliche Tendenz zur »Flucht« aus der beruflichen oder sozialen Realität unterstützen! Nach Klinikaufenthalten fordern wir die Patienten auf, baldmöglichst ihre beruflichen oder schulischen Aktivitäten wieder aufzunehmen, wenn erforderlich als Teilzeitarbeit oder als gestufte Wiedereingliederung.

12.9 Arbeit mit kindlichen und destruktiven Persönlichkeitsanteilen

Um den für Borderline-Betroffenen typischen Wechsel der Selbstzustände besser kontrollieren zu können, ist es notwendig, die außer Kontrolle geratenen kindlichen und destruktiven Persönlichkeitsanteile zu erfassen (Liotti 2002; Ryle 1997). Für diese Arbeit hat sich die in Kapitel 5.4 vorgestellte Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen sehr bewährt. In einem traumatisierenden Familienumfeld kann sich ein Persönlichkeitssystem so entwickeln, dass einige Anteile der Persönlichkeit frühzeitig erwachsen werden, während andere regressiv, kindlich oder pubertär bleiben. Andere Anteile können so stark mit – meist strafenden oder vernachlässigenden – Elternanteilen identifiziert sein, dass sie sich gegenüber der »erwachsenen« Person wie strafende oder vernachlässigende Eltern verhalten.

Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen bietet therapeutisch folgende Vorteile:

- Sie kann helfen, auch dysfunktionale Anteile des Persönlichkeitssystems der Patientin zu identifizieren, ohne dass die gesamte Person einem unerträglichen *Schamgefühl* ausgesetzt werden muss.
- Sie ermöglicht ein empathisches Verständnis der ursprünglich adaptiven Funktionen kindlicher oder destruktiver Persönlichkeitsanteile.
- Sie kann uns unterstützen, *die gesamte Persönlichkeit* im Auge zu haben und den Blick auf sie nicht durch die ausschließliche Betrachtung der sich aktuell präsentierenden Seiten der Persönlichkeit einzuschränken. Tatsächlich können bestimmte auslösende Bedingungen regressive oder aggressive Persönlichkeitsanteile so stark aktivieren, dass sich der alltagsorientierte Persönlichkeitsanteil vorübergehend oder länger mit dem regressiven oder destruktiven Persönlichkeitsanteil *identifiziert*. Dadurch kann der Eindruck entstehen, die *gesamte* Persönlichkeit sei infantil und naiv oder destruktiv, manipulativ und lügnerisch wie der jeweils aktivierte Persönlichkeitsanteil. Indem wir die defensive Identifikation als solche sichtbar werden lassen, wird deutlich, dass die Gesamtpersönlichkeit aus mehr als nur aus dem sich aktuell präsentierenden Anteil besteht.
- Sie kann die Ressourcenarbeit bereichern, indem bedürftige Persönlichkeitsanteile mit ressourcenreichen Persönlichkeitsanteilen in Verbindung gebracht werden und deren Unterstützung erhalten können. Ältere und stärkere Persönlichkeitsanteile können dafür gewonnen werden, sich kindlichen und bedürftigen Persönlichkeitsanteilen fürsorglich zuzuwenden.
- Sie kann durch eine wertschätzende Kommunikation und vermittelnde Verständigung zwischen den Persönlichkeitsanteilen dazu beitragen, sonst schwer fassbare intrapsychische Konfliktkonstellationen einer Klärung zuzuführen.

In therapeutischer Hinsicht erscheinen uns die folgenden Hinweise nützlich:

- Manche Patienten finden es hilfreich, wenn sie die Persönlichkeitsanteile *bezeichnen* können. Anders als in der Schematherapie, bei der Namen für bestimmte »Modi« der Persönlichkeit durch das Therapiekonzept vorgegeben werden (z. B. der »distanzierte Beschützer«, das »wütende Kind«), ziehen wir es vor, die Patienten die Bezeichnungen selbst auswählen zu lassen. Wir denken, dass es für die Gesamtpersönlichkeit dadurch leichter ist, ihre Persönlichkeitsanteile zu akzeptieren. Besonders anschaulich und gebräuchlich sind Bezeichnungen, die auf das »gefühlte Lebensalter«, auf markante Eigenschaften des jeweiligen Persönlichkeitsanteils oder auf markante Eigenschaften des Objekts seiner Identifikation Bezug nehmen: die 3-Jährige, das verzweifelte Kind, der pubertäre Junge, der unberechenbare 18-Jährige, die Unnahbare oder der innere Vater.

> **T:** Haben Sie bemerkt, dass die 3-Jährige sich wieder gemeldet hat?

- Für ein Verständnis der einzelnen Persönlichkeitsanteile untereinander ist es entscheidend, das gesamte Persönlichkeitssystem, also alle erwachsenen und nicht erwachsenen Anteile so zu beruhigen, dass sie die Angst voreinander verlieren und sich auf einen *kooperativen Dialog* miteinander einlassen. Wir müssen dafür die therapeutische Situation so sicher gestalten, dass die Abwehrmechanismen der Verleugnung und der Identifikation an Einfluss verlieren und der erwachsene Persönlichkeitsanteil ein akzeptierendes Mitgefühl auch für die problematischen Persönlichkeitsanteile entwickeln kann. Beispielsweise würden wir, statt den Patienten *Widersprüche* nachzuweisen (»Sie

haben aber letzte Woche gesagt […]«), es ausdrücklich begrüßen, wenn durch den unerwarteten Beitrag eines Persönlichkeitsanteils eine neue Sicht auf das Problem und ein umfassenderes Verständnis möglich wird:

> **T:** Dass Sie sich heute anders äußern als letzte Woche zeigt mir, dass ein Prozess in Gang gekommen ist, in dem auch anderen Seiten Ihrer Person Gelegenheit erhalten, sich hier zu äußern.

- Es wird nun möglich, den erwachsenen Persönlichkeitsanteil für die eigenen kindlich-regressiven Anteile ebenso wie für die mit ihren misshandelnden Eltern identifizierten manipulativ-aggressiven Anteile zu sensibilisieren. Unsere Arbeitshypothesen können wir folgendermaßen formulieren: Je besser sich *kindlich-abhängige Persönlichkeitsanteile* in ihrer existenziellen Bedürftigkeit, Not und Verletztheit gesehen und verstanden fühlen, desto weniger werden sie auf ihre unangemessenen und in der Auswirkung dysfunktionalen Verhaltensmuster zurückgreifen und die Gesamtperson in eine kindlich-abhängige Rolle drängen müssen. Je besser sich *aggressiv-manipulative Persönlichkeitsanteile* in ihrer Verantwortung für die Regulation unerträglicher Emotionen und für das Überleben der Person gesehen und verstanden fühlen, desto eher werden sie für eine Kooperation im Sinne der Therapie zu gewinnen sein.
- Eine Person, die kindlich-regressives oder destruktives Handeln nicht in ihr Selbstbild integrieren kann, schützt sich vor dem Bewusstwerden des destruktiven Geschehens, indem sie es *emotional verleugnet*, das heißt ihm keine besondere Bedeutung beimisst und sich anschließend nur schwach und undeutlich daran erinnern kann[4]. Dies erklärt auch, warum Borderline-Patienten, die sonst für sich strenge moralische Normen in Anspruch nehmen, wegen destruktiver Handlungen oder aggressiver Äußerungen keine Schuldgefühle erleben und sich nicht dafür verantwortlich fühlen. Sie haben tatsächlich das Gefühl, als hätten sie nichts damit zu tun.

> Eine Patientin war völlig verwundert, als sie hörte, sie habe sich ihren Kindern gegenüber impulsiv und destruktiv verhalten.
> Eine andere Patientin konnte sich an ähnliche Vorfälle zwar erinnern, wischte den Hinweis darauf aber bagatellisierend hinweg mit der Bemerkung: »Da bin ich eben mal ausgeflippt, Grund genug gab es ja.«

Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen macht es uns leichter, die Patienten taktvoll auf ihre unvereinbaren Erfahrungen und Verhaltensweisen anzusprechen, weil sie ihr Schamgefühl schonen. Wenn wir mit unseren konfrontierenden Interventionen nicht taktvoll genug vorgehen, werden die Patienten es, um ihre Selbstachtung zu wahren, vermeiden, sich mit ihren destruktiven oder selbstschädigenden Seiten auseinanderzusetzen, und immer wieder in die gleichen Muster zurückfallen. Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen erleichtert uns die Aufgabe, denn es ist leichter zu akzeptieren, dass verschiedene Persönlichkeitsanteile unterschiedliche Auffassungen und Ziele haben, als wenn eine Person in sich widersprüchlich ist.

4 Völlige Amnesie für Handlungen, die unter dem Einfluss destruktiver Persönlichkeitsanteile geschehen ist, spricht für eine Dissoziative Identitätsstörung als komorbide Störung.

12.10 Arbeit mit aggressiven und manipulativen Persönlichkeitsanteilen

Unter der Vielzahl möglicher Verstehensmodelle für die *Funktionen* aggressiver und manipulativer Persönlichkeitsanteile wollen wir im Folgenden einige herausgreifen:

- Zunächst einmal ist es zum Verständnis der Entwicklung dieser Persönlichkeitsanteile wichtig, dass in dem beziehungstraumatisierenden Umfeld, in dem die Betroffenen aufgewachsen sind, derartige Verhaltensweisen *nicht radikal verurteilt wurden* oder rationalisierende Gründe für sie gefunden wurden (»Mir steht das zu«, »Die anderen haben es verdient« usw.). Modelllernen, innere Rechtfertigungen und soziale Verstärker trugen dazu bei, dass auch aggressive, manipulative und andere dissoziale Verhaltensweisen durchaus zum »normalen« Verhaltensrepertoire gehörten.
- Gelingt es, die Entstehung kindlicher oder destruktiver Persönlichkeitsanteile auf ihren Ursprung zurückzuverfolgen, zeigt sich oft: Die betroffene Person konnte das *Gefühl ihrer eigenen Wirksamkeit* nur aufrechterhalten und bedrohliche Gefühle von Ohnmacht und Wirkungslosigkeit nicht anders bekämpfen als durch den Versuch, sich mit einem »starken Aggressor« zu identifizieren, um sich innerlich stärker zu fühlen (Ferenczi 1955/1933).
- Zu einer Identifikation mit traumatisierenden Bezugspersonen kommt es besonders dann, wenn deren Verhalten sehr widersprüchlich und das Kind exzessiv ihren Projektionen ausgesetzt ist (Ogden 1992). Solche Elternfiguren wurden auch als »maddening objects« (Badaracco 1986) bezeichnet, wobei das Verrücktmachende darin besteht, dass immer andere Aspekte des Bindungsverhaltens – nähesuchende und gewaltsam distanzierende – unvorhersehbar wechselnd in Erscheinung treten und die Diskontinuität in den Verhaltensmustern geleugnet wird.
- Stehen narzisstische Züge im Vordergrund, kann das *Gefühl verletzten Stolzes* ein vernichtendes Gefühl der Bedeutungslosigkeit verursachen und destruktive Akte in Gang setzen. Die Reparation des Selbstwertgefühls kann nur erfolgen, wenn andere in Angst und Schrecken versetzt werden. Narzisstische Züge findet man häufig bei Patienten, die sehr früh parentifiziert wurden, die daraus zwar einen gewissen narzisstischen Gewinn gezogen hatten, letztlich aber überfordert waren. Aggressives und bedrohendes Verhalten können dann der Abwehr des Schamerlebens wegen der erlebten Überforderung dienen.
- Im Einzelfall kann aggressives und destruktives Verhalten bei Borderline-Patienten auch der *Abwehr von Verlassenheitsängsten* dienen: Wenn Getrenntheit als etwas Vernichtendes erlebt wird, kann eine Person nur dann ein gutes Objekt sein, wenn sie sich in eine Fusion, das heißt eine illusionäre Einheit des Denkens und Erlebens zwingen lässt. Verweigert sie sich der Fusion, wird sie zum bösen Objekt. Ein böses Objekt, das sich der Fusion entzieht, kann wegen der aktivierten Verlassenheitsängste als so gefährlich erlebt werden, dass es aggressiv bekämpft oder vernichtet werden muss. Will sich eine Person aus der Fusion lösen, muss sie vernichtet werden. Als Projektion dieses Wunsches kann das Gefühl entstehen, von dieser Person verfolgt zu werden. Unter der Wirkung von Abwehrmechanismen der primitiven Verleugnung, der Idealisierung und der Dämonisierung kann die Realität derart verzerrt wahrgenommen werden, dass destruktive Akte als *legitime Verteidigung* gegen eine übermächtige Bedrohung gerechtfertigt erscheinen.
- Auf der »inneren Bühne« kann einem aggressiven Persönlichkeitsanteil unter bezie-

hungstraumatischen Umständen eine wichtige regulatorische Funktion im Dienste des Bindungserhalts gegenüber den primären Bezugspersonen zugekommen sein. Die Aufgabe dieses starken und aggressiven Persönlichkeitsanteils – des »inner leader« (▸ Kap. 5.4) – war es damals, innere Kinder, das heißt verletzliche und traumatisierte Persönlichkeitsanteile, zu beschützen. Der »Schutz« konnte auch darin bestehen, dass er kindliche Anteile unter Druck setzte, sich der äußeren Gewalt zu fügen und Schweigen zu bewahren. Oder er bedrohte, beschimpfte oder beschämte den kindlichen Anteil, um der vermeintlichen Aggression der Bezugspersonen zuvorzukommen und die erwartete Misshandlung kontrolliert vollziehen zu lassen. Diese »Aufgaben« setzen die destruktiven Anteile in anachronistischer Weise bis heute fort.

T: Es scheint, dass der starke Persönlichkeitsanteil keine andere Wahl hatte, als durch Lügen und Manipulieren sein Überleben zu sichern. Er glaubte, die verletzlichen inneren Kindanteile nur dadurch vor äußerer Misshandlung schützen zu können, dass er andere einschüchtert und drangsaliert.

Vor dem Hintergrund eines solchen Verständnisses soll der Erwachsenenanteil versuchen, aggressive Persönlichkeitsanteile, die angreifen, manipulieren oder erpressen, in ihren ursprünglichen Funktionen wahrzunehmen, die sie im Rahmen des Überlebens hatten: dass sie einmal »ihr Bestes« gegeben haben, um bei der Bewältigung schwieriger Probleme zu helfen. Statt die Verhaltensweisen dieser Persönlichkeitsanteile zu verurteilen oder zu verleugnen, soll der Erwachsenenanteil seine adaptiven Intentionen erkennen und sie längerfristig für eine therapeutische Mitarbeit gewinnen. Letztlich geht es darum, die aggressiven Persönlichkeitsanteile respektvoll begrenzend »nachzuerziehen«. Gelingt diese mühevolle, aber lohnende Arbeit, wird sich auch die »Erwachsene« beruhigen und die Angst vor diesem Persönlichkeitsanteil verlieren. Ihr Drang, sich vor ihm durch Verleugnung zu schützen oder sich mit ihm zu identifizieren, wird nachlassen.

In diesem Zusammenhang möchten wir einem möglichen Missverständnis entgegenwirken: Die verständnisvolle Annahme kindlich-regressiver oder aggressiv-manipulativer Persönlichkeitsanteile entlastet die Patienten nicht von der Verantwortung, sich sozial angemessen zu verhalten und den Rahmen der Therapie zu respektieren! Selbstverständlich begrenzen wir derartiges Verhalten.

12.11 Selbst-Objekt-Differenzierung und Realitätsprüfung

Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen eignet sich besonders gut, um die Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung zu verbessern. Als Folge dieses Ich-Funktionsdefizits neigen Borderline-Patienten dazu, eigene Gefühle, Wünsche oder Absichten bei anderen Menschen oder deren Gefühle, Wünsche oder Absichten bei sich selbst wahrzunehmen.

Interventionen, die sich der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen bedienen, können die Differenzierung erleichtern, indem sie auf die *unterschiedliche Wahrnehmung* erwachsener und kindlicher Persönlichkeitsanteile abheben. In der Regel sind Borderline-Patienten sehr wohl in der Lage, zu erkennen, dass andere Menschen andersartige Gefühle, Wünsche oder Absichten haben als sie selbst. Dies zur Kenntnis zu nehmen, ist jedoch für die kindlichen Persönlichkeitsanteile schmerzlich bis unmöglich, weil wiederum Verlassenheitsängste mobilisiert werden. Ein empathisches

Verständnis für die kindlichen Anteile lindert diese Ängste. Therapeutisch kann die Beruhigung der kindlichen Persönlichkeitsanteile, z. B. durch die Arbeit mit dem inneren Kind (► Kap. 11.10), deshalb helfen, die Selbst-Objekt-Differenzierung zu verbessern.

T: Sie sind ja jetzt davon ausgegangen, dass A. das genauso sieht wie Sie. Wollen Sie versuchen, das aus der Perspektive der »Erwachsenen« und derjenigen des 5-jährigen Kindes zu betrachten?

Störungen der *Realitätsprüfung*, wie sie bei psychotischen Störungen vorkommen, gehören zwar nicht zum Krankheitsbild der Borderline-Störung. Unter bestimmten auslösenden Bedingungen, in denen Borderline-typische Ängste mobilisiert werden, kann jedoch die Wahrnehmung interpersoneller Situationen auf groteske Weise verzerrt sein. Ein Verständnis von Persönlichkeitsanteilen kann helfen zu verstehen, was die auslösende Situation für die kindlichen Persönlichkeitsanteile bedeutet. Meist lassen sich die beiden Ebenen der Realitätsprüfung unter der Perspektive der Persönlichkeitsanteile gut unterscheiden. Während ein beobachtender Teil über die Fähigkeit zur Realitätsprüfung verfügt, erleben kindliche Anteile eher die Ängste vor Verlassenwerden, Misshandlung, Missbrauch und Beschämung.

Ein Therapeut musste eine Therapiesitzung mit einer Patientin aus dringendem persönlichen Anlass absagen. Die Patientin war fest davon überzeugt, dass es sich dabei um eine Ausrede handelte und dass er sie damit in Wahrheit für ihre »freche« Bemerkung der letzten Sitzung bestrafen wollte. Erst nachdem sie die Perspektive eines kindlichen Persönlichkeitsanteils verstanden hatte, konnte die Patientin Distanz zu ihrer bis dahin unumstößlichen Überzeugung herstellen. Für den kindlichen Persönlichkeitsanteil hatte der Gedanke einer Bestrafung etwas Beruhigendes, während der Gedanke, dass »freche« Bemerkungen in der Therapie erlaubt sein könnten, die überwältigende Angst auslöste, der Therapeut könnte sie zum Schein tolerieren, um sich anschließend um so härter zu rächen.

Literatur

Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2, 2. Aufl. Bern: Huber.

Badaracco G (1986). Identification and vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the »maddening object«. Int J Psychoanal; 67: 133–46.

Bowins B (2010). Repetitive maladaptive behavior: beyond repetition compulsion. Am J Psychoanal; 70: 282–98.

Enzi B, Doering S, Faber C, Hinrichs J et al. (2013). Reduced deactivation in reward circuitry and midline structures during emotion processing in borderline personality disorder. World J Biol Psychiatry; 1: 45–56.

Esch T, Guarna M, Bianchi E et al. (2004). Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes. Med Sci Monit; 10: 6–17.

Ferenczi S (1955/1933). Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-analysis. New York: Brunner/Mazel.

Gabbard GO, Miller LA, Martinez M (2009). Eine neurobiologische Sichtweise des Mentalisierens und der inneren Objektbeziehungen bei traumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg). Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 181–206.

Grawe K (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Haber SN, Knutson B (2010). The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. Neuropsychopharmacology; 35: 4–26.

Hofmann A (2009). EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Korn D, Leeds A (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol; 58: 1465–87.

Linehan MM, Camper P, Chiles JA, Strosahl K, Shearin E (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. Cognit Ther Res; 11: 1–12.

Liotti G (2002). The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: a cognitive-evolutionary approach. J Cognit Psychother; 16: 349–66.

Masterson J (1992). Psychotherapie bei Borderline-Patienten. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ogden TH (1989). Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. London: Maresfield.

Parnell L (2008). Tapping In. A Step-by-Step Guide to Activating Your Healing Resources Through Bilateral Stimulation. Bolder, Colorado: Sounds True.

Rudolf R (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Ryle A (1997). Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: the model and the method. Chichester, UK: Wiley.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

13 Phase 4: Schonende Traumabearbeitung

13.1 Traumabearbeitung bei der Borderline-Störung?

Ein traumabearbeitendes Vorgehen im engeren Sinne sollte auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung erwogen werden, da die traumatischen Erinnerungen oder Erinnerungsfragmente auch nach verbesserter Emotionsregulierung weiterhin zu posttraumatischen Symptombildungen und traumatischen Wiederholungsmustern führen können. Auch wenn sich ein traumabearbeitendes Vorgehen letztlich nicht immer als durchführbar erweist, wäre es nach unserer Auffassung ein Versäumnis, nicht zumindest die Indikation dafür zu prüfen. Dies gilt besonders, wenn neben der Borderline-Störung gleichzeitig die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) besteht – und dies ist bei mindestens der Hälfte aller Borderline-Betroffenen der Fall (Golier et al. 2003; Grant et al. 2008; McGlashan et al. 2000; Sack et al. 2013; ► Kap. 6.3).

Wenn wir uns dafür aussprechen, bei der Borderline-Störung ein traumabearbeitendes Vorgehen zu erwägen, beziehen wir uns auf unsere klinische Erfahrung. Eine empirische Literatur zur Wirksamkeit traumabearbeitender Interventionen bei einer Borderline-Störung liegt nicht vor und auch kasuistische Beiträge finden sich nur ausnahmsweise (Brown u. Shapiro 2006). Von den evidenzbasierten Therapien der Borderline-Störung, deren Wirksamkeit durch randomisiert-kontrollierte Studien belegt ist, enthalten weder die psychodynamischen (Bateman u. Fonagy 2008; Clarkin et al. 2008) noch die kognitiv-behavioralen Ansätze (Linehan 1996; Young et al. 2008) traumakonfrontative Interventionen. Während sich der Einsatz traumabearbeitender Methoden beim Vorliegen einer PTBS auf eine breite empirische Evidenz ihrer Wirksamkeit stützen kann (Bisson et al. 2007; Flatten et al. 2013), liegen für die spezielle Situation der Komorbidität von PTBS und Borderline-Störung keine empirischen Wirksamkeitsstudien vor.

Tatsächlich wäre es auch verfehlt, ein traumabearbeitendes Vorgehen als Therapie der Wahl bei Borderline-Patienten empfehlen zu wollen. Erstens kann Traumabearbeitung, wie auch bei anderen komplexen Traumafolgestörungen, immer nur *ein* Element der Therapie neben anderen darstellen, das allerdings, eingebettet in einen Gesamtbehandlungsplan, Entscheidendes zum Behandlungsverlauf beitragen kann. Zweitens eignet sich Traumabearbeitung nicht für alle Borderline-Betroffene; es wird immer eine Untergruppe dieser Patienten geben, die trotz aller Bemühung, ihre Ressourcen zu nutzen, nicht das nötige Maß an Stabilität erreichen.

Zwar wird es immer einer speziellen Expertise bedürfen, um die Indikation für den Einsatz traumabearbeitender Techniken bei der Borderline-Störung zu stellen. Doch stehen uns heute mit den neueren Modifikationen der EMDR-Methode so schonende Techniken zur Verfügung, dass es nicht mehr gerechtfertigt erscheint, traumakonfrontative Methoden bei der Borderline-Störung a priori auszuscheiden.

13.2 Was bedeutet Traumabearbeitung?

Unter Traumabearbeitung verstehen wir einen therapeutischen Prozess der schrittweisen und kontrollierten erneuten Konfrontation mit belastenden traumatischen Erinnerungen und Erinnerungsfragmenten. Traumanetzwerke sind vor allem dadurch charakterisiert, dass die Erinnerungen vorwiegend limbisch gesteuert sind und aus diesem Grunde alle belastenden Affekte beinhalten. Eine erneute Durcharbeitung mit *bifokaler Aufmerksamkeit* – wobei der eine Fokus auf die traumatische Vergangenheit und der andere auf die sichere Gegenwart gerichtet ist – führt im erfolgreichen Fall dazu, dass die Erinnerungen reprozessiert und dadurch vermehrt *kortikal assoziiert* werden. Die bessere Funktionsfähigkeit der präfrontalen und hippocampalen Strukturen bewirkt zudem eine *verbesserte biografische Einordnung* der Ereignisse mit einer klareren Unterscheidung des Dort und Damals vom Hier und Jetzt. Die traumatischen Erinnerungen verlieren ihren Schrecken und ihre Stressbelastung; die hoch stressbeladenen Erinnerungsfragmente werden zu »normalen« Erinnerungen und damit zu einem Teil eines kohärenten lebensgeschichtlichen Narrativs. Die Betroffenen erleben dann die Gedanken an traumatische Ereignisse als schmerzhafte Erfahrungen, die nun klar der Vergangenheit angehören und nicht mehr unmittelbar ihre Gegenwart beeinflussen (van der Hart et al. 1995; van der Kolk et al. 2000).

Wie der Prozess der Traumabearbeitung neurobiologisch genau zu verstehen ist, ist derzeit noch Gegenstand intensiver Forschung. Zwar ist seit längerem bekannt, dass bei fragmentierten traumatischen Erinnerungen eine Blockade der *hippocampalen Transformation des sensorischen Inputs* vorliegt, der implizit gespeichert bleibt und zu einer Überaktivität der Amygdala führt (Nemeroff et al. 2006). Wie diese Blockade durch Traumakonfrontation wieder aufgehoben werden kann, gehört sicher zu den spannendsten Fragestellungen der jüngsten Gedächtnisforschung. Am wahrscheinlichsten ist die Annahme, dass die Modifikation im Prozess der Rekonsolidierung von Erinnerungen erfolgt:

Wir können uns den Prozess der *Rekonsolidierung von Erinnerungen* in etwa so vorstellen (Dudai 2009; Dudai u. Eisenberg 2004; Lee 2009; Riccio et al. 2006; Wang u. Morris 2010): In einem Moment des aktiven Wiederaufrufens wird eine bereits konsolidierte Erinnerung labilisiert und dadurch modifizierbar, das heißt ihr molekulares Substrat wird formbar. Wenn in diesem Zustand der Labilisierung eine Information mit entgegengesetzter Botschaft eintrifft, z. B. eine Information mit positivem Ressourcenbezug, kann dies zur Modifikation der Erinnerung führen. Das bedeutet: Wenn eine gespeicherte Erinnerung sich in diesem formbaren Zustand befindet, kann sie verändert oder auch gelöscht werden – eine Erkenntnis, die der bisherigen Auffassung widerspricht, Erinnerungen seien unlöschbar. Erinnerungen, die nicht gelöscht wurden, verändern sich durch den Einbezug neuer Informationen und stabilisieren sich wieder, was als Rekonsolidierung bezeichnet wird.

Die Konsequenzen aus diesen Erkenntnissen sind erheblich: Wir haben Anlass zu der Annahme, dass die Labilisierung der konsolidierten Erinnerungen die Aufnahme und Integration neuer Informationen möglich macht. Der Rekonsolidierungsprozess schafft ein kontinuierliches Updating des Gedächtnisses und ermöglicht neue Lernerfahrungen bei schon bestehenden und reaktivierten Erinnerungen (Forcato et al. 2010; Lewis 1979; Nader et al. 2000; Sara 2000).

Damit die Assoziation der traumatischen Erinnerungen in adaptive Netzwerke gelingt, ist es notwendig, das Erregungsniveau in einem optimalen therapeutischen Fenster zu halten,

das heißt eine potenziell retraumatisierende Überaktivierung ebenso zu vermeiden wie eine letztlich unwirksame Unterstimulation. Die optimale Erregungszone zwischen den beiden extremen physiologischen Zuständen der Über- und Untererregung wurde als »window of tolerance« bezeichnet (Siegel 1999). Nur in dieser Zone, in der physiologische Erregung als erträglich und handhabbar erlebt wird, können Informationen kognitiv, emotional und sensomotorisch integriert werden. Traumabearbeitung bedeutet, im Hier und Jetzt verankert zu sein und gleichzeitig das Dort und Damals der traumatischen Erfahrung anzuerkennen.

13.3 Sprechen über traumatische Erfahrungen oder EMDR?

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, einen solchen Assoziationsprozess zu unterstützen. Bereits das *Sprechen über traumatische Erfahrungen* in einem sicheren und wohlwollenden therapeutischen Kontext kann dazu beitragen. Immer wieder begegnen wir Patienten, die ihre traumatischen Erfahrungen allein dadurch integrieren konnten, dass sie in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung über sie sprachen. Sie fühlten sich dadurch entlastet und profitierten von der positiven Beziehungserfahrung, endlich einmal eine Person gefunden zu haben, die sich wirklich für das Geschehene interessiert und die Patientin dabei unterstützt hat, die notwendige gute Distanz zu der Erinnerung zu halten. Auch Erfahrungen mit psychodynamischen Gruppenpsychotherapien von Patienten mit sexuellen Missbrauchserfahrungen bestätigen dies (Wöller 2010).

Allerdings sind beim alleinigen Sprechen über Traumatisierungen die Möglichkeiten einer umfassenden Traumabearbeitung begrenzt. Außerdem besteht, besonders wenn dieses Sprechen mit starker emotionaler Beteiligung einhergeht, immer auch das Risiko einer möglichen Verschlechterung der Verfassung:

Beim alleinigen Sprechen über Traumatisierungen wird selten in ausreichendem Maße auf die emotional am stärksten belastenden Details der Erinnerung fokussiert, sodass das für den Assoziationsprozess notwendige *Stimulationsniveau* oft nicht erreicht wird. Keineswegs immer ist das Erleben, das offenkundig am stärksten bedrohlich erscheint, auch das, was subjektiv am meisten zur Traumatisierung beigetragen hat. Oft werden nicht die Momente realer Gefährdung oder Schädigung als das Schlimmste empfunden, sondern das durch die Situation ausgelöste Schamgefühl. Nicht zuletzt deshalb muss auch dann, wenn ein Sprechen über Traumatisierungen zunächst Entlastung bringt, weiterhin damit gerechnet werden, dass Alltagsstimuli symptomatische Reaktionen auslösen können.

> Eine Patientin, die vergewaltigt wurde, sagte, das Schlimmste sei für sie gewesen, dass sie nackt und klein, er (d. h. der Täter) dagegen angezogen und groß gewesen sei (van der Kolk 2001).

Zum anderen besteht bei emotional unzureichend regulierten Borderline-Patienten und besonders dann, wenn noch eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung oder eine dissoziative Störung vorliegt, die Gefahr, dass ein alleiniges Sprechen über traumatische Erfahrungen nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer weiteren Verschlechterung des Befindens bis hin zur *Retraumatisierung* führt. Dieser Fall kann eintreten, wenn die Ressourcenlage nicht tragfähig genug ist und sich der therapeutische Prozess nicht sicher im »therapeutischen Fenster« halten lässt. In diesen nicht seltenen Fällen einer *Überstimulation* werden durch das Sprechen über Traumatisie-

rungen lediglich weitere Traumanetzwerke aktiviert, ohne dass es zu einem Reprozessieren der traumatischen Erinnerung kommt.

Es ist möglich, beide Gefahren im Blick zu haben und steuernd einzugreifen, wenn Patienten über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen möchten. Zwar weisen wir sie darauf hin, dass effektivere Methoden der Traumabearbeitung zur Verfügung stehen. Doch respektieren wir in der Regel ihren Wunsch nach einer positiven Beziehungserfahrung, wenn sie das dringende Anliegen haben, über ihre Traumatisierungen in Gegenwart eines wohlwollenden Zuhörers zu sprechen. In diesem Falle bieten wir die Möglichkeit an, über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen, doch nur unter sorgfältig kontrollierten Bedingungen, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Wir gehen so vor:

- Wir fordern die Patientin auf, vor dem Sprechen über ihre traumatischen Erfahrungen stets *positive Ressourcen* zu aktivieren.
- Nachdem die Ressourcenaktivierung optimiert ist, erläutern wir ihr das *Pendelprinzip*, das darin besteht, dass die Patientin sich den traumatischen Erinnerungen immer nur für einen sehr *kurzen Zeitraum* zuwendet, um danach erneut Ressourcen »aufzutanken«.
- Wegen der dennoch bestehenden Gefahr einer Überflutung soll sie eine *Beobachterposition* einnehmen und die ihr bekannten *Distanzierungstechniken* anwenden. Distanzierend wirkt es, von sich in Bezug auf die traumatische Situation in der *dritten Person* (»das kleine Mädchen«) zu sprechen. Oder die Patientin kann die regelhaft gleichzeitig laufenden inneren Bilder *verfremden*, indem sie z. B. bewusst die Farben aus dem Bild nimmt oder die gesamte Situation erst einmal nur mit Überschriften (»wie in der Tagesschau oder bei der Bildzeitung«) versieht.
- Dann vereinbaren wir mit der Patientin, dass sie, während sie über das traumatische Erleben spricht, auf ihr emotionales Erleben achtet und von sich aus *Stopp sagt*, sobald sie bemerkt, dass die emotionale Beteiligung stärker wird. Dies ist dann Anlass, in das zuvor aktivierte Ressourcenbild »zurückzupendeln«.
- Nach dem »Auftanken« kann die Patientin sich, ebenso vorsichtig, wieder den traumatischen Erinnerungen zuwenden, um beim Wiederanstieg der emotionalen Belastung erneut das Ressourcenbild aufzusuchen.
- Der Vorgang kann in Abhängigkeit vom Belastungsgrad einige Male wiederholt werden. Zum Ende der Sitzung sollte jedoch genügend Zeit nur für Ressourcenarbeit vorhanden sein.
- Entscheidend sind *Rückmeldungen*, ob das Vorgehen tatsächlich zu einer Entlastung und nicht zu einer weiteren Belastung geführt hat. Das lässt sich oft erst in der nächsten Therapiesitzung beurteilen. Nur wenn die Patientin von einem überzeugenden Entlastungseffekt berichtet, sollte das Vorgehen fortgesetzt werden.

Systematischer und meist auch schneller, allerdings nicht so schonend, kann der für eine Rekonsolidierung von Erinnerungen notwendige Prozess nach unserer Auffassung auch bei Borderline-Patienten mit der traumatherapeutischen Methode des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Hofmann 2009; Shapiro 2013) erfolgen.

Nach wie vor muss die *Indikation* zur Anwendung von EMDR sorgfältig abgewogen und die Auswahl der speziellen EMDR-Technik gut bedacht werden. Denn die Risiken und Nebenwirkungen der Methode sind, besonders bei unsachgemäßem Gebrauch und unpassender Indikation, nicht zu unterschätzen (Hase u. Hofmann 2005). Auf der anderen Sei-

te hat sich der Anwendungsbereich von EMDR durch die in den letzten Jahren entwickelten behandlungstechnischen Modifikationen gegenüber dem Standardprotokoll deutlich erweitert. Zu den wichtigsten Modifikationen zählen

- die Verwendung bilateraler Stimulationen zur Ressourcenentwicklung und -verankerung, unter anderem im Rahmen der Stressabsorptionstechnik (Korn 2009; Korn u. Leeds 2002; ▶ Kap. 12.2);
- die Entwicklung der Pendeltechniken, die einen fließenden Übergang zwischen EMDR-gestützter Ressourcenverankerung und EMDR-geleiteter Traumabearbeitung ermöglichen (Fine u. Berkowitz 2001; Knipe 2011; Twombly 2000).

13.4 Herausforderungen und Chancen der Traumabearbeitung

Bei der Borderline-Störung beinhaltet ein traumabearbeitendes Vorgehen spezifische Herausforderungen, deren Bewältigung uns aber lohnend erscheint, da das Vorgehen die Chancen einer erheblichen symptomatischen Entlastung eröffnen kann. Allgemein können wir sagen, dass Traumabearbeitung den Prozess der Assoziation traumatischer Erinnerungen an ein adaptives Netzwerk bei Borderline-Patienten nur dann erfolgreich unterstützt, wenn aus einer überwiegend limbischen (gefühlsmäßigen, nicht bewussten) Verarbeitung eine überwiegend kortikale (auf der bewussten Ebene stattfindende) Verarbeitung wird. Beruhigung tritt nur dann ein, wenn der gesamte Prozess angemessen kortikal gesteuert wird; nur dann wird die biografische Einordnung so erfolgen, dass die Alltagsfunktionalität und -stimmung nicht mehr beeinträchtigt wird.

Auch wenn durch ressourcenaktivierende Arbeit die Emotionsregulierung verbessert, die Verfügbarkeit über die Ich-Funktionen erhöht und eine deutliche Stabilität erreicht ist, können Situationen entstehen, die die integrative Fähigkeit und damit die Fähigkeit zur Assoziation des zu bearbeitenden Traumamaterials überfordern. Dies ist der Fall, wenn eine traumatische Erinnerung bearbeitet werden soll, die assoziative Nähe zu einem sehr verzweigten und unüberschaubaren Traumanetzwerk aufweist. Tatsächlich haben wir es bei Borderline-Betroffenen häufig mit ausgesprochen weit verzweigten Netzwerken zu tun, das bedeutet, einzelne Traumanetzwerke (z. B. Netzwerk »sexueller Missbrauch«) sind mit anderen Traumanetzwerken (z. B. Netzwerk »schmerzhafte medizinische Behandlung«, Netzwerk »verbale Erniedrigung«) verbunden, ohne dass dies wegen der oft vorhandenen dissoziativen Barrieren erkennbar ist. Hinzu kommt, dass die Erinnerungen an traumatische Ereignisse bei diesen Patienten regelhaft auch mit Bindungstraumatisierungen verbunden sind. Auf diese Weise können therapeutische Situationen entstehen, die die Möglichkeiten eines traumakonfrontativen Vorgehens einschränken.

Zur Frage der Anwendbarkeit traumabearbeitender Interventionen lohnt es sich, die typischen Traumatisierungsmuster differenziert zu betrachten. Rufen wir uns dazu die unterschiedlichen *Ebenen der Traumatisierung* bei der Borderline-Störung in Erinnerung (▶ Kap. 2.2):

- Die Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen der *präverbalen Zeit* sind als solche dem bewussten Erleben zunächst nicht zugänglich. Sie manifestieren sich in State-Wechseln, affektiver Dysregulation, Ich-Funktionsdefiziten und dysfunktionalen Verhaltensmustern auf der Basis negativer Selbstkognitionen und unbewusster Inszenierungen. Während die letztgenannten Phänomene abwehr- und übertragungsanalytischer Interventionen bedürfen (▶ Kap. 14),

können einzelne Elemente dieser Traumanetzwerke, z. B. bestimmte Affektzustände, Kognitionen oder Körperempfindungen, dem Bewusstsein und damit grundsätzlich auch einer Traumabearbeitung zugänglich sein. Zu beachten ist, dass die frühen beziehungstraumatischen Erfahrungen nicht einzeltraumatische Ereignisse, sondern kumulative Traumatisierungen darstellen, die in einem umfassenden Traumanetzwerk assoziativ miteinander verknüpft sind.

- Die Traumatisierungen durch physische, sexuelle und emotionale Gewalt sowie die Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen durch emotionale Vernachlässigung oder plötzliche Beziehungsabbrüche, die in der *verbalen Lebensperiode der Kindheit* einwirken, sind dem bewussten Erleben in unterschiedlichem Maße zugänglich. Manche Traumatisierungen werden sehr klar erinnert und sind in der Regel durch Traumabearbeitung gut zu beeinflussen. In vielen Fällen werden traumatische Kindheitsereignisse zwar bewusst erinnert, Details der traumatischen Erfahrung sind jedoch dem Bewusstsein durch dissoziative oder andere Mechanismen teilweise oder ganz entzogen, sodass ein traumabearbeitendes Vorgehen schwierig sein kann. Manchmal können jedoch einzelne Elemente der Netzwerke, die diese Erinnerungen speichern (z. B. negative Selbstüberzeugungen, die das Gegenwartshandeln bestimmen), durchaus bewusst und insofern wieder einer Traumabearbeitung zugänglich sein.
- Demgegenüber sind die häufigen Traumatisierungen durch physische, sexuelle und emotionale Gewalt *im späteren Leben und in der jüngsten Vergangenheit*, die die Grundlage einer PTBS- oder depressiven Symptomatik bilden, in der Regel gut erinnerlich und nahezu immer einer Traumabearbeitung *zugänglich*. Zwar können auch diese Traumatisierungen über Affektbrücken mit umfassenden Traumanetzwerken der frühen Kindheit in Verbindung stehen, doch lassen sie sich behandlungstechnisch – unter Einbezug von Techniken des Wegpackens – in den meisten Fällen gut von ihnen trennen.
- Das gilt auch für die durchweg gut erinnerten *traumatisch erlebten Alltagssituationen*, die typischerweise mit Affekten des Alleingelassenseins, der Scham und des ohnmächtigen Ausgeliefertseins verbunden sind. Sie beziehen ihre traumatische Stressaufladung durch die assoziative Verknüpfung mit frühen Traumatisierungen. Hier ist eine Durcharbeitung der belastenden Alltagssituationen mit traumatherapeutischen Methoden oft sehr gewinnbringend – wie immer unter den Voraussetzungen einer ausreichenden Stabilität und einer hinreichenden Fähigkeit zur Aktivierung positiver Ressourcen.

Was ist therapeutisch zu beachten, wenn wir es mit verzweigten und unüberschaubaren Traumanetzwerken zu tun haben? Ausgehend von dem Hebb'schen Gesetz – »What fires together, wires together« (Hebb 1949) – nehmen wir an, dass ein Netzwerk in seiner Gesamtheit aktiviert werden kann, wenn eines seiner Elemente aktiviert wird. Dies wird dann zu einem therapeutischen Problem, wenn wir eine Traumaerinnerung prozessieren, die einem umfangreichen und verzweigten Traumanetzwerk angehört, dessen Umfang wir unterschätzt haben, weil Teile von ihm durch Dissoziation dem Bewusstsein entzogen sind. Im ungünstigen Fall wird das Gegenteil des therapeutisch Angestrebten eintreten: dass das Ressourcennetzwerk an das Traumanetzwerk assoziiert und von diesem absorbiert wird – was sich symptomatisch in einer schädlichen Überflutung durch traumatisches Material äußern kann.

Bei einer Patientin wurde ein traumatisches Erinnerungsbild aktiviert; anschließend erlebte diese eine Überflutung durch weitere traumatische Erinnerungen. Der »sichere Ort« hatte seine sicherheitspendende Qualität verloren, die inneren Helfer wurden zu Verfolgern. Die Therapeutin half der Patientin, die Erinnerung im Heute neu einzuordnen, einen neuen sicheren Ort zu finden und die inneren Helfer wieder mit hilfreichen Fähigkeiten auszustatten.

Zwar ist eine solche ungünstige Entwicklung in der Regel *gut korrigierbar*, wenn die Traumabearbeitung unmittelbar beendet und das verlorene Ressourcenterrain durch intensivierte Ressourcenarbeit zurückgewonnen wird. Wir können einer solchen Entwicklung jedoch durch ein *umsichtiges therapeutisches Vorgehen* begegnen. Um zu verhindern, dass die Aktivierung eines Elements eines Netzwerkes dieses in seiner Ganzheit aktiviert, haben wir die Möglichkeit,

- strikt auf einzelne bewusste Elemente eines Traumanetzwerkes zu fokussieren und gezielt andere Elemente zu defokussieren,
- Ressourcennetzwerke während des Prozesses der Traumabearbeitung wiederholt zu aktivieren.

Die *Fokussierung auf einzelne Elemente* können wir erreichen, indem wir die Patienten bitten, *imaginative Distanzierungstechniken* anzuwenden: Zum Prozessieren nicht geeignete Elemente werden »weggepackt« oder »abgeschaltet«. Elemente von Traumanetzwerken umfassen bildhafte Erinnerungen an eine traumatische Szene, zugehörige Geräusche, Stimmen oder Gerüche, begleitende Affekte oder mit der traumatischen Situation verknüpfte negative selbstbezogene Überzeugungen (Wöller 2003; 2012; 2013, Kap. 35).

Wir können die Patienten beispielsweise bitten,

- das fokussierte Bild der traumatischen Erinnerung aus der Distanz zu betrachten und den begleitenden Affekt »abzuschalten«;
- nur eine Sinnesqualität der Wahrnehmung zu fokussieren und die anderen »auszublenden«;
- nur den Affekt einer bestimmten Szene in distanzierter Weise abstrakt und losgelöst von den zugehörigen Inhalten der Szene zu betrachten, z. B. mithilfe der achtsamkeitsbasierten Instruktion »nur zu beobachten und nicht zu bewerten« (▶ Kap. 11.5);
- nur eine negative Selbstkognition abstrakt und losgelöst von der Szene, der sie entstammt, zu fokussieren, ohne sie zu bewerten.

Die meisten der bisherigen Borderline-Konzepte sehen von einer expliziten Traumabearbeitung bei der Borderline-Störung ab – offenbar wegen des überwiegend präverbalen Ursprungs der basalen Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen (Bateman u. Fonagy 2008; Clarkin et al. 2008; Linehan 1996; Rudolf 2013). Dieser Verzicht ist aus unserer Sicht heute nicht mehr zu rechtfertigen, da uns inzwischen die nötigen therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um eine unkontrollierte Überflutung zu verhindern.

Aus unserer Sicht macht es viel Sinn, aus der Vielzahl der traumatischen Erinnerungen diejenigen für die Bearbeitung auszuwählen, die am besten fokussierbar sind und die höchste Alltagsrelevanz haben. Diese bearbeiten wir immer zuerst. Wir besprechen mit den Patienten, dass es notwendig ist, sich nur auf diese Erinnerung zu konzentrieren und Assoziationen zu früheren Ereignissen ruhen zu lassen. Wenn sie sich aufdrängen, sollen die Patienten sie z. B. mit der Containertechnik wegpacken.

Modifikationen der Traumabearbeitung bei Borderline-Patienten

- Distanzierungstechniken während des Prozessierens anwenden
- Ressourcenaktivierung während des Prozessierens
- Fokussierung auf einzelne bewusste Elemente eines Traumanetzwerks mit Defokussierung anderer Elemente:
  - nicht zum Prozessieren geeignete Elemente »wegpacken« oder »abschalten«
  - nur den Affekt in distanzierter Weise abstrakt und losgelöst von der zugehörigen fokussieren
  - nur eine negative Selbstkognition abstrakt und losgelöst von der zugehörigen Szene fokussieren

13.5 Planung des traumabearbeitenden Vorgehens

Was bedeutet das Gesagte für die Planung eines traumabearbeitenden Vorgehens mit EMDR bei Borderline-Patienten? Die Planung bezieht sich auf die Auswahl der geeigneten EMDR-Technik und auf die Wahl des EMDR-Ziels.

Bei Patienten mit einer Borderline-Störung beginnen wir in der Regel nicht mit dem EMDR-Standard-Protokoll, sondern mit *Techniken, die Elemente der Ressourcenaktivierung* beinhalten. So gut wie immer haben unsere Patienten schon Erfahrung mit bilateralen Stimulationen im Rahmen der Ressourcenaktivierung. Wir hatten dazu in Kapitel 12.2 die Stressabsorptionstechnik des EMDR vorgestellt. Die positive Nutzung dieser Technik dient uns als Test, ob die Patienten zu der für eine EMDR-Behandlung notwendigen Ressourcenaktivierung in der Lage sind.

Wir gehen dann über zu einer *Pendeltechnik*, die eine maximale Ressourcenaktivierung mit einer ultrakurzen Traumaexposition kombiniert (Fine u. Berkowitz 2001; Levine 1998). Das Prinzip der Pendeltechnik haben wir bereits im Zusammenhang mit der Verbesserung der Emotionsregulierung besprochen (► Kap. 11.6). Sie sei an dieser Stelle für die Traumabearbeitung zusammengefasst:

- Nachdem die Patientin sich für die Durcharbeitung einer traumatischen Szene entschieden hat, bitten wir sie anzugeben, welches Bild den »schlimmsten Moment« der Szene repräsentiert. Sie sollen außerdem den subjektiven Belastungsgrad der Szene auf einer Skala von 0 bis 10 einschätzen (► Kap. 11.6).
- Anschließend bitten wir sie, ein Ressourcenbild zu benennen und kurz auszutesten, ob es ihr gelingt, mit seiner Hilfe einen ressourcenreichen Zustand herzustellen. Sie kann dafür eine positive Erinnerung oder eine positive Imagination auswählen. Dabei lässt sich dem Gesichtsausdruck der Patientin leicht entnehmen, ob sie im Kontakt mit einer Ressource ist.
- Wir *erläutern* die therapeutische Technik: Zuerst wird das Ressourcenbild maximal aktiviert und dann nur für die Dauer einer Sekunde das traumatische Bild aufgesucht, um anschließend zum Ressourcenbild zurückzukehren. Wir erläutern auch, dass wir die Dauer einer Sekunde durch lautes Zählen »0 – 1 und Schluss« markieren werden.
- Nun fordern wir die Patientin auf, den *Ressourcenzustand zu aktivieren*. Sie soll das Ressourcenbild lebhaft imaginieren und das damit verbundene Körpergefühl spüren. Sobald der Ressourcenzustand in vollem Umfang eingetreten ist, *verankern* wir ihn mit einem oder mehreren Sets von 5 bis 6 langsamen bilateralen Augenbewegungen oder seitenalternierenden taktilen Stimulationen. Die Verankerung kann wiederholt werden, wenn dadurch eine weitere Steigerung des positiven Körpergefühls eintritt.

- Danach bitten wir die Patientin, uns z. B. durch Kopfnicken ein Zeichen zu geben, sobald sie bereit ist, sich für die Dauer einer Sekunde der Traumaerinnerung zu exponieren, um danach sofort wieder in den Ressourcen-State zurückzukehren. Während wir laut zählen, führt sie die Exposition aus.
- Nach dem Verlassen des Traumabildes kann es eine Weile dauern, bis der Ressourcenzustand wieder voll aktiviert ist. Erst dann verankern wir ihn wieder mit langsamen bilateralen Stimulationen.
- Wir wiederholen diesen Vorgang so lange, bis die Patientin einen deutlichen Rückgang des subjektiven Belastungsgrades des Traumabildes angibt. Die Zeitdauer, für die die Patientin sich dem Traumabild exponieren möchte, kann während der folgenden Durchgänge gesteigert werden.

Einem ganz ähnlichen Prinzip folgt die CIPOS-Technik (Constant Installation of Present Orientation and Safety; Knipe 2011). Bei ihr wird als Ressource das positive Gefühl der Sicherheit im Hier und Jetzt verankert.

Nach dem wir mithilfe der Pendeltechnik (oder der CIPOS-Technik) den subjektiven Belastungsgrad des Traumabildes auf 5 oder weniger (auf einer Skala von 0 bis 10) abgesenkt haben, entscheiden wir über das weitere Vorgehen:

- Soweit es möglich ist, versuchen wir auf das EMDR-Standardprotokoll in der Variante des *umgekehrten Standardprotokolls* (Hofmann 2011) überzugehen, um so eine vollständigere Durcharbeitung der Assoziationskanäle zu erreichen. Dabei beginnen wir mit dem Prozessieren belastender Momente der nahen Zukunft und klarer und scharf begrenzter Erinnerungen an Traumen oder Alltagsbelastungen der jüngeren Vergangenheit, und gehen erst sehr allmählich, vorsichtig und in Abhängigkeit von den erreichten Effekten zur Bearbeitung früherer und eventuell auch unschärfer erinnerter Traumen über. Die Bearbeitung der späteren, klar erinnerten Traumen ist für viele Borderline-Patienten so entlastend und effektiv, dass ihnen die meist schwierige Durcharbeitung der länger zurückliegenden Traumatisierungen verzichtbar erscheint.
- Sollten dabei Assoziationen zu frühen Traumen auftauchen, prüfen wir, ob diese in das Prozessieren einbezogen oder ob sie mithilfe der Containertechnik (► Kap. 10.1) weggepackt werden sollen. Die Entscheidung hängt davon ab, ob das aufgetauchte frühe Material abgrenzbar und einem vorhandenen Ressourcennetzwerk assoziierbar ist. Letzteres ist am Rückgang des subjektiven Belastungsgrades nach dem Prozessieren des Assoziationskanals erkennbar.
- Wenn zu viele Assoziationen zu frühen Traumen auftreten und diese sich nicht erfolgreich »wegpacken« lassen, bleiben wir bei der Pendeltechnik.

Was eignet sich bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als *EMDR-Ziel*?

- Liegt eine begleitende PTBS vor, können selbstverständlich *traumatische Erinnerungsfragmente* – intrusive Bilder, Körperempfindungen, Geräusche oder Gerüche – ein EMDR-Ziel ein.
- Ein äußerst lohnendes EMDR-Ziel sind darüber hinaus die zahlreichen beziehungstraumatischen *Alltagssituationen*, die vor dem Hintergrund der Borderline-spezifischen Vulnerabilität einen sehr hohen subjektiven Belastungsgrad aufweisen und mit traumatischer Qualität erlebt werden.
- Speziell bei Borderline-Patienten können auch *quälende negative Affektzustände* ein lohnendes EMDR-Ziel sein, wenn wir sie mit der nötigen Vorsicht und isoliert von den zugehörigen Erinnerungen prozessieren. Vorsicht meint die Bereitschaft, auftauchende Assoziationen zu frühen Erinne-

rungen oder Teilerinnerungen entschlossen mit der Containertechnik wegpacken zu lassen und ressourcenaktivierende Interventionen einzuflechten.

- Das gleiche gilt für *bewusste negative Überzeugungssysteme*. Auch sie können, selbst dann, wenn die zugrunde liegenden Traumatisierungen nicht erinnerlich sind, mit der gebotenen Vorsicht erfolgreich mit EMDR prozessiert und modifiziert werden.

Ein Patient hatte unter anderem das Gefühl, unwert und »ein Nichts« zu sein. Nachdem bei ihm ausreichende Stabilität erreicht und eine entgegengesetzte positive Kognition identifiziert wurde, wurde dieses Gefühl als EMDR-Fokus ausgewählt und so prozessiert, dass es für den Patienten subjektiv an Bedeutung verlor.

T: Denken Sie an den Satz »Ich bin ein Nichts« und folgen Sie meinem Finger.

Traumabearbeitung mit EMDR bei Borderline-Patienten

- Priorisierung der Traumen:
  - Beginn mit klar erinnerten und scharf begrenzten Beziehungstraumen oder Alltagsbelastungen der jüngeren Vergangenheit oder der Gegenwart
  - erst später gegebenenfalls frühe und unscharf erinnerte Traumen
- Abfolge der Techniken:
  - zunächst ausschließlich Ressourcenaktivierung
  - dann Absorptionstechnik
  - dann Pendeltechnik bzw. CIPOS-Technik
- Mögliche EMDR-Ziele:
  - Zukunftsängste und -belastungen
  - Alltagsbelastungen
  - negative Überzeugungssysteme
  - negative Affektzustände
  - Intrusionen

Literatur

Bateman A, Fonagy P (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R et al. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry; 190: 97–104.

Brown S, Shapiro F (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. Clin Case Stud; 5: 403–20.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Dudai Y (2009). Predicting not to predict too much: how the cellular machinery of memory anticipates the uncertain future. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci; 364: 1255–62.

Dudai Y, Eisenberg M (2004). Rites of passage of the engram: reconsolidation and the lingering consolidation hypothesis. Neuron; 44: 93–100.

Fine C, Berkowitz A (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Am J Clin Hypn; 43: 275–90.

Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. (2013). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.

Forcato C, Rodríguez MLC, Pedreira ME, Maldonado H (2010). Reconsolidation in humans opens up declarative memory to the entrance of new information. Neurobiol Learn Mem; 93: 77–84.

Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. Am J Psychiatry; 160: 2018–24.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry; 69: 533–45.

Hase M, Hofmann A (2005). Risiken und Nebenwirkungen beim Einsatz der EMDR-Methode. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 9: 16–21.

Hebb DO (1949). The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory. New York: Wiley & Sons.

Hofmann A (2009). EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Hofmann A (2011). The inverted standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. In: Luber M (ed). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer; 313–6. www.springerpub.com/samples/9780826122391_chapter.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Knipe J (2011). The method of constant installation of present orientation and safety (CIPOS). In: Luber M (ed). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer; 235–44. www.springerpub.com/samples/9780826122391_chapter.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Korn DL (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: a Review. J EMDR Pract Res; 4: 264–78.

Korn D, Leeds A (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. J Clin Psychol; 58: 1465–87.

Lee JLC (2009). Reconsolidation: maintaining memory relevance. Trends Neurosci; 32: 413–20.

Levine P (1998). Traumaheilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Essen: Synthesis.

Lewis DJ (1979). Psychobiology of active and inactive memory. Psychol Bull; 86: 1054–83.

Linehan MM (1996). Trainingsmanual der Dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. Acta Psychiatr Scand; 102: 256–64.

Nader K, Schafe GE, LeDoux JE (2000). The labile nature of consolidation theory. Nat Rev Neurosci; 1: 216–9.

Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB et al. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. J Psychiatr Res; 40: 1–21.

Riccio DC, Millin PM, Bogart AR (2006). Reconsolidation: a brief history, a retrieval view, and some recent issues. Learn Mem; 13: 536–44.

Rudolf R (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt; 5: 608–14.

Sara SJ (2000). Strengthening the shaky trace through retrieval. Nat Rev Neurosci; 1: 212–3.

Shapiro F (2013). EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Siegel D (1999). The Developing Mind. New York: Guilford Press.

Twombly J (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. J Trauma Dissoc; 1: 61–81.

Van der Hart O, Steele K, Boon S, Brown P (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerden und Integration. Hypn Kogn; 12: 34–67.

Van der Kolk BA (2001). Beyond the talking cure: somatic experience, subcortical imprints and the treatment of trauma. In: Shapiro F (ed). EMDR: Toward a Paradigm Shift. New York: APA Press.

Van der Kolk BA, Mc Farlane AC, Weisaeth L (Hrsg) (2000). Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Göttingen: Junfermann.

Wang SH, Morris RGM (2010). Hippocampal-neocortical interactions in memory formation, consolidation, and reconsolidation. Annu Rev Psychol; 61: 49–79.

Wöller W (2003). EMDR in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychotraumatol Psychol Med; 1: 73–8.

Wöller W (2010). Gruppenpsychotherapie bei traumatisierten Patienten – Konzepte und Stand der Forschung. Gruppenpsychother Gruppendyn; 46: 4–21.

Wöller W (2012). Integration von EMDR in die Psychodynamische Therapie. EMDRIA-Rundbrief; 25: 22–32.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

14 Phase 5: Konfliktbearbeitung und die Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern

14.1 Tiefergehende Bearbeitung alter und neuer Themen

Die in den vorangegangenen Phasen der Therapie erreichte Verbesserung der Emotionsregulierung, die Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit, die bessere Steuerbarkeit kindlicher und destruktiver Persönlichkeitsanteile und die Bearbeitung der wichtigsten bewusst erinnerten Traumatisierungen hat in vielen Problembereichen wichtige Besserungen gebracht, doch bei Weitem nicht alle wichtigen Lebensprobleme gelöst. Alle wichtigen Themen, die schon behandelt wurden, kommen wieder zur Bearbeitung; in ihrem Zentrum stehen nun vor allem die Fragen der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit und der gesamte Bereich der Selbstwertregulation und der Identitätsbildung. Fragen von Scham, Schuld und Verantwortung erscheinen in neuen Zusammenhängen – realistischer, aber auch konflikthafter.

Es verwundert nicht und ist für länger andauernde Psychotherapien typisch, dass die wichtigen Themen immer wiederkehren, im günstigen Falle auf einem höheren Niveau der Bearbeitungstiefe. Hinzu kommen neue Probleme, mit denen sich die therapeutische Arbeit auseinanderzusetzen hat: Probleme, die entstehen, weil die Patienten sich verändert haben und ihre Umwelt nicht mehr als passend erleben; viele bewusste und unbewusste Konflikte, die bislang hinter quälender Symptomatik und selbstschädigenden Verhaltensweisen verborgen waren, werden jetzt sichtbar und relevant. Das gesamte Spektrum normaler und »neurotischer« Konflikte tritt nun in den Vordergrund.

In dieser Situation kommt uns zu Hilfe, dass wir mit der verbesserten Emotionsregulierung, der gestärkten Mentalisierungsfunktion und dem flexibleren Umgang mit unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen nun auch ein breiteres Repertoire der therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung haben. Zur Bearbeitung *unbewusster konflikthafter Aspekte der Verhaltens- und Beziehungsregulation* können wir jetzt auch Behandlungstechniken der konfliktbezogenen Psychotherapie (Rudolf 2013) anwenden, ohne eine emotionale Dekompensation befürchten zu müssen. Die Themen können nun auch mit der behandlungstechnischen Methodik erarbeitet werden, die bislang höher strukturierten Patienten vorbehalten war. Insofern sind wir in der fünften Therapiephase – idealerweise – im Bereich der »normalen« psychodynamischen Psychotherapie angekommen.

Indem wir flexibel neue Interventionsformen neben die bisher bewährten treten lassen, vollziehen wir keinen grundsätzlichen Wechsel der Interventionstechnik; lediglich nutzen wir eine breitere Vielfalt therapeutischer Optionen. Wenn sich die regulatorischen Funktionen des Patienten unter dem Einfluss einer krisenhaften Belastung verschlechtern sollten, wird es möglicherweise auch später wieder notwendig sein, sich auf das Repertoire früherer Therapiephasen zu beschränken.

Welche erweiterten Möglichkeiten stehen uns nun zur Verfügung?

- Wir können die Patienten vermehrt zu *Assoziationen und Fantasien* anregen, um ihnen den gesamten Bedeutungsraum ihres Erlebens zu erschließen. Wir brauchen nicht

mehr so stark zu befürchten, dass sich Realität und Fantasie verwischen. Wir haben deshalb auch weniger Scheu, zurückhaltender zu intervenieren und auch öfter einmal eine Weile zu schweigen, um den Patienten Gelegenheit zu geben, ihr emotionales Erleben in Ruhe zu explorieren, ohne durch aktualisierte Verlassenheitsängste überflutet zu werden. Wir sprechen dies jedoch mit den Patientinnen ab, um sie nicht zu irritieren.

T: Wäre es in Ordnung für Sie, wenn ich an dieser Stelle einmal nichts dazu sage, damit Sie die Möglichkeit haben zu schauen, welche weiteren Gedanken ihnen zu dem eben Gesagten einfallen? Könnten Sie die Spannung ertragen, die entsteht, wenn ich nichts sage?

- Darüber hinaus stehen uns nun – dank der verbesserten Fähigkeit zur Mentalisierung – auch Möglichkeiten zur Verfügung, um Übertragungsphänomene therapeutisch für ein Verständnis *traumatischer Reinszenierungen* zu nutzen (► Abschn. 14.2).
- Die verbesserte Emotionsregulierung versetzt uns auch in die Lage, *frühe Abwehrmechanismen* zu analysieren, die sich noch immer durch eine verzerrte Realitätswahrnehmung störend auf die Fähigkeit zur ganzheitlichen Objektwahrnehmung und Beziehungsgestaltung auswirken (► Abschn. 14.3).
- Schließlich können die Patienten mit der verbesserten Fähigkeit, innere Konfliktspannungen auszuhalten und *Ambivalenzen* zu ertragen, auch zunehmend besser widersprüchliche Impulse und Tendenzen in sich spüren, ohne dadurch das Gefühl für die Kohärenz ihrer Persönlichkeit zu verlieren. Damit können wir an die Stelle der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen zunehmend die Arbeit mit innerpsychischen Konflikten treten lassen.

Inhaltlich muss sich die konfliktbezogene Arbeit nicht von der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen unterscheiden; eher handelt es sich um eine therapeutische Arbeit auf einem höheren Abstraktionsniveau, wenn wir statt konkretistisch von Persönlichkeitsanteilen nun von Aspekten innerer Konflikte sprechen. Die verbesserte Integrations- und Abstraktionsfähigkeit gestattet es den Patienten nun, die gleichen Sachverhalte, die mit abwehrschonender Distanzierung als Auswirkung kindlicher oder destruktiver Persönlichkeitsanteile beschrieben wurden, als Ausdruck innerer Konflikte zu begreifen. Das fordert von ihnen eine höhere Toleranz gegenüber den belastenden Emotionen, die aus den ungelösten Konflikten entstehen. Allgemein können wir sagen: Je weniger integriert die Persönlichkeit eines Patienten und je geringer ausgeprägt ihre Mentalisierungsfunktion ist, desto eher brauchen wir konkretistische Interventionen; je »integrierter« ihr Denken und je besser ihre Mentalisierungsfähigkeit ausgebildet ist, desto leichter können sie auch mit abstrakteren Interventionen umgehen.

Selbstverständlich können wir eine erfolgreiche Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen auch in dieser Phase fortsetzen. Ob wir von der Möglichkeit der Arbeit auf höherem Abstraktionsniveau Gebrauch machen wollen oder lieber bei der Begrifflichkeit der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen bleiben wollen, machen wir davon abhängig, womit sich die Patienten wohler fühlen und was sie besser dabei unterstützt, therapeutische Einsichten zu gewinnen.

Die abstrakte Formulierung »Aggressiv-vorwurfsvolles Fordern kann der einzige Weg sein, um die Erfüllung eigener Bedürfnisse zu erreichen, denn ein Bitten um Hilfe würde Zurückweisung und Demütigung bedeuten« umschreiben wir in der Sprache der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen so: »Da ist ein kind-

licher Persönlichkeitsanteil, der aus Angst vor Bestrafung seine Bedürfnisse nicht äußert, daneben ein ›größerer‹ oder ›stärkerer‹ Persönlichkeitsanteil, der seine Bedürfnisse auf aggressive Weise einfordert.«

14.2 Verhaltensinszenierungen früher traumatischer Erfahrungen

Wiederholte Verhaltensinszenierungen früher traumatischer Erfahrungen weisen in der Regel auf *präverbale Traumatisierungen* hin, die nicht erinnert werden können. Diese Inszenierungen fühlen sich für die Patienten »normal« an, weil sie die frühen Erfahrungen widerspiegeln und deshalb vertraut sind.

In der präverbalen Periode sind die hippocampalen und präfrontalen Funktionen noch zu unausgereift, um eine Erinnerungsabspeicherung im deklarativ-expliziten Gedächtnis und einen bewussten Zugriff auf diese Erinnerungen zu ermöglichen (Deneke 1999). Daher werden uns die präverbalen Traumatisierungen nur zugänglich, wenn sie als Verhaltensabläufe implizit gespeichert sind und im späteren Leben durch Wiederholung reproduziert werden. Die frühen Erfahrungen von unvorhersagbarem und erschreckendem elterlichem Verhalten können wir erfassen, wenn wir auf Verhaltensweisen treffen, die die Erfahrungen von Schutzlosigkeit und Zurückweisung und die Suche nach Schutz und Bindung in Szene setzen (Bollas 2012).

Mithilfe der *Übertragungsanalyse* können wir zu einem Verständnis der unbewussten traumatischen Reinszenierungen gelangen, sobald diese sich in der therapeutischen Beziehung herstellen. Dies setzt einen veränderten Umgang mit Übertragungsphänomenen voraus. In den bisherigen Therapiephasen ging es vornehmlich darum, Übertragungswiderstände – Widerstandsphänomene, die auf eine bestimmte Übertragungsangst zurückzuführen sind – zu identifizieren und zu bearbeiten. Nun können auch Übertragungsanspielungen aufgegriffen werden, die auf die Reinszenierung beziehungstraumatischer Erfahrungen hindeuten (Wöller u. Kruse 2014).

Hier kann es sinnvoll sein, die Übertragungsphänomene nicht sofort unter Hinweis auf die Realität der therapeutischen Situation aufzulösen, sondern die aktuelle Beziehungssituation eine Weile »in der Schwebe zu halten« und zu beobachten, um die Übertragungsszene gemeinsam zu verstehen. Dies ist nun möglich, weil die Patienten infolge ihrer verbesserten Mentalisierungsfunktion in der Lage sind, den *Als-ob-Charakter der Übertragung* von der Ebene der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu unterscheiden. Systematische übertragungsanalytische Arbeit ist nur dann erfolgversprechend, wenn die Fähigkeit zur *therapeutischen Spaltung des Ich* (Sterba 1934) in ein beobachtendes (erwachsenes) und ein erlebendes (in der Regel kindliches) Ich in ausreichendem Maße entwickelt ist. Dieser freiere therapeutische Umgang mit Übertragungsphänomenen erlaubt es uns, unseren Patienten auch *unbewusste Verhaltensinszenierungen*, die sich in der Übertragung auf uns manifestieren, zu Bewusstsein zu bringen.

T: Sie beschäftigen sich die ganze Zeit mit A., und ich spüre, wie sehr Ihnen seine Problematik nahegeht. Es fällt Ihnen sehr schwer, sich davon zu distanzieren. Ich habe mich gefragt, ob vielleicht einige Aspekte, die Sie bei A. so stark beschäftigen, auch in unserer Beziehung eine Rolle spielen.

Wenn es gelingt, die Verhaltensinszenierung einer beziehungstraumatischen Erfahrung zuzulassen, sie gemeinsam zu verstehen und in eine symbolische Sprache zu übersetzen, besteht die Möglichkeit einer therapeutischen

Beeinflussung. Dabei kann es nicht um die Rekonstruktion historischer Wahrheiten gehen. Es geht vielmehr darum, die sich wiederholenden impliziten Formen der Beziehungsgestaltung des Patienten zu verstehen und den Patienten die Gelegenheit zu geben, ihre alten Gefühle wiederzubeleben und mit der neuen Beziehungserfahrung, der Beziehung zum Therapeuten, zu überschreiben.

Eine Patientin machte durch verschiedene Verhaltensweisen, vor allem aber durch ihre unklare, verklausulierte und verwirrende Art, Dinge zu erklären, ihren Therapeuten unterschwellig so ärgerlich, dass er immer aggressiver intervenierte. Als dem Therapeuten seine Aggressivität auffiel, konnte er gemeinsam mit der Patientin die Reinszenierung einer frühen Beziehungserfahrung verstehen.

Die Patientin hatte sich in der Kindheit gegenüber ihrer Mutter ebenfalls unklar, verklausuliert und verwirrend ausgedrückt, weil sie befürchtet hatte, Kritik und Bestrafung durch die Mutter auf sich zu ziehen, wenn sie ihre Bedürfnisse klar benannt hätte. Ihre unklare Ausdrucksweise verärgerte die Mutter auch, jedoch fiel ihre Reaktion weniger ablehnend aus, als wenn die Patientin ihre Bedürfnisse klar geäußert hätte. Die Neigung, sich unklar auszudrücken, behielt die Patientin im Erwachsenenleben bei und verärgerte damit häufig andere Menschen, wie auch den Therapeuten.

Nachdem ihr dieser Zusammenhang klar geworden war, konnte die Patientin erstmalig das Ausmaß ihrer Angst vor Bestrafung und Kritik durch den Therapeuten erspüren und nach Auflösung der Übertragung viel besser sagen, was sie wirklich brauchte und vermisste.

Wenn wir die Vermutung haben, dass wir durch ein bestimmtes Verhalten unserer Patienten in eine unbewusste Verhaltensinszenierung hineingezogen werden, können wir versuchen, dies mithilfe von entsprechenden *Deutungshypothesen* zu klären. Wenn wir hinter ihrem fordernden Verhalten die Abwehr der Angst vor einer nahen Beziehung oder hinter ihrem arroganten Auftreten die Abwehr eines unerträglichen Minderwertigkeitsgefühls erkennen, haben wir die Möglichkeit, die in der Übertragung auftauchenden Gefühle mit einer neuartigen Beziehungserfahrung zu verknüpfen.

In der Regel bemerken wir es nicht sofort, wenn wir in traumatische Verhaltensinszenierungen einbezogen werden. Wenn sich eine frühe bindungstraumatische Szene reinszeniert, werden wir uns zumindest tendenziell wie eine unempathische Bezugsperson verhalten, die ärgerlich, verurteilend oder verächtlich mit der Patientin umgeht, und unweigerlich werden unsere Patienten darauf mit einem defensiven Verhalten reagieren. Indem wir jedoch interessiert darauf achten, wie die Patienten auf unser unabsichtliches Missattunement reagieren und wie wir selbst damit umgehen, können wir wichtige Aufschlüsse erhalten, welches *Übertragungs-Gegenübertragungs-Szenario* entstanden ist. Die gemeinsame Aufdeckung dieser Szenarien kann einer tiefgreifenden emotionalen Einsicht und zu einer nachhaltigen positiven Beziehungserfahrung führen.

Mit dem Verständnis von Verhaltensinszenierungen früher traumatischer Erfahrungen in der Übertragung ist uns eine wichtige Möglichkeit gegeben, sonst schwer zugängliches beziehungstraumatisches Material der Bearbeitung zuzuführen. Doch können wir *nicht generell* empfehlen, Kindheitstraumatisierungen systematisch in der Übertragung zu bearbeiten. Dies würde heißen, die traumatischen Übertragungen zunächst anwachsen zu lassen, was für die Patientin und die Therapeutin gleichermaßen quälend ist, besonders dann, wenn es sich um Erfahrungen von Gewalt und sexuellen Übergriffen handelt.

Wie immer in der Borderline-Therapie müssen Aufwand und Ertrag sowie Nutzen und Risiko eines Vorgehens anhand nachvollziehbarer Kriterien abgewogen werden. Für Kindheitstraumatisierungen, die *bewusst erinnert* werden können, stehen mit dem EMDR und der Arbeit mit dem inneren Kind so wirksame und gleichzeitig schonende Interventionen zur Verfügung, dass es uns nicht gerechtfertigt erscheint, Patienten und Therapeuten der Qual anwachsender traumatischer Übertragungen auszusetzen, ohne dass die Überlegenheit dieses Vorgehens erwiesen wäre. Hinzu kommt, dass wir nicht immer sicher sein können, ob sich die Übertragungen erwartungsgemäß auflösen.

Etwas anderes ist es, wenn traumatische Inszenierungen *spontan* in der Übertragung zur Darstellung kommen. Sie zu ignorieren, wäre verfehlt; wir würden uns und den Patienten die Chance nehmen, selbstschädigende Verhaltensmuster, die unbewusst ihr Leben in wichtigen Beziehungen bestimmen, zu erkennen, und das ihnen zugrunde liegende Beziehungsbedürfnis auf realitätsgerechte Weise zu artikulieren. In diesem Falle führen wir die Manifestation der Übertragung nicht aktiv herbei; wir nutzen die Übertragungsphänomene, die ohnehin manifest sind.

Mit einer solchermaßen differenzierten Haltung distanzieren wir uns von allen allgemeingültig gemeinten Voten für oder gegen die Nutzung der Übertragungsbeziehung in der Behandlung von Patienten mit Kindheitstraumatisierungen. Therapie-ideologische Richtungskämpfe, die sich noch immer an dieser Frage entzünden, sollten im Interesse einer angemessenen Patientenversorgung heute als überwunden gelten.

14.3 Analyse früher Abwehrmechanismen

Viele frühe Abwehrmechanismen, insbesondere die Mechanismen der Projektion und projektiven Identifizierung (► Kap. 4.1), sind in der Zwischenzeit durch die Absenkung des allgemeinen Bedrohungsniveaus und die Stärkung der Mentalisierungsfunktion in den Hintergrund gerückt. Sie treten seltener auf, meist noch in Abhängigkeit von der aktuellen Stressbelastung. Die Patienten sind nun nicht mehr in dem Maße wie bisher auf die regulierende Funktion der frühen Abwehrmechanismen angewiesen, auch wenn sie sie zunächst gewohnheitsmäßig noch einsetzen. Deshalb empfiehlt sich die *Analyse der verbliebenen unreifen Abwehrmechanismen*, wo immer es möglich ist, um die Beziehungsfähigkeit zu verbessern. Das ist erst jetzt möglich, denn die Patienten sind dadurch gefordert, sich belastenden Emotionen auszusetzen, die zuvor durch frühe Abwehrmechanismen abgewehrt worden waren.

Es kann sinnvoll sein, *projektive Abwehrmechanismen* zu benennen, wenn sie in störendem Ausmaß auftreten. Denn der Schaden, der in nahen Beziehungen durch ihre realitätsverzerrende Wirkung entsteht, ist erheblich. Vor allem die Tendenz, andere Menschen, vor allem die Eltern oder den Partner für eigene Schwierigkeiten verantwortlich zu machen, kann zu weitreichenden interpersonellen Problemen führen.

Begleitet durch supportive Interventionen, sollen die Patienten verstehen, dass die projektive Verarbeitung eigener Versagensgefühle vor allem die Funktion hat, das eigene Selbstwertgefühl vor der Scham zu schützen, die entsteht, wenn die Mitverantwortung für die entstandenen Schwierigkeiten eingeräumt wird. Der Teufelskreis der interpersonellen Verwicklungen, so erläutern wir, besteht darin, dass die Neigung, anderen Menschen böswillige Ab-

sichten zuzuschreiben, genau das Erleben von Verlassenwerden und Misshandlung hervorruft, das die Patienten am meisten fürchten. Wenn es gelingt, dies zu klarifizieren und die dem Abwehrvorgang zugrunde liegende Emotion empathisch anzunehmen, kann die Rücknahme der Projektion erleichtert werden. Auch ein Prozessieren der die Projektion auslösenden Emotion mit EMDR kann erwogen werden.

T: Ich habe verstanden, dass da ein intensives Gefühl ist, von A. geschädigt zu werden. Aber gehen Sie nicht zu selbstverständlich davon aus, dass A. Sie schädigen will? Für mich ist das nicht so klar. Könnte es nicht auch eine Rolle spielen, dass es Sie tief verletzt hat, als er eine andere Meinung vertreten hat als Sie – fast als hätten Sie sich von ihm verraten gefühlt?
P: Vielleicht. […]
T: Wenn man verletzt ist oder sich verraten fühlt, denkt man sofort: Der andere hat mich verletzt und verraten, also will er mich schädigen. Das kann wie ein Reflex sein.
P: Ich will es eigentlich gar nicht wahrhaben, wie sehr es mich verletzt hat.
T: Möchten Sie die Szene, die zu dem Verletzungsgefühl geführt hat, mit EMDR bearbeiten?

Im Hinblick auf den Abwehrmechanismus der *projektiven Identifizierung* (▸ Kap. 4.1) kann es hilfreich sein, klarifizierend herauszuarbeiten, mit welchen Mitteln die Patienten in anderen Menschen schlechte Gefühle entstehen lassen. Dazu eignet sich die therapeutische Beziehung hervorragend; denn Interaktionspartner des Alltagslebens werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit von den Patienten zurückziehen, um sich vor dem Aufkommen negativer Emotionen zu schützen, auch dann, wenn sie ihre negativen Gefühle nicht bewusst mit dem Patienten in Verbindung bringen. Die therapeutische Beziehung bietet dagegen die Möglichkeit, die subtilen Mechanismen bewusst zu machen, die dazu führen, dass wir als Therapeuten uns gelähmt, hilflos oder minderwertig fühlen (▸ Kap. 9.2).

T: Ich möchte Ihnen gerne rückmelden, dass Sie die Begebenheit so erzählt haben, dass bei mir ein Gefühl großer Hilflosigkeit entstanden ist. Vermutlich werden andere Menschen das ähnlich erleben.

Auch das *Schwanken zwischen Idealisierung und Entwertung* sollte analysiert werden, denn es wird zwangsläufig zu Brüchen in den interpersonellen Beziehungen führen (Gunderson 2007; Hill et al. 2008). Es ist wichtig zu verstehen, wie die Tendenz, andere Menschen zu idealisieren, die Sicht auf das eigene negative Selbstbild verstellt. Erst wenn verstanden ist, wie die Neigung, sich ausnutzen zu lassen und zu wenig für sich zu beanspruchen, mit dem negativen Selbstbild verknüpft ist, kann adäquate Selbstfürsorge beginnen.

14.4 Entwicklung gesunder Abhängigkeit und Beziehungsfähigkeit

Viele dysfunktionale Verhaltensmuster lassen sich nur beeinflussen, wenn auch ihre unbewussten Aspekte mittels deutender Interventionen bewusst werden können. Die unbewussten Zusammenhänge können auf der Ebene intrapsychischer Konflikte oder auf der Ebene der Persönlichkeitsanteile gedeutet werden.

So können klärende und deutende Interventionen helfen, die für traumatisierte Menschen typische Neigung zu verstehen, sich in ihrem Leben erneut *Traumatisierungen auszusetzen*. Der Neigung, das Trauma aktiv immer

wieder aufzusuchen, kann der Wunsch zugrunde liegen, es auf diese Weise nachträglich zu meistern. Aber auch andere Mechanismen wie die Wendung vom Passiven ins Aktive sowie dissoziative Mechanismen können dazu beitragen, die Neigung zu Traumawiederholung und Reviktimisierung zu erklären (Chu 1991; Levine 1999; Wöller 2005; Wöller 2013, S. 552 ff.).

Eine Frau, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurde, nahm zahlreiche flüchtige sexuelle Beziehungen zu Männern auf, ohne sich emotional auf die Partner einzulassen. Dass sie in ihrem sexuellen Verhalten das Trauma auf der Verhaltensebene wiederholte, war ihr zunächst nicht klar. Erst im Laufe der Therapie erkannte sie in ihrem Verhalten den Wunsch nach Überwindung und Meisterung ihres Traumas. Indem sie die sexuellen Kontakte aktiv herbeiführte, brauchte sie sich ihnen nicht mehr passiv ausgeliefert zu fühlen. Indem sie verhinderte, dass während der sexuellen Begegnungen Emotionen an die Oberfläche kamen, vermied sie eine Reaktivierung der mit dem Missbrauch verbundenen traumatischen Affekte.

Andere dysfunktionale Verhaltensmuster hängen mit der Schwierigkeit von Borderline-Patienten zusammen, eine *gesunde und reife Abhängigkeit* von einer anderen Person zu entwickeln. Sie erleben sie als gefährlich, weil sie sie unbewusst mit Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein assoziieren, während vorübergehende Beziehungen und Affären ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Mit Klärungen und Deutungen helfen wir den Patienten, zu verstehen, warum sie sich in selbstschädigender Weise Menschen anvertrauen, die sie schädigen: Immer wieder treffen sie auf Menschen, die offensichtlich das Bedürfnis nach Bindung, Wertschätzung und Anerkennung zu befriedigen scheinen, ohne von ihnen die Verpflichtungen einer Partnerschaft zu verlangen. Weil die mit einer festen Bindung assoziierten Ängste vor Einengung, Dominiertwerden und Ausgeliefertsein in diesen Beziehungen nicht aktiviert werden, kann eine solche Konstellation so verlockend sein, dass alle Vorsichtsmaßnahmen außer Acht gelassen werden.

P: Obwohl ich ihn gar nicht kannte, habe ich ihm den Schlüssel für meine Wohnung gegeben, damit er eine Unterkunft hatte. Ich habe überhaupt nicht damit gerechnet, dass ich bestohlen werden könnte. Das Schlimme ist, dass ich weiß, dass ich das wieder machen werde. (Mosquera 2004)

Nicht wenige Patienten suchen daher den Kontakt zu Personen, die diese Qualitäten anzubieten scheinen, obwohl ihnen schon frühzeitig genügend Hinweise auf deren unzureichende Vertrauenswürdigkeit vorliegen. Sie nehmen diese Hinweise nicht zur Kenntnis oder verleugnen ihre Bedeutung. Erst im Nachhinein, nachdem sie von dem kindlichen Persönlichkeitsanteil in den erwachsenen Anteil wechseln, bemerken sie, dass sie erneut geschädigt worden sind.

P: Manchmal habe ich ein totales Misstrauen gegenüber Menschen, ich denke dann, alle wollen mir was, und dann bin ich wieder großzügig und vertraue mich auch Personen an, bei denen ich es später bereue. Das ist ganz von meiner Stimmung abhängig.

Eine wichtige Aufgabe besteht daher darin, die Patienten dabei zu unterstützen, vertrauenswürdige von nicht vertrauenswürdigen Beziehungen zu unterscheiden, wobei wir in diesem Falle auf die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen zurückgreifen:

- Zunächst vermitteln wir den Patienten, dass wir in ihrem Kontaktverhalten die Suche der *kindlichen Persönlichkeitsanteile* nach Menschen erkennen, die den Schädigern der Kindheit ähnlich sind. Neben der Suche nach dem Vertrauten ist sie jedes Mal verbunden mit der Hoffnung, die neu aufgenommene Beziehung möge besser ausgehen als die Beziehungen der Kindheit. Diese Tendenz wird durch Verleugnung vor den erwachsenen Seiten der Persönlichkeit geschützt, die sie als unangemessen zurückweisen würden. Die Verleugnung war unter beziehungstraumatischen Umständen überlebensnotwendig: Die Patienten mussten die schädigenden Aspekte ihrer Bezugspersonen verleugnen, um die Bindungsbeziehung zu erhalten.
- Im nächsten Schritt versuchen wir, die Patienten dafür zu gewinnen, die Bedürftigkeit der kindlichen Persönlichkeitsanteile anzuerkennen und sich der Verleugnungstendenz ihrer erwachsenen Persönlichkeitsanteile bewusst zu werden. Die Patienten sollen ein Gefühl dafür bekommen, wie hoch der Bedürfnisdruck der kindlichen Persönlichkeitsanteile sein muss, wenn die erwachsene Person bereit ist, ihre kritische Urteilskompetenz zu suspendieren, um einem kindlichen Beziehungsbedürfnis gerecht zu werden.
- Als Konsequenz daraus schlagen wir den Patienten vor, den kindlichen Persönlichkeitsanteilen symbolisch etwas von dem zu geben, was sie dringend gebraucht hätten. Wir praktizieren die Arbeit mit dem inneren Kind. Denn je stärker die kindlichen Persönlichkeitsanteile Aufmerksamkeit und Versorgung erfahren, umso besser können die erwachsenen Persönlichkeitsanteile auf alle Hinweise achten, die etwas über die Vertrauenswürdigkeit der Beziehungspartner aussagen. Allein die Kenntnis ihres bisherigen Lebens kann schon wichtige Informationen enthalten.

Vieles ist noch notwendig, um die Beziehungsfähigkeit der Patienten zu stärken. Von Bedeutung ist auch eine Auseinandersetzung mit den typischerweise *stark schwankenden Erwartungen*, die Borderline-Patienten gegenüber ihren Mitmenschen zeigen. Es kann vorkommen, dass sie von anderen Menschen nahezu nichts erwarten, weil sie der Überzeugung sind, nichts Wertvolles zu verdienen, während sie zu einem anderen Zeitpunkt völlig überzogene Erwartungen an diese haben und ihre Wünsche in fordernder Weise vortragen. Das *therapeutische Ziel* muss darin bestehen, die unrealistisch hohen ebenso wie die unrealistisch geringen Erwartungen an andere Menschen zu korrigieren. Aus unrealistischen Riesenerwartungen und aus selbstvernachlässigenden Minimalerwartungen sollen sich Vorstellungen entwickeln, was von anderen Menschen realistischerweise erwartet werden kann.

14.5 Scham, Trauer und Anpassung an die Umwelt

Eine wichtige Aufgabe in der therapeutischen Arbeit mit Borderline-Betroffenen besteht in der Auseinandersetzung mit ihrer tiefen *Scham* angesichts dessen, was ihnen zugefügt wurde. Waren sie als Kind so minderwertig, dass man ihnen derartiges antun konnte, und verdienten sie als Erwachsene so wenig Respekt, dass die Misshandlungen auf anderer Ebene fortgesetzt werden konnten? Eine von Mitgefühl getragene Selbstwahrnehmung (► Kap. 11.9) kann dazu beitragen, die so gut wie immer vorhandenen Schamgefühle erträglicher zu machen.

Weiterhin geht es darum, den Patienten *Trauer* zu ermöglichen. Der Verlust der Fähigkeit zu trauern ist ein Charakteristikum früher Traumatisierung und Vernachlässigung (Levy u. Lemma 2004). Ein gelingender Trauerprozess bedeutet, den Schmerz über die so wenig gute Kindheit bewusst zuzulassen. Er

beinhaltet, dass die Patienten sich mit der Tatsache konfrontieren, dass ihnen vieles, was anderen Kindern mit Selbstverständlichkeit zur Verfügung stand, versagt blieb und sich auch nicht nachholen lässt. Ein gelungener Trauerprozess kann zu einem Gefühl der Meisterung führen, während die Abspaltung der Trauer durch Dissoziation oder Verleugnung das Leiden verlängert. Akzeptieren, dass die Eltern unvollkommen waren und dass sie, vielleicht ohne es zu wollen, geschädigt haben, kann, muss jedoch nicht ein *Vergeben* möglich machen. Vor allem aber kann es ein Ablassen von der Beschäftigung mit der Vergangenheit und die Hinwendung zu den Aufgaben der Gegenwart und Zukunft einleiten.

Schließlich müssen wir uns den Problemen zuwenden, die im Gefolge der therapeutischen Veränderungen im sozialen Umfeld der Patientin auftreten: Partner kommen nicht damit zurecht, dass die Patienten beginnen, für ihre eigenen Interessen einzutreten, und die Patienten ertragen die unzureichende Beziehungsfähigkeit ihrer Partner nicht mehr. Viele Werte, die bislang unangefochten gegolten haben, haben ihre Gültigkeit verloren; neue Werte treten an ihre Stelle und prägen die Vorstellung, wie das Leben besser gestaltet werden kann. Interessen und Berufswünsche ändern sich; neue Freundschaften werden möglich, während alte zerbrechen – eine Vielzahl von Veränderungen, mit denen die Patienten in zum Teil schroffen Gegensatz zu ihrem bisherigen Umfeld geraten. Zwar kommt es auch vor, dass sich mit unseren Patienten auch deren Partner weiterentwickeln; doch erweisen sich viele Partnerschaften als nicht mehr tragfähig und lösen sich auf. In anderen Fällen kann eine Paartherapie Wesentliches beitragen, um die Partnerschaften zu erhalten.

Doch auch wenn die Therapie gut verlaufen ist und die Patienten unerfüllte Wünsche nach Einssein mit einem Objekt der Kindheit abtrauern konnten, beklagen sie nicht selten, dass das *Leidenschaftliche und Erregende* aus ihrem Leben gegangen ist. Die Realität ist eben viel nüchterner als die illusionären Erwartungen zu Beginn der Therapie.

14.6 Beendigung der Therapie

Die Beendigung einer Therapie ist für die meisten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung schwierig, weil mit ihr das alte Verlassenheitsgefühl wachgerufen wird. Viele Patienten beenden die Therapie abrupt, um sich dem schmerzhaften Erleben des Abschieds nicht aussetzen zu müssen; dem passiven Verlassenwerden durch die Therapeutin setzen sie eine aktive eigene Handlung entgegen. Mitunter kommt es vor, dass Patientinnen die negativen Gefühle von Abschied und Verlassenwerden qua projektiver Identifizierung (► Kap. 4.1) bei der Therapeutin »deponieren«: Diese fühlt sich dann von der Patientin verlassen oder zumindest um das Erleben eines befriedigenden Therapieabschlusses gebracht; sie fragt sich, was sie falsch gemacht hat, wenn ein derartig »unschönes« Ende der Therapie eingetreten ist. Für uns besteht die Herausforderung darin, Schuld- und Versagensgefühle in der Gegenübertragung zu relativieren und das Verhalten der Patienten vor dem Hintergrund der aktualisierten Verlassenheitsängste zu verstehen und zu akzeptieren.

Es gibt Borderline-Betroffene, für die ein vollständiges Ende der Therapie einer Katastrophe nahekommt und die sich ein Weiterleben ohne die Therapeutin nicht vorstellen können. Manche Patienten werden ihre Therapeutin für den Rest ihres beruflichen Lebens begleiten. Sich damit gelassen abzufinden kann Teil eines guten Umgangs mit der Gegenübertragung sein. Vieles vom Schrecken dieser Bürde können wir abmildern, wenn wir diesen Patientinnen einen niederfrequenten Kontakt anbieten. Wallerstein (1989) konnte in seiner

Katamnesestudie zeigen, dass viele Patienten mit der Aussicht auf einen gelegentlichen Termin mit ihrem Therapeuten recht gut leben und funktionsfähig sein konnten. Wir selbst haben gute Erfahrungen damit gemacht, unsere Patientinnen mitbestimmen zu lassen, ob und in welchem Rhythmus sie eine gelegentliche »Auffrisch«-Sitzung als hilfreich erleben würden.

Die meisten Patienten wünschen sich einen vorsichtigen Ausklang der Therapie mit zum Ende hin *gestreckten Intervallen* zwischen den Therapiesitzungen. Ein so gestalteter sanfter Aufbruch in die Autonomie ermöglicht ihnen nicht nur eine Rückversicherung für den Fall der Krise; er erlaubt es ihnen auch, uns an ihren positiven Erfahrungen teilhaben zu lassen: wie sie nach und nach mehr Vertrauen in sich selbst finden; wie sie zu einem eigenen Urteil und zu eigenen Entscheidungen gelangen; wie immer weniger zählt, was »die Leute« oder »die anderen« denken; und wie sie beginnen, ihr Leben so zu leben, wie sie es leben möchten.

T: Am Anfang hatte ich viel Angst, dass ich durch die Therapie eine andere Person werden könnte. Aber ich kann jetzt sagen, dass ich keine andere Person geworden bin. Vielleicht bin ich mehr ich selbst geworden. Etwas mehr so, wie ich wirklich sein wollte. Zwar gibt es immer noch Zweifel, ob dies oder jenes richtig oder falsch ist, und ich bin weiterhin sehr sensibel und auch verletzlich. Damit werde ich wohl leben müssen. Aber in Situationen, die mich früher völlig verunsichert hätten, in denen ich nicht gewusst hätte, woran ich mich orientieren sollte, denke ich jetzt einen Moment nach, bin »achtsam«, wenn Sie so wollen, und komme dann zu etwas, was wirklich »meins« ist.

14.7 Therapiedauer

Wir können nichts Allgemeingültiges darüber sagen, wie viel Zeit Patienten mit einer Borderline-Störung brauchen, bis sie alle Phasen unseres Therapiekonzepts durchlaufen haben. Wenn wir von 3 bis 4 Jahren sprechen, kann eine solche Angabe nur einen ungefähren Hinweis geben – so unterschiedlich sind die Patienten in ihrer Fähigkeit und Bereitschaft, die einzelnen Therapieschritte umzusetzen. Wir kennen Patienten, die die Therapieinhalte in erstaunlich kurzer Zeit mit beeindruckender Motivation und Flexibilität verarbeiten und den Therapieprozess durch eigene kreative Beiträge zusätzlich bereichern, und andere, die mehr Zeit brauchen und denen wir ihr eigenes Zeitmaß zubilligen sollten.

Dennoch lässt sich mit großer Sicherheit feststellen, dass die Kontingente an Therapiesitzungen, die die Richtlinientherapie für die Tiefenpsychologisch fundierte Therapie von Patienten mit einer Borderline-Störung vorsieht, *in aller Regel nicht ausreichen*. Erforderlich wäre für Borderline-Patienten mindestens das Kontingent an Stunden, das für die analytische Psychotherapie zur Verfügung gestellt wird. Daher können unter den psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeuten nur diejenigen, die auch die Qualifikation für die analytische Psychotherapie haben, ihre Patienten mit dem Minimum notwendiger Behandlungsstunden versorgen. Oft schließen auch regionale Versorgungsengpässe längere Therapien aus. Die meisten Patienten können die weiteren notwendigen Sitzungen nicht aus eigenen Mitteln bezahlen.

Diese Situation führt in den meisten Fällen dazu, dass die Therapie faktisch zu einem Zeitpunkt beendet werden muss, zu dem sie noch gar nicht abgeschlossen sein kann.

Einige Therapeuten lassen sich durch die Begrenzung der Kontingente nicht beirren und

kämpfen engagiert um weitere Stunden mit dem zutreffenden Argument, dass nach unserem Sozialrecht jeder Patient einen Rechtsanspruch auf die für ihn notwendige Behandlung hat. Manche von ihnen können Richtliniengutachter und Obergutachter davon überzeugen, dass mehr Stunden notwendig sind und dass sich auf diese Weise unnötige Klinikaufenthalte verhindern lassen. Die Erfahrung zeigt, dass die meisten Psychotherapeuten *zu früh aufgeben* und Ablehnungen ihrer Anträge zu leicht ohne Widerspruch hinnehmen. Für die therapeutische Beziehung ist jedenfalls die Unsicherheit, ob eine Verlängerung genehmigt oder abgelehnt wird, eine große Belastung, da sie die basalen Qualitäten von Sicherheit, Halt und Verlässlichkeit berührt. Manche Therapeuten suchen Wege und Auswege, um den Zeitraum zu überbrücken, bis sie wieder eine kassenfinanzierte Therapie beantragen können.

Alle diese Faktoren wirken sich erschwerend auf eine angemessene Behandlung von Borderline-Betroffenen aus, rechtfertigen es jedoch – dies möchten wir eindringlich feststellen – nach unserer Auffassung nicht, die Behandlung dieser Patienten mit dem Argument abzulehnen, man könne wegen der Begrenzung des Kontingents die notwendige Behandlung nicht leisten. Die Patienten brauchen dringend eine Behandlung – selbst dann, wenn die Behandlungsbedingungen nicht dem entsprechen, was eigentlich notwendig wäre. Auch 100 oder 120 Sitzungen Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie können, klug eingesetzt, vieles bewirken. Oft kommt es mehr auf den zur Verfügung gestellten Behandlungszeitraum an als auf die Gesamtzahl der Sitzungen. Abgesehen davon, dass Entwicklung immer Zeit braucht, können die Intervalle zwischen den Therapiesitzungen gerade in unserem ressourcenorientierten Ansatz gewinnbringend durch Nacharbeiten genutzt werden. Legt man dies zugrunde, kann zusätzlich durch Ausdehnung der Intervalle zwischen den Sitzungen eine Verlängerung der Behandlungszeit erreicht werden.

Doch dürfen auch diese Überlegungen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Borderline-Patienten in ihrer großen Mehrzahl noch immer nicht die Therapiekontingente zugestanden werden, die für die Umsetzung adäquater Konzepte notwendig sind.

Literatur

Bollas C (2012). Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Chu J (1991). The repetition compulsion revisited: reliving dissociated trauma. Psychother Theor Res Pract Train; 28: 327–32.

Deneke FW (1999). Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer.

Gunderson JG (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 164: 1637–40.

Hill J, Pilkonis P, Morse J et al. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. Psychol Med; 38: 135–46.

Levine PA (1999). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. 2. Aufl. Essen: Synthesis.

Levy S, Lemma A (eds) (2004). The Perversion of Loss: Psychoanalytic Perspectives on Trauma. New York: Brunner-Routledge.

Mosquera D (2004). Diamantes en bruto (I). Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Madrid: Ediciones Pléyades.

Rudolf R (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Sterba RF (1934). The fate of the ego in analytic therapy. Int J Psychoanal; 15: 117–26.

Wallerstein R (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: an overview. J Consult Clin Psychol; 57: 195–205.

Wöller W (2005). Reviktimisierung und Traumawiederholung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wöller W, Kruse J (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

IV

Komorbide Bedingungen und spezifische Settings

15 Behandlung komorbider Störungen

15.1 Allgemeines

Multiple Komorbidität ist bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Regel. Sie ist verantwortlich für die ausgeprägte Instabilität der Patienten und ihre hohe Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Versorgungsangebote. Affektive, dissoziative und somatoforme Störungen sind ebenso wie die Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen und Substanzmissbrauch die häufigsten komorbiden Bedingungen. Aber auch Angst- oder Zwangssymptome kommen vor; Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen finden sich so gut wie immer (▶ Kap. 6.3). Betrachten wir noch den Bereich der Komorbidität innerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen, so finden sich darüber hinaus deutliche Komorbiditätsraten zu den meisten spezifischen Persönlichkeitsstörungen (▶ Kap. 6.1).

Die Polysymptomatik der Borderline-Patienten verstehen wir psychodynamisch betrachtet als Ausdruck einer *allgemeinen Schwäche der Abwehrorganisation*, die Schutz vor überflutenden Affektzuständen nur unzureichend vermitteln kann (Kernberg 2011). Während sich die Abwehrfunktion depressiver, somatoformer oder dissoziativer Symptome überwiegend unbewusst manifestiert, werden die schädigenden Verhaltensweisen im Rahmen von Essstörungen oder Substanzmissbrauch bewusst zur Bewältigung affektiver Dysregulationen eingesetzt. Manche Symptombildungen treten inkonstant und in Abhängigkeit von der Dominanz bestimmter Persönlichkeitszustände auf und können, wie beispielsweise Angstsymptome, das ängstliche Erleben kindlich-verzweifelter Persönlichkeitsanteile widerspiegeln.

Jede komorbide Bedingung erfordert Besonderheiten der Behandlungskonzeption, die sich nach unserer Auffassung jedoch gut in unser ressourcenbasiertes psychodynamisches Gesamtkonzept einfügen lassen. Es ist weitaus leichter, ein Therapiekonzept für Borderline-Betroffene um die störungsspezifischen Aspekte einer bestimmten komorbiden Erkrankung zu erweitern, als ein Konzept, das zur Behandlung einer bestimmten Störung entwickelt wurde, den Bedürfnissen von Borderline-Patienten anzupassen. Aus einer Vielzahl von Untersuchungen geht hervor, dass nahezu alle symptomatisch definierten Störungsbilder unter der jeweiligen störungsorientierten Behandlung einen ungünstigeren Verlauf nehmen, wenn eine komorbide Persönlichkeitsstörung nicht berücksichtigt wird (Wöller et al. 2001).

Die wichtigsten komorbiden Störungsbilder sollen in diesem Kapitel auf der Basis ihrer ICD-10-Diagnose in knapper Form vorgestellt werden, ohne dass allerdings das entsprechende störungsspezifische Wissen referiert werden kann. Wie wir sehen werden, bessern sich einige komorbide Bedingungen – wie depressive Störungen, Angststörungen oder somatoforme Symptome – typischerweise im Gefolge einer erfolgreichen Borderline-Therapie, während andere komorbide Störungen von Beginn an die unbedingte Beachtung der jeweiligen störungsspezifischen Besonderheiten erfordern. Dies gilt im besonderen Maße für die Präsenz einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung, einer schweren Dissoziativen Störung, einer komorbiden Essstörung oder eines begleitenden Substanzmissbrauchs.

15.2 Depressive Störungen

Depressive Störungen stellen eine häufige und wichtige komorbide Bedingung bei Patienten mit einer Borderline-Störung dar. Die angegebenen Komorbiditätsraten variieren stark und betragen in einigen Studien bis zu 60 und 70 % (Gunderson et al. 2004; Hartkamp et al. 2001).

Die *Phänomenologie* der »Borderline-Depression« unterscheidet sich deutlich vom Erscheinungsbild depressiver Symptome bei primären affektiven Erkrankungen. Während bei letzteren Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle im Vordergrund stehen, finden wir bei der Borderline-Depression elementare Ängste vor dem Verlassenwerden, eine anklammernde Bedürftigkeit, Gefühle von Leere und Einsamkeit und ein Gefühl der Sehnsucht nach einer Bindungsfigur (Levy et al. 2007; Rohde-Dachser 2010; Westen et al. 1992). In der Untersuchung von Leichsenring (2004) war die Borderline-Depression im Vergleich zu Depressionen bei affektiven Störungen signifikant stärker mit Ärger, Angst und Borderline-typischen Beziehungsmustern verbunden. Ärger und feindseliges Verhalten in Verbindung mit depressiver Stimmung kennzeichnete auch in der Untersuchung von Wilson et al. (2007) die mit einer Borderline-Störung assoziierte Depression. Verschiedene Autoren sind der Auffassung, dass in der spezifischen Charakteristik der Borderline-Depression zentrale Züge der Borderline-Störung selbst zum Ausdruck kommen (Klein u. Schwartz 2002; Levy et al. 2007).

Im Hinblick auf die Therapie konnte wiederholt gezeigt werden, dass medikamentöse ebenso wie psychotherapeutische Depressionsbehandlungen weniger erfolgreich verlaufen, wenn gleichzeitig eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. So brauchten Patienten mit einer depressiven Störung bei gleichzeitig bestehender Borderline-Störung signifikant länger bis zu einer Remission als depressive Patienten ohne eine begleitende Borderline-Störung (Grilo et al. 2005; Hilsenroth et al. 2007). Der beste Prädiktor für die Persistenz einer depressiven Symptomatik war in einer Studie das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Skodol et al. 2011). Nach der Metaanalyse von Newton-Howes et al. (2006) ist die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges bei einer depressiven Erkrankung um die Hälfte verringert, wenn gleichzeitig eine Persönlichkeitsstörung vorliegt.

Die Befunde sprechen dafür, dass sich die Behandlung einer Borderline-Depression eher an Konzepten zur Behandlung einer Borderline-Störung als an den Leitlinien zur Behandlung depressiver Störungen orientieren sollte. Obwohl eine empirische Literatur zur Frage des therapeutischen Umgangs mit der Borderline-typischen Depression nicht zur Verfügung steht, liegt uns doch ein umfangreiches Erfahrungswissen vor, das sich folgendermaßen resümieren lässt:

- Anders als bei depressiven Patientinnen mit einer affektiven Erkrankung, bei denen Entlastung und Ermutigung im Vordergrund stehen sollten, geht es bei depressiven Borderline-Patienten vorrangig darum, ein Gefühl von *Sicherheit, Kontrolle und Selbstwirksamkeit* entstehen zu lassen, auf dessen Basis die Patienten dann angeregt werden, über Ressourcenaktivierung positive emotionale Zustände zu generieren.
- Während Patienten mit Symptomen einer depressiven Episode ohne komorbide Borderline-Störung *ressourcenaktivierende Interventionen* oft als Druck erleben, positiv denken zu müssen, können diese Interventionen, vor allem auch ressourcenaktivierende Imaginationen, bei Borderline-Depressionen entscheidend zur Stabilisierung der Stimmungslage beitragen.
- Ressourcenaktivierende psychotherapeutische Interventionen werden umso wichtiger, je stärker die Stimmungsveränderungen

von interpersonellen Einflüssen abhängig sind und je ausgeprägter Symptome wie selbstverletzendes Verhalten oder Wutreaktionen das klinische Bild prägen. Man könnte daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass umgekehrt Pharmakotherapie umso eher angebracht sei, je unabhängiger die Stimmungsveränderungen von interpersonellen Einflüssen wahrgenommen werden. Dies gilt jedoch nur bedingt, denn häufig müssen Borderline-Betroffene erst mit therapeutischer Hilfe lernen, interpersonelle Auslöser für depressive Stimmungen zu identifizieren. Übermäßige Anstrengungen, pharmakologische Lösungen zu finden, behindern nach unserer Erfahrung eher eine längerfristige Besserung, da sie eine passive Haltung des Abwartens auf eine Besserung fördern und die Bedeutung eigener Bewältigungsbemühungen relativieren.

- Auch die in den Kapiteln 11.4 und 12.6 genannten Interventionen zur Verbesserung der Affektdifferenzierung und zur Stärkung der Mentalisierungsfunktion sind bei Borderline-Depressionen angeraten.

15.3 Maniforme Zustände

Zustände mit inadäquat gehobener Stimmungslage können auf eine komorbide bipolare Störung hinweisen, aber auch bei der Borderline-Symptomatik selbst vorkommen. Wie wir in Kapitel 6.5 dargestellt haben, ist die Abgrenzung nicht immer einfach, aber im Hinblick auf die therapeutischen Konsequenzen wichtig.

Liegt eine komorbide bipolare Störung vor, sollte sich die Behandlung der Borderline-Störung zusätzlich an den Leitlinien für bipolare Störungen orientieren (NICE 2006). Die in diesem Falle indizierte pharmakotherapeutische Mitbehandlung darf allerdings nicht dazu führen, dass die psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung vernachlässigt wird! Zudem finden sich Hinweise, dass eine bipolare Störung, die begleitend zu einer Borderline-Störung auftritt, im Vergleich zu einer bipolaren Störung ohne begleitende Borderline-Störung weniger gut auf stimmungsstabilisierende Pharmaka reagiert (Swartz et al. 2005).

Zustände mit inadäquat gehobener Stimmungslage können bei Borderline-Patienten vorkommen, wenn sie in Identifikation mit dem Täter Persönlichkeitsanteile entwickeln, bei denen Überlegenheitsgefühle mit Euphorie und Selbstidealisierung dominieren. Gregory und Remen (2008) sprechen in diesem Fall von einem *demigod perpetrator state*, einem halbgottähnlichen Zustand der Selbstidealisierung als Täter, der oft von Substanzkonsum begleitet ist. Der therapeutische Umgang mit diesen Zuständen folgt den Grundsätzen der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen (▶ Kap. 12.10).

15.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Wegen ihrer Häufigkeit und großen klinischen Bedeutung – die Komorbiditätsraten betragen 40 bis 50 %, möglicherweise sogar 79 % (▶ Kap. 6.3) – wird die Komorbidität einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in unserem ressourcenbasierten Therapiekonzept von Beginn an mitberücksichtigt. Wie wichtig dies ist, zeigt ein Befund, dass bei Borderline-Patienten die Rate der vollendeten Suizide – im Vergleich zu Suizidversuchen, die überlebt wurden – deutlich erhöht war, wenn eine komorbide PTBS vorlag (Harned et al. 2010). Die in den Kapiteln 10, 11 und 13 bereits dargestellten Interventionsempfehlungen seien an dieser Stelle noch einmal zusammenfassend aufgeführt:

In der ersten Phase der Therapie erfordert eine intrusive Symptomatik zunächst eine umfassende Psychoedukation mit Erläuterung der

oft ängstigenden Symptome der PTBS. Im nächsten Schritt kann die frühzeitige Vermittlung von *Distanzierungstechniken* dazu beitragen, Überflutungen durch optische, akustische, emotionale und andere Flashbacks einzugrenzen. Wir wenden folgende Distanzierungstechniken an:

- Um intrusive Bilder, Gedanken, Gefühle oder andere intrusive Phänomene »wegzupacken«, hat sich vor allem die *Containertechnik* (auch: Tresortechnik) bewährt. Sie ist leicht lehrbar und von hoher Effektivität. Entscheidend ist es, die Patientinnen bei anfänglichen Schwierigkeiten zum weiteren Üben zu ermutigen und sie nicht mit der Technik allein zu lassen, sondern auftretende Schwierigkeiten geduldig im therapeutischen Kontakt zu klären. Hinweise zum Umgang mit Schwierigkeiten bei der Anwendung der Containertechnik finden sich bei Reddemann et al. (2011) und Wöller (2013, S. 338 f.).
- Patienten, die die Containertechnik für sich nicht als hilfreich empfinden, können Varianten der *Bildschirmtechnik* zur Distanzierung von traumatischen Intrusionen anwenden: das auf eine imaginäre Leinwand projizierte Flashback-Bild kann mithilfe einer imaginären Fernbedienung bis zur Unkenntlichkeit verändert oder schrittweise bis auf einen Punkt verkleinert oder verändert werden. Oder es kann durch Unterbrechung der »Stromzufuhr« eines imaginären Projektors zum Verschwinden gebracht werden (Wöller 2013, S. 338 ff.).
- Auch *Klopftechniken* der Energetischen Psychologie (►Kap. 7.4.2) bewirken meist eine gewisse Distanzierung, wenn auch nicht so effektiv wie die genannten imaginativen Techniken.
- Schließlich kann auch *einfaches Ablenken* oder *Sport* Entlastung bringen, wenn Imaginationen nicht helfen.

Sobald hinreichende Stabilität eingetreten ist, sollten Möglichkeiten der *Traumabearbeitung* geprüft werden. Dies gilt umso mehr, als die Symptomatik einer PTBS häufig auf Traumatisierungen verweist, die nicht in der frühen Kindheit, sondern im späteren Lebensalter oder in der jüngeren Vergangenheit stattgefunden haben, gut erinnerbar und deshalb einer Behandlung relativ gut zugänglich sind. Allerdings kann eine komorbide dissoziative Symptomatik (►Abschn. 15.5) einer Traumabearbeitung Grenzen setzen (Wöller 2013, S. 570 ff.).

Zu beachten ist, dass die Empfehlung der internationalen Leitlinien zur Behandlung der PTBS (Forbes et al. 2007; NICE 2005), frühzeitig traumakonfrontative Methoden einzusetzen, beim Vorliegen einer Borderline-Störung wegen der Gefahr einer iatrogenen Retraumatisierung nicht anwendbar ist. Die neue deutsche »S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung« (Flatten et al. 2013) weist ausdrücklich auf die Bedeutung einer ausreichenden Emotionsregulierung als Voraussetzung für die Anwendung traumakonfrontativer Techniken hin.

In Kapitel 13 dieses Buches wurden Techniken zur schonenden Traumabearbeitung vorgestellt, die bei sorgfältiger Indikationsstellung und umsichtigem Vorgehen die traumabearbeitende Behandlung einer intrusiven PTBS-Symptomatik auch dann ermöglichen, wenn gleichzeitig eine Borderline-Störung besteht.

15.5 Dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen, die bei 41 bis 72,5 % der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als Komorbidität vorkommen (►Kap. 6.3), gelten als eine häufige und typische Folge von Kindheitstraumatisierungen (Foote et al. 2006).

Psychodynamisch verstehen wir die dissoziativen Symptombildungen als Versuch der *Abkoppelung traumatischer Inhalte* zum Schutz vor emotionaler Überflutung und zur Sicherstellung der Alltagsfunktionalität. Diese Abkopplung bewirkt eine Diskontinuität des bewussten Erlebens und eine Fragmentierung sowie Kompartimentalisierung des Gedächtnisses (Spiegel 1997). Im Kontext schwerer Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen hatten dissoziative Symptome die Funktion, die Bindungsbeziehung zu den primären Bezugspersonen trotz Misshandlung und Vernachlässigung zu erhalten. Neuere prospektive Langzeitstudien deuten darauf hin, dass fehlende Responsivität und gestörte Kommunikation der frühen Bezugspersonen entscheidende Prädiktoren für die Entwicklung dissoziativer Störungen im Erwachsenenalter sind (Dutra et al. 2009; Lyons-Ruth et al. 2006).

Im Hinblick auf die Therapieplanung empfiehlt sich eine Differenzierung der *Schweregrade* der dissoziativen Symptome. Das Spektrum reicht von flüchtigen Depersonalisations- und Derealisationsphänomenen über dissoziative Amnesien in Form von Erinnerungslücken bis hin zu strukturellen Dissoziationen der Persönlichkeit, deren extremste Ausprägungen uns in schweren dissoziativen Anfällen oder in der Symptomatik der Dissoziativen Identitätsstörung begegnen (Boon et al. 2013; Gast 2011; Huber 2003, 2010; Mattheß 2013; Mattheß u. Schüepp 2013; van der Hart et al. 2008).

Die bei Borderline-Patienten am häufigsten vorkommenden *dissoziativen Amnesien* in Form von Erinnerungslücken für traumatische Erfahrungen und traumaassoziierte Alltagsbelastungen und die ebenfalls häufigen *Depersonalisations- und Derealisationssymptome* werden bereits in unserem Therapiekonzept berücksichtigt, da ressourcenaktivierende und Ich-stärkende Maßnahmen am ehesten dazu beitragen, durch eine verbesserte Emotionsregulierung den dissoziativen Reaktionen den Boden zu entziehen.

Zu beachten ist, dass dissoziative Phänomene bei der Diagnostik leicht übersehen werden, denn sie werden von den Patienten oft nicht spontan berichtet – aus Scham oder weil sie sie selbst nicht bemerkt haben (Gast et al. 2001; Kluft 1991). Auch bei einer offensichtlich guten Arbeitsbeziehung bleiben leichtere oder auch schwere Dissoziationen oft über längere Zeit unentdeckt. Fragebögen zur Selbstbeurteilung wie der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS; Freyberger et al. 1999) können als Screening-Instrumente eine wertvolle Hilfe sein. Da falsch-negative Antworten nicht selten sind, bedürfen seine Ergebnisse immer der klinischen Interpretation und Reflexion.

Stehen die dissoziativen Symptome so sehr im Vordergrund, dass ressourcenaktivierende Maßnahmen zur Emotionsregulierung nicht ausreichen, gelten die folgenden Hinweise, die – bei schmaler empirischer Datenlage (Brand et al. 2009a, 2009b) – vorwiegend auf klinischer Erfahrung beruhen (Kluft 1996; Putnam 2003; Turkus u. Kahler 2006; van der Hart et al. 2008):

- Die Patienten werden angehalten, *frühzeitig* darauf zu achten, ob sich ihre Bewusstseinslage ändert. In der Regel setzen dissoziative Ich-Zustände nicht schlagartig ein, sondern durchlaufen zunächst ein Übergangsstadium veränderten Bewusstseins, bevor eine Veränderung des Ich-Bewusstseins eintritt. Auch Zustände einer voll ausgebildeten Depersonalisation treten in der Regel nicht plötzlich ein, sondern kündigen sich durch eine zunächst mildere Veränderung des Bewusstseins an.
- In diesem Übergangsstadium, das manchmal sehr kurz sein kann, ist in der Regel noch ein *entschlossenes Handeln* mit dem Vorsatz, im Hier und Jetzt zu bleiben, möglich. Bei entsprechender Bereitschaft können die Patienten lernen, innerhalb dieses

Zeitfensters ihre Aufmerksamkeit gezielt auf äußere Sinnesreize zu lenken und somit das weitere »Wegdriften« in emotionale Persönlichkeitszustände der Vergangenheit zu verhindern. Am wirksamsten sind haptische (Eisbeutel, Igelball) oder olfaktorische Reize (Parfüm, Gerüche wie Ammoniak). Die Patienten sollen verstehen, dass sie den Willen, im Hier und Jetzt zu bleiben, aufbringen und die Verantwortung dafür übernehmen müssen.

- Im nächsten Schritt sollen die Patienten sich bemühen, *Auslöser für dissoziatives Reagieren* zu identifizieren und die auslösenden Emotionen nicht durch Dissoziation abzuwehren, sondern bewusst wahrzunehmen. Da es sich dabei um belastende emotionale Zustände handelt, werden die Patienten dazu umso eher bereit sein, wenn sie Techniken der Selbstberuhigung (► Kap. 10.1), der Affektdifferenzierung (► Kap. 11.4) und des achtsamen Beobachtens (► Kap. 11.5) beherrschen.
- Schon stärker dissoziierte Patienten sind nur mit deutlicher Ansprache und gut vernehmbarer Stimme zu erreichen. Die Therapeutin nennt der Patienten das aktuelle Datum und den aktuellen Aufenthaltsort und ermutigt sie energisch, sich durch Betrachtung der Umgebung davon zu überzeugen, dass sie sich in der Gegenwart und in Sicherheit befindet. Haptische und Geruchsreize können den Prozess der Reorientierung unterstützen.

Schwere strukturelle Dissoziationen der Persönlichkeit benötigen eigene Therapiekonzepte, die an anderer Stelle dargestellt sind, z. B. bei Mattheß und Nijenhuis (2013) und Reddemann et al. (2011).

Die *pharmakotherapeutischen Möglichkeiten* zur Behandlung dissoziativer Symptome sind sehr begrenzt. Zur Akutbehandlung akuter dissoziativer Zustände wird Lorazepam (Tavor®, verschiedene Generika) empfohlen. Bei dissoziativen Pseudohalluzinationen (► Kap. 6.4) kann die Gabe von atypischen Antipsychotika, insbesondere Aripiprazol (Abilify®) und mit Einschränkungen aufgrund seines Nebenwirkungsprofils Olanzapin (Zyprexa®, verschiedene Generika)[1] erwogen werden (► Kap. 10.9). Ansonsten gibt es bisher keine evidenzbasiert abgesicherte pharmakotherapeutische Behandlung dissoziativer Symptome (Brand et al. 2012; Gentile et al. 2013).

Allerdings liegen eigene ermutigende Erfahrungen zur Gabe *niedrig dosierter Opiatantagonisten* bei dissoziativer Symptomatik vor (Pape u. Wöller 2014; Wöller u. Pape 2013, S. 282 f.). Die Mehrzahl der von uns mit Naltrexon (Nemexin®, verschiedene Generika) im Dosisbereich von 2 bis 6 mg/d behandelten Patienten beschrieb eine klarere Wahrnehmung der Umgebung und des eigenen inneren Erlebens; Realitätseinschätzung und -bewältigung besserten sich ebenso wie die Körper- und Affektwahrnehmung deutlich. Besonders wegen ihrer geringen Nebenwirkungen kann die Gabe niedrig dosierter Opiatantagonisten die primär psychotherapeutische Behandlung dissoziativer Störungen nach unseren Erfahrungen wirksam unterstützen, jedoch niemals ersetzen. Immer muss bedacht werden, dass mit der Verminderung dissoziativer Symptome auch ein notwendiger Schutz wegfällt, der für die Patienten eine noch nicht zu bewältigende Überforderung darstellen kann. In praktischer Hinsicht ist zu beachten, dass die Substanz für die Indikation »Dissoziative Störungen« bisher nicht zugelassen ist und der Off-Label-Gebrauch eine besonders gründliche Aufklärung erfordert. Da das Medikament in der niedrigen Dosis nicht zum Ver-

1 Wegen des Nebenwirkungsprofils nur bei gleichzeitig vorhandenen psychotischen Symptomen anzuwenden.

kauf angeboten wird, muss es von einer Apotheke eigens dafür zubereitet werden.

15.6 Schlafstörungen und Albträume

Die Schlafstörungen von Borderline-Patienten – Schlaffragmentierung, Veränderungen des Slow-Wave- und des REM-Schlafs und dysphorisches Träumen – haben extrem negative Effekte auf die Befindlichkeit, den Affekt und die Kognitionen im Wachen (Simor u. Horváth 2013). Folgen sind unter anderem emotionale Labilisierung, Konzentrationsprobleme und Probleme des sozialen Funktionierens. Die Schlafstörungen stehen offenbar im direkten Zusammenhang mit der Schwere der Borderline-Pathologie und bessern sich mit der Besserung der Gesamtsymptomatik (Plante et al. 2013).

Wegen der erheblichen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens sollten Schlafstörungen in jedem Falle behandelt werden (Philipsen u. Riemann 2011; Simor et al. 2010; Wöller u. Pape 2013, S. 284 f.). Zur Behandlung der Schlafstörungen sollten zunächst edukative Interventionen zu Schlafgewohnheiten und zur Regulierung der Tagesrhythmik erfolgen. Feste Einschlaf- und Aufstehzeiten, regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung und Begrenzung des Alkohol- und Koffeinkonsums gehören dazu. Welche Maßnahmen darüber hinaus hilfreich sind, ist individuell sehr verschieden. Einige Patienten wenden erfolgreich imaginative Techniken wie z. B. die Übung des »sicheren Ortes« an, um einzuschlafen; andere praktizieren Entspannungstechniken wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (2011); wieder andere finden durch beruhigende Lektüre oder Filme in den Schlaf.

Trotz dieser Maßnahmen können Schlafstörungen bei Borderline-Betroffenen äußerst hartnäckig sein und pharmakologische Interventionen unverzichtbar machen. Geeignet sind sedierende Antidepressiva wie Mirtazapin (Remergil®, verschiedene Generika) und Agomelatin (Valdoxan®) oder niedrigpotente Neuroleptika wie Pipamperon (Dipiperon®, verschiedene Generika) und Quetiapin (Seroquel®, verschiedene Generika). Benzodiazepinrezeptoragonisten wie Imidazopyridine (z. B. Zolpidem; Stilnox®, verschiedene Generika) oder Cyclopyrrolone (z. B. Zopiclon; Ximovan®, verschiedene Generika), die eine stärkere schlaffördernde Wirkung haben, dürfen wegen der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung nur vorübergehend verordnet werden (►Kap. 10.9). Zur Behandlung von Albträumen hat es sich bewährt, die Patienten, sofern sie durch die Albträume aufwachen, anzuleiten, dem Albtraum einen neu zu erfindenden besseren Ausgang zu geben. Die Patienten werden gebeten, den Inhalt des Albtraums niederzuschreiben und im erwünschten Sinne zu modifizieren; den veränderten Text sollen sie sich täglich für die Dauer von 10 bis 20 Minuten vorlesen (Krakow et al. 2001).

15.7 Essstörungen

Essstörungen, vor allem Bulimie und Binge-Eating und in zweiter Linie Anorexien, sind weitere häufige komorbide Störungen, besonders bei Frauen mit einer Borderline-Störung (Reich et al. 2013; Schweiger u. Sipos 2011). Wir verstehen sie als Bewältigungsformen bei affektiver Dysregulation; die Aufnahme größerer Menge von Nahrung hat ebenso einen stimmungsaufhellenden Effekt wie das selbstinduzierte Erbrechen oder die extreme Reduktion der Nahrungsaufnahme (Ambwani u. Morey 2013; Sansone u. Sansone 2013; Selby et al. 2012).

In vielen Fällen geht mit der klinischen Besserung der Borderline-Störung ein Rückgang des essgestörten Verhaltens einher, sodass eine

spezielle Therapiekonzeption zur Behandlung der komorbiden Essstörung nicht zwingend notwendig ist. In anderen Fällen hängt es vom Ausmaß der mit der Essstörung einhergehenden Selbstschädigung ab, welche Priorität dem essgestörten Verhalten in der Behandlungsplanung einzuräumen ist. So erfordert eine *anorektische Symptomatik* immer eine klare Vereinbarung zur Einhaltung eines Mindestgewichts; bei regelmäßigem *selbstinduziertem Erbrechen* sind Vereinbarungen und Regelungen unverzichtbar, um die Patientinnen vor vital bedrohlichen Störungen des Elektrolythaushalts zu schützen.

Wenn die Selbstschädigung nicht das Ausmaß einer vitalen Gefährdung angenommen hat, sollte die Entscheidung, zu welchem Zeitpunkt der Borderline-Therapie die Essstörung zu fokussieren ist, in gemeinsamer Abstimmung mit den Patientinnen getroffen werden. Wir brauchen dafür ihre Motivation und Mitarbeit; denn auch wenn die Emotionsregulierung verbessert ist, müssen wir von ihnen die Bereitschaft und einen *klaren Entschluss* verlangen, auf essgestörtes Verhalten zu verzichten. Es macht wenig Sinn, sie zu überfordern, indem wir von ihnen die Aufgabe aller selbstschädigenden Verhaltensweisen gleichzeitig erwarten. Zuweilen ist es ratsam, die therapeutische Beschäftigung mit dem essgestörten Verhalten zugunsten der Arbeit an Verhaltensweisen mit höherem Selbstgefährdungspotenzial – beispielsweise Selbstverletzung oder Substanzkonsum – aufzuschieben, und erst dann, wenn die Patientinnen bereit sind, uns einen entsprechenden Auftrag zu erteilen, mit der Bearbeitung der Essstörung zu beginnen.

Ist ein solcher Auftrag erteilt, entspricht der *therapeutische Umgang* mit komorbiden Essstörungen im Wesentlichen demjenigen bei anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen, im Einzelfall ergänzt durch notwendige Gewichts- und Laborkontrollen. Die Interventionen sollen die Emotionsregulierung so verbessern, dass die Patientinnen zur Kontrolle ihrer Affekte nicht mehr auf essgestörtes Verhalten zurückgreifen müssen. Neben der Identifizierung auslösender Momente für essgestörtes Verhalten geht es vor allem um

- die Förderung der *Affektwahrnehmung* in den Auslösesituationen mit dem Ziel, globale undifferenzierte Affektzustände im Hinblick auf ihre Vergangenheits- und Gegenwartsanteile zu differenzieren (►Kap. 11.4) und
- die Anwendung von *Distanzierungstechniken* zum Schutz vor überflutenden Affekten sowie die Nutzung *ressourcenaktivierender Techniken* zur Generierung positiver emotionaler Zustände.

15.8 Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch ist eine äußerst bedeutsame und häufige komorbide Bedingung der Borderline-Störung. Bei Männern mit einer Borderline-Störung ist Substanzmissbrauch die häufigste Form der Komorbidität (Sansone u. Sansone 2011). Familiäre und genetische Faktoren erhöhen das Risiko für die Ausbildung beider Störungsbilder (Distel et al. 2012).

Wenn eine Borderline-Störung mit Alkoholmissbrauch einhergeht, ist dies nicht nur mit höherer Arbeitslosigkeit und schlechteren Schulleistungen verbunden, sondern auch mit einer stärken Neigung zu Promiskuität, dissozialem Verhalten und einer höheren Suizidrate (van den Bosch et al. 2001; Miller et al. 1993). Wenn substanzabhängige Patienten einen Suizid vollenden, liegt dem besonders häufig eine Borderline-Störung zugrunde (Pirkola et al. 1999). In der Borderline-Kohortenstudie von Stone (1990) war komorbider Substanzkonsum der stärkste Prädiktor für vollendete Suizide. Dieser Sachverhalt gewinnt besondere Bedeutung angesichts von Befunden, die zeigen, dass Borderline-Patienten be-

sonders häufig und hochdosiert Opiate verschrieben werden (Tragesser et al. 2013).

Wir verstehen den Substanzkonsum als einen Versuch der *Selbstmedikation* zur Regulierung Borderline-typischer Affekt- und Spannungszustände und zur Distanzierung von intrusiven Phänomenen bei begleitender Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) (Khantzian 1997; Messman-More et al. 2009; Najavits 2008). Auf der symbolischen Ebene kann der Substanzkonsum zum *Substitut* für eine beruhigende und versorgende Bezugsperson werden, über die ohne Bedrohung Autonomie erlebt werden kann. Nicht selten sehen sich substanzabhängige Borderline-Patienten nur mithilfe des Suchtmittelkonsums in der Lage, ihre innerpsychischen Konflikte zu ertragen. Vereinbar mit diesem psychodynamischen Verständnis sind Befunde, die darauf hindeuten, dass Bindungsverhalten und der Konsum abhängigkeitsfördernder Substanzen durch die gleichen neuronalen Strukturen vermittelt werden (Bartels u. Zeki 2004; Moles et al. 2004).

Betrachten wir das Substanzkonsumverhalten von Borderline-Patientinnen, so finden wir bei ihnen im Vergleich zu anderen Substanzkonsumenten folgende wichtige Besonderheiten (Breitenbach u. Requardt 2001):

- Die Patienten präsentieren meist *keine kontinuierliche Vorgeschichte* von Substanzkonsum, Substanzabhängigkeit und Entzugserfahrungen.
- Viele Betroffene sind in der Lage, gleichsam »von Null auf Hundert« große Mengen von Alkohol und anderen Substanzen zu sich zu nehmen und diese trotz hohen Konsums ebenso plötzlich und ohne nennenswerte psychische Entzugserscheinungen wieder abzusetzen.
- Sie können die konsumierten Substanzen schnell wechseln oder das Symptom des Substanzkonsums durch ein anderes Symptom – z. B. gestörtes Essverhalten – ersetzen; dieses neue Symptom tritt dann anstelle der konsumierten Substanz in den Dienst der Emotionsregulierung.
- Drogen- oder Alkoholkonsum kann *suizidale Handlungen* begünstigen oder Bestandteil suizidaler Handlungen sein.

Für die Therapie kann die Bedeutung des Substanzkonsums in der Behandlung der Borderline-Störung nicht hoch genug eingeschätzt werden. Ohne spezifische Beachtung verschlechtert ein begleitender Substanzkonsum die Erfolgsaussichten vieler Borderline-Therapien (Ryle u. Golynkina 2000). Von allen anderen komorbiden Bedingungen hatte Substanzkonsum den stärksten negativen Effekt auf den Verlauf (Links et al. 1995).

Unser ressourcenbasiertes Therapiekonzept eignet sich grundsätzlich auch zur Behandlung von Borderline-Patienten mit begleitendem Substanzkonsum. Der schädliche Gebrauch von Substanzen wird als eine – neben selbstverletzendem Verhalten, Essstörungen und risikoreichen Verhaltensweisen – weitere Möglichkeit aufgefasst, Probleme der Emotionsregulierung zu bewältigen, und wird in das gemeinsame Ringen um die Verbesserung der Selbstfürsorge einbezogen. Wesentliche Elemente des Konzepts wie die Vermittlung einer sicherheit- und haltgebenden Beziehung, die Stärkung der Bewältigungskompetenzen und die Arbeit an defizitären Ich-Funktionen bestimmen die Arbeit mit Borderline-Patienten auch dann, wenn ein komorbider Substanzkonsum vorliegt.

Wir können nicht davon ausgehen, dass Patienten mit einer Borderline-Störung uns in jedem Falle von sich aus mitteilen, dass sie Substanzen konsumieren – aus dem verständlichen Grund, ein bewährtes Mittel zur Emotionsregulierung nicht aus der Hand geben zu wollen. Wir kommen also nicht umhin, sie *gezielt danach zu fragen* und gegebenenfalls eine aktive Auseinandersetzung mit dieser Problematik einzufordern. Weder dürfen wir uns von ihnen verführen lassen, in gemeinsamer

Verleugnung den Substanzkonsum zu übersehen, noch halten wir es für aussichtsreich, die vollständige Abstinenz zur Behandlungsvoraussetzung zu machen und im Vertrauen auf die Zusage der Patienten davon auszugehen, dass sie diese auch während der gesamten Dauer der Therapie einhalten werden.

Die Herausforderung besteht darin, den Substanzkonsum durch *klare Vereinbarungen* zu begrenzen, ohne in eine allzu rigide Begrenzungshaltung zu verfallen – letztlich erhöht Begrenzung die Gefahr der Unehrlichkeit und Pseudoabstinenz. Andererseits wäre es auch im Falle von Vereinbarungen verfehlt, sich allein auf die Ehrlichkeit der Patienten verlassen zu wollen; es ist nicht wahrscheinlich, dass Patienten mit chronischem Substanzmissbrauch über längere Zeit vollständig abstinent bleiben. Wir erwarten daher von den Patienten, dass sie sich in unregelmäßigen Abständen *Laborkontrollen* unterziehen und erläutern dies mit unserem *fürsorglichen Misstrauen*. Indem wir anerkennen, dass die Neigung zur Unwahrheit für die meisten Substanzkonsumenten zu einer unreflektierten Gewohnheit geworden ist, nehmen wir sie in diesem Spezifikum ihres Störungsbilds gerade ernst. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Borderline-Patienten sich entlastet fühlen, wenn wir ihnen ein gegenseitiges »wohlwollendes Misstrauen« vorschlagen.

T: Ich schlage vor, dass wir uns beide auf eine gute Weise misstrauen dürfen. Jeder von uns könnte Dinge tun, die für einen von uns oder für die Therapie ungünstig sind, ohne es wirklich zu wollen. Dann wäre dieses »gute Misstrauen« ein Schutz. Was halten Sie davon?
P: Damit kann ich eigentlich gut leben.
T: Deshalb brauche ich auch regelmäßige Laborkontrollen, um Sie behandeln zu können.
P: Dann muss ich das wohl akzeptieren.

Das therapeutische Vorgehen wird auch davon abhängen, ob ein *schädlicher Substanzgebrauch* oder eine *massive Substanzabhängigkeit* vorliegt. Im letzteren Falle würden wir entweder einen Suchtexperten zur Beratung hinzuziehen oder die Behandlung ganz in die Hände einer Expertin legen, die sich auf die Kombination von Borderline-Störung und Substanzabhängigkeit spezialisiert hat.

Wenn bei einer Borderline-Störung neben dem Substanzkonsum auch noch eine *PTBS-Symptomatik* besteht, ist zu bedenken, dass Intrusionen durch Abstinenz nicht automatisch geringer werden, sondern zu Beginn der Abstinenzzeit zunächst noch zunehmen können. Inzwischen liegen verschiedene traumaorientierte Ansätze zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen und PTBS vor, die unserem Ansatz in vieler Hinsicht ähnlich und auch für Patienten mit der Dreifachkomorbidität – bestehend aus Borderline-Störung, Substanzmissbrauch und PTBS – zu empfehlen sind (Lüdecke et al. 2013; Najavits 2008; Schäfer u. Najavits 2007).

Literatur

Ambwani S, Morey LC (2013). Food consumption as affect modulation in borderline personality. J Pers Disord [Epub ahead of print].

Bartels A, Zeki S (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. Neuroimage; 21: 1155–66.

Boon S, van der Hart O, Steele K (2013). Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn: Junfermann.

Brand BL, Classen CC, McNary SW, Zaveri P (2009 a). A review of dissociative disorders treatment studies. J Nerv Ment Dis; 197: 646–54.

Brand B, Classen C, Lanins R et al. (2009 b). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. Psychol Trauma Ther Res Pract Policy; 1: 153–71.

Brand BL, Lanius R, Vermetten E et al (2012). Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. J Trauma Dissoc; 13: 9–31.

Breitenbach G, Requardt H (2001). Borderlinestörungen und süchtiges Verhalten. In: Zerdick J (Hrsg). Suchtmedizin im Dialog: 9. Suchtmedizinischer Kongress der DGS, 3.–5. November 2000 in Münster/Westfalen. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 165–78.

Distel MA, Trull TJ, de Moor MM et al. (2012). Borderline personality traits and substance use: genetic factors underlie the association with smoking and ever use of cannabis, but not with high alcohol consumption. J Pers Disord; 26: 867–79.

Dutra L, Bureau J, Holmes B et al. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. J Nerv Ment Dis; 197: 383–90.

Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. (2013). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.

Foote B, Smolin Y, Kaplan M et al. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry; 163: 623–9.

Forbes D, Creamer M, Phelps A et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Aust N Z J Psychiatry; 41, 637–48.

Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (1999). Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. FDS. Testmanual. Bern, Göttingen: Huber.

Gast U (2011). Dissoziative (Identitäts-)Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und therapeutische Implikationen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 412–28.

Gast U, Rodewald F, Kersting A, Emrich HM (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-)Störungen. Psychotherapeut; 46: 289–300.

Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM (2013). Psychotherapy and Pharmacotherapy for Patients with Dissociative Identity Disorder. Innov Clin Neurosci; 10: 22–9. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615506 (Zugriff am 31.01.2014).

Gregory RJ, Remen AL (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. Psychother Theory Res Pract Train; 45: 15–27.

Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT et al. (2005). Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. J Consult Clin Psychol; 73: 78–85.

Gunderson JG, Morey LC, Stout RL et al. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. J Clin Psychiatry; 65: 1049–56.

Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry; 167: 1210–7.

Hartkamp N, Wöller W, Ott J, Langenbach M, Tress W (2001). Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus. In: Tress W, Wöller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (Hrsg). Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie der AWMF und Quellentext. Stuttgart: Schattauer; 123–6.

Hilsenroth MJ, Defife JA, Blake MM, Cromer TD (2007). The effects of borderline pathology on short-term psychodynamic psychotherapy for depression. Psychother Res; 17: 175–88.

Huber M (2003). Trauma und Traumabehandlung 2. Wege der Traumabehandlung. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Huber M (2010). Multiple Persönlichkeiten. Seelische Zersplitterung nach Gewalt. Paderborn: Junfermann.

Jacobson E (2011). Entspannung als Therapie: Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg OF (2011). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 15. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Khantzian EJ (1997). The self-medication hypothesis of drug use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry; 4: 231–44.

Klein DN, Schwartz JE (2002). The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in dysthymic disorder. J Pers Disord; 16: 523–35.

Kluft RP (1991). Clinical presentation of multiple personality disorder. Psychiatr Clin North Am; 14: 605–30.

Kluft RP (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. Am J Psychiatry; 153 (Suppl): 103–10.

Krakow V, Hollifield M, Johnston L et al. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. JAMA; 286: 584–8.

Leichsenring F (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. Bull Menninger Clin; 68: 9–22.

Levy KN, Edell WS, McGlashan TH (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. Psychiatr Q; 78: 129–43.

Links PS, Heslegrave RJ, Mitton JE et al. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences and comorbidity. Can J Psychiatry; 40: 9–14.

Lüdecke C, Voigt W, Teunißen S, Schäfer I (2013). Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer; 447–64.

Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder M, Bianchi I (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? Psychiatr Clin North Am; 29: 63–86.

Mattheß H (2013). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 113–35.

Mattheß H, Nijenhuis E (2013). Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 570–93.

Mattheß H, Schüepp R (2013). Dissoziative Störungen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer; 421–36.

Messman-Moore TL, Ward RM, Brown AL (2009). Substance use and PTSD symptoms impact the likelihood of rape and revictimization in college women. J Interpers Violence; 24: 499–521.

Miller FT, Abrams T, Dulit R, Fyer M (1993). Substance abuse in borderline personality disorder. Am J Drug Alcohol Abuse; 19: 491–7.

Moles A, Kieffer BL, D'Amato FR (2004). Deficit in attachment behavior in mice lacking the μ-opioid receptor gene. Science; 304: 1983–6.

Najavits LM (2008). Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden«. Göttingen: Hogrefe.

NICE, National Institute of Clinical Excellence (2005). Clinical guideline 26: posttraumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Collaborating Centre for Mental Health. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026NICEguideline.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

NICE, National Institut for Clinical Excellence (2006). Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Collaborating Centre for Mental Health. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg38fullguideline.pdf (Zugriff am 31.01.2014).

Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. Br J Psychiatry; 188: 13–20.

Pape W, Wöller W (2014). Niedrig dosiertes Naltrexon in der Behandlung dissoziativer Symptome. Nervenarzt (im Druck).

Philipsen A, Riemann D (2011). Schlafstörungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 510–4.

Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME et al. (1999). Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male – results from a nationwide psychological autopsy study. Compr Psychiatry; 40: 101–7.

Plante DT, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC (2013). Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. J Psychosom Res; 74: 278–82.

Putnam FW (2003). Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn: Junfermann.

Reddemann L, Gast U, Hofmann A (2011). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungs-

spezifisch und schulenübergreifend. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Reich G, Klütsch V, Frost U, von Boetticher A (2013). Essstörungen und komplexe Traumafolgestörungen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer; 465–85.

Rohde-Dachser C (2010). Schwermut als Objekt. Über Struktur und Inhalt der Borderline-Depression. Psyche – Z Psychoanal; 64: 862–89.

Ryle A, Golynkina K (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. Br J Med Psychol; 73: 197–210.

Sansone RA, Sansone LA (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. Innov Clin Neurosci; 8: 16–20.

Sansone RA, Sansone LA (2013). The relationship between borderline personality and obesity. Innov Clin Neurosci; 10: 36–40.

Schäfer I, Najavits LM (2007). Clinical challenges in the treatment of posttraumatic stress disorder and substance abuse. Curr Opin Psychiatry; 20: 614–8.

Schweiger U, Sipos V (2011). Komorbidität von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörung. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 482–91.

Selby EA, Doyle P, Crosby RD et al. (2012). Momentary emotion surrounding bulimic behaviors in women with bulimia nervosa and borderline personality disorder. J Psychiatr Res; 46: 1492–500.

Simor P, Horváth K (2013). Altered sleep in borderline personality disorder in relation to the core dimensions of psychopathology. Scand J Psychol; 54: 300–12.

Simor P, Csóka S, Bódizs R (2010). Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: fantasy as a coping skill? Eur J Psychiatry; 24: 28–37.

Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM et al. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. Am J Psychiatry; 168: 257–64.

Spiegel D (1997). Trauma, dissociation, and memory. In: Yehuda R, McFarlane A (eds). Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. New York: New York Academy of Sciences; 225–37.

Stone MH (1990). The Fate of Borderline Patients. New York: Guilford Press.

Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E et al. (2005). Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. Bipolar Disord; 7: 192–7.

Tragesser SL, Jones RE, Robinson RJ et al. (2013). Borderline personality disorder features and risk for prescription opioid use disorders. J Pers Disord; 27: 427–41.

Turkus JA, Kahler JA (2006). Therapeutic interventions in the treatment of dissociative disorders. Psychiatr Clin North Am; 29: 245–62.

Van den Bosch LMC, Verheul R, van den Brink W (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. J Pers Disord; 15: 416–24.

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2008). Das verfolgte Selbst. Trauma und Dissoziation. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung: Paderborn: Junfermann.

Westen D, Moses MJ, Silk KR et al. (1992). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders and major depression: when depression is not just depression. J Pers Disord; 6: 382–93.

Wilson S, Stanley B, Oquendo M et al. (2007). Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. J Clin Psychiatry; 68: 1533–39.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 277–87.

Wöller W, Pape W (2013). Symptomkontrolle. In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 277–87.

Wöller W, Langenbach M, Ott J, Hartkamp N, Tress W (2001). Therapie von Persönlichkeitsstörungen. In: Tress W, Wöller W, Hartkamp N et al. (Hrsg). Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer; 47–68.

16 Familie und andere Angehörige

16.1 Familienorientierte Interventionen

Der Krankheitsverlauf der Borderline-Störung wird im positiven wie im negativen Sinne entscheidend durch die familiären Umstände mitbestimmt. Ein instabiles familiäres Umfeld hat unmittelbare ungünstige Wirkungen auf den Behandlungsverlauf, während stabile familiäre Umstände die schlimmsten Folgen der Störung abpuffern können (Bradley et al. 2005).

Ein konflikthaftes familiäres Umfeld ist bei Patienten mit einer Borderline-Störung eher die Regel als die Ausnahme. Zu den Konflikten tragen nicht nur die Beziehungsstörungen und Verhaltensmuster der Patienten, sondern auch die ihrer Partner, Eltern und anderer Familienangehöriger bei, vor allem dann, wenn diese selbst unter einer Borderline-Störung leiden. Im Einzelnen finden wir die folgenden Problembereiche (Cierpka 1998; Cierpka u. Reich 2011; Reich 2003):

- Wenn Eltern, Partner oder andere Angehörige der Patienten eigene *Störungen der Emotionsregulierung* auf selbst- und fremdschädigende Weise zu kompensieren versuchen und ihre Regulationsbedürfnisse auf aggressive, impulsive und manipulative Weise zum Ausdruck bringen, wird das ohnehin ausgeprägte Bedrohungserleben der Borderline-Patienten weiter verstärkt. Zwangsläufig werden bei ihnen Persönlichkeitsanteile aktiviert, die das *Bedrohungs-Verteidigungs-System* repräsentieren und sich in Verhaltensmustern von Kampf, Flucht, Einfrieren oder totaler Unterwerfung manifestieren (► Kap. 5.4).
- Die nicht nur bei den Patientinnen, sondern oft auch bei ihren Angehörigen anzutreffenden Wechsel zwischen der Suche nach *intensiver Nähe* und der Tendenz zu *aggressiv-impulsiver Distanzierung* belasten die Familien ebenso wie die ständigen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung oder die Neigung zur Spaltung in Gut und Böse.

Ob familienorientierte Interventionen sinnvoll in die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung integriert werden können, kann nur individuell entschieden werden. Grundsätzlich betrachten wir die Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie als potenzielle *Ressource*, die für die Therapie genutzt werden kann. In vielen Fällen stellen familienorientierte Interventionen sogar eine große Chance dar. Wir ziehen sie vor allem bei jüngeren Patienten in Betracht, die sich noch in ihrem familiären Umfeld aufhalten und durch die konflikthaften Umstände in ihrer Entwicklung behindert werden. Aber auch Patienten höheren Lebensalters können von familienbezogenen Interventionen profitieren, wenn mehrere Familienmitglieder gravierende psychische Störungen aufweisen. Wenn hingegen der negative Einfluss der Familie überwiegt, kann es auch einmal notwendig werden, den Patienten Unterstützung anzubieten, um sich besser vor der Einmischung von Familienangehörigen zu schützen.

Nach unserer Erfahrung sind familienorientierte Interventionen dann am aussichtsreichsten, wenn sie als *Ergänzung zu einer einzeltherapeutischen Behandlung* konzipiert werden. Während die Entwicklung defizitärer

Ich-Funktionen, die Bearbeitung der wichtigsten Traumatisierungen oder die Behandlung schambesetzter Themen am besten in einem einzeltherapeutischen Setting erfolgt, ist das familientherapeutische Setting in idealer Weise geeignet, um maladaptive intrafamiliäre Mechanismen zu identifizieren und zu modifizieren.

Hinzu kommt, dass die Veränderungen der Patienten in der Einzeltherapie immer auch Veränderungen in der Paar- oder Familiendynamik zur Folge haben; viele Patienten können sich als Folge der Therapie besser abgrenzen oder ihre Interessen entschlossener vertreten als zuvor. Da bei allen derartigen Veränderungen mit Widerstand vonseiten der Partner oder anderer Familienangehöriger zu rechnen ist, kann es bei langfristigen Behandlungen sinnvoll sein, von Beginn an Paar- bzw. Familiensitzungen einzuplanen, um die Angehörigen auf diese Veränderungen vorzubereiten.

Im Prinzip lässt sich unser ressourcenbasiertes psychodynamisches Therapiemodell auch auf familienorientierte Interventionen anwenden. Im Einzelnen:

- Meist brauchen Partner, Eltern und andere Bezugspersonen ebenso wie die Patienten selbst ein *sicherheit- und haltgebendes Beziehungsangebot*, da sie nicht selten unter einem ähnlichen Bedrohungsgefühl leiden wie die Patienten.
- *Edukative Elemente* und verständliche Informationen über schädliche und selbstfürsorgliche Strategien der Emotionsregulierung sind auch für sie von großem Nutzen. Auch sie müssen es lernen, sich zu schützen und sich abzugrenzen, wenn sie mit aggressiven Ausbrüchen oder unangemessenen Forderungen der Borderline-Patienten konfrontiert sind.
- Auch Angehörige können von Interventionen profitieren, die die *Verbesserung der Gefühlswahrnehmung* und die *Klärung interpersoneller Missverständnisse* zum Ziel haben.
- Einfache *Techniken zur Beruhigung* wie der Butterfly Hug oder Klopftechniken der Energetischen Psychologie lassen sich mit geringem Aufwand und oft erstaunlich hoher Effektivität auch an Angehörige vermitteln (►Kap. 10.1). Sie eignen sich gut, um sowohl bei den Patientinnen wie auch bei ihren Angehörigen den subjektiven Belastungsgrad konfliktauslösender Trigger zu vermindern.

16.2 Edukation für Angehörige

Edukative Interventionen sind nicht nur für die Patientinnen, sondern auch für ihre Angehörigen und Bezugspersonen von großem Wert (Schmitz 2011). Wir erläutern daher unseren Patientinnen, dass es vorteilhaft ist, unterstützungsbereite Partner, Eltern oder andere Angehörige in die Therapie einzubeziehen, und schlagen ihnen vor, mit uns gemeinsam zu überlegen, welche Angehörigen sie als unterstützend ansehen. Um deren Mitarbeit zu gewinnen, so erläutern wir weiter, ist es nützlich, auch verständnisvoll auf die Probleme einzugehen, die sie im Umgang mit den Verhaltensmustern unserer Patientinnen haben. Dabei sind uns die folgenden Hinweise wichtig (Fruzzetti 2008):

- Angehörige oder Partner sollen sich mit ihren belastenden Gefühlen der Ohnmacht und Ratlosigkeit *wahrgenommen und angenommen fühlen*, die sie erleben, wenn sie von den Patientinnen wechselnd idealisiert oder entwertet werden oder wenn bei den Patientinnen durch geringfügige Anlässe Liebesgefühle in Indifferenz und Fremdheitsgefühle umschlagen.
- Es kann für sie entlastend sein zu verstehen, warum sie diesem kaum erträglichen *Wechselbad der Gefühle* ausgesetzt sind: weil bei

den Patienten durch eine Vielzahl von Alltagserfahrungen alte traumatische Erfahrungen des Alleingelassenseins und des hilflosen Ausgeliefertseins wiederbelebt und durch die *Vermischung von Vergangenem und Gegenwärtigem* heftigste emotionale Reaktionen ausgelöst werden. Ferner, dass sie, um ihr Bedrohungsgefühl zu regulieren, sich mal idealisierend an andere Menschen anklammern und ein anderes Mal mit unerwarteter Wut, abrupter Distanzierung und heftiger Entwertung reagieren. Vor allem aber sollten die Angehörigen verstehen, dass viele der schwer verständlichen Verhaltensweisen von Borderline-Patienten der Bewältigung unerträglicher Gefühlszustände traumatischen Ursprungs dienen, zu deren Beherrschung sie mithilfe der Therapie bessere Regulationsmöglichkeiten finden sollen.

- Weil Borderline-Betroffene sich meist nur wenig bewusst sind, *wie ihr Verhalten auf andere wirkt*, können Gespräche mit Angehörigen hilfreiche Hinweise geben. Gerade weil den Patienten meist nicht klar ist, in welchem Maße sie ihre Partner und Angehörige durch die Widersprüchlichkeit ihrer Verhaltensweisen »zur Weißglut« bringen, sind wechselseitige Rückmeldungen von großem Wert. Parallel zu dem Verständnis, das die Angehörigen für die heftigen emotionalen Reaktionen der Patienten entwickeln sollen, sollen die Patienten verstehen, wie sie ihre Angehörigen durch ihre extremen und widersprüchlichen emotionalen Reaktionen in Spannung halten oder auch ängstigen.
- Oft ist es notwendig, Eltern der Patienten zu *entlasten*, wenn sie sich die Schuld an der Entstehung der Erkrankung ihrer Kinder geben oder wenn sie offen oder unausgesprochen von anderen dafür verantwortlich gemacht werden. Viele Eltern haben von sich aus das Gefühl, dass in der frühen Bindungsbeziehung etwas »nicht gut gelaufen« ist, was sie in der Regel mit äußeren Umständen – z. B. ökonomischen Bedingungen oder familiären Konflikten – erklären. Gewinnen sie den Eindruck, dass ihre ohnehin vorhandenen Insuffizienzgefühle auf eine implizit vorwurfsvolle Haltung von Therapeuten treffen, verstärkt das ihre Ängste und Selbstvorwürfe. Daher erläutern wir diesen Eltern, dass die Entstehung der Erkrankung zu komplex ist, als dass einfache Erklärungen oder gar Schuldzuweisungen gerechtfertigt wären. Entlastend sind vor allem Bemerkungen, die Eltern signalisieren, dass sie trotz aller widrigen Umstände *das Bestmögliche getan haben*.
- Nützlicher als über Fragen der Verursachung zu grübeln, so erläutern wir weiter, ist es, wenn Angehörige sich bemühen, Beiträge zur Verbesserung der Lebenssituation der Patienten zu leisten. Ein solcher Vorschlag wird in der Regel gern angenommen, weil er die Entlastung von Schuldgefühlen mit der Möglichkeit verknüpft, etwas von dem wiedergutzumachen, was früher nicht zufriedenstellend verlaufen ist. Gelegentlich müssen wir unseren Patienten erklären, dass solchermaßen entlastende Bemerkungen selbstverständlich keine Bagatellisierung möglicherweise erlittener Misshandlungs- und Missbrauchshandlungen implizieren.

16.3 Wie können Angehörige die Patienten auf ihr schädliches Verhalten ansprechen?

Was kann ein Angehöriger oder Partner tun, um ein störendes Verhalten einer Borderline-Patientin anzusprechen? Angehörige und Partner brauchen dafür dringend konkrete Hilfen und Ratschläge. Therapeutinnen scheuen oft davor zurück, ihnen diese Hilfen zu geben,

weil sie ihre Patienten verständlicherweise nicht zum Objekt eines Gespräches machen, das heißt, nicht *über sie* sprechen wollen. Ein Ausweg aus diesem Dilemma besteht darin, Gespräche mit Angehörigen immer *in Gegenwart der Patienten* durchzuführen.

Wann immer möglich, geben wir Fragen von Angehörigen, wie sie sich verhalten sollen, zur Beantwortung an die Patienten weiter: *Sie* sind die Experten für sich, und niemand anders als sie könnte besser Auskunft geben, wie ein guter Umgang mit ihnen aussehen sollte.

Nicht immer sind die Patientinnen in der Lage, nachvollziehbar mitzuteilen, wie sie behandelt werden möchten. In diesen Fällen geben wir edukativ Informationen, aber immer mit Blickrichtung zum Angehörigen *und* zur Patientin. Bei jeder Information fragen wir die Patientin, ob sie die Empfehlung für sich als zutreffend empfindet oder ob sie einen andersartigen Umgang mit sich für besser hält. Viel ist bereits gewonnen, wenn es gelingt, destruktive Interaktionsmodi zwischen Angehörigen und Patienten zu vermindern und die Wahrscheinlichkeit konstruktiver Umgangsformen zu erhöhen.

Einige konkrete Hinweise zur Gestaltung einer konstruktiven Kommunikation für Angehörige und Partner finden wir bei Mosquera et al. (2009):

- Eine Grundregel besteht darin, beim *eigenen Gefühl* zu bleiben und dieses auszudrücken.

> **A:** Ich fühle mich überhaupt nicht ernst genommen, wenn du mir nie sagst, wo du dich aufhältst.

- Partner von Borderline-Patienten sollten es vermeiden, aus einem bestimmten Verhalten des Patienten auf dessen Gefühlszustand zu schließen; dies kann sich leicht als Irrtum erweisen und Gefühle des Unverstandenseins hervorrufen. Ein häufiger Fehler besteht darin, anzunehmen, dass der andere sich in der gleichen Situation genau so fühlen müsse wie man selbst. Statt über den Gefühlszustand der Patientin zu spekulieren oder ihn zu interpretieren, raten wir den Partnern und Angehörigen, die Patientin zu fragen, wie es ihr geht und was sie fühlt.
- Die Angehörigen oder Partner sollten sich klar auszudrücken; sie sollen *deutlich sagen*, was sie sich wünschen oder erwarten. Sie können dies mit dem Hinweis verbinden, dass es nicht um einen Vorwurf oder Kritik gehen soll, sondern um die Benennung eines Wunsches oder einer Erwartung. Eine konkrete Verhaltensänderung einzufordern ist hilfreicher als die diffuse Mitteilung allgemeiner Unzufriedenheit (z. B.: »Ich fühle mich von dir nicht ernst genommen« oder »Ich fühle mich oft alleingelassen«).

> **A:** Ich habe große Probleme damit, wenn du, ohne es vorher anzukündigen, Bekannte mit nach Hause bringst, die ich nicht kenne. Ich fühle mich dann sehr unwohl. Ich will dich jetzt gar nicht kritisieren. Aber ich würde mir wünschen, dass wir gemeinsam eine Lösung für das Problem finden. Was könnten wir tun?

- Besonders wichtig ist der *Verzicht auf Verurteilungen und Verallgemeinerungen*. Dazu gehört der – nicht leicht zu realisierende Vorsatz –, dem Patienten nicht a priori eine böse oder in anderer Hinsicht negative Absicht zu unterstellen. Äußerungen wie »Du hast das gemacht, weil du mir wehtun wolltest« oder »[…] weil du faul bist« sind eine typische Quelle destruktiver Interaktionen. Statt Motive oder Absichten zu unterstellen, sollte der oder die Angehörige sich ehrlich für die *Beweggründe* des problematischen Verhaltens *interessieren*.

A: Ich habe jedes Mal Probleme, wenn du später nach Hause kommst, ohne mir vorher Bescheid zu sagen. Eigentlich weißt du, dass es mich stört. Ich glaube nicht, dass du mich damit ärgern willst. Kannst du mir erklären, warum du es so machst?
P: Ich denke einfach nicht daran. Wenn ich daran denke, ist es schon so spät, dass ich nicht mehr anrufe, weil du dann wahrscheinlich schon schläfst.
A: Hast du eine Idee, wie du mir bei meinem Problem helfen kannst?
P: Ich könnte den Wecker meines Mobiltelefons stellen, damit ich daran denke.
A: (Lacht.) Da bin ja mal gespannt, ob das klappt.

- Partner oder Angehörige müssen auch dann, wenn sie sich alle Mühe geben, ein gutes Gespräch zu führen, damit rechnen, dass die Patienten unter dem Eindruck ihres allgemein erhöhten Bedrohungserlebens »die Flöhe husten hören« und ihren Äußerungen eine andere negative Bedeutung zuordnen, indem sie aus ihnen z. B. eine herablassende Kritik oder eine abfällige Verurteilung heraushören. Um dem zu begegnen, kann es für Angehörige nützlich sein, selbst einen Teil der *Verantwortung* für das Problem zu übernehmen – nicht nur aus strategische Gründen, sondern weil sie tatsächlich einen Teil der Verantwortung tragen: An einem interpersonellen Problem ist nie nur eine Person beteiligt.

A: Vielleicht habe ich den Wunsch bisher auch nicht klar genug zum Ausdruck gebracht. Du weißt, dass es mir oft schwer fällt, deutlich zu sagen, was ich möchte.

Alle Ratschläge zur Verbesserung der Kommunikation, die wir für die Angehörigen oder Partner von Borderline-Patienten formuliert haben, *gelten selbstverständlich auch für die Patienten selbst*. Vielleicht können sie aber, solange sie noch mit schweren Problemen der Emotionsregulierung zu kämpfen haben, auf etwas *Geduld* bei ihren Partnern und Angehörigen hoffen. Eine Befreiung von der Pflicht, die gleichen Grundsätze zu beachten, würde sie jedoch im Übermaß schonen und indirekt pathologisieren.

Jenseits aller Empfehlungen sollten wir nicht versäumen, die *Anstrengung* zu würdigen, die wir beiden Seiten, dem Angehörigen des Patienten und dem Patienten selbst, mit der neuen Art der Kommunikation abverlangen. Die Anstrengung besteht darin, den eigenen aufgestauten Ärger oder die angesammelte Enttäuschung nicht »spontan« durch Vorwürfe oder Attacken auszuagieren, sondern diese Gefühle zu kontrollieren und »gefiltert« zum Ausdruck zu bringen.

Wir schlagen unseren Patienten und ihren Angehörigen oder Partnern vor, für den Fall

Tab. 16-1 Ungünstige und günstige Kommunikationsmuster

Ungünstige Kommunikationsmuster	Günstige Kommunikationsmuster
Den anderen kritisieren, Vorwürfe erheben	Bei sich bleiben, eigene Gefühle mitteilen
Dem anderen negative Absichten unterstellen	Beweggründe für Verhalten erfragen
Allgemeine Unzufriedenheit äußern	Konkrete Wünsche äußern
Sich unklar und umständlich ausdrücken	Klar den Wunsch benennen
Das Problem nur beim anderen sehen	Eigene Mitverantwortung am Problem einräumen

einer Auseinandersetzung einen kleinen Merkzettel zur Hand zu nehmen, auf dem die wichtigsten Grundsätze einer gelingenden Kommunikation zusammengefasst sind (▶ Tab. 16-1).

Literatur

Bradley R, Jenei J, Westen D (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. J Nerv Ment Dis; 193: 24–31.

Cierpka M (1998). Patienten mit Borderline-Störungen und ihre Familien. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 1: 22–31.

Cierpka M, Reich G (2011). Familientherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 794–804.

Fruzzetti AE, Shenk C (2008). Fostering validating responses in families. Soc Work Ment Health; 6: 215–27.

Mosquera D, Ageitos L, Bello MJ, Pitarch S (2009). Llenando el vacío. Un espacio para la familia. Programa psicoeducativo para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad. Madrid: Pléyades.

Reich G (2003). Familien- und Paarbeziehungen bei Persönlichkeitsstörungen – Aspekte der Dynamik und Therapie. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 2: 72–83.

Schmitz B (2011). Psychoedukation für Patienten und Angehörige. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 766–76.

17 Partnerschaft und Sexualität

17.1 Allgemeines

Die emotionale Instabilität, die verzerrte innere Repräsentanzenwelt und der häufige Wechsel von Persönlichkeitszuständen wirken sich in besonderem Maße auf die partnerschaftlichen Beziehungen von Borderline-Betroffenen aus.

Eine Untersuchung an Paaren, von denen ein Partner unter einer Borderline-Störung litt, fand im Vergleich zur Kontrollgruppe eine geringere Zufriedenheit in der Ehe, häufigere Trennungen und eine stärkere Neigung zu gewaltsamen Auseinandersetzungen; 30 % der Paare hatten ihre Beziehung während der 18-monatigen Beobachtungsperiode aufgelöst. Etwa die Hälfte der Männer, deren Partnerin an einer Borderline-Störung erkrankt war, erfüllte selbst die Diagnose mindestens einer Persönlichkeitsstörung (Bouchard et al. 2009b). Andererseits können stabile Partnerschaften eine protektive Wirkung und einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und die Ausprägung der Symptomatik haben (Kuhlken et al. 2013). Paardynamik und Borderline-typische Symptome beeinflussen sich in beiderlei Richtung: Eine ungünstige Paardynamik verstärkt die Borderline-Symptomatik wie auch umgekehrt eine ausgeprägte Borderline-Symptomatik die Paarproblematik verschärft (Bouchard u. Sabourin 2009).

Das häufig genannte Charakteristikum kurzdauernder und von heftiger Emotionalität geprägter Beziehungen trifft nicht auf alle Menschen mit einer Borderline-Störung zu. Zwar leben die Patienten nur etwa halb so oft in einer stabilen Paarbeziehung wie es demografisch zu erwarten wäre (Stone 1993), doch unterhalten nicht wenige auch stabile Partnerschaften, allerdings meist um den Preis selbstausbeuterischer Anpassung. Andere kapitulieren vor der Fülle der Schwierigkeiten und bleiben ohne Partnerschaft. Sie meiden die Intimität der Partnerbeziehung, nicht nur weil sie die Nähe fürchten, sondern auch, weil sie keine Vorstellung davon haben, wie Intimität gelebt werden kann. Wieder andere Patienten bewältigen ihre emotional dysregulierten Zustände zulasten ihrer Partner mithilfe destruktiver und grenzüberschreitender Verhaltensmuster. Gemeinsam scheint den meisten Borderline-Patienten zu sein, dass sie nur schwer emotionale Verpflichtungen eingehen und Liebesgefühle nicht gut über längere Zeit aufrechterhalten können. Die meisten von ihnen halten sich – als Ausdruck ihrer tief verwurzelten negativen Selbstsicht – nicht für liebesfähig oder haben das Gefühl, Liebe nicht zu verdienen (► Kap. 5.6).

Bei psychodynamischer Betrachtung ist die *Fähigkeit zu Intimität und Vertrauen* in der Partnerschaft durch die bindungstraumatische Erfahrung, dass Vertrauen immer wieder missbraucht wurde und Nähe zu Verletzungen geführt hat, schwer gestört. Die Angst vor neuen Verletzungen lässt viele Borderline-Patienten lieber auf Ärger, Wut und Hass zurückgreifen als sich den Gefahren verwirrender Liebesgefühle und bedrohlicher Nähewünsche auszusetzen. Nähe und Distanz in einer Partnerschaft zu regulieren ist ihnen durch die *Desorganisation ihres Bindungssystems* sehr erschwert. Vor dem Hintergrund der bindungstraumatischen Erfahrung, dass die schützende Bezugsperson gleichzeitig auch die Quelle von Schädigung und Bedrohung war,

können Partner in schnellem Wechsel zur Projektionsfläche von *Retter- oder Täterübertragungen* werden: War eine Partnerin im einen Moment noch die »Traumfrau«, die alle Wünsche erfüllte, so kann sie im nächsten Moment zur bedrohlichen »Hexe« werden und das Bedürfnis auslösen, sich vor ihr schützen zu müssen (Hill et al. 2011; ►Kap. 2.3). Auf diese Weise oszillieren viele Partnerschaften zwischen provokant vorgetragener Bedürftigkeit und dem Ausweichen vor den Bedrohungen der Intimität.

Vor diesem Hintergrund sind *Paargespräche* ein hervorragendes Medium, um die interpersonellen Kommunikationsstörungen zu bearbeiten, die aus den Borderline-typischen Interaktionsmustern und den meist komplementären Mustern ihrer Partner entstehen. Sie eignen sich dazu,

- die in der partnerschaftlichen Interaktion auftretenden *Trigger* für maladaptive Verhaltensmuster zu identifizieren und Möglichkeiten des Umgangs mit ihnen zu erarbeiten;
- *positive Ressourcen* aufseiten der Patienten und der Partner zu aktivieren;
- *Verletzlichkeiten*, aber auch die *Grenzüberschreitungen* beider Partner deutlich zu machen, die beim anderen heftige negative Emotionen auslösen.

17.2 Borderline-typische Beziehungsprobleme

Die für Borderline-Patienten charakteristischen partnerschaftlichen Problembereiche lassen sich wie folgt differenzieren:

- Die typischerweise wechselnd auftretenden *Anklammerungs- und Distanzierungstendenzen* lassen sich auf Abwehr- und Bewältigungsmechanismen zurückführen, mithilfe derer die Borderline-typischen Ängste in Schach gehalten werden können – Ängste vor Alleingelassenwerden, Vereinnahmung, Identitätsverlust, Selbstauflösung oder vernichtender Beschämung. Welche Tendenz überwiegt, hängt von der augenblicklichen Befindlichkeit und von der aktuellen Triggersituation ab (►Kap. 4.1).

> Als ein Patient glaubte, seine Partnerin entziehe ihm ihre Aufmerksamkeit, wurde er von Gefühlen innerer Auflösung und abgrundtiefer Scham überflutet. Er hatte das Gefühl, auf der Stelle verschwinden zu müssen.

- *Irreführende Signale* von Patienten mit einer Borderline-Störung können bei ihren Partnern Reaktionen auslösen, die den Patienten deshalb unverständlich bleiben, weil beim Empfänger eine andere Botschaft als die vom Sender intendierte angekommen ist. Die so entstehende Verwirrung kann eine Vielzahl schmerzlicher oder bedrohlicher Gefühle wachrufen, vor allem Gefühle der Enttäuschung, der Zurückweisung und der Scham.

> Eine Patientin gab ihrem Partner das Gefühl, sie begehre ihn sexuell, obwohl sie gar kein sexuelles Verlagen hatte. Schuldgefühle und die Überzeugung, keine gute Ehefrau zu sein, hinderten sie, offen über ihre Bedürfnisse zu sprechen.

- Unbewusst fordern die meisten Patienten von ihren Partnern, dass diese auf die eine oder andere Weise *die Defizite ihrer Kindheit kompensieren*. Sie können dies direkt oder indirekt einfordern, durch Anklammern, Rückzug oder Provokationen. Die notwendigerweise eintretende Enttäuschung kann Verlassenheitsängste und andere Borderline-typische Affekte auslösen, zu deren

Bewältigung unterschiedliche Persönlichkeitsanteile aktiviert werden. Wenn die Forderungen zu intensiv werden, werden sich Partner früher oder später distanzieren, was die Verlassenheitsängste weiter verstärkt.

> Der Partner einer Patientin grenzte sich deutlich von ihr ab, weil er fürchtete, gänzlich von ihr vereinnahmt zu werden. Die Abgrenzung führte bei der Patientin zu einem umfassenden Gefühl des Abgelehnt- und Zurückgewiesenwerdens, das sich mit dem schon immer vorhandenen Gefühl verband, wertlos zu sein. Die Reaktion des Partners wurde von der Patientin als Bestätigung ihres Gefühls von Wertlosigkeit erlebt.

- Nicht wenige Borderline-Patienten neigen dazu, Intimität und Nähe in der Partnerschaft gleichzusetzen mit vollständiger gedanklicher und gefühlsmäßiger Übereinstimmung mit dem Partner. Wir treffen dann auf Vorstellungen, dass nur ein Gleichklang der Gefühle und Gedanken wirkliche Nähe und Intimität ausmacht. Ein Aufeinanderzugehen und Aushandeln der wechselseitigen Bedürfnisse ist für die Patienten nicht vorstellbar, denn die Unterschiedlichkeit des anderen anzuerkennen würde bei ihnen die Borderline-typische Angst des Verlassenwerdens auslösen und ihr Sicherheitsgefühl bedrohen.

Die Erfahrung, dass die kindlichen Versorgungswünsche zurückgewiesen werden, oder auch schon die Antizipation des Verlassenwerdens angesichts der Unmöglichkeit totaler Übereinstimmung der Wünsche und Bedürfnisse kann Verhaltensreaktionen auslösen, die – folgen wir dem Modell der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (►Kap. 5.3) – sich den Aktionssystemen von Kampf, Flucht und totaler Unterwerfung zuordnen lassen:

- Aktivierung eines Persönlichkeitsanteils, der ein Aktionssystem der *totalen Unterwerfung* repräsentiert: Der Patient passt sich vollständig an die Auffassungen und Erwartungen des Partners an und hat dabei die illusionäre Vorstellung von kindlicher Versorgung und totaler Übereinstimmung. Charakteristisch für diese Form der »masochistischen« Beziehungsgestaltung ist, dass ein anderer Teil der Persönlichkeit sich heimlich von dieser Unterwerfung distanziert und sich in eine Position moralischer Überheblichkeit zurückzieht (Stolorow 1975; Wöller 1994, 2013, S. 560 ff.; Wurmser 2008).

> **P:** Mit ihm kann man ja nicht reden. Er muss immer Recht haben. Ich lasse ihm das Gefühl, Recht haben zu müssen, um des Friedens willen. Innerlich sehe ich das ganz anders.

- Aktivierung von Persönlichkeitsanteilen, die Aktionssysteme der *Flucht* repräsentieren: Der Patient beendet die Beziehung aktiv, um dem passiven Verlassenwerden zuvorzukommen. Die aktiv herbeigeführte Trennung wird als weniger schmerzlich und ängstigend erlebt als die Einsicht, dass die Realisierung der kindlichen Versorgungswünsche oder das Erleben totaler Übereinstimmung der Gedanken und Gefühle nicht möglich ist. Da die Trennung kontrolliert herbeigeführt wird, wird gleichzeitig das gefürchtete Gefühl des passiven Ausgeliefertseins vermieden. Manche Patientinnen mit einer Borderline-Störung, denen es schwer fällt, die Trennung selbst herbeizuführen, provozieren sie, indem sie sich unbewusst so verhalten, dass die Trennung von den Partnern herbeigeführt wird.

Eine so erfolgte Trennung stellt jedoch für die Betroffene selten eine Lösung dar. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird sie durch Gefühle des Alleingelassenseins in die nächste Beziehung getrieben und im weiteren Verlauf in einen Circulus vitiosus sich wiederholender Beziehungsaufnahmen und -abbrüche geraten (Fruzzetti 2006).

Eine Patientin trennte sich von ihrem Partner, als sie feststellte, dass dieser zu verschiedenen Themen eine andere Auffassung hatte als sie. Eine Auseinandersetzung damit oder Diskussion darüber war ihr nicht möglich. In der nachfolgenden Therapie konnte geklärt werden, dass sie die Unterschiedlichkeit der Auffassungen wie ein schmerzhaftes Getrenntsein und dieses wiederum wie ein unerträgliches Alleingelassensein erlebt hatte.

- Aktivierung von Persönlichkeitsanteilen, die Aktionssysteme des *Kampfes* repräsentieren: Die sicherheitgebenden Illusionen kindlicher Versorgung oder vollständiger Übereinstimmung der Gefühle und Gedanken können erreicht werden, indem die Erfüllung der kindlichen Sehnsüchte entweder außerhalb der Partnerschaft gesucht wird oder indem dem Partner gewaltsam eine Beziehungsform nach eigenen Vorstellungen aufgezwungen wird. Dass die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse durch ein gewaltsam besitzergreifendes und kontrollierendes Verhalten erreicht wurde, verleugnen die Betreffenden, indem sie sich einreden, der Partner habe die Beziehungsform freiwillig so gewählt. Empirisch lässt sich zeigen, dass Gewalt in Partnerschaften besonders bei unsicher gebundenen Partnern vorkommt und vor allem durch Trennungsangst und Misstrauen erklärbar ist (Buck et al. 2012).

Ein Patient, die sich sehr kontrollierend verhielt und vor Gewalt nicht zurückschreckte, hielt dies selbst für den Ausdruck seiner Liebe zu seiner Partnerin.

17.3 Edukative Interventionen in Paargesprächen

In die Einzeltherapie integrierte Paargespräche bieten zahlreiche Gelegenheiten für Erläuterungen zum besseren Verständnis der Gründe und Auswirkungen des Borderline-typischen Verhaltens. Vor allem profitieren die Partnerinnen der Patienten von Erklärungen, die ihnen helfen, die heftigen emotionalen Reaktionen der Patienten besser einzuordnen und einen angemesseneren Umgang mit ihnen zu finden. Umgekehrt brauchen die Borderline-Patienten unsere Unterstützung, um ihren Partnerinnen zu erläutern, welche von deren Verhaltensweisen die Patienten triggern und bei ihnen heftige emotionale Reaktionen auslösen. Wir gehen folgendermaßen vor[1]:

- Wir bitten den Patienten, seiner Partnerin in eigenen Worten zu erklären, warum er immer wieder in so heftige und der Situation nicht angemessene emotionale Zustände gerät. Er soll ihr mitteilen, dass bestimmte Alltagssituationen in ihm Gefühle wachrufen, die mit traumatischen Erfahrungen verknüpft sind. Die heftige Reaktion kommt zustande, so mag er ihr weiter erläutern, weil sich *Gefühle der Gegenwart und Gefühle der traumatischen Vergangenheit vermischen*. Wir stehen dem Patienten erläuternd zur Seite, wenn es ihm schwer-

1 Im Folgenden stellen wir die therapeutischen Interaktionen anhand von heterosexuellen Paaren dar; sie gelten jedoch gleichermaßen für homosexuelle Partnerschaften.

fällt, seiner Partnerin die Zusammenhänge verständlich zu machen.

- Im gleichen Maße, wie die Partnerin diesen Zusammenhang verstehen soll, soll der Patient ein *Verständnis* für die situationsinadäquate Heftigkeit seiner Reaktionen erlangen. Dieser Verständigungsprozess impliziert, dass beide – die Partnerin ebenso wie der Patient – sich von ihrer eigenen unmittelbaren emotionalen Reaktion distanzieren und sich in das Erleben des jeweils anderen hineinversetzen können.
- Weder kann der Patient *erwarten*, dass die Partnerin triggernde Verhaltensweisen gänzlich vermeiden kann, noch kann die Partnerin erwarten, dass der Patient heftige gefühlshafte Reaktionen immer kontrollieren kann. Doch könnte – beiderseitigen guten Willen vorausgesetzt – der Patient von ihr verlangen, dass sie sich *bemüht*, triggernde Verhaltensweisen zu vermeiden. Sie wiederum könnte von dem Patienten erwarten, dass er sich bemüht, seine heftigen Reaktionen unter Kontrolle zu bringen, indem er die aus der traumatischen Vergangenheit stammenden Anteile seines Affekts »wegsortiert« (► Kap. 11.4).
- Oft sind verständnisvolle Partner bereit, ihr eigenes Verhalten so zu kontrollieren, dass sie alles, was die Patientin triggern könnte, vermeiden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie trotz ihrer guten Vorsätze wieder in das als triggernd empfundene Verhalten zurückfallen, ist jedoch groß. Ebenso groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Borderline-Patientinnen nicht immer in der Lage sein werden, die notwendige Affektkontrolle aufzubringen. Daher sind beide – Partner und Patientin – gut beraten, *sich darauf einzustellen*, dass sich der jeweils andere auch bei intensiver Bemühung nicht vollständig der eigenen Erwartung entsprechend verhalten wird, und konstruktive Wege des Umgangs damit zu erarbeiten. Eine Möglichkeit besteht darin, *ein Zeichen zu vereinbaren*, das beide an ihre Bereitschaft zur wechselseitigen Rücksichtnahme erinnern soll.

> Ein Patient legte seiner Partnerin einen Zettel hin, um sie an die Einhaltung der Vereinbarung zu erinnern.
> Eine Patientin zündete eine Kerze an, um ihren Ehemann auf die Vereinbarung aufmerksam zu machen.

Ein edukatives Vorgehen ist dann angezeigt, wenn offensichtlich *verzerrte Vorstellungen über Nähe und Intimität* vorherrschen. Edukative Vorgehensweisen stoßen jedoch an ihre Grenzen, wenn sie die zugrunde liegende Psychodynamik der Borderline-Störung und die für sie typischen Ängste nicht berücksichtigen. Edukativ können wir erläutern, worin die Unterschiede zwischen Intimität und illusionären Vorstellungen totaler Übereinstimmung in Beziehungen bestehen. Doch führt erst die Verknüpfung mit den Borderline-typischen Ängsten zu einem vertieften Verständnis. Wie gehen wir vor?

- Wir erläutern, dass Intimität nicht Nähe um jeden Preis bedeutet, sondern die Fähigkeit, das *richtige Maß* an Nähe und Übereinstimmung in einer Beziehung herzustellen. Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse und Nähewünsche, und auch gut aufeinander eingestimmte Partner können nicht zu perfekter Synchronie hinsichtlich der jeweils benötigten Nähe und Distanz gelangen. Bei dem einen Partner kann zu einem bestimmten Zeitpunkt eher das Bindungssystem, bei dem anderen eher das Explorationssystem aktiviert sein, sodass es dem einen eher nach Zärtlichkeit und Versorgung und dem anderen mehr nach Abstand und Alleinsein zumute ist – all das ist Teil der Normalität einer Beziehung. Wich-

tiger als eine weitgehende Übereinstimmung der Bedürfnisse ist für das Gelingen von Intimität die Fähigkeit beider Partner, sich in einer Beziehung *autonom und wohl* zu fühlen und die Bedingungen dafür *auszuhandeln*, ebenso die Fähigkeit, dem anderen Versorgung und Zuneigung zu geben und diese Qualitäten selbst annehmen zu können (Prager 1995).

- Weiter erklären wir, dass jede Partnerschaft *temporäre Distanzierungen und Wiederannäherungen* als »normale« Elemente enthält. Weil aber diese normalen Distanzierungs- und Annäherungsbewegungen die bekannten Borderline-typischen Ängste aktivieren, müssen sich die Patienten und ihre Partner in ihrem Ringen um Intimität mit ihnen und den entsprechenden Bewältigungsstrategien auseinandersetzen.

Wie in allen Paargesprächen ist es entscheidend, als Therapeutin die *Position der Mitte* zwischen der Patientin und ihrem Partner nicht zu verlassen, das heißt sich weder zu sehr auf die Seite der Patientin noch zu sehr auf die Seite ihres Partners zu stellen. Wir thematisieren dies ausdrücklich vor der Vereinbarung eines Paargesprächs. Denn auch wenn den erwachsenen Persönlichkeitsanteilen der Patientin sehr wohl klar ist, dass ein Paargespräch nur erfolgversprechend sein kann, wenn die Therapeutin den gleichen Abstand zu beiden Partnern hält, wünschen sich kindliche Persönlichkeitsanteile häufig ein Szenario, bei dem die Therapeutin auf der Seite der Patientin gegen deren Partner kämpft. Die Herausforderung besteht darin, die kindlichen Persönlichkeitsanteile wahrzunehmen und zu beruhigen, und die Patientin dennoch zur Aktivierung ihrer erwachsenen Persönlichkeitsanteile zu ermutigen.

T: Ich könnte mir denken, dass es auch so eine Seite in Ihnen gibt, die am liebsten möchte, dass ich wie ein Anwalt für Sie gegen Ihre Partnerin kämpfe. Wahrscheinlich ist Ihnen aber klar, dass ein Paargespräch nur erfolgreich sein kann, wenn ich Sie beide – Ihre Partnerin und Sie – im Blick habe. Oder gibt es da eine Sorge, ich könnte ganz auf die Seite der Partnerin wechseln?

Wir wollen nicht verschweigen, dass es schwierig ist, Paartherapien über längere Zeit allein zu führen. Als mögliche Lösung schlagen wir den Patienten vor, parallel zu einer laufenden Einzeltherapie eine Paartherapie in einer geeigneten Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen.

17.4 Ressourcenbasierte Paartherapie: Verletzlichkeitszirkel identifizieren

Eine ressourcenbasierte Paartherapie ist dann angezeigt, wenn nicht nur die Patientinnen, sondern auch ihre Partner zu anhaltenden Beziehungsproblemen beitragen, vor allem aber, wenn die Partner ebenfalls zu Borderline-typischen Reaktionsmustern neigen. Bei uns erhalten beide Partner zusätzlich zu den Paargesprächen auch Einzelsitzungen. Im Zentrum der Paartherapie stehen bei beiden Partnern die beziehungsschädigenden Interaktionen, auf die sie zurückgreifen, wenn ihr »verletzlicher Punkt« getroffen und ihre traumatische Beziehungserfahrung von Alleingelassensein, Zurückweisung, Misshandlung und Vernachlässigung aktiviert wird.

Scheinkman und Fishbane (2004) haben eine Methode zur Identifikation von *Verletzlichkeitszirkeln* in Paarbeziehungen entwickelt, die wir in unserer Arbeit als sehr hilfreich erleben. Mit ihrer Hilfe können wir die interpersonellen Regulationsstrategien, die aus

schmerzhaft erlebten Verletzungen resultieren, in einer auch für die Patienten verständlichen Weise beschreiben und konstruktive Formen gemeinsamer Problemlösung erarbeiten.

Der Grundgedanke der Methode lässt sich so zusammenfassen: Die Reaktionen auf die Verletzungen erfolgen automatisch mit einer Qualität, als habe die aktuelle auslösende Situation im Wesentlichen die *gleiche Bedeutung* für das Sicherheitsgefühl wie die mit ihr assoziierte Beziehungserfahrung der Vergangenheit. Wenn sich die Bedeutungen der Kontexte von Vergangenheit und Gegenwart überlappen, werden blitzschnell »Überlebensstrategien« aktiviert, noch bevor sie kognitiv erfasst werden können (Papp u. Imber-Black 1996). Obwohl diese Überlebensstrategien dem Selbstschutz dienen, erweisen sie sich im aktuellen Kontext als kontraproduktiv, da sie bei den Partnern genau die Verhaltensweisen hervorrufen, die die Betroffenen vermeiden möchten. *Vulnerabilitätszirkel* entstehen, wenn die Überlebensstrategien der Partner den jeweils anderen Partner triggern. Beide Partner reagieren, als ginge es ums Überleben.

In Anlehnung an Scheinkman und Fishbane (2004) gehen wir folgendermaßen vor:

- Zunächst identifizieren wir die *individuellen Verletzlichkeiten* der Partner, dann die Strategien, mit denen sie sich in emotional schwierigen Situationen vor einer Verletzung zu *schützen* gelernt haben. Wir validieren die Sorgen und Bedürfnisse beider Partner und stellen empathisch fest, wie belastend die Interaktionen für beide sein müssen. Sobald sich beide Partner in ihren Bedürfnissen und Ängsten wahrgenommen fühlen, tritt im Allgemeinen die für das weitere Vorgehen notwendige Beruhigung ein.
- Um die *Ressourcen* des Paares zu aktivieren, fordern wir beide Partner auf, nicht nur »Sackgassen« zu benennen, sondern auch Momente, in denen sie sich besonders gut verbunden gefühlt und schwierige Situationen gemeinsam gemeistert haben. Damit hat das Paar die Möglichkeit, nicht nur Verletzlichkeitszirkel, sondern auch positive Zirkel aufzufinden, in denen sie sich wechselseitig gefördert und unterstützt haben.
- Nach hinreichender Ressourcenaktivierung begleiten wir die Partner schrittweise auf dem Weg von der Anerkennung eigener Gefühle des Verletztseins zu einem *Verständnis* der Verletzlichkeit des Partners. Dabei bitten wir erst den einen und dann den anderen Partner, seine Sichtweise und seine Gefühle in Form von Ich-Botschaften zu beschreiben. Immer wieder weisen wir dabei auf die Verletzlichkeit des jeweils anderen hin.
- *Vorwürfe und Entwertungen* unterbrechen wir direkt und verbannen sie aus der aktuellen Interaktion als etwas, das für den Klärungsprozess nicht hilfreich ist. Wann immer möglich, sollen die Partner Vorwürfe und Entwertungen in Bedürfnisse und Wünsche übersetzen. Wir sind jederzeit bereit, energisch »Stopp« zu sagen, wenn eine Eskalation droht.
- Dann schlagen wir dem Paar vor, für einen Moment den »Film« ihrer typischen Interaktionsmuster anzuhalten und im Zeitlupentempo zu betrachten. So kann jeder Partner erkennen, wie seine Reaktionen auf den anderen wirken, und ein Verständnis für dessen Verletzlichkeit gewinnen. Weil Partner oft glauben, die Motivation des anderen zu kennen, achten wir darauf, dass an die Stelle eines rechthaberischen Streits um vermeintliche Fakten eine Haltung des neugierigen des Nichtwissens und Fragens tritt (Anderson 1997).

Ein Patient, der sich durch die vielfältigen Aktivitäten seiner Partnerin vernachlässigt und unbeachtet fühlte, bewirkte mit seinen Wutausbrüchen, dass sie sich noch mehr

von ihm zurückzog. Die Therapeutin zeigte gleichermaßen Empathie für das Gefühl der Vernachlässigung des Patienten wie auch für das Bedürfnis seiner Partnerin, sich durch Rückzug vor seinen Wutausbrüchen zu schützen. Durch die Therapie konnten beide Partner ihre Wünsche besser äußern und die Verletzlichkeit des anderen besser erkennen. (Scheinkman u. Fishbane 2004)

- Unter Bezugnahme auf Inhalte der Einzeltherapie bitten wir die Partner, sich einer Technik zu bedienen, mit deren Hilfe sie vermischte Affektzustände nach »der Vergangenheit zugehörig« und »der Gegenwart zugehörig« sortieren können.
- Schließlich fordern wir beide Partner zu einer imaginativen Übung auf, bei der beide – jeder für sich, aber gleichzeitig – einen »Ressourcenfilm gelingender Interaktion« betrachten.

In einer begleitenden Einzelsitzung können die identifizierten belastenden Emotionen mit einer Pendeltechnik (►Kap. 11.6) oder, wenn möglich, mit dem Standardprotokoll des EMDR (►Kap. 13.4) prozessiert werden.

17.5 Aus dem Kampfmuster aussteigen

Ein spezielles Vorgehen, um Paaren zu helfen, aus einem Borderline-typischen »Kampfmuster« auszusteigen, verdanken wir Fruzzetti (2006). In einer von uns modifizierten Form lässt es sich folgendermaßen anwenden:

- Zu Beginn *validieren* wir bei beiden Partnern die Gefühle (meist Beschämung und Erniedrigung), die in ihren Auseinandersetzungen entstehen, und den Wunsch nach einem »Gegenangriff« als prinzipiell nachvollziehbaren Weg, um die Ausbreitung der Scham- und Unterlegenheitsgefühle zu begrenzen.

P: Was sie mir gesagt hat, ist ja wohl das Letzte. Ich werde sie fertigmachen.
T: Ich kann mir vorstellen, wie verletzend diese Äußerungen für Sie gewesen sein müssen, und verstehe jetzt auch besser, dass Sie das Gefühl haben, zurückschlagen zu müssen, um nicht mit einem unerträglichen Gefühl von Scham und Gesichtsverlust zurückzubleiben.

- Anschließend bitten wir den Patienten, diese Kampflogik aus einer rationalen Erwachsenenperspektive zu reflektieren. Während die Kampflogik unter dem doppelten Gebot steht, unter keinen Umständen verlieren zu dürfen und um jeden Preis gewinnen zu müssen, weiß der »Erwachsene«, dass mit einem Ausstieg aus dem Kampfmuster nicht eine schambesetzte Unterwerfung, sondern ein Gewinn an Handlungsfreiheit verbunden ist.

T: Versuchen Sie einmal, den Wunsch nach Kampf und Vergeltung aus einer 100-prozentig erwachsenen Perspektive zu betrachten. Was wäre gewonnen, wenn Sie zurückschlagen, was, wenn Sie aus dem Kampfmuster aussteigen? Wie würden Sie die Angst vor einem Gesichtsverlust dann beurteilen?

- Als nächsten Schritt soll der Patient Zugang zu dem *guten Körpergefühl* finden, das mit dem Gefühl des Gewinnens beim Ausstieg aus dem Kampfmuster verbunden ist.
- Das mit dem Ausstieg aus dem Kampfmodus verbundene positive Körpergefühl kann nun noch mit bilateraler Stimulation oder mit Klopftechniken verstärkt und ver-

ankert werden. Bei ausreichender Stabilität schlagen wir vor, die das Kampfmuster auslösende Situation mit dem Standardprotokoll der EMDR-Methode zu prozessieren.

T: Welches Gefühl würden Sie sich stattdessen wünschen?
P: Ich würde mir wünschen, dass wir uns wieder verstehen.
T: Ich kann mir nicht vorstellen, wie das gehen sollte.
P: Warum nicht? Ich könnte ihr vorschlagen, mit dieser Scheiße aufzuhören.
T: Wollen Sie das mal imaginieren?
P: Ja. (Er stellt sich die Szene vor.) Ich habe ihr gerade gesagt, dass wir mit dem Streiten aufhören wollen, und habe ihr die Hand gegeben.
T: Wie fühlt sich das an?
P: (Weint.) Irgendwie gut.
T: Spüren Sie das gute Gefühl im Körper?
P: Ja, hier. (Zeigt auf sein Herz.)
T: Was fühlen Sie?
P: Einmal bin ich erleichtert, dass der Kampf ein gutes Ende gefunden hat.
T: Sie könnten auch stolz sein, dass Sie das geschafft haben. […]
P: Ja, das spüre ich auch ein wenig – hier. […]
T: Spüren Sie das Gefühl noch deutlicher. Ist es okay, wenn ich es mit einigen langsamen Augenbewegungen verstärke?

17.6 Achtsames Beobachten und Selbstfürsorge

Für Borderline-Patienten, die sich von einer schädigenden Beziehung in die nächste stürzen, kann ein wichtiges Therapieziel darin bestehen, eine Zeitlang ohne eine partnerschaftliche Beziehung leben zu können. Die Vermittlung von Techniken des *achtsamen inneren Beobachtens* (►Kap. 11.5) unterstützt sie dabei, mehr Klarheit hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Wünsche zu erlangen. Statt überwältigt zu werden von dem Wunsch, mit einem bestimmten Partner eine Beziehung zu haben, sollten Borderline-Patienten lernen, sich zu fragen,

- ob diese Beziehung tatsächlich in ihrem Interesse liegt (ihrer Selbstfürsorge dienlich ist) oder ob sie voraussichtlich selbstschädigend sein wird;
- ob sie tatsächlich eine »erwachsene Wahl« darstellt oder ob sie vor allem durch den Wunsch nach Vermeidung von *Verlassenheitsängsten* motiviert ist;
- ob sie sich in der Lage und willens fühlen, selbstfürsorglich eigene *Grenzen zu setzen* und sich von möglichen unangemessenen Forderungen des Partners abzugrenzen.

Unsere Erfahrung zeigt, dass eine achtsam beobachtende Haltung durch die beruhigende Wirkung langsamer seitenalternierender Stimulationen gefördert werden kann.

T: Bitte versuchen Sie, in Ruhe an A. zu denken. Lassen Sie alle Einfälle und Gedanken zu, ohne sie zu bewerten, weder im positiven noch im negativen Sinne. […] Möchten Sie sagen, was Ihnen eingefallen ist?
P: Ich sehe mich in seinen Armen und fühle mich wohl. […]
T: Versuchen Sie, es nicht zu bewerten, sondern nur zu beobachten.
P: Ich denke daran, wie er mich beleidigt hat und dass das wahrscheinlich wieder vorkommen wird.
T: Versuchen Sie, auch das nicht zu bewerten, sondern nur zu beobachten.

Im Allgemeinen entdecken die Patienten, dass ein »rationaler« Blick auf das Schädigende einer Beziehung in typischer Weise durch einen *positiven Affekt* verstellt wird, der sich einstellt,

wenn ein möglicher Partner verspricht, basale Wünsche nach Geliebtwerden, Gesehenwerden und Beschütztwerden zu befriedigen. Besonders die kindlichen Persönlichkeitsanteile sind für dieses illusionäre Versprechen empfänglich und bewirken, dass die Person dem intensiven Sog erliegt, sich dieser Beziehung hinzugeben. Vielen Patienten mit einer Borderline-Störung ist das Schädigende dieser Beziehung durchaus bewusst, sie erleben die »Attraktivität« des werbenden Partners jedoch als unwiderstehlich.

Bei ausreichender Stabilität können wir in diesen Fällen das von Knipe (2009) entwickelte EMDR-Protokoll zum Prozessieren inadäquat positiver Emotionen in Abhängigkeitsbeziehungen anwenden. Dabei bitten wir die Patienten, sich auf das positive Gefühl zu konzentrieren, das mit dem Gedanken an die ersehnte, zugleich aber als schädigend beurteilte Beziehung verbunden ist. Dieses positive Bild wird als EMDR-Ziel definiert und mithilfe bilateraler Stimulation prozessiert. In der Regel dauert es nicht lange, bis die negativen Bilder und Emotionen, die das Schädigende der Beziehung repräsentieren, als Assoziationen auftauchen und durchgearbeitet werden können.

17.7 Sexualität bei Borderline-Patienten

Störungen der Sexualität sind bei Borderline-Patienten häufig und werden dennoch therapeutisch meist nicht genügend beachtet (Dulz et al. 2009; Richter-Appelt 2009). Neuere empirische Studien zur Sexualität bei Borderline-Patienten, die wir im Folgenden darstellen, konnten ältere klischeeartige Beschreibungen der Borderline-Störung als »panneurosis – pananxiety – pansexuality« (Hoch u. Polatin 1949) zugunsten eines differenzierteren Bildes korrigieren:

- 41 % der von Zanarini et al. (2003) untersuchten Patienten mit einer Borderline-Störung vermieden sexuelle Aktivität ganz; 34 % gaben an, nach der sexuellen Aktivität stärker Borderline-Symptome zu zeigen. Dulz (2009) nimmt im Hinblick auf Sexualität *drei Gruppen von Borderline-Patienten* an, die sich nach seiner Einschätzung etwa zu je einem Drittel verteilen: Eine erste Gruppe lebt Sexualität nicht; eine zweite Gruppe neigt zu riskantem Sexualverhalten; eine dritte Gruppe praktiziert eine weitgehend »normale« Sexualität, allerdings oft unter Verzicht auf Intimität.
- In neueren Studien gaben Borderline-Betroffene im Vergleich zu Kontrollpersonen einen früheren Beginn sexueller Erfahrungen (Sansone et al. 2008), eine um das Doppelte erhöhte Zahl von Sexualpartnern (Sansone et al. 2011) und eine um das Doppelte erhöhte Frequenz zufälliger Sexualkontakte (Sansone u. Wiederman 2009) an. Die Wahrscheinlichkeit, von einem Fremden vergewaltigt oder zum Sex gezwungen zu werden, ist bei ihnen signifikant erhöht (Sansone et al. 2010). *Risikoreiches Sexualverhalten*, insbesondere in Form ungeschützter Sexualkontakte, ist bei Borderline-Patienten häufig (Lavan u. Johnson 2002). In einer Literaturübersicht über sechs Studien fand sich bei Borderline-Patienten eine erhöhte sexuelle Impulsivität, eine stärkere Neigung zu risikoreichem Sexualverhalten, eine höhere Anzahl von zufälligen sexuellen Kontakten, eine größere Zahl von Sexualpartnern und eine höhere Neigung, mit homosexuellen Aktivitäten zu experimentieren (Neeleman 2007).
- *Sexuelle Funktionsstörungen* sind bei Personen mit einer Borderline-Störung eher selten. »Perverse« Symptombildungen, die man heute besser als Paraphilien bezeichnet, kommen hingegen vor (Berner u. Briken 2011).

- Frauen, bei denen eine Borderline-Diagnose gestellt worden war, unterschieden sich von Kontrollpersonen nicht in der Häufigkeit der erfragten sexuellen Aktivitäten, wohl aber in der subjektiven Wahrnehmung der sexuellen Erfahrungen: Sie zeigten stärker *negative oder ambivalente Einstellungen* gegenüber der Sexualität und fühlen sich häufiger von ihren Partnern zur Sexualität gedrängt (Bouchard et al. 2009 a).
- So inkonsistent die Überzeugungen zu wesentlichen Aspekten des Lebens sind, so oft ist auch die Einstellung zur Sexualität inkonsistent. So kann ein Patient konservative Einstellungen zur Sexualität haben und sich trotzdem promiskuitiv verhalten. Oft leiden die Patienten auch unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung und wissen nicht genau, ob sie heterosexuell, homosexuell oder bisexuell sind. Impulsives und selbstverletzendes Verhalten kann die Folge sein (Wilkinson-Ryan u. Westen 2000).

Ein *psychodynamisches Verständnis* der Probleme, die Borderline-Patienten mit Sexualität haben, muss unterscheiden zwischen ihrer Schwierigkeit, sich vor ungewollter oder unangemessener Sexualität zu schützen, und ihrer Schwierigkeit, gewollte Sexualität als etwas Lustvolles und Befriedigendes zu erleben.

Die Gründe für ihre Unfähigkeit, sich vor ungewollter und unangemessener Sexualität zu schützen, liegen in der für traumatisierte Menschen typischerweise unzureichenden Fähigkeit zur *Selbstfürsorge*; ihrer Unfähigkeit, sich gegenüber ungerechtfertigten Ansprüchen anderer *abzugrenzen*; und in ihrer Neigung zu *Traumawiederholung und Reviktimisierung*. Im Einzelnen können die folgenden psychodynamischen Konstellationen zu dieser Tendenz beitragen (Wöller 1994; 1998; 2005; 2013, S. 552 ff.):

- Der Wunsch, frühere Traumatisierungen nachträglich zu meistern, kann Traumaopfer veranlassen, sich potenziell traumatisierenden Situationen *erneut auszusetzen* in der Hoffnung, sie mögen nun besser und nicht traumatisierend verlaufen (Conradi 2009; Freud 1920).
- Das Aufsuchen von Situationen, die sexuelle Übergriffe wahrscheinlich machen, kann *emotionsregulierende Funktionen* haben und vorübergehend Verlassenheitsängste sowie Zustände von Depressivität abwehren (Gerisch 1996; Wurmser 2008). Kindliche Persönlichkeitsanteile können die Erfahrung abgespeichert haben, dass sexuelle Übergriffe, so unangenehm und ängstigend sie auch waren, dennoch Verlassenheitsängste und depressive Stimmungen vorübergehend gemildert haben.
- Befinden sich Traumaopfer im Zustand der Aktivierung hilfloser und ohnmächtiger Persönlichkeitsanteile, neigen sie dazu, sich an *vermeintlich schutzgebende* Personen zu binden, auch wenn diese gewalttätig sind und zu Übergriffen neigen (van der Kolk 1989).
- Dissoziative Mechanismen können Traumaopfer daran hindern, Gefahrensignale wahrzunehmen, die auf einen potenziellen sexuellen Übergriff hindeuten könnten (Briere 1989).

Eine Auseinandersetzung mit der Frage, warum es Borderline-Betroffenen oft schwerfällt, gewollte Sexualität als etwas Lustvolles und Befriedigendes zu erleben, bedarf der Betrachtung, was reife Sexualität ist. Reife Sexualität ist gekennzeichnet durch einen Zustand intensiver und »verschmelzender« Nähe zum Partner mit Auflösung der Selbst-Objekt-Grenzen, wobei beide Partner wissen, dass dieser Zustand vorübergeht, aber die emotionale Verbundenheit nach Beendigung dieses Zustands verbleibt. Eine solche Näheerfahrung ist für Borderline-Patienten *in hohem Maße bedrohlich*, weil die bei der Sexualität

auftretenden positiven emotionalen Zustände die Sehnsucht nach intensiver Nähe zur frühen Bezugsperson und gleichzeitig die Angst davor aktivieren. Im Umgang mit dieser Problematik ergeben sich für die Patienten mehrere Möglichkeiten:

- Um der Bedrohung durch eine vorübergehende Auflösung der Selbst-Objekt-Grenzen zu entgehen, kann Sexualität *ganz vermieden* werden, auch wenn die Betroffenen ihre Sehnsucht nach einer sexuellen Beziehung nicht selten in einer Tendenz zu erotisch stimulierender Kleidung zum Ausdruck bringen. Oft sind es gerade die kindlichen Persönlichkeitsanteile, die sich die Erfüllung ihrer Wünsche nach Nähe und Bindung nur mithilfe sexualisierenden Verhaltens vorstellen können.
- Andererseits kann mithilfe von Sexualität eine gefahrlose *Pseudonähe* hergestellt werden, wenn es gelingt, die als gefährlich empfundene Intimität auszuklammern.
- In anderen Fällen kann Sexualität als solche gelebt werden, doch müssen zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden, um die Borderline-typischen Ängste – vor allem die Ängste vor dem Alleingelassenwerden und dem Ausgeliefertsein – in Schach zu halten. Dies geschieht nicht selten sogar durch Verhaltensweisen, die ihrerseits Angst auslösen, aber keine unkontrolliert überflutende, sondern eine aktiv gewählte und steuerbare Angst.

> Zwei Patienten, beide an einer Borderline-Störung erkrankt, konnten nur miteinander schlafen, wenn der Patient die Patientin dabei würgte. Eine klar gerichtete und »steuerbare« Angst konnte ihre Angst vor Nähe bei der Sexualität abwehren, gleichzeitig auch das Gefühl vor dem Verlust des Partners. Das Gefühl gemeinsamer »Devianz« gab eine Pseudosicherheit. (Dulz 2009, S. 713)

- Schließlich können Sexualität und sexualisierendes Verhalten der *Abwehr Borderline-typischer Ängste* dienen und – ebenso wie zahlreiche andere selbstschädigende Verhaltensweisen – in den Dienst der *Emotionsregulierung* treten (Dammann u. Benecke 2009). Sie können dazu beitragen, tiefere Gefühle in Beziehungen und bindungsbezogene Ängste abzuwehren (Lohmer u. Wernz 2009). Speziell kann über Sexualität Macht und Kontrolle ausgeübt werden, um Gefühle von Ohnmacht, Bedürftigkeit und Schwäche zu beherrschen. Sich Gefahren aussetzen (»mit dem Feuer spielen«) wirkt dann faszinierend und dient dazu, psychischen Schmerz zu betäuben. Die *Funktionalisierung der Sexualität*, aber auch des Schmerzes und der Unterdrückung, um Gefühle der eigenen Bedürftigkeit, Verlorenheit und Schwäche zu vermeiden, verbunden mit einer Faszination durch das Risiko einer HIV-Infektion, zeigt ein eindrucksvolles Beispiel, das ebenfalls von Dulz (2009, S. 714) berichtet wird:

> **P:** […] mein ganzes Leben drehte sich um Sex: Sex für Geld mit Kunden; anschließend Sex auf Partys und in Clubs für den Sinnestaumel; Sex, um mich gut zu fühlen; Sex, um mich schlecht zu fühlen und zu bestrafen; Sex mit Fremden, um Frust abzubauen; Sex mit Freunden und in Beziehungen, um mich geborgen zu fühlen; Sex, um mich darzustellen; Sex, um mich zu finden; Sex, um mich zu verlieren; […]. Alles wurde extremer, es gab bald keine Grenzen mehr. Ich gewöhnte mich an das Ungewöhnliche, also musste wieder ein höherer Reiz her. […]

- Sexualität kann zum *Substitut für Beziehung* werden, wenn Borderline-Patienten sich für deviante Sexualpraktiken miss-

brauchen lassen, um nicht verlassen zu werden, oder Sexualität mit Partnern leben, die an ihnen nicht ernsthaft interessiert sind, nur um für einen kurzen Moment Gefühle von Nähe zu spüren (Knauerhase u. Dulz 2006).

Auch wenn der Begriff der »polymorph-perversen Sexualität« (Hoch u. Polatin 1949) nur auf einen geringen Anteil der Borderline-Betroffenen zutrifft, finden sich immer wieder auch »perverse« Formen der Sexualität mit suchtartigen Mechanismen und manipulativer Beziehungsstruktur, in denen intensive Rachegefühle einzelner Persönlichkeitsanteile vor dem Hintergrund von Vernachlässigung in der Kindheit zum Ausdruck kommen. Bei Borderline-Patienten auf sehr niedrigem Strukturniveau können aggressive Elemente so stark in den Vordergrund treten, dass es zu Fremd- oder Selbstschädigung kommt. Häufig werden auf diese Weise erlittene Traumatisierungen reinszeniert (Berner u. Briken 2011; Lackinger 2005). Allerdings bliebt festzustellen, dass polymorph-perverse Verhaltensmuster auf allen Strukturniveaus vorkommen können und kein Spezifikum der Borderline-Störung sind (Pfäfflin 2009).

In therapeutischer Hinsicht kann gerade in der Auseinandersetzung mit den Problemen der Sexualität die *Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen* sehr hilfreich und auch entlastend sein. Entlastend insofern, als die Borderline-Patienten nicht sich oder ihre Sexualität im Ganzen als gestört annehmen müssen. Sie gibt ihnen vielmehr die Möglichkeit zu verstehen, warum einzelne Persönlichkeitsanteile sich vor Sexualität schützen müssen oder warum andere Anteile es gelernt haben, Sexualität für nicht sexuelle, sondern regulatorische Ziele zu instrumentalisieren. Es ist weniger beschämend, wenn ein kindlicher Persönlichkeitsanteil sich Nähe und Liebe nur mithilfe von Sexualität vorstellen kann, als wenn die Patientin dies auf ihre Gesamtpersönlichkeit beziehen müsste. Sie hat so die Möglichkeit, sich als »erwachsene« Person davon zu distanzieren und dem kindlichen Anteil durch die Arbeit mit dem inneren Kind (►Kap. 11.10) die Liebe und Fürsorge zukommen zu lassen, die er am meisten braucht.

Zum Schluss erscheint uns noch der Hinweis angebracht, dass wir kein Recht haben, *normativ* mit der Sexualität unserer Patienten umzugehen, indem wir beispielsweise das Ideal einer lustvollen und befriedigenden Sexualität unausgesprochen als Therapieziel für sie festsetzen. Vielmehr haben wir sie darin zu unterstützen, herauszufinden, welchen Umgang mit Sexualität sie selbst praktizieren möchten. Nicht wenige unserer Patientinnen mit exzessiven missbräuchlichen Sexualerfahrungen wollen, wenn es ihnen besser geht, vielleicht noch Intimität, aber keine Sexualität mehr; Sexualität gilt für sie als verdorben. Dies muss kein Zeichen von fehlendem Wachstum sein; es kann auch Ausdruck ihrer Weiterentwicklung sein und sollte von uns respektiert werden.

Literatur

Anderson H (1997). Conversation, Language, and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy. New York: Basic Books.

Berner W, Briken P (2011). Störungen der Sexualität – Paraphilie und Perversion. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 499–509.

Bouchard S, Sabourin S (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. Curr Psychiatry Rep; 11: 55–62.

Bouchard S, Godbout N, Sabourin S (2009a). Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. J Sex Marital Ther; 35: 106–21.

Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E (2009b). Relationship quality and stability in

couples when one partner suffers from borderline personality disorder. J Marital Fam Ther; 35: 446–55.

Briere J (1989). Therapy for Adults Molested as Children. Beyond Survival. New York: Springer.

Buck NM, Leenaars EP, Emmelkamp PM, van Marle HJ (2012). Explaining the relationship between insecure attachment and partner abuse: the role of personality characteristics. J Interpers Violence; 27: 3149–70.

Conradi RB (2009). The repetition compulsion in psychodynamic psychotherapy. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry; 37: 477–500.

Dammann G, Benecke C (2009). Psychodynamisch orientierter Umgang mit Sexualisierungen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer; 330–48.

Dulz B (2009). Borderline-Störungen und Sexualität. Medtropole; 19: 712–5.

Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg) (2009). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Freud S (1920). Jenseits des Lustprinzips. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Fruzzetti AE (2006). The High Conflict Couple. A Dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy, and Validation. Oakland, CA: New Harbinger Publication.

Gerisch B (1996). »Was ist mein Leben, wenn Du mich verläßt.« Suizidalität und weibliche sadomasochistische Beziehungsstruktur. Forum Psychoanal; 12: 242–58.

Hill J, Stepp SD, Wan MW et al. (2011). Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. J Pers Disord; 25: 789–805.

Hoch PH, Polatin P (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q; 23: 248–76.

Knauerhase N, Dulz B (2006). Liebesbeziehungen bei Borderline-Patienten. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 10: 113–9.

Knipe J (2009). Dysfunctional positive affect: to clear the pain of unrequited love. In: Luber M (ed). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer; 459–62.

Kuhlken K, Robertson C, Benson J, Nelson-Gray R (2013). The interaction of borderline personality disorder symptoms and relationship satisfaction in predicting affect. Personal Disord [Epub ahead of print].

Lackinger F (2005). Persönlichkeitsorganisation, Perversion und Sexualdelinquenz. Psyche – Z Psychoanal; 59: 1107–30.

Lavan H, Johnson JG (2002). The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. J Pers Disord; 16: 73–94.

Lohmer N, Wernz C (2009). Sexualität und Abwehrmechanismen. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer; 148–57.

Neeleman AJF (2007). The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder. Tijdschr Psychiatr; 49: 233–40.

Papp P, Imber-Black E (1996). Family themes: transmission and transformation. Family Process; 35: 5–20.

Pfäfflin F (2009). Sodomie & Co – Paraphilien bei Borderline-Störungen. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer; 189–94.

Prager KJ (1995). The Psychology of Intimacy. New York: Guilford Press.

Richter-Appelt H (2009). Liebe ohne Sexualität – Sexualität ohne Liebe. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer; 42–8.

Sansone RA, Wiederman MW (2009). Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. Psychiatry (Edgemont); 6: 36–40.

Sansone RA, Barnes J, Muennich E et al. (2008). Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. Int J Psychiatry Med; 38: 53–60.

Sansone RA, Chu J, Wiederman MW (2010). Sexual behavior and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. Int J Psychiatry Clin Pract; 15: 69–73.

Sansone RA, Lam C, Wiederman MW (2011). The relationship between borderline personality disorder and number of sexual partners. J Pers Disord; 25: 782–8.

Scheinkman M, Fishbane MD (2004). The vulnerability cycle: working with impasses in couple therapy. Family Process; 43: 279–99.

Stolorow RW (1975). Die narzißtische Funktion des Masochismus (und Sadismus). In: Grunert H (Hrsg). Leiden am Selbst. Zum Phänomen des Masochismus. München: Kindler.

Stone MH (1993). Etiology of borderline personality disorder: psychobiological factors contributing to an underlying irritability. In: Paris J (ed). Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press; 87–101.

Van der Kolk BA (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. Psychiatr Clin North Am; 12: 389–411.

Wilkinson-Ryan T, Westen D (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. Am J Psychiatry; 157: 528–41.

Wöller W (1994). Neuere Auffassungen zur Funktion masochistischer Phänomene. Forum Psychoanal; 10: 162–74.

Wöller W (1998). Die Bindung des Missbrauchsopfers an den Missbraucher. Psychotherapeut; 43: 117–20.

Wöller W (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wurmser L (2008). Das Rätsel des Masochismus. Neuausgabe der 2., korr. Ausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Zanarini MC, Parachini EA, Frankenburg FR et al. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. J Nerv Ment Dis; 191: 479–82.

Ratgeber für Patienten und Angehörige

Szomoru S (2013). Partnerbeziehung als Brutstätte von Borderline. Borderline-Persönlichkeiten und das Leid der Angehörigen. 4. Aufl. München: Starks-Sture.

18 Gruppenpsychotherapie

18.1 Vorteile der Gruppentherapie

Gruppentherapien können bei angemessener Indikationsstellung und Handhabung eine ideale Ergänzung der Einzeltherapie in der Behandlung der Borderline-Störungen sein. Die Wirksamkeit psychodynamischer Gruppentherapien bei Patienten mit einer Borderline-Störung konnte in einer größeren Zahl von Studien nachgewiesen werden (Eckert et al. 2000; Gaskin 2012; Tschuschke u. Anbeh 2010). Einige der wichtigsten Vorteile von Gruppentherapie bei Borderline-Betroffenen sind (Herpertz 2001; König u. Kreische 2011; Mattke u. Eckert 2002; Marziali u. Munroe-Blum 1995):

- Die Patienten haben Gelegenheit, ihr eigenes Leiden mit anderen Gruppenmitgliedern, die oft Ähnliches erlebt und durchlitten haben, zu teilen und *positive Beziehungserfahrungen* zu machen.
- Darüber hinaus bietet eine Therapiegruppe ihnen hervorragende Möglichkeiten, *maladaptive interpersonelle Verhaltensmuster zu reflektieren*. Die Patienten können in der Gruppe vielfältige Beziehungserfahrungen machen und durch die Rückmeldungen der Gruppenmitglieder interaktionelle Fähigkeiten und Defizite bei sich und anderen wahrnehmen. Da Patienten Ratschläge und Konfrontationen erfahrungsgemäß leichter von Mitpatienten als von Therapeuten annehmen, kann die interpersonelle Funktionsfähigkeit in der Gruppentherapie besser zum Fokus gemacht werden als in der Einzeltherapie.
- Gruppenmitglieder können wechselseitig steuernde Funktionen übernehmen. Indem sie impulsive oder grenzüberschreitende Verhaltensweisen anderer Gruppenmitglieder in die Schranken weisen, können sie auch für sich selbst eine neue Erfahrung machen.
- Speziell die *Fähigkeit zur Mentalisierung* kann in Gruppentherapien in ausgezeichneter Weise gefördert werden. Da Borderline-Patienten oft über eine gute Mentalisierungsfunktion verfügen, wenn sie nicht emotional dysreguliert und nicht selbst von einer interaktionellen Problematik betroffen sind (► Kap. 3.3), können sie sich wechselseitig ihre Mentalisierungsfunktion zur Verfügung stellen. Gruppentherapie kann sich sehr gut eignen, um eigene unangemessen hohe oder niedrige Erwartungen an andere Menschen zugunsten angemessener Erwartungen zu korrigieren.
- Patienten mit hohem Projektionsdruck haben die Möglichkeit, *positive und negative Übertragungen* nicht nur auf die Therapeutin, sondern auch auf die anderen Gruppenmitglieder zu richten. Durch die breitere Verteilung der Übertragung wird die Therapeutin nicht im gleichen Maße Projektionsfläche idealisierender und dämonisierender Übertragungen wie in der Einzeltherapie. Da sie nicht so sehr wie dort als rettende und gleichzeitig bedrohliche Bindungsfigur wahrgenommen wird, wird das desorganisierte Bindungssystem weniger stark aktiviert und die Mentalisierungsfunktion weniger stark eingeschränkt (► Kap. 3.3).
- Gruppentherapien können auch genutzt werden, um störungsbezogenes Wissen oder spezifische Kompetenzen zur Verbesserung

der Ich-Funktionsdefizite *edukativ* zu vermitteln.
- Gruppentherapie trägt immer auch zur *Diagnostik* der dysfunktionalen interpersonellen Muster bei. Jede Interaktion in der Gruppe liefert Informationen über die aktuelle Beziehungsgestaltung. Mit allem, was die Patienten sagen, drücken sie ihre impliziten Erwartungen und Normen aus.

Die Beobachtung, dass Gruppentherapie bei weniger reflektierter Indikationsstellung und ohne Berücksichtigung der passenden Behandlungstechnik auch schädigend sein kann, gilt in besonderem Maße auch für Borderline-Patienten. Ihnen droht eine Symptomverschlechterung, wenn ihre regulatorischen Defizite nicht durch spezifische Interventionen und Settingbedingungen berücksichtigt werden (Ford et al. 2009; Reddemann 2010). Insofern sollten bei der Indikationsstellung zu einer Gruppentherapie immer auch mögliche *Nebenwirkungen* mitbedacht werden.

Ein gruppentherapeutisches Konzept, das die spezifischen Ich-Funktionsdefizite strukturell gestörter Patienten gezielt zum Gegenstand macht, ist die Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie (Heigl-Evers u. Heigl 1983; Streeck 2002). So wertvoll dieser Ansatz auch ist, bedarf er nach unserer Auffassung bei Borderline-Patienten der Ergänzung um traumaspezifische Interventionen, um der häufigen Komorbidität einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer dissoziativen Störung gerecht zu werden.

Der Nutzen gruppentherapeutischer Angebote für traumatisierte Patienten wurde in einer Vielzahl von Untersuchungen nachgewiesen (Wöller 2010), ebenso wird auf die Gefahren nicht traumaadaptierter Behandlungstechniken hingewiesen (Reddemann 2010). Die Forderung nach Traumaadaptation der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie gilt daher auch für Borderline-Patienten, bei denen komorbide Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer dissoziativen Störung bestehen.

18.2 Ressourcenbasiertes psychodynamisches Vorgehen und Indikation

Unser ressourcenbasiertes psychodynamisches Gruppentherapiekonzept für Borderline-Patienten verbindet Elemente psychodynamischer Gruppentherapie (Janssen 2009; Schreiber-Willnow u. Willnow 2009) mit therapeutischen Strategien der Psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie (Heigl-Evers et al. 1993; Streeck 2002, 2009) und Interventionen der von Reddemann (2009, 2010) entwickelten ressourcenorientierten Gruppentherapie für komplex traumatisierte Patienten.

Inhaltlich stehen *aktuelle Lebensthemen* der Teilnehmer im Vordergrund; die Aufarbeitung der Vergangenheit ist in der Regel nicht das Ziel der Gruppentherapie. Deshalb sollten biografische Explorationen und die Aufarbeitung von Traumatisierungen auf seltene Ausnahmen beschränkt bleiben. Vorrangig geht es um die Verbesserung der interpersonellen Regulationsmöglichkeiten und um ein besseres Verständnis der Konflikte. Die Patienten sollen verstehen, durch welche Auslösemomente sie in Selbstzustände der Bedrohung gelangen und auf nicht mehr situationsangemessene Bewältigungsformen des Überlebens zurückgreifen. Oft bedarf es allerdings der Interventionen der Therapeutin, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen (► Abschn. 18.3).

Die ressourcenbasierte psychodynamische Gruppentherapie wendet sich vorwiegend an Patienten mit *Ich-strukturellen Störungen*. Borderline-Patienten gehören somit zur primären Zielgruppe. Aber auch höher strukturierte Patienten können von dem Ansatz gut profitieren. Deshalb empfehlen wir ein solches Vorgehen, wenn Borderline-Patienten oder

Patienten mit anderen strukturellen Störungen gemeinsam mit höher strukturierten Patienten behandelt werden (►Abschn. 18.4). Nehmen an der Gruppentherapie ausschließlich höher strukturierte Patienten teil, ist allerdings eine konfliktzentrierte analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Behandlungstechnik vorzuziehen.

Es gibt einige *relative Kontraindikationen* für die Teilnahme von Borderline-Patienten an der ressourcenbasierten psychodynamischen Gruppentherapie. Weniger geeignet ist sie für Borderline-Patienten mit ausgeprägter narzisstischer Persönlichkeitsstruktur, die aus Gründen ihrer Selbstwertregulierung über lange Phasen das Gruppengeschehen dominieren und andere Patienten an den Rand drängen, oder für solche Patienten, zu deren Bewältigungsstilen das Einschüchtern oder Destabilisieren anderer Menschen gehört. Voraussetzung für die Teilnahme an einer Gruppentherapie ist eine gewisse Fähigkeit, milde Kritik und Konfrontationen zu ertragen. Ist eine solche Fähigkeit nicht gegeben, sollte diesen Patienten, insbesondere im klinischen Setting, besser ein einzeltherapeutisches Angebot gemacht werden, statt von ihnen um jeden Preis die Teilnahme an der Gruppentherapie zu erwarten.

18.3 Behandlungstechnische Details

Die Gruppe soll ein Ort sein, an dem die Patienten sich *sicher und wohl fühlen* und an dem sie ihre Wünsche und Befürchtungen ohne Angst vor Kritik oder Beschämung äußern und ihre Erwartungen an sich und andere benennen dürfen. Wie in der Einzeltherapie vermitteln wir ihnen, dass sie in allen Phasen der Gruppentherapie die Kontrolle über das Geschehen behalten dürfen und sollen. Die behandlungstechnischen Details fassen wir wie folgt zusammen:

- Die Patienten sollen wissen, dass sie *nicht sprechen müssen*, wenn sie es nicht möchten. Wenn eine Patientin absehen kann, dass sie in einer Sitzung voraussichtlich über längere Zeit nicht sprechen möchte, bitten wir sie, dies nach Möglichkeit vorher den anderen Gruppenmitgliedern anzukündigen. Wenn eine derartige Ankündigung nicht erfolgt, spricht die Therapeutin schweigende Gruppenmitglieder taktvoll an, um sich nach ihrem Befinden zu erkundigen.
- Wir teilen den Patienten auch mit, dass sie die Gruppe vorübergehend oder bis zum Ende der Sitzung *verlassen* dürfen, wenn sie sich durch Interaktionen oder Schilderungen von Mitpatienten überwältigt fühlen. Wir bitten sie, sich währenddessen in der Nähe des Gruppenraums aufzuhalten. Sobald es ihnen möglich ist, sollen sie in die Gruppensitzung zurückkehren.

> **T:** Lassen Sie uns einen Weg finden, wie Sie sich in der Gruppe etwas besser fühlen können! Hat jemand von Ihnen eine Idee?

- Längeres *Schweigen* der Gesamtgruppe, das auf Borderline-Patienten leicht bedrohlich wirkt, versuchen wir so weit wie möglich durch anregende Fragen oder ressourcenaktivierende Interventionen aufzulockern. Die Patienten werden eingeladen, in einen kreativen Prozess einzutreten und zu überlegen, wie sie ihr Befinden in der Gruppe verbessern können. Bei hartnäckigem Schweigen bittet die Therapeutin die Gruppenmitglieder um eine Mitteilung, wie es ihnen geht. Eine *Blitzlicht-Runde* zu Beginn der Sitzung kann dazu beitragen, eine angespannte Atmosphäre zu entspannen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, gezielt positive States zu generieren:

T: Wie fühlt sich das Schweigen an?
P1: Nicht gut. Es fühlt sich bei mir nach Angst an.
T: Ich möchte alle bitten, mit mir ein kleines Experiment zu machen. Bitte sagen Sie mir: Was ist das positive Gegenteil von Angst?
P2: Erleichterung.
P3: Zuversicht.
P4: Sicherheit.
T: Wollen Sie versuchen, sich auf das positive Gefühl zu konzentrieren?

- Da Borderline-Patienten naturgemäß auch aggressiv-fordernde oder destruktive Persönlichkeitsanteile in der Gruppe aktivieren können, muss ein *Klima von Toleranz und Respekt* nötigenfalls aktiv eingefordert und durchgesetzt werden. Destruktive Prozesse unterbindet die Therapeutin zügig und notfalls auch direktiv. Sie greift aktiv ein, wenn eine Patientin gegenüber einer anderen grob den Respekt vermissen lässt.
- Immer wieder erinnern wir die Patienten daran, eine *achtsam beobachtende Haltung* einzunehmen (►Kap. 11.5) und auf vorschnelle Wertungen zu verzichten (Reddemann 2006).
- Kritische Rückmeldungen sollten immer mit einer wertschätzenden Grundhaltung vorgetragen werden. Geschieht dies nicht, greift die Therapeutin ein, um eine solche Haltung anzumahnen. Positive Rückmeldungen und wechselseitiges Lob der Teilnehmer untereinander fördert die Therapeutin auf indirekte Weise, indem sie – mehr nonverbal als verbal – ihre Zustimmung oder auch Freude darüber zu erkennen gibt. Lob und Anerkennung durch andere Gruppenteilnehmer bewirken in der Regel eine effektivere Stärkung des Selbstwertgefühls als wenn sie von der Therapeutin kämen, die sie vielleicht nur strategisch einsetzen könnte.
- Details traumatischer Erlebnisse sollen in der Gruppe nicht berichtet werden, um andere Gruppenmitglieder nicht zu triggern. Es kann Ausnahmen geben, wenn alle Gruppenteilnehmer ausreichend Ressourcen aktivieren können und in der Lage sind, mit den durch die Schilderungen anderer wachgerufenen eigenen traumatischen Erinnerungen regulierend umzugehen. Wenn eine Patientin mit dem Einverständnis der anderen Gruppenmitglieder über belastendes oder schmerzhaftes Erleben sprechen möchte, achten wir darauf, dass sie dies *gut dosiert* (»titriert«) und nicht überwältigend zur Sprache bringt (Levine 1999).
- Wir ermutigen zum *interaktiven Austausch* und fordern die Patienten auf, ihr eigenes Erleben und das, was sie mit ihren Äußerungen zum Ausdruck bringen wollen, mit dem zu vergleichen, was beim Empfänger der Botschaft ankommt. Sie sollen erkennen, welche *Wirkung* sie auf andere Gruppenteilnehmer haben. Viele Borderline-Patienten haben entweder keine oder völlig verzerrte Annahmen darüber, wie ihr Verhalten auf andere wirkt. Oder sie haben gar kein Gefühl dafür, dass sie überhaupt etwas bewirken oder erreichen können und sehen sich nur als ohnmächtig Reagierende.

Eine Patientin war sehr erstaunt zu hören, dass sie von anderen Gruppenmitgliedern zwar durchaus als sympathisch erlebt wurde, dass es die anderen jedoch ärgerlich machte, wenn sie pauschal anklagend Vorwürfe erhob. Sie hatte nicht damit gerechnet, dass sich jemand ernsthaft für sie interessieren und ihr wohlwollende und konkrete Rückmeldungen geben würde.

18.4 Förderung der Mentalisierungsfunktion

Die ressourcenbasierte Gruppentherapie ist ein hervorragendes Medium zur Stärkung der *Mentalisierungsfähigkeit*. Anhand der Interaktionen im Hier und Jetzt des Gruppengeschehens können die Patienten nicht nur neue Bewältigungsformen erarbeiten; sie können auch entdecken, zu welchen reflektierenden Leistungen sie in der Lage sind, wenn sie anderen Gruppenmitgliedern beim Verständnis und bei der Lösung ihrer Probleme helfen können, vorausgesetzt, sie sind nicht selbst in das Problem involviert. Diese im Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern deutlich werdende Mentalisierungsfähigkeit sollen die Patienten als *Ressource* erkennen, mit deren Hilfe sie sich auch reflektierend der eigenen Problematik zuwenden können.

T: Ich glaube, Ihnen ist deutlich geworden, wie gut Sie über zwischenmenschliche Zusammenhänge nachdenken können. Was spricht dagegen, in ähnlicher Weise Ihre eigene Problematik zu betrachten? Die Gruppe und auch ich würden Sie gerne dabei unterstützen.

Wichtiges Anliegen der ressourcenbasierten Förderung der Mentalisierungsfunktion ist es, den Patienten ein Gefühl für den Wechsel ihres Zustandes zu vermitteln: Sie sollen erkennen, unter welchen Bedingungen sie den reflektierenden »erwachsenen« Selbstzustand verlassen und in einen Zustand eintreten, der als Ausdruck eines kindlichen, pubertären oder kämpferischen Persönlichkeitsanteils oder – entsprechend dem Modell der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (►Kap. 5.3) – als Zustand der Bedrohungsabwehr und des Überlebens verstanden werden kann.

Da die genannten Modellvorstellungen nach unserer Erfahrung auch von den Patienten verstanden und nachvollzogen werden, fällt es ihnen meist leicht, andere Gruppenmitglieder dafür zu sensibilisieren, Abweichungen von der »erwachsenen« Reflexionsfähigkeit zu entdecken und ihnen zu helfen, den Weg dorthin zurückzufinden.

Die Förderung der ganzheitlichen Objektwahrnehmung ist Teil dieses Prozesses. Wenn eine Patientin ein anderes Gruppenmitglied nicht als eigenständige Person mit eigenen Bedürfnissen wahrnimmt, sondern unter dem Einfluss des gerade aktualisierten Selbstzustands ausschließlich unter dem Blickwinkel ihrer Bedürfnisbefriedigung, wird das andere Gruppenmitglied diese Wahrnehmung unmittelbar korrigieren. Aus einem verschwommenen und verzerrten Bild der Mitpatientin kann so ein konturiertes Bild von ihr werden.

Die Anerkennung der vorhandenen Mentalisierungsleistung der Gruppenteilnehmer schließt nicht aus, dass die Therapeutin den Reflexionsprozess durch *mentalisierungsfördernde Fragen* anregt (Schultz-Venrath 2013). Auch kann sie edukativ *Hilfestellungen und Tipps* für den mentalisierenden und konfliktklärenden Umgang miteinander geben, indem sie erläuternd vermittelt, dass Ich-Botschaften und interessiertes Nachfragen zielführender sind als vorwurfsvolle Zuschreibungen oder vorschnelle Spekulationen über mögliche Motivationen anderer. Ganz häufig übernehmen »ältere« Gruppenteilnehmer diese Aufgabe, indem sie neu hinzugekommenen »neueren« Gruppenmitgliedern derartige Erläuterungen geben.

Der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) kommt das Verdienst zu, systematische Überlegungen zur Frage beigetragen zu haben, wie der Interventionsstil auf die wechselnde Mentalisierungsfähigkeit der Patienten abgestimmt werden kann: Je geringer das aktuelle Mentalisierungsniveau ist, desto eher sind kurze und beruhigende Interventionen ange-

zeigt; je besser es ausgeprägt ist, desto eher können auch reflektierende Interventionen zur Anwendung kommen (Bolm 2007; Schultz-Venrath 2013). Ist das Gruppenklima affektiv zugespitzt, sollte die Therapeutin die Voraussetzungen dafür schaffen, dass eine Reflexion des Gruppenprozesses möglich wird. Besonders wenn durch zu viele Interaktionen ein unübersichtliches, ängstigendes und überflutendes Gruppenklima entstanden ist, ist es ihre Aufgabe, den *Gruppenprozess anzuhalten*, nachzufragen, Klärungen herbeizuführen und zu einem gemeinsamen Verständnis des aktuellen Gruppengeschehens anzuregen. Die Grundhaltung der Therapeutin ist die des neugierigen Nichtwissens und Verstehenwollens.

T: Ich habe noch nicht genau verstanden, wie Sie das meinen. Können Sie oder die anderen Gruppenmitglieder mir helfen, es besser zu verstehen?
T: Was ging innerlich in Ihnen vor, als Sie sich entschlossen haben, nichts mehr zu sagen?
T: Was denken Sie, wie das auf Frau A. gewirkt hat?
T: Wie verstehen Sie das, was Herr B. gemeint hat?
T: Haben Sie eine Idee, warum Frau C. sich so verhalten hat?

18.5 Übertragung und Gegenübertragung

Der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung entspricht im Wesentlichen dem, was wir in den Kapiteln 8 und 9 dazu ausgeführt haben:

- Wenn offenkundige Übertragungen auf die Therapeutin oder auf andere Gruppenmitglieder den Reflexionsprozess behindern, bitten wir die betroffenen Patienten, ihr Erleben zu schildern, und fordern die anderen Gruppenmitglieder auf, zur Klärung der Realität im Hier und Jetzt beizutragen. Eine systematische Analyse der Übertragungen auf den Therapeuten ist nicht Gegenstand des Ansatzes. Wird die gruppentherapeutische Sitzung zu sehr von einem Gruppenmitglied dominiert, kann es sinnvoll sein, zurückhaltende Teilnehmer aktiv in den gemeinsamen Reflexionsprozess einzubeziehen.
- Die selektiv-authentische Mitteilung eigener Befindlichkeiten und Sichtweisen als Ich-Botschaften der Therapeutin (Heigl-Evers u. Heigl 1983; Perls 2002) empfiehlt sich bei Borderline-Patientinnen nicht nur deshalb, weil die Therapeutin darin als Subjekt mit eigenen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen erkennbar wird. Sie ist auch deshalb nützlich, weil die Patientinnen dadurch eine Möglichkeit erhalten, zu erkennen, wie sie mit ihren Verhaltensweisen auf andere wirken.

T: Ich glaube, ich wäre sehr verletzt gewesen, wenn ich so etwas erlebt hätte.
T: Wenn Sie so sprechen, macht mir das richtig Angst. Wie geht es den anderen?
T: Ich wundere mich, dass Sie so heftig reagieren.
T: Ich spüre da eher Traurigkeit als Ärger.

Die *Reflexion der Gegenübertragung* ist für die Therapeutin ähnlich wichtig wie in der Einzeltherapie. Gruppentherapeuten sollten sich fragen, ob ihre Interventionen das Verständnis der Interaktionsprozesse gefördert oder ob sie nur eine schon bestehende Polarisierung in der Gruppe verstärkt haben. Bekanntlich ist es nicht leicht, allen Gruppenmitgliedern die gleiche Akzeptanz und Aufmerksamkeit zuzuwenden. Leicht geschieht es, dass Therapeuten einzelne Patienten sympathischer finden als andere und dass sie dem einen eher zustimmen möchten als dem anderen. Umso mehr

Wert legen wir auf eine »achtsame« Position des Beobachtens und Nichtbewertens, bevor wir Patienten unsere Gegenübertragungsgefühle mitteilen. Bei Patienten, die negative Gegenübertragungsgefühle in uns auslösen, versuchen wir, uns zu vergegenwärtigen, welche leidvollen Beziehungserfahrungen wahrscheinlich hinter ihren als störend oder abstoßend erlebten Verhaltensmustern stehen und wie diese Muster ihnen vermutlich das Überleben ermöglicht haben. Hier können Supervisionen und Intervisionen entscheidende Hilfen sein.

18.6 Settingfragen

Störungshomogene Gruppen für Borderline-Patienten kommen, wenn überhaupt, nahezu ausschließlich im stationären Kontext vor. Im Klinikrahmen haben sie den Vorteil, dass die Patienten ihre eigenen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen bei anderen Gruppenteilnehmern leicht wiederfinden können. Andere Personen zu erleben, die mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben wie man selbst, wirkt entlastend und stärkt die Gruppenkohärenz. Menschen kennenzulernen, die das gleiche negative Bild von sich haben, kann das eigene negative Selbstbild relativieren. Ein störungshomogenes Setting kann selbstwertstärkend sein und sich zur Bearbeitung spezifischer Ich-Funktionsdefizite eignen.

Allerdings weisen störungshomogene Gruppen ein hohes Konfliktpotenzial auf. Therapeuten müssen deshalb besonders darauf achten, dass sich nicht Borderline-typische Verhaltensmuster aufschaukeln, die in ihrer Vielfalt und Intensität durch die Gruppenmitglieder nicht mehr reflektiert werden können. Auch sollten sich keine unerwünschten Identifikationen mit pathologischen Beziehungsmustern anderer Gruppenteilnehmer ausbilden, die sich nicht genügend korrigieren lassen.

Ambulant sind störungshomogene Borderline-Gruppen meist schwer durchführbar, weil die zu erwartenden Krisen nicht genügend aufgefangen werden können, es sei denn, eine parallele Einzeltherapie wäre verfügbar. Im Allgemeinen werden Borderline-Patienten daher zusammen mit Patienten, die andere Störungsbilder aufweisen, in einer *diagnoseheterogenen Gruppentherapie* behandelt. Eine mögliche Gefahr eines solchen Settings, in dem höher strukturierte und strukturschwächere Patienten gemeinsam therapiert werden, kann darin bestehen, dass sich eine Dominanz höher strukturierter Teilnehmerinnen ausbildet, die bei den strukturschwächeren Patientinnen Minderwertigkeits- und Unterlegenheitsgefühle und zu deren Kompensation Borderline-typische Abwehrmuster hervorruft. Bei der Entscheidung, eine Patientin mit einer Borderline-Störung in eine solche Therapiegruppe aufzunehmen, sollte daher bedacht werden,

- in welcher *Therapiephase* sich die Patientin befindet, das heißt wieweit Probleme der Emotionsregulierung und der Mentalisierungsfähigkeit schon Gegenstand der Therapie waren;
- ob noch andere Patienten mit einer strukturellen Störung an der Gruppentherapie teilnehmen;
- wieweit die anderen Gruppenteilnehmer von dem ressourcenbasierten psychodynamischen Ansatz profitieren können.

Vermieden werden sollte z. B., eine Borderline-Patientin mit ausgeprägten Störungen der Emotionsregulierung in eine Therapiegruppe aufzunehmen, in der sich ausschließlich höher strukturierte Patienten befinden; letztere bedürfen der Bearbeitung unbewusster Konflikte. Wenn sich die Therapeutin auf die Bedürfnisse der höher strukturierten Patienten einstellt und ihr Interventionsverhalten zwangsläufig stärker auf deren unbewusste

Konfliktpathologie konzentrieren muss, wird sich die Borderline-Patientin bald minderwertig, überfordert und in ihren spezifischen Schwierigkeiten unverstanden fühlen. Eine Ausnahme ist dann gegeben, wenn Emotionsregulierung und Mentalisierungsfähigkeit schon deutlich gebessert sind und ein konfliktbearbeitendes Vorgehen (► Kap. 14) geplant ist. Unter diesen Voraussetzungen kann eine Teilnahme der Borderline-Patientin durchaus erfolgversprechend sein.

In der therapeutischen Realität hat es sich am ehesten bewährt, Therapiegruppen so zusammenzustellen, dass mehrere Patienten mit einer Borderline-Symptomatik gleichzeitig teilnehmen können. Der Vorteil einer solchen Gruppenzusammensetzung liegt darin, dass die Präsenz der höher strukturierten Gruppenmitglieder für ein angemessenes Mentalisierungsniveau in der Gruppe sorgt und gleichzeitig den Borderline-Patienten Anreize bietet, ihr eigenes Mentalisierungsniveau daran zu orientieren. Umgekehrt können Borderline-Patienten, die hinreichend stabil sind, mit ihrer Spontaneität und ihrem unmittelbaren Zugang zu Gefühlen die Gruppentherapie bereichern, indem sie ein Gegengewicht zu dem oft gefühlsfernen und rational abwehrenden Stil höher strukturierter Gruppenmitglieder schaffen.

Im Allgemeinen profitieren auch die höher strukturierten Patienten von den für die Borderline-Patienten gedachten ressourcenorientierten Interventionen, ebenso wie die Borderline-Patienten aus den reflektierenden Überlegungen der höher strukturierten Patienten Nutzen ziehen können. Mehr als drei Borderline-Betroffene sollten nach unserer Erfahrung nicht an der Gruppe teilnehmen, da ihre Krisenanfälligkeit die Gruppenarbeit leicht beeinträchtigen kann.

Die Frage, ob geschlossene und zeitbegrenzte oder Langzeitgruppen mit wechselnden Teilnehmern für Borderline-Patienten geeigneter sind, wird sich in der Praxis selten stellen, da es nicht leicht ist, überhaupt ambulante Gruppentherapieplätze für Borderline-Patienten zu finden. Geschlossene und zeitbegrenzte Gruppen haben den Vorteil, dass das absehbare Therapieende regressive Prozesse begrenzt und zu einer Bearbeitung der damit verbundenen Trennungsthematik einlädt. Häufiger wird sich der Eintritt in eine Langzeitgruppe mit wechselnden Teilnehmern anbieten. Dieses Setting bietet den Vorteil, dass neu eintretende Patienten sich mit weiter fortgeschrittenen Gruppenteilnehmern identifizieren können. Es setzt aber eine hinreichend hohe Fähigkeit zur Regulation von Emotionen voraus.

Eine schwer lösbare Schwierigkeit besteht darin, dass die übliche *Dauer einer Gruppensitzung* von 100 Minuten für Borderline-Patienten oft eine Überforderung darstellt, weil die Fülle der angestoßenen Themen wegen ihrer schwachen Abwehrorganisation leicht zu emotionalen Überflutungen führt. Besser, aber kaum realisierbar, wären deutlich kürzere Gruppensitzungen. Eine kurze Pause in der Mitte der Gruppensitzung kann eine gewisse Abhilfe schaffen, das Problem aber nicht lösen. Auch aus diesem Grunde ist die Kombination mit einer Einzeltherapie äußerst empfehlenswert.

Ein ausgewogenes *Geschlechterverhältnis* der Gruppenteilnehmer lässt sich nicht immer herstellen. Zumindest achten wir aber darauf, dass nicht ein einzelner männlicher Patient in eine sonst rein weibliche Therapiegruppe aufgenommen wird. Er würde Gefahr laufen, alle negativen Projektionen, die sich generell auf Männer richten, auf sich zu ziehen (Black et al. 2004). Darauf zu achten, dass keine einzelne weibliche Patientin in eine sonst rein männliche Therapiegruppe kommt, erübrigt sich in der Regel, weil die Anzahl der Frauen, die Therapie beanspruchen, deutlich höher ist und dieser Fall praktisch nicht vorkommt.

Zur Frage der *Gruppenleitung* sei erwähnt, dass die therapeutische Arbeit sehr erleichtert wird, wenn eine Kotherapeutin mitwirkt. Pa-

tienten, die ohne Spaltungsübertragung nicht auskommen, können auf die eine Therapeutin ihre idealisierende und auf die andere ihre negative Übertragung projizieren. Leider ist ein solches Setting fast nur stationär, und dort auch nur noch selten zu realisieren.

Literatur

Black DW, Blum N, Pfohl B et al. (2004). Group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. J Contemp Psychother; 34: 193–210.

Bolm T (2007). Mentalization-based Treatment (MBT). Eine wirksame Methode bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Traumafolgeerkrankungen. PiD – Psychotherapie im Dialog; 4: 336–41.

Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Wuchner M (2000). Die langfristigen Veränderungen der Bordelinesymptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. Z Psychother Psychosom Med Psychol; 50: 140–6.

Ford JD, Fallot D, Harris M (2009). Group therapy. In: Courtois CA, Ford JD (eds). Treating Complex Traumatic Stress Disorder. New York: Guilford Press; 415–40.

Gaskin C (2012). The Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy: A Systematic Review of Recent International and Australian Research. Melbourne: PACFA.

Heigl-Evers A, Heigl F (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal; 29: 1–14.

Herpertz S (2001). Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Tschuschke V (Hrsg). Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme; 296–300.

Janssen PL (2009). Stationäre und ambulante analytische Borderline-Therapie in Gruppensettings. In: Tschuschke V (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme; 221–4.

König K, Kreische R (2011). Gruppentherapie mit Borderline-Patienten. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 754–9.

Levine PA (1999). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. 2. Aufl. Essen: Synthesis.

Marziali E, Munroe-Blum H (1995). An interpersonal approach to group psychotherapy with borderline personality disorder. J Pers Disord; 9: 179–89.

Mattke D, Eckert J (2002). Gruppenpsychotherapeutische Behandlungsprinzipien für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 1: 56–64.

Perls FS (2002). Gestalt-Therapie in Aktion. 9. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann L (2006). Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Traumatherapie. PiD – Psychotherapie im Dialog; 7: 297–301.

Reddemann L (2009). Gruppentherapie in der Traumabehandlung – die Gruppe als Ressource nutzen. In: Mattke D, Reddemann L, Strauß B (Hrsg). Keine Angst vor Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann L (2010). Ressourcenorientierte psychodynamische Gruppenpsychotherapie in der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen. Gruppenpsychother Gruppendyn; 46: 22–40.

Schreiber-Willnow K, Willnow C (2009). Interpersonale und psychodynamische Gruppenbehandlung von Persönlichkeitsstörungen. In: Tschuschke V (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme; 229–32.

Schultz-Venrath U (2013). Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Streeck U (2002). Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 2: 109–25.

Streeck U (2009). Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie In: Tschuschke V (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme; 273–9.

Tschuschke V, Anbeh T (2010). Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland: Ergebnisse der PAGE-Stude. Gruppenpsychother Gruppendyn; 46: 198–214.

Wöller W (2010). Gruppenpsychotherapie bei traumatisierten Patienten – Konzepte und Stand der Forschung. Gruppenpsychother Gruppendyn; 46: 4–21.

V

Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störung

19 Ressourcenbasiertes stationäres Behandlungskonzept

Sarah Schnabel

19.1 Grundlagen

Eine stationäre Psychotherapie der Borderline-Störung kann notwendig werden, um Therapieziele zu erreichen, die im ambulanten oder teilstationären Rahmen nicht erreicht werden können. Stationäre Psychotherapie bildet im Idealfall einen Beitrag zu einem umfassenden Behandlungskonzept im Verbund von ambulanten, teilstationären und stationären Therapieangeboten (Rießbeck u. Sachsse 2013). Nach Möglichkeit sollte die von uns vorgestellte Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) auch unter stationären Bedingungen in einem multimodalen ressourcenorientierten psychodynamischen Setting fortgeführt werden.

Entsprechend der Tradition stationärer psychodynamischer Therapieansätze (Arsten u. Hoffmann 1978; Becker u. Senf 1988; Janssen 1987, 2012; Paar u. Kriebel 1998; Vandieken et al. 1998; Tress et al. 2000) einschließlich ihrer Borderline-spezifischen Modifikationen (Bolm et al. 2002; Fabian et al. 2009; Janssen et al. 2007) liegt die Behandlung in den Händen eines *berufsgruppenübergreifenden Behandlungsteams*, das in der Regel aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Spezial- bzw. Kreativtherapeutinnen und psychotherapeutisch ausgebildeten Pflegekräften besteht, meist in Verbindung mit Sozialarbeitern und Physiotherapeutinnen. Von großem Vorteil ist ein Bezugspflegesystem mit der Möglichkeit regelmäßiger Einzelkontakte. Unter den Spezial- oder Kreativtherapien kommt körpertherapeutischen, kunst- und gestaltungstherapeutischen sowie musiktherapeutischen Angeboten die größte Bedeutung zu.

Die therapeutischen Aktivitäten werden in gemeinsamen *Teamkonferenzen* geplant, koordiniert und dem jeweiligen Stand des Therapieprozesses angepasst. Ein wichtiger Bestandteil der stationären psychotherapeutischen Behandlung ist die *Patientengemeinschaft*, die sowohl eine haltende Funktion hat als auch die Möglichkeit bietet, mit problematischem Interaktionsverhalten konfrontiert zu werden. Die Gemeinschaft der Mitpatienten trägt mit einer Vielzahl unspezifischer Wirkfaktoren zur Erreichung der stationären Therapieziele bei (Wöller et al. 2000).

Auch wenn sich die formale Struktur des Settings mit psychodynamischen Einzel- und Gruppentherapien, Spezialtherapien und Pflegeinterventionen nicht grundsätzlich von derjenigen in den meisten psychodynamisch orientierten Kliniken unterscheidet, setzt die Ressourcenorientierung unseres Ansatzes doch *spezifische Akzente* der Therapieplanung und der Therapieangebote, die in diesem Kapitel dargestellt werden sollen.

Die *Indikation* zur stationären Behandlung kann abhängig vom Charakter der Institution Besonderheiten aufweisen; Krankenhaussettings fordern andere Indikationskriterien als Rehabilitationseinrichtungen. Borderline-spezifische Indikationsstellungen ergeben sich,

- wenn eine ambulant oder teilstationär nicht handhabbare *symptomatische Instabilität* vorliegt;

- um *maladaptive Verhaltens- und Beziehungsmuster* im multimodalen Setting unter Nutzung der Patientengemeinschaft und der Möglichkeit multipler Übertragungsaufspaltungen zu konfrontieren und deren Veränderung zu unterstützen;
- wenn in Ausnahmefällen eine *schonende Bearbeitung spezifischer Traumatisierungen* nötig ist und dafür im ambulanten Rahmen die Voraussetzungen fehlen.

Die *Behandlungsdauer* variiert ebenfalls in Abhängigkeit von den institutionellen Gegebenheiten und der Zielsetzung der Behandlung. Zur ausschließlichen Stabilisierung kann eine Behandlungsdauer von 4 bis 6 Wochen ausreichen. Wenn eine Modifikation maladaptiver Verhaltens- und Beziehungsmuster oder eine spezifische Traumabearbeitung angestrebt wird, hat sich eine Behandlungsdauer von 8 bis 12 Wochen bewährt.

Es ist nicht möglich, in diesem Kapitel auf alle Facetten unseres ressourcenorientierten stationären Angebots in gleicher Ausführlichkeit einzugehen. Deshalb wollen wir an dieser Stelle auf Publikationen zu ressourcen- und traumaorientierten kreativtherapeutischen Ansätzen hinweisen: für die Körper- und Tanztherapie auf Eberhard-Kächele (2013) und Schmitz (2004), für die Musiktherapie auf Timmermann (2004) und Schwabe und Stein (2000) und für die Kunsttherapie auf Gromes (2008) und Lücke (2012). Bezüglich der für die maladaptiven Verhaltensmuster wichtigen stationären Gruppenpsychotherapie sei auf die Ausführungen in Kapitel 18 und die dort aufgeführten Literaturangaben verwiesen.

Ungeachtet der Besonderheiten in den einzelnen Teilsettings folgt die stationäre Therapie dem im Folgenden dargestellten idealtypischen Ablauf. Dieser – wie auch die Phasenstruktur des Gesamtkonzepts – ist den spezifischen therapeutischen Bedürfnissen anzupassen. Die folgenden Schritte nehmen im Einzelfall unterschiedlich viel Zeit ein und bauen teilweise aufeinander auf. Jeder der genannten Teilaspekte (oder eine Konkretisierung davon) kann ein Fokus der Behandlung werden.

19.2 Ablauf der Therapie

19.2.1 Aufbau von Arbeitsbeziehungen

Die Patientin zeigt bei der anfänglichen Kontaktaufnahme starke Angst und psychomotorische Unruhe, schaut ihr Gegenüber nicht an, verhält sich schreckhaft.

Wir *akzeptieren Misstrauen* und erkennen Vorsicht als vernünftig an: Die Patientin weiß noch nicht, ob unser Setting für sie hilfreich sein kann. Die Umgebung und die Menschen sind unbekannt. Es ist in Ordnung, wenn sie langsam Kontakt aufnimmt. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme verhalten wir uns transparent: Wir erläutern die Abläufe auf der Station und unsere Arbeitsweise.

Die Patientin wird dabei unterstützt, dass sie sich in der gegenwärtigen Situation *hinreichend sicher fühlen* kann (▶ Kap. 10.1). Das Behandlungsteam kann zum Sicherheitserleben beitragen, indem es die Realitätsprüfung mit Fragen fördert und Psychoedukation zu Traumafolgesymptomen und Übertragungserleben bietet. Letztlich sind das bewusste Wahrnehmen der gegenwärtigen äußeren und inneren Bedingungen und das Herstellen von Abstand zu traumaassoziierten Erlebensinhalten jedoch aktive innere Handlungen der Patientinnen. Wir ermutigen sie dabei zu einer eigenverantwortlichen Mitwirkung.

T: Bitte überprüfen Sie, ob Sie sich hier hinreichend sicher fühlen, sodass wir miteinander psychotherapeutisch arbeiten können.

Nur Sie können Ihr inneres Erleben wahrnehmen. Wenn Sie das möchten, werde ich Sie dabei unterstützen.

T: Können Sie ein kleines Detail wahrnehmen, das im Hier und Jetzt des stationären Umfelds anders ist als in der belastenden Situation aus der Vergangenheit?

Der *Aufbau von Arbeitsbeziehungen* benötigt besondere Aufmerksamkeit, wenn die Patientin einen vorherigen stationären Aufenthalt als belastend erlebt hat. Bei Hinweisen auf Krisen in früheren Behandlungen besprechen wir mit der Patientin, was sie dort als schwierig erlebt hat. Wir schauen gemeinsam, was die Patientin und möglicherweise auch das Team dazu beitragen können, dass hier und jetzt eine andere Erfahrung möglich wird.

Auch wenn ein Patient scheinbar ohne Selbstschutz sich schnell im Kontakt öffnet, finden wir es häufig hilfreich, das anzusprechen, weil dabei oft Angst und Misstrauen im unbewussten Erleben bleiben (►Kap. 8.1). Der Patient könnte sich durch vorschnelle Selbstöffnung in eine subjektiv beängstigende Situation bringen, was kurze Zeit später ein Selbstverteidigungsverhalten auslösen kann.

P: Machen Sie mit mir, was Sie wollen.

T: Wir finden es günstiger, wenn Sie selbst wahrnehmen und uns mitteilen, ob eine Methode für Sie hilfreich ist oder nicht. Dazu brauchen wir Ihre Mitwirkung.

Wir treffen die *Rahmenvereinbarungen*, die im psychosomatischen Setting erforderlich sind (►Kap. 10.4). Dazu gehören die folgenden Aspekte:

- Wir überprüfen die *Absprachefähigkeit* bezüglich suizidaler Impulse und Suchtmittelabusus.
- Der Umgang mit *Selbstverletzungsimpulsen* wird individuell vereinbart.
- Zudem kann es notwendig sein, dass wir *selbstschädigende Gewohnheiten* begrenzen (z. B. Erbrechen oder mangelnde Selbstfürsorge bei somatischen Erkrankungen, etwa bei Diabetes).
- Falls *Einschränkungen der realen Sicherheit* bestehen (auf körperlicher, finanzieller oder sozialer Ebene bzw. durch gegenwärtige Täterkontakte), besprechen wir mit dem Patienten seinen Umgang damit. Häufig wird im Team entschieden, welche Vereinbarungen notwendig sind, damit die Behandlung im gegebenen Rahmen für alle Beteiligten tragbar erscheint.
- Manchmal ist zuerst eine *somatische Behandlung* in einer anderen Institution erforderlich.

Wir besprechen mit der Patientin, was sie und was das Team dazu beitragen kann, dass die Vereinbarungen eingehalten werden können. Soweit es möglich ist, werden die genannten Aspekte schon im Vorgespräch zur Aufnahme mit der Patientin angesprochen, gegebenenfalls auch als Voraussetzungen zu einer stationären Aufnahme.

Das Behandlungsteam vertritt teilweise eine *Haltung ähnlich einem Coaching*: Das Team unterstützt die Patientin auf der Erwachsenenebene dabei, einen günstigeren Umgang mit äußeren und inneren Belastungssituationen zu entwickeln (Reddemann 2012 a, 2003). Die Patientin ist für sich selbst verantwortlich, auch für ihr Verhalten während dissoziativer Zustände, kann jedoch vom Team Unterstützung erbitten. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Wir achten auf eine Balance zwischen unvermeidbarer Regression und überfordernder Frustration, indem wir die Patientin als *eigenverantwortliche Erwachsene* im Hier und Jetzt ansprechen und ihr Unterstützung anbieten.

- Wir fördern immer wieder den notwendigen *Abstand zu Täter- und Retterübertragungen* (Wöller 2013). Übermäßige Idealisierung und Entwertung sprechen wir frühzeitig an, um Abstand zu traumaassoziierten Affektzuständen zu begünstigen. Die ständig vorhandenen latenten Übertragungsbereitschaften werden vom Behandlungsteam reflektiert und Übertragungen begrenzt.
- Wir leiten die Patientin an, soweit wie möglich traumaassoziierte Erlebensinhalte von den gegenwärtigen Arbeitsbeziehungen zu differenzieren (Fischer 1990; Reddemann u. Sachsse 2000). Anstelle einer therapeutischen Arbeit innerhalb der Übertragungsbeziehungen wird durch traumaspezifische Methoden ein symbolischer Übergangsraum geschaffen (Winnicott 2008, 2012). Die Arbeitsbeziehungen gestalten wir mit maximalem Kontrast zur traumatisierenden Situation, indem wir das Erleben von Sicherheit, Kontrolle, Gleichwertigkeit und Transparenz unterstützen (Wöller 2006).
- Durch Methoden wie *Imagination* kann das traumaassoziierte Erleben als etwas Drittes mit therapeutischer Unterstützung aus Abstand betrachtet werden (Reddemann 2012b).
- Die Erlebensinhalte der Patientinnen erkennen wir an als innere Wirklichkeit mit Bezug zu überfordernden Situationen der Vergangenheit. Diese *Annahme ihres subjektiven Erlebens* verbunden mit der Zuordnung zu einer vergangenen Situation können Patientinnen häufig tolerieren und allmählich internalisieren.
- Spannungen können wir verringern, wenn das Behandlungsteam mögliche *Auslöser für negative Übertragungen* frühzeitig auf entlastende Weise thematisiert. Gleichzeitig wahrt das Team auch die eigenen Grenzen. Dies dient einerseits der Selbstfürsorge und kann andererseits Modell werden für die Patientin.

T: Bitte entschuldigen Sie, dass der Termin heute 10 Minuten später begonnen hat.
T: Ich möchte gerne verstehen, was Sie mir mitteilen möchten. Können Sie dazu bitte etwas langsamer sprechen?

Eine *Zielvereinbarung* erleichtert die notwendige Fokussierung der stationären Therapie (Lachauer 2004; Streeck 1991), besonders wenn im stationären Rahmen starke interpersonelle Dynamik entsteht. Wir entwickeln möglichst realistische und alltagsnahe, positiv formulierte Behandlungsziele (Wöller u. Kruse 2014). Im Verlauf der Zielklärung erheben wir Informationen, warum diese Ziele bisher nicht erreicht werden konnten. Häufig sind Hindernisse, die unter ambulanter Behandlung wirksam wurden, auch im stationären Rahmen wirksam, sie können jedoch auf andere Art bewältigt werden. Manchmal ist das Entwickeln gemeinsamer Ziele ein umfassender Teil der Behandlung und kann eine Neuorientierung für die Patientin ermöglichen.

19.2.2 Förderung der affektiven Selbstwahrnehmung

P: Ich bin angespannt und weiß nicht, warum. Ich merke nicht, was in mir geschieht.

Im überschaubaren stationären Umfeld können Anzeichen für *diffuse Spannungen* eher wahrgenommen und differenziert werden. Die Ich-strukturellen Einschränkungen, die viele Patienten in nahen Beziehungen erleben (►Kap. 3), zeigen sich häufig innerhalb des stationären Alltags. Das Team kann den Patienten durch Spiegeln, Nachfragen und Mitteilen einer Außenperspektive dabei unterstützen, sein innerseelisches Geschehen wahrzunehmen und mit auslösenden Umständen in Bezug zu setzen (Rudolf 2011). Aufbauend auf

der Affektwahrnehmung fördern wir die *Differenzierung zwischen Gegenwart und Vergangenheit* (Wöller u. Kruse 2014).

T: Ich kann nachvollziehen, dass das Verhalten von Frau Y bei Ihnen Angst auslöst, wenn es Sie an das Verhalten Ihrer Mutter erinnert, bevor diese die Kontrolle über sich verlor. Können Sie jedoch auch einmal schauen, was heute anders ist: an Frau Y, in Ihren eigenen Fähigkeiten und/oder in den situativen Rahmenbedingungen?

Falls der Patient hohe affektive und/oder vegetative Spannung erlebt, benötigt er zunächst eine Aufmerksamkeitslenkung auf etwas Neutrales oder Beruhigendes, bevor für ihn eine kognitive Affektklärung möglich ist. Hierzu sind besonders Methoden einer *basalen Spannungsregulation* hilfreich (►Kap. 10.3). Wenn der Patient seine affektiven Vorgänge besser versteht, kann er Steuerungsmöglichkeiten stärker wahrnehmen und sich selbst leichter annehmen. Manchen Patienten wird es mit engmaschiger Betreuung in einem schützenden Umfeld erstmals möglich, ihr inneres Erleben ansatzweise zu reflektieren. Durch das zunehmend bewusste Erleben von Affekten erweitert sich allmählich die Affekttoleranz.

19.2.3 Aktivierung von Ressourcen

P: Es gibt nichts, das mir helfen kann. Ich habe schon alles probiert, nichts wirkt.

Im stationären Rahmen können Patientinnen ihr inneres Erleben achtsamer wahrnehmen als im Alltag. Sie können mit Unterstützung herausfinden, in welchen Momenten sie sich stärker belastet fühlen und in welchen Momenten weniger. So werden sie aufmerksam dafür, welche Handlungen und situativen Umstände zu einer Entlastung beitragen können. Die Patienten können ihre individuellen Gewohnheiten bewusster reflektieren und vorhandene Ressourcen kreativ erweitern (Groß et al. 2012; von Wachter u. Hendrischke 2013; ►Kap. 11). Zusätzlich können wir spezifische Methoden wie Imagination (Reddemann 2012b) anbieten und mit den Patienten individuell ausgestalten. Das Behandlungsteam kann in konkreten Belastungssituationen deren Anwendung unterstützen. Wenn Widerstand auftaucht gegen die Entwicklung von Ressourcen, kann dieser psychodynamisch reflektiert und im stationären Rahmen flexibel gehandhabt werden. Aus unserer Sicht ist es hilfreich, das Bestehen von Problemen und von Ressourcen auf verschiedenen Dimensionen zu betrachten und beides ausdrücklich zu würdigen. Häufig wirkt es auf Patienten entlastend, wenn man ihnen erklärt, dass man nicht zwischen Ressourcenaktivierung und der Bearbeitung belastender Erlebensinhalte entscheiden muss (dass kein Entweder-oder gilt), sondern dass beide wichtig sind (ein Sowohl-als-auch).

Manchmal bilden *internalisierte Verbote* aus der Vergangenheit ein Hindernis. Wir unterstützen die Patienten, die Ich-Syntonie der Verbote allmählich zu verringern:

P: Es darf mir nicht gut gehen.
T: Wenn Sie aus Abstand auf diesen Gedanken schauen: Zu wie viel Prozent nehmen Sie das als Gedanken wahr, der ganz von Ihnen kommt, und zu wie viel Prozent als etwas, das Ihnen früher gesagt oder ohne Worte vermittelt wurde?
T: Bis zu welchem Jahr haben Sie mit Menschen zusammengelebt, die Ihnen diese Regel vermittelt haben? Bis wann war diese Regel gültig für Sie?
T: Was würden Sie einem anderen Patienten sagen, der diesen Gedanken äußert?

Manchmal steht zunächst das Bedürfnis im Vordergrund, dass das erlebte Leid und die Schwierigkeiten in der Gegenwart oder/und der Vergangenheit durch andere Menschen und durch die Patientin selbst Würdigung erfahren. Wenn Patientinnen eine konkrete Anregung zur Ressourcenaktivierung zurückweisen, gibt es dafür in ihrem bewussten oder unbewussten Erleben sinnvolle Hindernisse. Eine Akzeptanz für das Nein der Patientin, soweit das innerhalb der Grenzen des Behandlungsteams möglich ist, kann eine korrigierende Beziehungserfahrung darstellen. Zudem kann es hilfreich sein, therapeutisch zu reflektieren, ob eine Intervention mit stabilisierender Absicht im Erleben der Patientin traumaassoziierte Übertragungsaffekte auslöst.

Das Behandlungsteam kann stellvertretend Zuversicht vermitteln, dass es möglich sein wird, passende Ressourcen zu entwickeln, und die Patientin zum Ausprobieren ermutigen.

Des Weiteren finden wir Techniken aus der Hypnotherapie zur Förderung einer kooperativen Beziehungsgestaltung hilfreich (Schauer 2010): Wenn ein Widerstandsphänomen auftritt, achten wir besonders darauf, dass die Ressourcen an den individuellen Gegebenheiten der Patientin anknüpfen. Eine kooperative Arbeitsbasis ist aus unserer Sicht wichtiger als die Anwendung einer konkreten Ressource.

Manche Patientinnen können positive Gefühle kaum tolerieren. Jedoch können sie die Anregung annehmen, in der anstrengenden therapeutischen Arbeit Pausen einzulegen oder zwischendurch neutrale Momente zu schaffen.

Eine Patientin kann sich keine guten inneren Bilder vorstellen. Bei der Frage nach Momenten von Ruhe erzählt sie jedoch, sie höre häufig Musik. Bei weiterer Nachfrage sagt sie, es gibt Textzeilen, die ihr Zuversicht vermitteln. Da in einer solchen Textzeile ein Tier benannt wird, sucht sie ein passendes Plüschtier, das sie künftig bei sich trägt.

19.2.4 Verbesserung der Affektregulation und Impulssteuerung

P: Meine Spannung explodiert plötzlich.
P: Ich bin auf einmal in einem tiefen Loch.

Wir erklären den Patienten, dass es *Frühanzeichen* gibt für innere Anspannung, die häufig zunächst unterhalb der Aufmerksamkeitsschwelle liegen, und dass man lernen kann, diese wahrzunehmen. Die Patientin übt mit Unterstützung, bewusste Regulationsmöglichkeiten (Linehan 1996; Sendera u. Sendera 2012) anzuwenden als Alternativen zu selbstschädigenden Verhaltensweisen. Die bisherigen Bewältigungsversuche würdigen wir als in der Vergangenheit bestmögliche Lösung für schwierige Situationen. Gleichzeitig vermitteln wir Zuversicht, dass es andere Methoden mit weniger Nebenwirkungen gibt.

Die meisten Patienten machen die Erfahrung, dass diese alternativen Methoden weniger schnell Entlastung ermöglichen als Selbstverletzung oder Suchtmittelabusus; sie müssen lernen, diese Frustration auszuhalten und die automatisierten Abläufe zu durchbrechen. Dafür ist die engmaschige Begleitung durch das Pflegeteam häufig notwendig. Bedarfsmedikation bietet zusätzliche Unterstützung. Das Erleben der Patienten, in einer Krisensituation nichts verändern zu können, kann häufig als Teil einer intrusiven Erinnerung an traumatische Erfahrungen verstanden werden. Oft kann die Patientin zunächst nur im Beisein einer Person aus dem Behandlungsteam Gegenwart und Vergangenheit so weit differenzieren, dass

sie Handlungsmöglichkeiten im Hier und Jetzt wahrnehmen kann. Zur Auffindung geeigneter Regulationsmöglichkeiten finden wir es zudem hilfreich, zu beachten, *welche Altersphase* zum gegebenen Zeitpunkt innerhalb des vordergründig aktivierten neuronalen Netzwerks aktualisiert wird (Unckel 2004).

Bei geringerer Anspannung kann die imaginative Vergegenständlichung, Externalisierung und Modifikation innerer Vorgänge Abstand schaffen. Dabei wird ein belastender Erlebensinhalt wie von außen betrachtet und zunächst auf imaginativer Ebene verändert (Reddemann 2012b). Das symbolische Externalisieren kann die Neigung zur Externalisierung im therapeutischen Raum des Stationslebens verringern.

T: Wenn die Wut ein Gegenstand wäre, wie sähe er aus? Kann man den Gegenstand in der Vorstellung kleiner werden lassen? Oder wäre es hilfreich, ein Symbol für die Wut in den Schrank zu legen, um etwas Abstand zum Gefühl herzustellen?

19.2.5 Verringerung der Häufigkeit und Intensität dissoziativer Symptome

P: Ich weiß nicht mehr, was ich in den letzten Stunden getan habe.

Dissoziative Symptome treten in der Regel auf, wenn Patienten sich bewusst oder unbewusst als überfordert erleben (Mattheß u. Schüepp 2013). Wir vermitteln den Patienten Informationen über dissoziative Symptome, und wir fordern sie auf, Überforderung frühzeitig entgegenzuwirken. Häufig brauchen sie zunächst Unterstützung, um belastende Situationen zu antizipieren, Auslöser zu differenzieren und Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln (Mattheß u. Nijenhuis 2013; Reddemann 2005). Diese Unterstützung kann manchmal bei engmaschiger Betreuung in der Überschaubarkeit des stationären Settings eher gewährt werden als im ambulanten Setting. Wir betrachten den Patienten als erwachsene Person, auch während dissoziativer Zustände, und als verantwortlich für sein Verhalten und für das Einhalten von Vereinbarungen. Er erhält jedoch Unterstützung, wie er seine Fähigkeiten zur eigenständigen Steuerung erweitern und Krisen vorbeugen kann. Selten kommt es vor, dass während einer stationären Behandlung in dissoziiertem Zustand Täterkontakte mit Grenzverletzung auftreten. Manchmal ist dies der Ausgangspunkt, darüber zu sprechen und eine Perspektive zu entwickeln, wie sich der Patient in der Zukunft mehr schützen kann (Huber 2011).

19.2.6 Erweiterung der interaktionellen Fertigkeiten

P: Immer gerate ich in Streit mit Menschen, die mir wichtig sind.
P: Keiner mag mich.

Vielen Patientinnen fällt es im stationären Rahmen leichter, über unbeabsichtigte Auswirkungen ihrer Interaktionsmuster zu reflektieren. Es ist ihnen im Vergleich zum Alltag weniger möglich, anderen Personen und somit möglichen interaktionellen Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen (Dulz u. Schneider 1996). Die Patienten können mit Unterstützung der Mitpatienten oder Teammitglieder eine Außenperspektive auf ihre Verhaltensweisen im stationären Alltag entwickeln. Manche Patientinnen können behutsam formulierte Rückmeldungen (Heigl-Evers u. Ott 1994; Streeck 2007) von Teammitgliedern eher annehmen als solche von Mitpatientinnen, bei anderen ist es umgekehrt. Da sie gleichzeitig unterstützende Kontakte zu anderen Personen

haben (also eine Triangulierung besteht), erleben sie weniger Ängste vor Verlassenheit oder Grenzüberschreitung. Auch spannungsintensive oder symbiotische dyadische Erlebnisse zwischen Patientinnen, z. B. Zimmerkonflikte, können mithilfe von Teammitgliedern »trianguliert« werden. Die Patientinnen können Rückmeldungen eher annehmen, wenn diese so formuliert werden, dass das Über-Ich entlastet wird (Sachsse 2002). Hierbei vermitteln wir den Patientinnen Verständnis für ihre Affekte und Impulse und machen deutlich, dass wir diese als bedingt durch frühere Erfahrungen ansehen. Wir unterstellen ihnen nicht, dass sie eine Auswirkung ihres Verhaltens unbewusst herbeiführen wollen (Rudolf 2013). Das gemeinsame Besprechen interpersoneller Konflikte bleibt jedoch für viele Patientinnen eine große Herausforderung.

Das Zusammenleben im stationären Alltag erleichtert das Ausprobieren alternativer Verhaltensmöglichkeiten, manchmal im schützenden Rahmen der Gesprächsgruppen (► Kap. 18). Zudem können wir durch die regelmäßige Reflexion interaktioneller Erlebnisse die Fähigkeiten zur *Perspektivübernahme* und zur *ganzheitlichen Selbst- und Objektwahrnehmung* fördern. Regelmäßige Fallbesprechungen innerhalb des Teams unterstützen die Auflösung eventueller Spaltungsdynamik und die Reflexion von Gegenübertragungsaffekten.

19.2.7 Verbesserung der Selbstannahme und Entlastung von Schuldgefühlen

P: Ich hasse mich.
P: Ich bin schuld. Ich habe nichts anderes verdient.

Häufig bestehen massive Selbstentwertung und Scham aufgrund der Symptomatik und der beteiligten Psychodynamik (Kernberg 2011). Wir fördern die Selbstannahme in kleinen Schritten, indem wir Erklärungsmodelle zur Erkrankung bieten. Häufig sind selbstentwertende Kognitionen nur partiell im Bewusstsein. Mit therapeutischer Unterstützung können die Patienten sie bewusster wahrnehmen, um im nächsten Schritt allmählich Abstand dazu herzustellen. Für die Patienten kann es entlastend wirken, wenn wir mit ihnen den Ursprung selbstentwertender Kognitionen in früheren Objektbeziehungen reflektieren und dadurch die Ich-Syntonie verringern.

T: Denken Sie das heute über sich? Entspricht es Ihren Normen? Oder ist es etwas, das Ihnen möglicherweise früher gesagt oder ohne Worte vermittelt wurde?

Hilfreich kann eine *Psychoedukation zu Internalisierungsprozessen* sein. Wenn diese in einfachen Worten formuliert wird, kann sie auch von neuronalen Netzwerken auf kindlicher Erlebensebene verstanden werden (Phillips u. Frederick 2003). Dies hilft dem Patienten, sich von Über-Ich-Vorwürfen zu entlasten.

T: Ein Kind glaubt, was seine Bezugspersonen sagen. Es schreibt diesen Autorität zu und verinnerlicht ihre Werte und auch Verhaltensweisen. Wie sich die Bezugspersonen z. B. nach einem Sturz verhalten haben […] (Beispiele für Überprotektion, Fürsorge, Ignoranz oder Vorwurf), beeinflusst später den eigenen Umgang mit Verletzungen. Früher konnten Bezugspersonen über das Kind entscheiden, heute jedoch können Sie als erwachsene Person selbst entscheiden, wie Sie mit sich umgehen möchten.

Das Zusammenleben mit anderen Menschen im stationären Setting über mehrere Wochen ist hilfreich, da die Patientin aus dieser aktuellen Bezugsgruppe alternative Normen inter-

nalisieren kann. Durch die regelmäßigen Gespräche über seelische Vorgänge in Therapiegruppen ist dies eher möglich als in der Alltagsumgebung. Das Zusammenleben auf der Station verringert Angst vor Verlassenheitsgefühlen, die bei der innerlichen Distanzierung von den Objekten der Vergangenheit auftreten können.

Zwar kann es beruhigend wirken, wenn die Teammitglieder sich freundlich zugewandt gegenüber der Patientin zeigen. Eine auf Übertragungserleben begründete Entlastung kann vorübergehend stabilisieren. Diese Entlastung bewirkt aber keine dauerhafte Veränderung der Über-Ich-Strukturen und kann nur eingeschränkt in den Alltag transferiert werden. Daher regen wir Patientinnen immer wieder an, selbst Wertvorstellungen zu hinterfragen, z. B. aus der Dritte-Person-Perspektive oder anhand des Umgangs mit eigenen Kindern:

T: Hat Ihre Tochter einmal etwas Ähnliches erzählt wie die Situation, die Sie gestern erlebt haben? Was haben Sie darauf geantwortet?
P: […] Für meine Kinder kann ich das sehen, für mich selbst kann ich es nicht.
T: Ich kann nachvollziehen, dass sich das schwierig anfühlt. Zu wie viel Prozent glauben Sie denn, dass Ihre Aussage auch für Sie selbst gelten könnte?

Wichtig ist auch die *Entlastung von Schuldgefühlen*. Häufig bietet die Differenzierung zwischen »Schuld« und »Schuldgefühl« (Hirsch 2008) etwas Entlastung. Jedoch sollte man beachten, dass Schuldgefühle häufig vor dem Erleben einer traumaassoziierten Hilflosigkeit schützen: Gegen den Preis des Schuldgefühls bleibt die Vorstellung bestehen, die Person hätte etwas ändern können. Diese lässt sich für einige Menschen eher ertragen als das Erleben von Ausgeliefertsein. Wenn noch keine Traumabearbeitung möglich ist, sollten daher Schuldgefühle nach unserer Erfahrung zunächst akzeptiert und sehr behutsam bearbeitet werden.

19.2.8 Intensivierung der Selbstfürsorge

P: Ich fühle mich verlassen. Wenn ich alleine bin, falle ich oft in ein tiefes Loch.

Einerseits sind *positive Kontakterfahrungen mit dem Team und mit Mitpatienten* hilfreich und können internalisiert werden. Jedoch möchten wir die Entstehung von Abhängigkeitsgefühlen vermeiden; die Patientin soll vielmehr eigenständige Möglichkeiten der Affektregulation entwickeln. Deshalb unterstützen wir sie dabei, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und während der stationären Behandlung selbstfürsorgliche Verhaltensweisen aufzubauen, die sie in den Alltag transferieren kann (► Kap. 11).

Wenn die Patientin dies als passend für sich erlebt, unterstützen wir die Eigenständigkeit durch Methoden der Therapie mit Persönlichkeitsanteilen mit der Vorstellung eines oder mehrerer »innerer Kinder« (► Kap. 11.10; Mattheß u. Nijenhuis 2013; Reddemann 2012 a; Schüepp u. Mattheß et al. 2013; van der Hart et al. 2008; Watkins u. Watkins 2012; Wöller 2013).

T: Welchem Alter würden Sie Ihr Erleben im Moment zuordnen? Können sie sich vorstellen, ein Kind in diesem Alter zu sehen, das dies erlebt? Wie geht es dem Kind gerade? Wie geht es Ihnen auf erwachsener Ebene, wenn Sie das Kind sehen?
T: Wenn Sie möchten, können Sie sich mehrere Kinder unterschiedlichen Alters vorstellen und in der Vorstellung ein Haus einrichten mit mehreren Zimmern, wo jedes nach seinen Bedürfnissen leben kann.

Manchmal ist es zunächst notwendig, Abstand zu internalisierten Entwertungen aus der Vergangenheit herzustellen. Häufig ist das imaginierte Kind anfangs sehr misstrauisch und die Erwachsene gleichgültig, während die Patientin sich unter Leistungsdruck setzt. Dann kann es hilfreich sein, wenn wir das Misstrauen des kindlichen Anteils und die Unbeholfenheit des erwachsenen Anteils als verständlich anerkennen. Wir überlegen mit der Patientin, wie eine behutsame Annäherung möglich sein kann.

T: Das Kind und die Erwachsene brauchen möglicherweise Zeit, einander kennenzulernen. Kann das Kind zunächst Unterstützung erhalten durch eine Fantasieperson oder ein Tier?
T: Wenn Sie sich ein Kind aus Ihrem Bekanntenkreis vorstellen, das in solch einer Situation wäre: Was könnte diesem Kind helfen? Was könnte das Kind benötigen?
T: Die Erwachsene kann das Kind nur unterstützen, wenn sie auch auf ihr eigenes Wohlbefinden achtet und auch Zeit hat für ihre Bedürfnisse als Erwachsene.

Wir erfragen immer wieder das innere Erleben der beteiligten Anteile im Moment, um zu erfahren, ob die Methode unterstützend wirkt und ob sie individuell abgewandelt werden sollte. Die bewusste Zuwendung zu traumaassoziierten emotionalen Persönlichkeitsanteilen kann stärkere Affektlabilität auslösen. Wenn die Patientin es als unterstützend erlebt, können ein Teammitglied und die Patientin gemeinsam überlegen, was der kindliche Anteil brauchen könnte. Die Patientin kann imaginieren, dass ein erwachsener Anteil oder das vorgestellte Helferwesen das Bedürfnis des kindlichen Anteils erfüllt. Manchmal ist es hilfreich, wenn die Patientin auch tatsächlich eine Handlung ausführt. Dabei versuchen wir mit der Patientin eine Handlung zu finden, die für die erwachsene Person insgesamt annehmbar ist. Nach unseren Erfahrungen ist es häufig günstiger, erwachsene Tätigkeiten zu wählen, die auch kindliche Bedürfnisse erfüllen (z. B. basteln, backen oder ein Tier streicheln), als scheinbar ganz Kind zu sein unter weitgehender Dissoziation des erwachsenen Kobewusstseins (z. B. wie ein Kind zu spielen).

Wenn eine Patientin diese Methode als unpassend oder beängstigend erlebt, akzeptieren wir dies. Häufig gestaltet sich dann die Arbeit an der Selbstfürsorge nahe an Reflexionen zur konkreten Gestaltung des Alltags in der Gegenwart. Für Patientinnen, die eine Zuwendung zu kindlichen inneren Zuständen als beängstigend erleben, erweisen sich häufig Erklärungen und kognitive Interventionen als hilfreich.

Kompromissbildung für innere Konflikte unterstützen wir ebenfalls häufig durch Therapie mit Persönlichkeitsanteilen (Mattheß u. Nijenhuis 2013; van der Hart et al. 2008; Watkins u. Watkins 2012; ► Kap. 12.10).

P: Ich möchte eigentlich, dass es mir besser geht. Aber manchmal ist mir alles egal. Ich finde die ganze Therapie sinnlos und denke, es ändert sich sowieso nichts.

Jeder Anteil im inneren Konflikt hat eine Absicht, die subjektiv sinnvoll erscheint und möglicherweise für den therapeutischen Prozess genutzt werden kann (Utilisation) (Phillips u. Frederick 2003; Schauer 2010). Eine Veranschaulichung für Patienten bildet die Metapher einer Hausgemeinschaft mit lebenslangem Wohnrecht: Keine Seite kann ignoriert werden und Vereinbarungen sind notwendig. Wenn bei der Arbeit an einem Therapieziel ein Konflikt aktualisiert wird oder als Widerstand wirkt, ist häufig zunächst eine Bearbeitung dieses Konflikts erforderlich.

Im stationären Setting können innere Anteile vom Team wahrgenommen werden, die die Patientin in einer ambulanten Therapie eher aus dem Kontakt fernhält, um die Beziehung zu schützen. Zunächst ist es häufig hilfreich, wenn die Beweggründe der beteiligten inneren Anteile erfragt und verstanden werden. Wir wertschätzen diese Beweggründe als sinnvoll innerhalb des inneren und äußeren Bezugsrahmens einer vergangenen Situation, erklären sie jedoch möglicherweise als weniger passend in der Gegenwart.

Im nächsten Schritt werden vielleicht Veränderungen möglich; hierzu kann ein imaginativer Dialog mit therapeutischer Moderation förderlich sein. Eine für die Therapie bedeutsame innere Konfliktlage kann darin bestehen, dass ein erwachsener Anteil traumatische Erlebnisse erinnern möchte, andere Anteile dies jedoch verhindern.

19.2.9 Bearbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen

P: Ich möchte mein Trauma bearbeiten.

Je nach individuellen und situativen Gegebenheiten können manche Phasen der Integration traumatischer Erinnerungen im stationären Rahmen behutsamer gestaltet werden, da auftretende intensive Affekte und manchmal somatische Symptome aufgefangen und deren Bewältigung unterstützt werden können (Bolm et al. 2002; Dulz u. Schreyer 1997; Sachsse 2004).

Die notwendige Voraussetzung hierzu bildet ein gewisses Maß an eigenverantwortlicher Affektregulation. Häufig müssen zunächst eine hinreichende Introspektionsfähigkeit und Affekttoleranz aufgebaut werden. Bei der Bearbeitung traumatischer Erfahrungen beachten wir die individuelle Toleranz für affektive Belastung und die Fähigkeit der Patientin zur Regulation des vegetativen Nervensystems (Levine 1998; Rothschild 2002).

Zur Verringerung der affektiven Belastung werden *schonende Bearbeitungsmethoden* eingesetzt (Hofmann 2011; Sack 2010; van der Hart et al. 2008; ►Kap. 13). Falls erforderlich, werden mit Pendeltechniken Ressourcen einbezogen (►Kap. 11.6). Manche Patientinnen haben die Vorstellung, dass eine Traumbearbeitung umso wirksamer sei, je belastender sie sich anfühle. Wir finden es günstig, solche Überzeugungen anzusprechen und die Wirkungsweise einer schonenden Bearbeitung zu erläutern (►Kap. 13). Wenn im ambulanten Setting Hindernisse für die Traumabearbeitung auftraten, bestehen diese oft auch im stationären Rahmen. Häufig wirken sich Kontakte zu Personen aus dem Täterumfeld hinderlich aus und können eine Kontraindikation für die Traumabearbeitung darstellen (Wöller 2005, 2013). Die emotionale Bedeutung dieser Beziehungen im Alltagsleben der Patientin kann durch den räumlichen Abstand während der stationären Behandlung reflektiert werden. Manchmal ist es hilfreich, eine Veränderung der Kontaktgestaltung einzuleiten. Auch innere Befürchtungen bezüglich Veränderungen aufgrund einer Traumabearbeitung sowie internalisierte Normen können ein Hindernis werden. Häufig führt die Stärkung von Ressourcen und Sicherheitserleben dazu, dass zunehmend belastende Erlebensinhalte rekonstruiert werden können. Alle Persönlichkeitsanteile sollten einer Traumabearbeitung zustimmen können.

Nach Bearbeitung traumatischer Situationen werden diese allmählich integriert: Die Patientin weiß und kann fühlen, »es ist mir wirklich passiert« (van der Hart et al. 2008). Häufig geschieht dies parallel zum Prozess der Traumaintegration und verursacht Veränderungen in der inneren Repräsentanzenwelt und der Zukunftsperspektive.

P: Es wird immer wehtun.
P: Was soll ich nun machen mit meinem Leben?

Der Abstand zur Alltagsumgebung und dem gewohnten sozialen Umfeld macht es für den Patienten in der stationären Behandlung leichter, seine bisherige Lebensgestaltung zu betrachten, neue Prioritäten zu setzen und eine neue Sinnorientierung zu finden. (Wirtz u. Zöbeli 1995). Einige Patienten erleben zunächst Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, besonders im Falle gravierender Lebensveränderungen wie des Auszugs erwachsener Kinder. Manchmal sind Trauerprozesse erforderlich (van der Hart 2010; Volkan u. Zintl 2000). Die Neuorientierung und das Erproben neuer Werte können innerhalb des alternativen und zeitlich begrenzten sozialen Rahmens der Station leichter fallen als in der gewohnten Alltagsumgebung. Für manche Menschen entstehen aus der Auseinandersetzung mit schmerzhaften Erfahrungen innere Veränderungen, die sie als persönliches Wachstum erleben (Calhoun u. Tedeschi 1999). Dies ist häufig nur möglich, wenn das Leiden dabei anerkannt wird und nicht verleugnet (Zoellner u. Maercker 2006).

19.2.10 Vorbereitung des Transfers in den Alltag

P: Ich möchte die stationäre Therapie verlängern.

Das Team strebt während der gesamten stationären Behandlung an, dass die Lebens- und Behandlungsbedingungen der Alltagsumgebung repräsentiert werden (Bolm et al. 2002). Dies erfordert besondere Aufmerksamkeit bei ausgeprägten Ich-strukturellen Einschränkungen oder/und Dissoziationsneigung. Einige Zeit vor der Entlassung antizipieren wir mit den Patientinnen mögliche Schwierigkeiten sowie Hilfsmittel für den Transfer des Erreichten in den Alltag.

T: Wie könnten Sie sich zu Hause regelmäßig daran erinnern, Ihren inneren Zustand wahrzunehmen? Könnte es hilfreich sein, kleine Zettel als Erinnerungshilfe in der Wohnung aufzuhängen? Oder könnten Sie Postkarten aufhängen, deren Bild Sie daran erinnern kann, sich zu fragen: »Wie geht es mir und was brauche ich gerade?« Wäre es vielleicht hilfreich, den Wecker des Mobiltelefons zu stellen?
T: Gibt es Mitpatienten, mit denen Sie gern in Kontakt bleiben möchten? Welche Schwierigkeiten könnten dabei auftreten? Wie können Sie damit umgehen?

Der Abschied aus dem stationären Umfeld kann Verlassenheitsgefühle aktivieren, die häufig dissoziiert werden. Wir wägen individuell ab, ob eine behutsame ressourcenbasierte Bearbeitung der Affekte eine spätere Dekompensation verhindern könnte. Manche Patienten erleichtert es, ein ambulantes Nachgespräch zu vereinbaren, um die Trennung in Teilschritte aufzuteilen. Bei manchen Patienten bieten wir die Möglichkeit einer Intervallbehandlung an, bei der sie später wieder stationär behandelt werden können. Wir vereinbaren dazu mit den Patienten, welche Veränderungen der ambulanten Lebenssituation sie bis zu einem nächsten Behandlungsintervall erreichen möchten. Die Indikation stellen wir vor einer erneuten stationären Aufnahme, in der Regel mit einem Abstand von mindestens 2 Jahren.

Literatur

Arsten AJ, Hoffmann SO (1978). Stationäre psychoanalytische Therapie als eigenständige Behandlungsform. Prax Psychother; 23: 233–45.

Becker H, Senf W (1988). Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

Bolm T, Dulz B, Thomasius R (2002). Stationäre Therapie von Borderline-Patienten. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie; 1: 4–16.

Calhoun LG, Tedeschi RG (1999). Facilitating Posttraumatic Growth. A Clinician's Guide. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Dulz B, Schneider A (1996). Borderline-Störungen: Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Dulz B, Schreyer D (1997). Probleme bei der Bearbeitung von Inzesterlebnissen bei Borderline-Patientinnen. Psychiatr Prax; 24: 265–9.

Eberhard-Kächele M (2013). Wie das Kaninchen vor der Schlange. Körper- und Bewegungsinterventionen bei traumatisierten Menschen. In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 594–616.

Fabian E, Dulz B, Martius P (2009). Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen: Therapiespektrum und klinikspezifische Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer.

Fischer G (1990). Die Fähigkeit zur Objektspaltung. Ein therapeutischer Veränderungsschritt bei Patienten mit Realtraumatisierung. Forum Psychoanal; 6: 199–212.

Gromes B (2008). Ressourcenorientierte Kunsttherapie mit traumatisierten Menschen. In: Martius P, Spreti F, Henningsen P (Hrsg). Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Urban & Fischer bei Elsevier; 93–102.

Groß LJ, Stemmler M, de Zwaan M (2012). Ressourcenaktivierung in der klinischen Psychologie und Psychotherapie: Überblick über theoretische Hintergründe und aktuelle Forschungsansätze. Fortschr Neurol Psychiatr; 80: 431–40.

Heigl-Evers A, Ott J (Hrsg) (1994). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hirsch M (2008). Scham und Schuld – Sein und Tun. Psychotherapeut; 53: 177–84.

Hofmann A (2011). The inverted standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. In: Luber M (ed). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Scripted Protocols. Special Populations. New York: Springer; 313–28.

Huber M (2011). Täterloyalität und Täteridentifikation verändern. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg). Psychotherapie der dissoziativen Störungen. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 91–102.

Janssen PL (1987). Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.

Janssen PL (2012). Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. Forum Psychoanal; 28: 337–59.

Janssen PL, Martin K, Martius P et al. (2007). Stationäre psychodynamische Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg). Psychotherapie der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Kernberg OF (2011). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 11. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Lachauer R (2004). Der Fokus in der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Levine P (1998). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis.

Linehan M (1996). Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

Lücke S (2012). Kunst und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumaheilung. In: Reddemann L (Hrsg). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta; 132–65.

Mattheß H, Nijenhuis E (2013). Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 50–93.

Mattheß H, Schüepp R (2013). Dissoziative Störungen. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer; 421–36.

Paar G, Kriebel R (1998). Stationäre Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Psychotherapeut; 43: 310–5.

Phillips M, Frederick C (2003). Handbuch der Hypnotherapie bei dissoziativen Störungen. Heidelberg: Carl Auer.

Reddemann L (2003). Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von Traumatherapeutinnen. Z Psychotraumatol Psychol Med; 1: 79–86.

Reddemann L (2005). Dissoziation. In: Bronisch T, Bohus M, Dose M et al. Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. 3. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 145–63.

Reddemann L (2012a). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann L (2012b). Imagination als heilsame Kraft. 16. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann L, Sachsse U (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 555–71.

Rießbeck H, Sachsse U (2013). Komplexe Versorgungsmodelle für komplex Traumatisierte. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer; 171–85.

Rothschild B (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.

Rudolf G (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Sachsse U (2002). Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sachsse U (Hrsg) (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Sack M (2010). Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.

Schauer D (2010). Utilisation, Kooperation und Hypnose. Methodologische Analyse und Wirksamkeit moderner Hypnotherapie. http://d-nb.info/1026992206/34 (Zugriff am 31.01.2014).

Schmitz U (2004). Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Ein handlungsorientierter Ansatz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schüepp R, Mattheß H (2013). Komplexe Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Sack M, Sachsse U, Schellong J (Hrsg). Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer; 409–20.

Schwabe C, Stein I (2000). Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung »Musiktherapie – Lebensgenuss – Freude?« im April 2000. Crossen: Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen.

Sendera A, Sendera M (2012). Skills-Training bei Borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung. 3. Aufl. Wien: Springer.

Streeck U (1991). Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. Z Psychosom Med Psychoanal; 37: 3–13.

Streeck U (2007). Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. Stuttgart: Klett-Cotta.

Timmermann T (Hrsg) (2004). Empfinden – Hören – Sehen: Welche Zugänge wählen nonverbale Psychotherapien? Am Beispiel der Diagnose Persönlichkeitsstörungen. Wiesbaden: Reichert.

Tress W, Wöller W, Horn E (Hrsg) (2000). Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt: VAS.

Unckel C (2004). DBT-Skills für Innere Kinder. In: Sachsse U (Hrsg). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 247–53.

Van der Hart O (Hrsg) (2010). Abschiedsrituale. Lernen, leichter loszulassen. Paderborn: Junfermann.

Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2008). Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.

Vandieken R, Häckl E, Mattke D (1998). Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Standorte und Entwicklungen. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Volkan V, Zintl E (2000). Wege der Trauer. Leben mit Tod und Verlust. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Von Wachter M, Hendrischke A (2013). Ressourcenaktivierung bei stationärer Psychotherapie. PiD – Psychotherapie im Dialog; 14: 36–42.

Watkins J, Watkins H (2012). Ego states – Theorie und Therapie. Ein Handbuch. Heidelberg: Carl Auer.

Winnicott D (2008). Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Winnicott D (2012). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wirtz U, Zöbeli J (1995). Hunger nach Sinn: Menschen in Grenzsituationen – Grenzen der Psychotherapie. Zürich: Kreuz.

Wöller W (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. Fortschr Neurol Psychiatr; 73: 83–90.

Wöller W (2006). Störungen der Emotionsregulierung bei komplexen Traumafolgestörungen. Psychotherapeutische Interventionen. Nervenarzt; 77: 327–32.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wöller W, Kruse J (Hrsg) (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 4. Aufl. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.

Wöller W, Hartkamp N, Bergstein V et al. (2000). Therapeutische Arbeitsbeziehungen in der stationären Psychotherapie. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hrsg). Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt: VAS; 69–79.

Zoellner T, Maercker A (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – a critical review and introduction of a two component model. Clin Psychol Rev; 26: 626–53.

20 Teamarbeit in der stationären Behandlung

Wiebke Pape

20.1 Borderline-typische Problematik im stationären Setting

Im stationären Setting haben wir die Chance, die ganze Vielfältigkeit und (vermeintliche) Widersprüchlichkeit der Beziehungsdynamik von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Szene gesetzt zu sehen. Die Problematik zeigt sich sowohl im Kontakt mit anderen Menschen als auch im »Kontakt mit sich selbst«, das heißt in der Schwierigkeit, die unterschiedlichen, oft unverbundenen und sich bekämpfenden inneren Seiten zu regulieren.

Die Patienten haben in der Regel gravierende Defizite in der Selbstfürsorge und Selbstregulation, also in der »Beziehung nach innen«, z. B. sich selbst zu beruhigen, wenn schmerzhafte und aufwühlende Gefühle auftauchen (► Kap. 1.2). Es ist für sie oft kaum möglich zu realisieren, dass das, was in ihrer inneren Welt geschieht, ein innerer Zustand ist und nicht die Realität. Es gelingt ihnen nicht, psychische Zustände zu interpretieren und daraus Handlungen abzuleiten. Die Fähigkeit, das Verhalten der anderen Menschen zu verstehen und realistische Rückschlüsse auf die dahinter liegende Motivation abzuleiten (Mentalisierungsfähigkeit), ist eingeschränkt – insbesondere in Situationen hoher innerer Erregung (► Kap. 3.3). Eine real anwesende andere Person wird gebraucht, um das schmerzhafte Erleben des »inneren Chaos« und die damit verbundene Hilflosigkeit zu vermeiden, die Gefahr der Abhängigkeit vom anderen ist groß (► Kap. 3.5). Gleichzeitig besteht oft starkes Misstrauen und die Neigung, andere Personen als feindlich und grenzüberschreitend zu erleben (► Kap. 1.2). Diese beiden widerstreitenden Bedürfnisse – nach Anlehnung an einen anderen und dessen Kontrolle und Bekämpfung – bestimmen in der Regel die »Beziehung nach außen« (► Kap. 5).

Auch erfolgt die Ausrichtung des eigenen Handelns oft nach rigiden Wertvorstellungen, z. B. idealisierten Vorstellungen davon, was einen »guten« und einen »schlechten« Menschen ausmacht (► Kap. 4.1). Positive Werte im Sinne einer Selbstidealisierung wären dann z. B.

- immer für andere da zu sein,
- die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen,
- keine Fehler zu machen.

Als ablehnenswert gelten häufig,

- sich um sich selbst zu kümmern (»egoistisch sein«),
- Verletzbarkeit zu zeigen,
- sich anderen zuzumuten.

Daraus resultiert oft ein inneres Verbot, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern. Deutlich wird jedoch auch häufig die mangelnde Fähigkeit, etwas Wohlwollendes, Hilfreiches vom Gegenüber anzunehmen, obwohl die Sehnsucht danach sehr groß ist.

Die eigene Bedürftigkeit, die die Betroffene nicht wahrnehmen darf und kann, zeigt sich allerdings oft darin, dass sie sich ein ideales Gegenüber wünscht, z. B.: »Wenn ich nur die perfekte Bezugsperson finde, wird es mir endlich gut gehen.« Gleichzeitig können Patientinnen einen realen guten Kontakt oft nur schwer ertragen, da er in ihnen ängstigende und widersprüchliche Gefühle auslöst. Diese

innere Not und die ambivalenten Gefühle können sie oft nur durch drängende Forderungen und Vorwürfe im Kontakt ausdrücken, wenn es zu interaktionellen Schwierigkeiten kommt.

Die Annahmen darüber »wie Beziehung geht«, wie z. B. ein ausgeglichenes Geben und Nehmen im Kontakt realisierbar ist, wie man sich im Kontakt öffnen, aber auch schützen kann, sind also häufig unrealistisch.

Interaktionelle Szenen, die sich uns auf der Station bieten, sind z. B. folgende:

- Eine Patientin, die im Kontakt bei Aufnahme als sehr freundlich, zugewandt, kompetent erscheint, äußert sich unvermittelt aggressiv und anklagend, dass das Team oder einzelne Therapeuten kalt und abweisend seien.
- Patienten fordern mit Vehemenz mehr therapeutische Angebote ein und beklagen Ausfälle, in den Gruppentherapien wird aber geschwiegen und zu den freiwilligen Gruppenangeboten kommt niemand.
- Es entfalten sich anhaltende Diskussionen über die Rahmenbedingungen und Regeln, verbunden mit der Aussage »Wenn das anders wäre, könnte ich mich auch auf die Therapie einlassen«.
- Patienten klagen das Team an, z. B.: »Wir fühlen uns nicht sicher, hier ist auch kein geschützter Rahmen!«, »Ich dachte, es wäre hier anders, als ich es bisher erlebt habe, aber mir passiert immer wieder dasselbe!«, »Sie sind ungerecht, haben etwas gegen mich!«

Die sich wiederholenden problematischen Beziehungsmuster, vor allem die Reaktionen, die sie bei anderen auslösen, bleiben den Patientinnen zunächst unklar. Sie können eigene Anteile oft nicht sehen, ihnen fehlt es in der Regel an einer Außenperspektive.

Wir als Team haben die Möglichkeit, Patienten in unterschiedlichen Beziehungskontexten zu erleben und ihre Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung unmittelbar zu erfahren; wir können ihnen unsere Perspektive zur Verfügung stellen und gemeinsam an einem verbesserten »Gesamtverständnis« der Reaktions- und Handlungsmöglichkeiten, also einer verbesserten Integration arbeiten.

Wir stellen uns auch vor, dass wir als Team eine Modellfunktion einnehmen können, indem wir wie ein Organismus mit unterschiedlichen Anteilen Respekt voreinander, gute Kooperation und konstruktive Auseinandersetzung vorleben.

20.2 Unser Setting

Patienten mit einer Borderline-Störung werden in der Rhein-Klinik Bad Honnef, einem Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, vorwiegend auf der Station der Abteilung II behandelt. Diese Station hat neben allgemeiner Psychotherapie einen Behandlungsschwerpunkt für Traumafolgeerkrankungen. Die Unterbringung erfolgt in der Regel im Doppelzimmer.

Unser psychotherapeutisches Behandlungsangebot besteht aus Einzeltherapie, interaktionell-analytischer Gruppentherapie, edukativer Stabilisierungsgruppe und Kunsttherapie. Von den drei Gruppensettings, die inhaltlich gleich arbeiten, ist eine Gruppe eine Frauengruppe, die anderen beiden sind gemischtgeschlechtlich zusammengesetzt. Zusätzlich gibt es Großgruppenangebote, die zum Teil für Organisatorisches, aber auch für therapeutische Prozesse der Gesamtgruppe genutzt werden. Darüber hinaus werden Imaginationsübungen in der Gesamtpatientengruppe vermittelt.

Die Pflegekräfte arbeiten mit einem Bezugspflegesystem mit einer halben Stunde Bezugspflege in der Woche, für weiteren Gesprächsbedarf melden sich die Patienten selbstständig.

Weitere Angebote sind:

- Ab der 6. Aufenthaltswoche können die Patienten die »Transfergruppe« besuchen, die sich mit dem Übergang in den Alltag beschäftigt (Fragen wie »Wie kann das in der Behandlung Erlernte umgesetzt werden, welche Probleme können auftauchen?«).
- Seit neuestem haben wir eine Humorgruppe als Idee einer Mitarbeiterin aus der Pflege mit dem Ziel, Humor als Bewältigungsstrategie nutzen zu lernen.
- Wir haben zwei »selbstorganisierte« Gruppen auf Station: eine, die Imaginationsübungen weiter bearbeitet (► Abschn. 20.4: Die selbstgeleiteten Gruppen), die andere, die sich mit Problemlösetraining und Stressbewältigung im Alltag beschäftigt.
- Im Wechsel werden Progressive Muskelrelaxation, Töpfern und eine Theatergruppe angeboten. Hieran können interessierte Patienten teilnehmen; nach der Anmeldung ist die Teilnahme verbindlich.
- Weiterhin können die Patientinnen an stationsübergreifenden Angeboten wie Physiotherapie und angeschlossenen Aktivitäten (Nordic Walking) teilnehmen; es gibt auch Qigong und Kunsttherapie im offenen kunsttherapeutischen Atelier.
- Die Patienten haben die Möglichkeit, Termine bei der Seelsorgerin zu machen.

20.3 Hilfreiche Konzepte

Wir arbeiten mit traditionellen konflikt- und strukturorientierten (Heigl-Evers u. Ott 2002; Kernberg 2011; Rudolf 2013; Wöller u. Kruse 2014) und traumaorientierten psychodynamischen Konzepten (Reddemann 2012; Wöller 2013). Wir nutzen auch gern Konzepte, die die Psychodynamik einer Person als ein Zusammenspiel unterschiedlicher innerer Seiten beschreiben, Seiten, die sich in unterschiedlichen Altersstufen und Kontexten herausgebildet haben. Zum Beispiel arbeiten wir mit dem Ego-State-Modell (Watkins u. Watkins 2003), ebenso mit dem Modell der traumabedingten strukturellen Dissoziation (van der Hart et al. 2008) und verwandten Ansätzen wie dem Ansatz des inneren Kindes (Reddemann 2012) und der inneren Familie (Schwartz 2011).

Für das Verständnis, wie die Persönlichkeitsanteile und die daraus folgende Interaktion der Person mit der Außenwelt zusammenwirken, finden wir die systemische Sichtweise sehr hilfreich. Mit dieser können wir die Patienten darin unterstützen, ihre oft unterschiedlichen und widersprüchlichen Verhaltensweisen, die sie uns präsentieren, zu einem Gesamtbild zusammenzutragen. Grundannahme dabei ist, dass ein Verhalten Sinn ergibt, wenn man es in dem Kontext betrachtet, in dem es entstanden ist. So kann sich die Funktionalität eines Verhaltens besser erschließen, auch wenn es zunächst irrational erscheint.

Wir versuchen also, problematisches Verhalten als einen Lösungsversuch in der jeweiligen belastenden Situation zu sehen und in diesem Rahmen zu verstehen. Als besonders hilfreich erweist es sich hier auch, ein Steckenbleiben in kindlichen Verhaltensmustern zu erkennen. Diese werden häufig in Situationen aktiviert, die unverarbeiteten Belastungssituationen in der Kindheit ähneln. Es erfolgt sozusagen eine Altersregression, und der Betroffene reagiert, wie er z. B. als Kind in der überfordernden Situation reagiert hat, nimmt das Gegenüber auch entsprechend wahr. Wahrnehmung und Handeln wird also (nach den oben genannten Modellen) von einem aktivierten kindlichen Ego-State gesteuert.

Eine Patientin gerät immer wieder in Konflikte, weil sie, wenn sie sich in Not fühlt, sich sehr aggressiv verhält. Sie wird deshalb von anderen abgewiesen und als Täterin wahrgenommen. Sie selbst nimmt wahr: »Immer

wieder werde ich abgelehnt, wenn ich Hilfe brauche.«
Bei der Analyse dieser Situationen in der Einzeltherapie wird deutlich, dass es bestimmte Auslöser gibt, die den Situationen mit aggressivem Verhalten vorausgehen. Die Patientin hatte in ihrer Kindheit Misshandlungen durch den Vater erfahren, auslösend waren oft Situationen, in denen sich die Patientin mit einer Person konfrontiert sah, die sie als Autorität empfand.
Bei genauerem Hinsehen wirkt das aggressive Verhalten eher wie ein hilflos-wütendes Um-sich-Schlagen. Die Patientin erlebt sich in diesen Situationen als ganz klein (Altersregression), ausgeliefert, sie handelt wie automatisiert, mit Tunnelblick. Sie erzählt von sich: »Ich habe schon immer geschrien und gestrampelt.« Sie erlebt das Gegenüber in diesen Situationen als übermächtigen Täter – aggressiv oder versagend – und ist in keiner Weise in Kontakt mit ihren Fähigkeiten als Erwachsene, es bestehen keine Differenzierungsmöglichkeiten des Gegenübers mehr. Sie erlebt nur ihre existenzielle Not. Die Situation hat sozusagen einen frühen »Kampf- und Überlebensmodus« angestoßen, in den die Patientin »hineinrutscht«, und in diesem Zustand kann sie nicht mehr klar denken. Ihr ist auch nicht bewusst, dass sie nach außen aggressiv wirkt und von anderen als mächtig erlebt wird.

Die therapeutische Arbeit besteht dann darin, diesen »kindlichen Anteil« wahrzunehmen und zu verstehen, aus welcher Motivation er handelt. Nächster Schritt ist, dass die Patientin eine besondere Aufmerksamkeit für ähnliche Situationen entwickelt und lernt, sich in der Gegenwart besser zu orientieren, das heißt, im »Erwachsenenmodus« zu bleiben. Dazu gehört auch, das Gegenüber realistisch wahrzunehmen und dieses vom früheren Täter zu differenzieren. Dann lernt die Patientin, eine Außenperspektive auf sich in dieser Situation zu entwickeln, indem die Therapeutin ihr spiegelt, was sie wie im Kontakt mit der Patientin erlebt hat:

T: Wenn Sie das mit dieser Wucht sagen, habe ich ein bisschen den Eindruck, ich werde angegriffen und habe dann den Impuls, mich zu verteidigen oder mich abzugrenzen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass Sie sehr in Not sind und versuchen, das deutlich zu machen. Das heißt, es kommt bei mir vielleicht ganz anders an, als Sie es beabsichtigen.

Die Patientin entwickelt so allmählich die Fähigkeit,

- eine verletzte kindliche Seite zu erkennen und diese zu verstehen, somit Empathie für ihr eigenes dysfunktionales Verhalten zu entwickeln;
- eine Außenperspektive auf sich zu erarbeiten und zu verstehen, warum andere sich ihr gegenüber verletzend verhält;
- durch Stärkung der »erwachsenen Seite« die Situationen, die sie immer wieder in Schwierigkeiten brachten, zu verändern;
- ihre eigene (kindliche) Not wahrzunehmen, aus der sie handelt, und diese betroffene Seite zu beruhigen.

Für Patienten bedeutet dieses Vorgehen oft die Erkenntnis »Ich bin nicht unerklärlichen Impulsen ausgeliefert, sondern mein Verhalten war sinnvoll und zielorientiert in der Situation, in der es entstanden ist«. Sie entdecken und verstehen die unterschiedlichen eigenen Facetten und akzeptieren diese zunehmend, was ihre Selbstempathie und Integration der Persönlichkeit fördert.

20.4 Die Beziehungskontexte

Wir haben auf unserer Station die Erfahrung gemacht, dass Patienten in der Regel mindestens *eine* therapeutische Beziehung als relativ gut und vertrauensvoll erleben.

Treten in einer therapeutischen Beziehung Schwierigkeiten auf, kann in einem anderen therapeutischen Kontakt, der weniger belastet ist, diese Problematik reflektiert werden. Das ist für die Patienten weniger bedrohlich, als eine problematische Situation in dem betreffenden Kontakt selbst zu beleuchten, da weniger Ängste mobilisiert werden, angegriffen, beschämt oder zurückgewiesen zu werden.

Die unterschiedlichen Beziehungsmuster, die die Patientinnen mit der Zeit zu den verschiedenen Teammitgliedern entwickeln, können im therapeutischen Gespräch dazu genutzt werden, zwischen den verschiedenen Verhaltens- und auch Bindungsmustern zu unterscheiden, die sie in ihrem Leben bisher entwickelt haben.

20.4.1 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie wird von den meisten Patienten als die wichtigste Therapie angesehen: »Hier geht es nur um mich, endlich jemand, der nur für mich da ist.« Es entstehen oft regressive Wünsche, z. B. »sich fallen lassen können«, »alles erzählen können und die Therapeutin weiß, was zu tun ist«.

In der Einzeltherapie kann viel Nähe entstehen, was oft auch als bedrohlich erlebt wird, da die Therapeutin aus der Sicht der Patientin zu einer wichtigen Person wird und damit Macht bekommt – z. B. die Patientin zu verlassen oder zu entwerten. Dennoch ermöglicht die dyadische therapeutische Beziehung ein Erleben von Sicherheit und Angenommensein.

Die Einzeltherapeutin ist in der Regel »parteiisch«. Sie wird am ehesten Zeugin der inneren Not der Patientin und des Unvermögen der Patientin, bestimmte Belastungen zu bewältigen. Sie ist oft diejenige, die in ihrer Gegenübertragung die meisten Schutzimpulse gegenüber der Patientin verspürt und am ehesten Gefahr läuft, sie »retten« zu wollen.

Dass die Einzeltherapeutin diejenige ist, die die verletzten Seiten der Patientin schützt und auch besonders auf ihrer Seite stehen darf, finden wir als Team wichtig. Die Einzeltherapeutin weiß aber auch um die Existenz der anderen Perspektiven – und der anderen Seiten der Patientin – und soll mithilfe des Teams die einzelnen Perspektiven für die Patientin wahrnehmen, der Patientin spiegeln und ihr helfen, diese zusammenzufügen.

Wenn eine vertrauensvolle Beziehung entsteht, kann die Einzeltherapie auch genutzt werden, um schwierige Beziehungssituationen mit anderen zu reflektieren, die sich auf der Station ereignen:

Die Gruppentherapeutin berichtet, dass die Patientin in der Gesprächsgruppe sehr kompetent ist und sehr reflektierte Äußerungen einbringt, die Dynamik der Mitpatienten gut versteht und hilfreich interveniert, während sie in der Einzeltherapie »ganz klein und hilflos« ist. Dies kann auch im Einzelsetting genutzt werden, indem die Therapeutin die Patientin darauf anspricht:

T: Ich habe im Team gehört, dass Sie in der Gruppe oft so gute Ideen haben, wenn es darum geht, einem anderen zu helfen, wenn er in Not ist. Könnten Sie diese Seite von sich auch zurate ziehen, wenn Sie sich selbst in Not fühlen?

T: Es erscheint mir so, als ob diese beiden Seiten in Ihnen – die kompetente/hilfreiche und die bedürftige/ratlose ganz getrennt voneinander sind; die eine tritt hier in Erscheinung, die andere in der Gruppe. Wie wäre das denn, wenn Sie in der Gruppe mal einen Wunsch oder ein Bedürfnis äußern

würden? Wie könnte das gehen? Könnten Sie dafür Ihre Erfahrung hier aus der Einzeltherapie nutzen?

20.4.2 Bezugspflege

Eine der Pflegekräfte ist als Bezugspflegekraft einer Patientin zugeordnet. Wie in der Einzeltherapie gibt es hier regelmäßige Termine, in denen häufig die konkrete Umsetzung der in der Therapie erarbeiteten Erkenntnisse im Alltag im Fokus steht. Die Bezugspflegekraft ist oft die »andere Vertraute«, sie hat mehr den Alltag und konkrete Probleme im Visier. Sinnvoll ist es, wenn sich Einzeltherapeutin und Bezugspflege gut abstimmen, z. B. in dem Punkt, wie der Patient das in der Einzeltherapie theoretisch Besprochene im Alltag umsetzen kann. Durch die Bezugspflege erhalten die anderen Therapeuten oft hilfreiche Rückmeldung darüber, was im Alltag der Patientin an Fähigkeiten vorhanden ist oder fehlt.

Eine Patientin kommt mit dem Wunsch in die stationäre Behandlung, sich mit erlebten Traumatisierungen auseinanderzusetzen. In der Einzeltherapie ist sie sehr reflektiert und kompetent. Die Bearbeitung belastender Erlebnisse, die die Patientin wahrscheinlich zunächst destabilisieren wird, wird vorbereitet. Doch in der Bezugspflege wird deutlich, dass die Patientin vermeidet, nach Hause zu fahren, da sie dort von einem Nachbarn belästigt wird; sie kann sich gegen ihn in keiner Weise abgrenzen. Dies wird in der Einzeltherapie thematisiert.
Es stellt sich heraus, dass es der Patientin noch an Fähigkeiten fehlt, im Hier und Jetzt auf Gefahrensituationen und Belastungen in angemessener Weise zu reagieren, sie blendet sie oft einfach aus. Sie kann die situationsangemessenen Gefühle nicht ausreichend wahrnehmen und daraus z. B. Strategien des Selbstschutzes ableiten. Für Sicherheit im aktuellen Leben sorgen zu können, ist aber eine Voraussetzung für Traumabearbeitung, hier muss die Patientin zunächst neue Fertigkeiten erlernen; das wird vorrangiger Behandlungsfokus. Darauf reagiert die Patientin erstaunt: »Ich dachte, das kann ich dann von allein, wenn ich meine Traumata bearbeitet habe.«

20.4.3 Analytisch-interaktionelle Gruppentherapie

Die meisten Patienten haben Angst vor der Gruppentherapie, vor allem Angst, abgelehnt zu werden, wenn sie sich zeigen, wie sie sind. Auch besteht einerseits die Sorge, nicht genügend Raum für die eigenen Anliegen zu bekommen, andererseits, Raum einzunehmen oder einzufordern. So bemühen sich die Patienten oft mehr um die anderen Gruppenmitglieder anstatt eigene Themen und Wünsche anzusprechen. Unsere Erfahrung ist es jedoch, dass Bedürfnisse wachsen und dann oft zu Konflikten führen, die häufig lange verdeckt schwelen. Ein Ziel der Gruppentherapie ist es, diese und ähnliche Dynamiken und das dadurch entstehende Leiden sichtbar zu machen und hilfreiche Veränderungsstrategien zu erarbeiten.

Was sich in der Gruppentherapie ereignet, entspricht oft der Beziehungsgestaltung der Patienten im Alltag. Die Gruppentherapeuten können einen »Blick von außen« auf die Patienten bekommen, können sehen, was in der Beziehungsgestaltung der Patienten zu Schwierigkeiten führen könnte, aber auch, wo es Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung – oder der fantasierten Fremdwahrnehmung – der Patienten gibt.

Oft erleben die Einzeltherapeutin (ET) und Gruppentherapeutin (GT) eine Patientin sehr unterschiedlich. Eine Möglichkeit, dies der

Patientin zu verdeutlichen und ein besseres Verständnis zu ermöglichen, ist z. B., die Patientin zu einem Reflecting Team einzuladen. Das heißt beide Therapeutinnen tauschen in Anwesenheit der Patientin in wertschätzender Haltung ihre Gedanken über die betreffende Situation aus und äußern auch ihre Hypothesen darüber, wie sie die unterschiedlichen Verhaltensweisen der Patientin verstehen. Die Patientin hört zu und wird anschließend gefragt, was sie zu dem Gehörten denkt.

Eine Patientin verhält sich in der Gruppe sehr schroff und abweisend, sodass die anderen Gruppenmitglieder Angst vor ihr haben und sie meiden. In der Wahrnehmung der Patientin sind aber die anderen ihr feindlich gesonnen, sie muss sich verteidigen. Sie erlebt also nicht sich als abweisend, sondern die anderen. Die Gruppentherapeutin spiegelt sie in ihrer Rückmeldung, worauf die Patientin zunächst erschrocken reagiert. Sie kann aber anschließend erzählen, dass sie Angst davor hat, abgelehnt zu werden, wenn sie etwas Persönliches über sich erzählt. Die Therapeutinnen können das Verhalten der Patientin nun besser verstehen und sie ermutigen.

ET: Sie haben uns jetzt sehr klar und plausibel erklärt, wie sie sich in der Gruppe fühlen, ich kann jetzt gut verstehen, warum Sie sich so verhalten. Wäre es möglich, dass Sie dies den anderen beim nächsten Gruppentermin genau so erklären, wie Sie es uns erklärt haben, damit diese es auch verstehen? Ich könnte mir vorstellen, dass die anderen Gruppenteilnehmer denken, Sie mögen sie nicht. Vermutlich merken diese nicht, dass Sie selbst Angst haben, wenn Sie so verschlossen in der Gruppe sind.

GT: Ja, ich sehe das genauso. Ich glaube, es wäre hilfreich, wenn sie das der Gruppe mitteilen. Sie wirken auch auf mich – auch wenn Sie sich selbst ängstlich fühlen – nach außen eher so, als würden Sie die anderen auf Abstand halten wollen – was bei Angst ja auch sinnvoll ist. Aber da wir nicht in Sie hineinsehen können, können natürlich alle möglichen Fantasien entstehen, warum Sie diesen Abstand wollen. Ein bisschen Selbstoffenbarung hilft in der Regel, Vertrauen aufzubauen, weil man ihr Verhalten dann besser verstehen kann. Wir können auch überlegen, ob und wie ich Sie unterstützen könnte, damit Sie sich sicherer fühlen, wenn Sie so einen mutigen Schritt machen und etwas Persönliches von sich erzählen.

In der Einzeltherapie kann dann z. B. weiter an diesem Thema gearbeitet werden. So kann es gelingen, dass eine Patientin ihr »Ich in der Gruppe« und die dazugehörigen Bedürfnisse und Ängste von ihrem »Ich im Einzelkontakt« differenziert und Kompetenzen einer Seite in einem anderen Kontext nutzen kann.

20.4.4 Pflege

Die Mitarbeiter des Pflegeteams sind in der Regel »erste Anlaufstelle für alles«; sie sind immer diejenigen, bei denen die »volle Wucht« der Emotionen von Patienten in Krisen ankommt. Sie sind oft mit dem Anspruch der Patienten konfrontiert, »immer da und ansprechbar zu sein«, und müssen viel aushalten. Ihre Aufgabe ist oft die einer ersten Beruhigung und Klärung. Wenn die Patienten in emotionalen Erregungszuständen selbst nicht in der Lage sind, klar und strukturiert zu überlegen, kommen sie mit dem drängenden Wunsch: »Es ist nicht aushaltbar, machen Sie es weg!«

Uns als Team ist es wichtig, für diesen Zustand nicht die volle Verantwortung zu übernehmen und das Problem zu lösen. Vielmehr

versuchen wir, gelassen mit der für den Patienten schwierigen Situation umzugehen. Wir schätzen wert, dass er um Hilfe nachgefragt hat, anerkennen, wie belastend es momentan für ihn ist, und suchen schließlich gemeinsam mit ihm nach einer Lösung des Problems oder nach Möglichkeiten, mit dieser Situation besser umzugehen.

Ein Patient bekommt massive Wut in der Gruppe, ist dadurch geängstigt, verlässt die Gruppe und meldet sich im Stationszimmer.

P: Ich habe so hohe Anspannung, ich weiß gar nicht wohin damit, das macht mir Angst!
T: Wollen Sie reinkommen uns sich setzen? (Pause, Blickkontakt)
P: Sie sagen ja gar nichts. Was soll ich denn jetzt machen?
T: Na ja, das fühlt sich bestimmt schlimm an, beschreiben Sie doch mal.
P: Es ist, als ob ich gleich platze, so ein Druck in mir.
T: Hat es schon mal etwas gegeben, was in so einer Situation geholfen hat? Damit der Druck ein bisschen weg geht?
P: Ja, ich habe mal gelernt, mit aller Kraft gegen die Wand zu drücken, das ging ganz gut.
T: Wollen Sie das mal ausprobieren?
P: Okay. (Kommt nach einiger Zeit wieder.) Ist ein bisschen besser.
T: Wollen Sie wieder in die Gruppe gehen?
P: Nein, das ist mir zu viel, ich gehe ein bisschen raus. Danach habe ich Einzeltherapie, da will ich einen klaren Kopf haben.

20.4.5 Kunsttherapie

Durch das Sicheinlassen auf das Malen oder Gestalten können Patienten in Kontakt kommen mit einer anderen inneren Seite, die eher spielerisch, kreativ und experimentierend ist – im Gegensatz zu den Seiten mit strengen Wertvorstellungen und Leistungsanforderungen, von denen sie sich oft bestimmt fühlen. So können vorübergehend rigide Denkmuster verlassen werden. Durch den kreativen Prozess werden z. B. neue Erlebnisweisen möglich, Ressourcen können aktiviert werden. Es kann ein Zugang entstehen zu Inhalten, die sonst nicht verfügbar sind. Natürlich ist der Gestaltungsprozess auch potenziell regressionsfördernd. Es ist wichtig, darauf achtzugeben, dass Patienten nicht in traumatischen Inhalten oder kindlichen Fantasien versinken. Auch ist es notwendig, darauf zu achten, dass, wenn das Malen eher von einer kindlichen Sichtweise dominiert ist, diese wieder eingebunden wird in die Erwachsenenperspektive.

Über die gestaltende Tätigkeit und die Materialwahrnehmung kann die Körperwahrnehmung geschult, die Gegenwartspräsenz gefördert und die Fähigkeit des Selbstausdrucks – zunächst nonverbal – gebahnt werden. Die Kunsttherapeutin sieht die Patienten oft mehr in ihrer Ressourcenseite, kann sie begleiten, wie sie Fähigkeiten in einem mehr spielerischen Modus zeigen oder entwickeln.

Werden die Bilder oder gestalteten Objekte gemeinsam am Ende der Stunde in der Gruppe angesehen und besprochen – alle können zu den Bildern assoziieren –, ermöglicht dies wiederum eine Distanzierung vom Erlebten und eine kognitive Verarbeitung; ein Prozess des Verstehens kann angestoßen werden.

Patienten mit einer Borderline-Störung fällt es oft sehr schwer, kritische Themen zu reflektieren und zu verbalisieren. Durch das Gestalten und durch die Möglichkeit, sich das entstandene Objekt aus der Distanz anzusehen, kann es ihnen leichter gelingen, sich schwer zugänglichen Themen anzunähern und darüber zu sprechen. So können z. B. bei einem Patienten, dessen Bild von anderen wohlwollend betrachtet wird, in Worte fassbare Gedanken entstehen, die dann wiederum in der Einzeltherapie weiter bearbeitet werden.

20.4.6 Die »neuen Gruppen«

Als relativ neue Angebote haben sich in unserer Klinik die »Humorgruppe« (►Kap. 21.6) und die »Transfergruppe« etabliert. Die Transfergruppe, wie bereits erwähnt, dient dem Austausch über alle Fragen, die das Leben nach dem Aufenthalt in der Klinik betreffen. Hier geht es insbesondere um das Thema, wie das in der Behandlung Gelernte im Alltag umgesetzt werden kann. Es geht aber auch um Ängste, den Schutzraum der Klinik zu verlassen und das Leben »da draußen« zu meistern. Patienten, die schon 5 Wochen in der Klinik sind, können an diesem Gruppenangebot teilnehmen.

Die Humorgruppe und die Transfergruppe arbeiten themenzentriert und ressourcenorientiert, Beziehungsthemen stehen weniger im Vordergrund. Die Arbeitsatmosphäre in diesen beiden Gruppen wird in der Regel sowohl von den Therapeutinnen als auch von den Patienten als »lebendig und kreativ« beschrieben. Das Erleben, trotz eigener Schwierigkeiten punktuell Ressourcen aktivieren und konkrete Schritte planen zu können, wirkt oft sehr ermutigend. Die beiden Gruppen werden von der Patientenschaft sehr geschätzt.

20.4.7 Visite

Einmal pro Woche findet auf Station eine Visite in einem der Gruppenräume statt. Daran nehmen entweder der Chefarzt oder die Oberärztin, die jeweiligen Einzeltherapeuten und mindestens eine Person vom Pflegeteam teil.

Chefarzt und Oberärztin sind oft erste Adresse für »Täter-« oder »Elternprojektionen«. Dadurch, dass beide einen eher distanzierten Kontakt zu den Patienten haben, und aufgrund ihrer Leitungsfunktion wird ihnen von Patienten oft »Allmacht« und »Bewertungs-« oder »Entwertungswertungskompetenz« zugeschrieben. Die Patienten erleben Visitensituationen oft als Auslöser dafür, sich klein und ausgeliefert zu fühlen. Diese Situationen können in anderen therapeutischen Kontakten, z. B. in der Einzeltherapie, angesprochen und bearbeitet werden. Es kann besser verstanden werden, was genau dazu führt, dass Patienten sich hilflos fühlen. Sie können z. B. von ihren Einzeltherapeuten ermutigt werden, in der nächsten Visite ihr Problem anzusprechen oder ein anderes Verhalten auszuprobieren und dabei die Reaktion des Chefs oder der Oberärztin (O) zu beobachten.

P: Ich soll was ansprechen. (Lacht verlegen.) In der letzten Visite habe ich mich so klein gefühlt und konnte gar nichts mehr sagen. Hinterher hatte ich eine Panikattacke. Meine Therapeutin hat gesagt, es wäre gut, wenn ich das hier anspreche, aber das ist mir ganz unangenehm.

O: Ich finde es gut, dass Sie das ansprechen. Wie kam es denn dazu, dass Sie sich so klein gefühlt haben? Ist hier etwas passiert, das Sie belastet hat?

P: Ja, Sie haben gefragt, ob ich den Eindruck habe, dass ich hier richtig bin oder so. Dann habe ich angenommen, Sie denken, dass ich hier falsch bin, und wollen mich wieder wegschicken.

O: Oh nein, das war nicht meine Absicht. Dann war das ein Missverständnis. Ich frage das immer, wenn jemand circa 2 Wochen da ist und sich ein wenig eingelebt hat, ob unser Angebot für ihn passend ist, ob er etwas als hilfreich empfindet. Oder ob es etwas auf der Station gibt, das ihn belastet. Aber dann sollte ich diese Frage vielleicht anders stellen, wenn das so missverständlich für Sie ist?

P: Das wäre nicht schlecht. Aber dann bin ich ein bisschen beruhigt.

20.4.8 Das Team als Ganzes – die Großgruppe

In der Großgruppe, an der die gesamte Patientenschaft, die Oberärztin (oder ein Vertreter) und ein Mitglied der Pflege teilnimmt, werden organisatorische Dinge besprochen, Informationen gegeben und erfragt und Beziehungsschwierigkeiten auf der Station besprochen – meist in dieser Reihenfolge. (Je auseinandersetzungsfreudiger die Patientengruppe ist, desto eher kommen wir zu den Beziehungsthemen.) Die Großgruppe ist die Gruppe, in der wir uns am deutlichsten als »Team« präsentieren und unsere professionelle – zum Teil auch persönliche – Haltung darlegen.

Meist werden zunächst Dinge auf der Sachebene besprochen, das ist am einfachsten und am wenigsten brisant – und es gibt hierfür eine feste Struktur. Im Teil »Offenes Forum« kann wie in der Gesprächsgruppe alles angesprochen werden, was die Patienten gerade beschäftigt. Wir bieten als Team auch an, zu Fragen Stellung zu nehmen, z. B. warum wir Dinge so entscheiden, wie wir es getan haben, wofür bestimmte Regeln stehen. Wir versuchen, so offen und transparent wie möglich zu sein. Auch wir stellen uns für eine konflikthafte Auseinandersetzung zur Verfügung, formulieren unsere Interessen und Grenzen und erklären, warum bestimmte Dinge für uns wichtig sind.

P: Sie reden doch über uns im Team. Was passiert da?

T: Wir tauschen uns darüber aus, wie wir Sie in den unterschiedlichen Therapien erleben. Wir haben oft ganz unterschiedliche Sichtweisen, die tragen wir zusammen, insbesondere, wenn Entscheidungen anstehen. Zum Beispiel wenn jemand sich wünscht, die Gruppe zu wechseln, weil es gerade schwierig ist. Dann überlegen wir, ob es aus unserer Sicht ein guter Schritt wäre, den Konflikt zu klären, und ob wir Sie ermutigen sollen, in der Gruppe zu bleiben, oder ob es eine Überforderung wäre und wir zustimmen, dass Sie die Gruppe wechseln können.

Indem wir diese Prozesse transparent machen, werden Übertragungsreaktionen weniger wahrscheinlich (z. B.: »Das haben Sie gemacht, um mich zurückzuweisen!«).

Hier wird auch insbesondere die Diskrepanz deutlich zwischen dem, was von dem Patienten gehört oder verstanden wurde und was wir gemeint haben. In unserer Funktion als diejenigen, die den Rahmen vorgeben und für dessen Einhaltung sorgen müssen, haben wir natürlich eine »Machtposition«, der gegenüber sich Patienten häufig in einer »Ohnmachtsposition« erleben. Es passiert oft, dass von uns getroffene Entscheidungen als ungerecht, willkürlich, kleinmachend und »wie es früher auch war« wahrgenommen werden, was ein Zeichen dafür sein kann, dass der jeweilige Patient uns eher aus einer kindlichen Position heraus wahrgenommen hat. Die Klärung in der Gruppe ermöglicht häufig eine Realitätsprüfung und damit das Verstehen der Situation aus einer erwachsenen Position heraus. Natürlich ist es wichtig, dass auch wir darauf achten, ob Vorwürfe berechtigt oder teilweise berechtigt sind, z. B. ob wir aus einer aggressiven Gegenübertragung heraus gehandelt haben.

Ein häufiger Konfliktpunkt sind die Regelungen von Ausgangszeiten. Einige Patienten beschweren sich:

P: Das kann ja wohl nicht sein, dass Sie uns verbieten, länger weg zu bleiben, wir sind ja schließlich erwachsene Menschen und können selbst über uns bestimmen. Sie er-

heben sich einfach über uns und respektieren uns nicht. Außerdem durften zwei Leute in der letzten Woche auch länger weg bleiben, das ist total ungerecht, wollen Sie uns bestrafen?

T: Ja, das ist schwierig, wenn man sich als Erwachsener in so selbstverständlichen Dingen fremdbestimmen lassen muss. Eine Krankenhausbehandlung ist allerdings auch eine besondere Situation und nicht der Alltag. Wir finden es einerseits gut, wenn Sie wohltuende private Termine wahrnehmen, andererseits müssen wir auch immer darauf achten, dass die Station hier für uns überschaubar bleibt. Wenn so viele von Ihnen abends später zurückkommen, ist das für die Nachtwachen nicht mehr zu überblicken, und sie sind den ganzen Abend damit beschäftigt, zum Haupteingang zu laufen und aufzuschließen. Es hat sich jetzt sehr gehäuft mit den verlängerten Ausgängen, wir müssen es wieder ein bisschen beschränken. Wir haben auch Kriterien für verlängerten Ausgang, lesen Sie doch bitte noch einmal im Stationswegweiser nach, wir können auch gern noch einmal drüber sprechen, wenn etwas unklar ist. Diese Regeln haben nichts damit zu tun, dass wir Sie einschränken wollen, und sind auch nicht persönlich gemeint, sondern wir brauchen diese Verbindlichkeit, damit wir hier gut arbeiten können.

20.4.9 Die selbstgeleiteten Gruppen

Wir hörten immer wieder von Patienten, wie sie Imaginationsübungen, mit denen sie Schwierigkeiten hatten, für sich weiterentwickelten, damit sie gut funktionierten. Beeindruckt von den vielen kreativen Ideen schlugen wir vor, eine selbstgeleitete Gruppe auf der Station einzurichten, in der sich Patienten über Imaginationsübungen und den individuellen Umgang damit austauschen. Die Idee wurde aufgegriffen und hält sich bereits über einige Jahre. Sie wird von den meisten Patienten als sehr bereichernd erlebt.

Diese selbstorganisierten Gruppen erweisen sich als hilfreich, weil Patienten ihre negativen Selbstüberzeugungen wie »Ich bin unfähig und brauche jemanden, der mir sagt, wie es richtig geht« aufgeben können. Unsere Haltung ist, ausdrücklich eigene Ideen und Autonomie zu würdigen. Wir versuchen, das Erleben von »Ich kann mir selbst helfen« zu stärken und Abhängigkeit zum Therapeutenteam zu verringern. Ein Effekt der Einführung der selbstgeleiteten Gruppen war, dass Patienten in der Folgezeit weitere Ideen für neue Selbsthilfegruppen hatten, so wurde eine Gruppe »Ressourcenorientiertes Kompetenztraining« ins Leben gerufen, die sich mit der Frage beschäftigt, welche Probleme im Alltag auftreten können und wie der Umgang mit ihnen aussehen kann. Die Teammitarbeiter stehen beratend zur Verfügung, falls Probleme auftauchen.

20.4.10 Wenn alle vernetzt sind

Wenn alle Teilperspektiven zusammengetragen, gemeinsam bearbeitet und dann der Patientin rückgemeldet werden, ist das für diese eine Chance, ihre eigenen unverbundenen Seiten miteinander zu »vernetzen« – ein Prozess der Integration ist möglich. Das kann etwa so aussehen:

Eine Patientin erzählt ihrer Einzeltherapeutin, wie schwer es ihr fällt, aggressive Impulse zu regulieren. Die Therapeutin reagiert darauf vorwiegend verständnisvoll und nachsichtig, da sie die Verzweiflung und Not der Patientin sieht. Das Pflegepersonal hat im Stationsalltag mit der Patientin, die immer wieder verbal aggressiv wird, große Schwierigkeiten. Sie löst sowohl bei Mitpatienten als auch beim Pflege-

team zunehmend Ärger, aber auch Angst aus. Die Patientin läuft Gefahr, dass sie immer mehr von Mitpatienten feindselige Reaktionen erfährt, aber auch, dass sich die Stimmung beim Pflegeteam gegen sie wendet, das allzu häufig damit beschäftigt ist, die durch die Patientin entstehenden Konflikte zu regulieren. Es wird deutlich, dass die Patientin dringend eine bessere Selbstregulierung lernen muss. Die Oberärztin (O) übernimmt die Aufgabe, der Patientin diese beiden Wahrnehmungen in der Visite zurückzumelden.

O: Ich habe von unterschiedlichen Seiten mitbekommen, dass es häufig Konflikte in der letzten Woche gegeben hat. Was war denn los?

P: Da waren ein paar Leute so ungerecht zu mir, und zwei von der Pflege auch, die haben mich einfach abgewimmelt, als es mir schlecht ging. Das sieht mal wieder keiner, wenn es mir nicht gut geht, das muss man doch auch mal sagen können.

O: Ja, natürlich ist es wichtig, dass Sie das sagen können, wenn Sie sich abgewiesen fühlen oder wütend sind. Sie haben aber ziemlich abwertende Worte gegenüber Frau S benutzt, das fanden wir zu verletzend und nicht respektvoll. Ich glaube, dass Sie einen guten Grund hatten, wütend zu sein und die Wut auch zu äußern. Aber Sie haben dann doch etwas zu heftig um sich geschlagen, um es mal so auszudrücken. Das geht für uns so nicht, wir brauchen es, dass Sie im Kontakt zu uns und auch den Mitpatienten diese Wut besser regulieren lernen, damit wir mit Ihnen arbeiten können.

Die Patientin ist wütend auf die Oberärztin; sie hat das Gefühl, von ihr zurückgewiesen und in ihrer Not nicht gesehen zu werden. Sie kann dies aber bei der Einzeltherapeutin ansprechen. Bei der Einzeltherapeutin erlebt sie, dass diese empathisch mit ihr ist, aber auch die Realität der Station vertritt und die Rückmeldungen der Kollegen berücksichtigt. Die Therapeutin handelt mit ihr aus, welcher Schritt jetzt möglich ist. Die Patientin erklärt sich bereit, in der Gruppe anzusprechen, was in ihr vorgeht, wenn sie aggressiv wird, dass sie es z. B. selbst nicht merkt, dass sie angsteinflößend wirkt. Sie hat damit die Chance, dass die Mitpatienten sie verstehen, und sie kann die Mitpatienten um Unterstützung bitten, z. B. könnten diese sie darauf aufmerksam machen, wenn sie sich wieder im Ton vergreift. Die Patientin spricht dann bei der nächsten Gelegenheit die Mitpatienten tatsächlich an, die vorwiegend hilfsbereit und verständnisvoll reagieren. Die Patientin ist wieder mehr in die Gruppe integriert und kann ihr Verhalten von einer Metaposition aus betrachten und kleine Veränderungsschritte unternehmen.

In der nächsten Visite mit der Oberärztin kann die Patientin ihre Wut aus dem vorangegangen Visitengespräch thematisieren, berichtet aber auch, dass sie die Erfahrung machen konnte, dass aus der schwierigen Situation neue Impulse entstanden sind, die die Patientin jetzt als hilfreich erlebt – und dass trotz eines Konflikts die Beziehungen zu Mitarbeitern und Patienten tragfähig sind.

20.5 Unsere Haltung nach innen

Wir erachten es für sehr wichtig, dass wir uns regelmäßig austauschen. Das geschieht in den Teamsitzungen und den Supervisionen. Die Teamsitzungen finden täglich statt, um über die aktuellen Entwicklungen auf der Station im Bilde zu sein.

20.5.1 Raum für Affekte

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung geraten häufig in eine Krise und können auch bei uns rasch heftige Affekte auslösen. Die Stationsdynamik ist oft sehr bewegt

und spannungsgeladen. Es ist wichtig, dass auch die Mitarbeiter in dieser »krisengeschüttelten« Atmosphäre für ihr Wohlbefinden und den Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit sorgen, dass sie dafür sorgen, einen »klaren Kopf zu behalten«. Deshalb haben wir einen Punkt auf der Tagesordnung fest installiert, einen Raum für Affekte in der Teamsitzung, den wir »Ressourcenpunkt« nennen und der für uns eine wichtige Errungenschaft darstellt. Hier stellen wir uns die Frage, welche erfreulichen oder belastenden Dinge es für jeden im Zusammenhang mit der Stationsdynamik gibt. Hier darf geklagt, geschimpft, gelacht werden. Unsere Gefühle stehen im Mittelpunkt; alles kann ausgesprochen werden. Die anderen Teammitglieder nehmen die Äußerungen an und reagieren in der Regel empathisch. Das Erleben der Einzelnen wird in diesem Rahmen nicht hinterfragt oder diskutiert. Insofern entsteht kein Austausch über die Gefühle. Aber man fühlt sich entlastet, hat wieder einen »kühlen Kopf« und mehr Reserven für die konzentrierte Arbeit.

20.5.2 Alle Perspektiven sind wichtig

Wie in einem Krankenhaus üblich, gibt es auch in unserer Klinik eine Hierarchie. Wir versuchen in unserem Team allerdings, in einer möglichst flachen Hierarchie zu arbeiten: Alle Sichtweisen haben ihre Berechtigung und werden beachtet und wertgeschätzt.

Die Einzelnen im Team können einen Patienten unterschiedlich erleben. Die einen nehmen z. B. eher die Ressourcen, andere die Defizite wahr. Diese verschiedenen Sichtweisen zu hören, sehen wir als notwendig an, um einen Patienten in seinen verschiedenen, oft widersprüchlichen Seiten zu erfassen und gemeinsam ein vollständigeres Bild eines Menschen zu entwickeln, der sich selbst oft nur fragmentiert wahrnehmen kann. Diese Perspektiven zusammenzutragen und dem Patienten in modifizierter Form zur Verfügung zu stellen, stellt einen wichtigen Teil unserer Arbeit dar.

Es geht uns darum, aus den unterschiedlichen Perspektiven eine Haltung zu entwickeln, die wir gemeinsam vertreten können. Gefährlich fänden wir es, wenn es dazu käme, dass sich einer gegen den Widerstand der anderen durchsetzt und »den Patienten durch die Behandlung trägt«.

Entscheidungen treffen nicht die einzelnen Mitarbeiter; wir versuchen in der Regel, einen Konsens zu erreichen – aber es gibt natürlich auch Ausnahmen.

Eine Ausnahme wäre z. B., dass das Team sich in einer Pattsituation befindet. In dem Fall trifft die Oberärztin oder der Chefarzt die Entscheidung, damit wir als therapeutisches Team handlungsfähig bleiben können.

20.5.3 Austausch über Grenzen

Wir versuchen einerseits, möglichst klare Grenzen gegenüber den Patienten zu formulieren, die uns und ihnen Sicherheit und Orientierung geben, bemühen uns andererseits, auch flexibel zu bleiben, sinnvolle Ausnahmen zu erlauben, Grauzonen zu tolerieren. Wir machen auch deutlich, wenn wir Grenzen aufgrund äußerer Zwänge einhalten müssen, obwohl wir persönlich diese nicht für sinnvoll halten. Betrachten wir folgendes Beispiel aus einer Teamsitzung (ET = Einzeltherapeutin, T = eine andere Therapeutin):

ET: Frau S setzt sich gerade mit einer sehr schwierigen lebensgeschichtlichen Situation auseinander, sie ist sehr belastet, profitiert aber auch sehr davon. Die Gruppentherapie ist eigentlich zu viel für sie im Moment, ich fände ein Woche Gruppenpause sehr hilfreich, sie hat auch darum gebeten. Und sie fragte, ob sie mehr Einzeltherapie in dieser schwierigen Phase

bekommen könnte. Sie könnte wirklich im Moment eine zusätzliche Stunde gut gebrauchen. Was meinen die anderen denn dazu?

T: Naja, das können wir eigentlich nicht machen, da bekommt sie, was alle anderen auch so gerne hätten, Gruppenpause und mehr Einzel. Alle hätten doch auch mehr Einzeltherapie nötig. Das schaffen wir doch aber gar nicht.

ET: Ja, stimmt auch wieder. Ich finde, sie braucht es dringend, aber ich würde mich doch auch ziemlich überlasten, wenn ich ihr eine zusätzliche Stunde gäbe. Dann geht es leider nicht, so ist nun mal unser Rahmen. Vielleicht könnten wir aber über eine Verlängerung nachdenken?

Wir versuchen zu differenzieren, ob wir z. B. aus einer momentanen Unsicherheit heraus den Wunsch nach rigideren Grenzen haben oder ob die rigideren Grenzen tatsächlich notwendig waren. Oder wir überlegen, ob wir mit unseren Grenzen in der letzten Zeit zu »lasch« umgegangen sind und dies eine Korrektur erfordert.

Wir bemühen uns, sehr aufmerksam dafür zu sein, ob uns ein Patient überfordert, achten auf unsere Ressourcen. Wenn deutlich wird, dass die Behandlung eines Patienten uns an die Grenzen des für uns Aushaltbaren bringt oder dazu führt, dass wir uns so verausgaben, dass wir nicht mehr genügend Ressourcen für die anderen Patienten haben, können wir uns auch dafür entscheiden, mit dem betroffenen Patienten eine Therapiepause zu vereinbaren. Wir teilen diesen Grund dem Patienten auch offen mit, z. B. indem wir sagen:

T: Wir erleben Sie, seitdem Sie bei uns sind, als immer instabiler, Ihre dissoziativen Zustände haben so zugenommen, dass wir fast ausschließlich damit beschäftigt sind, Sie zu reorientieren. Wir schaffen das nicht mehr mit unseren Mitteln. Damit Sie von der Therapie auf unserer Station profitieren, müssten Sie lernen, diese Zustände eigenständiger zu regulieren. Vielleicht ist aber auch die Therapie zu anstrengend für Sie; vielleicht sind diese Symptome ein Zeichen dafür, dass die Therapie, Ihre Beziehungsschwierigkeiten auf der Station oder Ihre Belastungen von zu Hause zu belastend für Sie sind. Da es Ihnen so schwer fällt, mit uns darüber zu sprechen und zu ergründen, was vielleicht zu bedrückend ist, möchten wir Ihnen eine Woche Behandlungspause vorschlagen. Sie können vielleicht mit mehr Abstand überlegen, ob Sie die Behandlung weiterführen möchten und wie es besser laufen könnte. Dann setzen wir uns zusammen und überlegen konkret, wie wir weitermachen.

20.5.4 Akzeptanz unserer Eigenheiten

Menschen sind verschieden und haben unterschiedliche Empfindsamkeiten. Deshalb hat jeder von uns auch seine bestimmten »Schwachstellen« im Umgang mit Patienten, an denen er selbst zu emotionalen Reaktionen neigt und leichter ins »Mitagieren« geraten kann. Das kann sich z. B. in folgenden Formulierungen ausdrücken:

- Ich fühle mich entwertet.
- Ich fühle mich fremdbestimmt, muss Kontrolle abgeben.
- Ich fühle mich meiner haltgebenden Regeln beraubt.
- Ich bin nicht gut genug in der Behandlung des Patienten, fühle mich beschämt.

Wir empfinden es als besonders hilfreich, diese eigenen wunden Punkte zu kennen und sie zu akzeptieren und nicht zu übergehen. Wir

können sie auch in der Teamsitzung oder Supervision ansprechen, was aber nicht darauf hinausläuft, dass die Sitzungen zu einer Selbsterfahrung werden.

Die wertschätzende Haltung zueinander macht auch eine Akzeptanz dieser Unterschiedlichkeit und der verschiedenen Empfindsamkeiten aus. Zum Beispiel respektieren wir, wenn ein Teammitglied mit einem Patienten nicht oder nur schwer in einen konstruktiven Kontakt kommt und sich deshalb in der betreffenden Therapie weniger engagiert.

Bei sich selbst erkennen zu können, an welchen Stellen man besonders leicht in (eigene) emotionale Betroffenheit kommt und seine Position möglicherweise aufgrund der eigenen Übertragung oder Gegenübertragung nur noch sehr emotionsgeleitet einnehmen kann, hilft sehr, Spaltungsprozessen vorzubeugen. Die anderen Teammitglieder begegnen diesen Selbsteinschätzungen mit Respekt.

Wenn wir feststellen, dass wir uns emotional verstrickt haben, nehmen wir dies als Hinweis dafür, dass wir einen Schritt zurücktreten und aus der Distanz betrachten sollten, was gerade passiert. Wir bitten die anderen Teammitglieder um Unterstützung und/oder holen uns fachlichen Rat in der Supervision.

Den offenen Umgang mit unseren persönlichen Grenzen halten wir für sehr viel hilfreicher als das Bemühen, sich selbst davor schützen zu müssen, dass die eigenen vermeintlichen Schwächen sichtbar werden. Dabei geht es nicht darum, die eigene innere Befindlichkeit im therapeutischen Sinne offenzulegen, sondern die Grenzen der Kollegen und Mitarbeiter zu achten, wenn diese ein »Stopp« signalisieren.

20.5.5 Reflektieren, was wir gerade tun

Wir achten darauf, ob wir für einen Patienten mehr leisten als für andere Patienten. Das ist oft ein Zeichen dafür, dass wir bei diesem Patienten zu viel Verantwortung übernehmen und ihn im Finden eigener Lösungsstrategien beeinträchtigen oder gar behindern. Wir versuchen zu klären: Kann es sein, dass wir etwas übernehmen, dass der Patient eigentlich selbst tun oder zumindest lernen sollte, z. B. Selbstfürsorge oder das Aushalten schwieriger Zustände? Wenn ein Patient die Verantwortung dafür an uns delegiert, ist das vielleicht ein Zeichen dafür, dass wir zu viel verlangen. Haben wir also die Ziele zu hoch gesteckt? Oder geht es darum, die Erfahrung zu machen, auch einmal »klein sein zu dürfen« und die Bindung an das gute Objekt zu erleben, das heißt ein wenig Regression zuzulassen?

Es ist notwendig, dies möglichst früh im therapeutischen Kontakt zu klären. Andernfalls droht die Gefahr eines Therapieabbruchs: Der Patient könnte aufgeben, weil er merkt, dass er sich – um die Bindung zu sichern – an unseren Zielen orientiert hat. Auch wir könnten aufgeben und die Beziehung abbrechen, wenn wir feststellen, dass wir uns überfordern.

Eine Patientin mit einer Borderline-Störung kann eine Therapeutin idealisieren und in ihr das Gefühl auslösen, dass nur sie sie »retten« kann – was oft dazu führt, dass sich die Therapeutin verpflichtet fühlt, Besonderes für die Patientin zu leisten, sich besonders anzustrengen.

Wenn wir diese Phänomene bei uns beobachten, bemühen wir uns, aufmerksam dafür zu werden, dass wir eventuell Gefahr laufen, die notwendige Distanz zu verlieren. Auf das Gefühl, sich besonders einsetzen zu müssen, folgt oft das gegenteilige Gefühl, nämlich nicht gut genug zu sein in dem, was wir leisten. Gerade die Patienten mit den schwersten Einschränkungen, den härtesten Lebensgeschichten und der dramatischsten Symptomatik können in uns die Wahrnehmung entstehen lassen, dass alles, was wir tun, nicht genug ist, und uns zu heroischem Handeln motivieren –

was sich zunächst auch im Sinne einer narzisstischen Aufwertung gut anfühlen kann.

Immer bemühen wir uns, die folgenden Fragen zu stellen:

- Fühlen wir uns gerade »besonders gut« in der Behandlung eines Patienten?
- Tun wir für einen Patienten mehr als für andere? Wenn ja, aus welchem Grund?
- Gehen wir zu große Risiken ein?
- Können wir unseren Einsatz (über einen längeren Zeitraum) tragen oder überfordern wir uns?

Hier hilft eine externe Supervision, wieder eine realistischere und pragmatischere Perspektive einzunehmen.

20.5.6 Supervision

Besonders in der Arbeit mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung erleben wir die externe Supervision als unverzichtbar und ausgesprochen hilfreich. Durchschnittlich alle 3 Wochen haben wir eine Supervisionssitzung (1,5 bis 3 Std.) mit einem externen Supervisor, der zu uns in die Klinik kommt. Insgesamt haben wir drei Supervisoren mit unterschiedlichen Schwerpunkten (systemisch orientiert, traumazentriert, EMDR). Die Supervision eines Behandlungsfalls ermöglicht, dass die Teammitglieder zusätzliche Sichtweisen auf die Problematik des Patienten erhalten. Die sich oft turbulent darstellende Dynamik kann gemeinsam geordnet und wieder überblickt werden. Folgende Perspektiven sind uns dabei besonders wichtig: Wie ist unsere Interaktion mit dem Patienten im vorgestellten Fall? Spiegeln sich Aspekte der Psychodynamik des Patienten in unserem Umgang miteinander wider? Gibt es Verstrickungen?

In der Folge ergibt sich auch häufig ein Austausch darüber, wie die Situation des Teams aktuell ist: die derzeitigen Belastungen, die Relativierung eigener – manchmal überhöhter – Ansprüche, wenn es erforderlich ist. Auch können konflikthafte Situationen, die im »Tagesgeschäft« nicht angesprochen werden konnten, aber weiter schwelen, unter externer Moderation leichter geklärt werden.

20.6 Unsere Haltung nach außen

20.6.1 Bedeutung der Eigenständigkeit

Viele Patienten kommen mit dem Wunsch in unsere Klinik, »sich mal fallen lassen zu können«. Dieser Einstellung arbeiten wir möglichst entgegen. Wir sehen es eher als hilfreich an, wenn Patienten mit unserer Unterstützung besser lernen können, eigene Ressourcen zu mobilisieren.

Die meisten unserer Patienten haben einen sehr schlechten Kontakt zu sich und insbesondere zu eigenen verletzten Seiten. Das Wahrnehmen von Bedürftigkeit ist für sie ein extrem bedrohliches Gefühl. Das differenzierte Nachspüren eines Bedürfnisses und das Suchen nach »Was brauche ich jetzt?« ist zunächst oft gar nicht möglich. Die meisten Patientinnen haben in ihrem Leben so viel Selbstbeachtung nie gelernt und sind damit überfordert. Viele erlauben es sich nicht, sich selbst zuzuwenden, sodass bei ihnen kaum selbstfürsorgliches Verhalten entstehen kann. Die Sehnsucht nach dem perfekten, versorgenden Gegenüber ist immens.

Es entwickelt sich oft folgende Dynamik: Wenn wir Therapeuten im Kontakt zu warm und versorgend sind, ist es für die Patientin eine zu große Verführung, diese nährende erwachsene Bezugsperson in *uns* zu suchen, statt in der eigenen erwachsenen Seite, die sich um die bedürftige Seite kümmert. Es gibt viele Patienten, die sehr schnell verstehen, wozu es wichtig ist, sich um sich selbst kümmern zu können. Es gibt aber auch viele, die uns mit allen Mitteln dazu bringen wollen, für sie die

Rolle der nachnährenden Bezugspersonen einzunehmen. Diese Patienten »geben die Erwachsenenseite am Klinikeingang ab« und erleben sich wirklich klein. Das kann diese Folgen haben:

- Sie fühlen sich zunehmend hilfloser und abhängiger.
- Sie entwickeln mehr Angst, dass die versorgende Person geht.
- Sie erfahren keine Selbstwertsteigerung durch Zugewinn an Autonomie.
- Sie erleben Ohnmachtsgefühle, weil sie die Kontrolle abgeben.

Auf der Station verhält sich eine Patientin gegenüber einer Mitpatientin über Tage hinweg grenzüberschreitend. Im Kontakt zum Team ist die Patientin deutlich weniger auffällig, wir wissen nichts von dem problematischen Verhalten. Nach einigen Tagen berichtet die von den Grenzüberschreitungen betroffene Patientin über ihre Schwierigkeiten.

P: Wie können Sie das einfach so tolerieren, dass jemand sich so verhält? Ich kann nicht mehr.

T: Wie kommt es, dass Sie uns nicht sagen, wenn etwas Sie so belastet? Oder erst, wenn gar nichts mehr geht?

P: Sie müssen doch sehen, dass ich überfordert bin!

T: Das hört sich so an, als ob Sie denken, wir sehen alles und wissen alles, was hier auf der Station passiert. Ich höre jetzt aber zum ersten Mal von diesem Problem. Es ist wichtig, dass Sie uns sagen, wenn Sie etwas belastet.

(Die Patientin reagiert erstaunt. Sie war davon ausgegangen, dass die Therapeutin merken müsse, was mit ihr geschehen ist.)

T: Was haben Sie getan, um sich zu schützen?

P: Das kann ich nicht, das wissen Sie doch. Ich erstarre dann nur und kann gar nichts mehr tun. Sie haben doch aber die Verantwortung, dass hier in diesem geschützten Rahmen so etwas nicht passiert.

T: Wenn jemand die Regeln verletzt, ist das natürlich unser Job, einzuschreiten. Aber wir sollten uns auch ansehen, was mit Ihnen passiert, wenn sie in so eine Situation kommen. Es scheint ja, als könnten Sie nur hoffen, dass jemand sieht, wie es Ihnen geht, und Ihnen hilft. Dass das nicht immer funktioniert, sehen Sie ja an mir, ich habe Ihnen nichts angemerkt. Ich denke, wir sollten uns damit beschäftigen, was Sie selbst tun können, um sich frühzeitig Unterstützung zu holen oder sich zu wehren.

20.6.2 Wir wissen auch nicht alles besser

Patienten wollen lernen, schwierige Affekte zu tolerieren und sich in Krisensituationen selbst zu helfen. Dennoch haben sie oft die Fantasie, dass wir alles besser wissen und immer eine Lösung parat haben – was nicht der Fall ist. Aber selbst wenn es so wäre, würde das ihrem Wunsch nach Selbstständigkeit nicht dienen. Wenn Patienten in einer akuten Krise zu uns kommen, fragen wir sie daher zunächst, was sie selbst tun könnten, um sich etwas besser zu fühlen. Gleichzeitig vermitteln wir Respekt vor dem Leid. Wir nehmen etwa folgende Haltung ein:

- Ich bin nicht die, die alles weiß, und Sie die, die unwissend und abhängig ist. Aber ich sehe, dass das, was Sie gerade erleben, sich schlimm anfühlt.
- Sie haben so viel Leid erlebt und bewältigt, wie könnte ich sofort eine einfache Lösung finden?
- Die Situation ist schwierig, die Gefühle schrecklich, aber es ist nicht so bedrohlich, dass wir es nicht gemeinsam aushalten könnten.
- Und was könnten Sie jetzt brauchen, damit es ein bisschen besser wird?

Das löst zunächst Wut und Enttäuschung bei der Patientin aus. Zunehmend versteht sie jedoch: Zu lernen, was man braucht, um sich zu beruhigen, und die Fähigkeit, dieses Etwas zu suchen und zu finden, ist im Alltag dringend notwendig und trägt sehr zur inneren Sicherheit bei.

Wir ermutigen unsere Patienten, ihre belastenden Gefühle zu beschreiben. Das trägt dazu bei, dass sich eine innere Haltung entwickeln kann, die wir z. B. die »Perspektive des inneren Beobachters« nennen: Eine Seite, die nicht so beeinträchtigt ist vom Gefühl (die rationaler ist), schaut fürsorglich auf die »verletzte Seite« und versucht, diese zu versorgen.

Wir glauben, dass wir damit mehr Respekt und Wertschätzung vor den Patienten und vor dem, was sie erlebt haben, vermitteln, als wenn wir ihnen eine Lösung vorgeben (die sie, wenn wir es doch tun, auch oft ablehnen, weil es gleichzeitig eine Kränkung und Einschränkung der Autonomie darstellt).

Die Rückmeldung an Patienten »Ich weiß nicht, ob ich aushalten könnte, was Sie ausgehalten haben und noch aushalten« aktiviert oft den Respekt vor sich selbst.

20.6.3 Grenzen setzen

Von uns gesetzte Grenzen werden von den Patienten gleichermaßen eingefordert und bekämpft. Wir vertreten die Wichtigkeit von Grenzen, um Orientierung und Sicherheit für uns zu haben und diese auch an die Patienten zu geben, nutzen aber auch die Möglichkeit, im Einzelfall flexibel damit umzugehen und dadurch eine Grauzone zu schaffen.

Bevor wir uns für oder gegen eine Veränderung der Grenze entscheiden, versuchen wir die Frage zu beantworten: Was könnte an der Veränderung therapeutisch sinnvoll sein? Gleichzeitig behalten wir im Blick, ob wir mit dem Überschreiten der Regel unseren Rahmen so weit öffnen, dass wir die Grenze nicht mehr erkennen.

Diese Ambivalenz – es gibt gute Gründe für das eine und das andere – ist für Patienten mit einer Borderline-Störung oft extrem schwer auszuhalten; sie fordern ein klares Richtig oder Falsch, das in der Realität nicht existiert. Wir versuchen hier, unsere Entscheidungen nachvollziehbar zu machen, benennen z. B. die unterschiedlichen Positionen der Teammitglieder und warum wir zu welcher Entscheidung gelangt sind. Ziel dabei ist auch, die Fähigkeit, Ambivalenzen auszuhalten, zu trainieren.

Eine Patientin möchte in eine andere Gesprächsgruppe wechseln. In der jetzigen Gruppe habe sie in einer Konfliktsituation die Ablehnung der gesamten Gruppe auf sich gerichtet und sei nun damit überfordert, diese Situation zu bewältigen. Wir stimmen dem Wechsel zu. In der Regel versuchen wir, die Patienten zu ermutigen, Konflikte in der Gruppe zu klären, um eine positive Erfahrung der Bewältigung machen zu können. In diesem Fall haben wir aber Sorge, dass die Patientin, die die Dynamik der Situation noch nicht verstehen kann, eine Bestätigung all ihrer schlechten Erfahrungen mit ähnlichen Situationen erfährt. Folge unserer Entscheidung in der Patientenschaft ist, dass zahlreiche Anträge gestellt werden, die Gruppe zu wechseln, die wir aber ablehnen. Eine Patientin beklagt sich:

P: Ich wollte auch die Gruppe wechseln, weil ich mit einigen Leuten da nicht klarkomme, und Sie haben mir das nicht gestattet, aber der Frau D schon. Das ist doch ungerecht. Wieso ist das hier bei Ihnen mal so und mal so? Das bringt mich ganz durcheinander, ich fühle mich dann ganz ausgeliefert, wenn es keine klaren Grenzen gibt. Sie bestimmen doch ganz willkürlich!

T: Unsere Regel ist erst einmal, dass Sie – wenn es irgendwie möglich ist – in Ihrer

Gruppe bleiben, und wenn Schwierigkeiten auftauchen, diese dort versuchen zu bewältigen. Das ist ja draußen im Alltag auch meist so: Erst einmal sehen, was man tun kann, um mit einer Situation besser zurechtzukommen, um hinterher sagen zu können: »Ich habe es hinbekommen, habe etwas Neues ausprobiert.« Es gibt aber Situationen, die sind komplizierter, da weichen wir auch mal von unserer Regel ab. Details kann ich Ihnen zu der Situation von Frau D natürlich nicht sagen. In unseren Entscheidungen achten wir aber besonders darauf, was wohl aus unserer therapeutischen Sicht ein erstrebenswertes Ziel sein könnte, und wir orientieren uns dabei an Ihrem Behandlungsauftrag an uns; z. B. bei Ihnen: »lernen, mit Konflikten umzugehen«. Das heißt, es kann auch sein, dass wir einer Person etwas anderes raten als einer anderen, weil Sie alle unterschiedliche Problemlagen haben.

20.6.4 Begrenzungen der Realität akzeptieren

Die Patienten verbinden mit der stationären Behandlung oft die Erwartung nach einem perfekten Umfeld, wo »endlich alles gut wird«. Von diesem Anspruch an die eigene Person und an andere haben sich die Patienten in ihrem Leben oft leiten lassen: »Wenn ich perfekt bin und der andere auch, lösen sich meine Probleme.« Das führt häufig zu schmerzhaften Wiederholungen dysfunktionaler Muster und dem Verharren in einer Illusion. Oft spielt auch der Gedanke an »Wiedergutmachung für alles Erlittene« eine große Rolle.

Wir sehen es als unsere Aufgabe an, mit unserem Setting eine Realität abzubilden, die einerseits gut, haltend und fürsorglich ist, andererseits auch begrenzt ist durch äußere Vorgaben. Sie muss auch begrenzend umgehen mit (nachvollziehbaren) Bedürfnissen, denn sie sind oft nicht erfüllbar, z. B. dann, wenn wir als Team an unsere Belastungsgrenzen und an die Begrenztheit unserer Ressourcen stoßen. Wir repräsentieren also eine Realität, die auch enttäuscht. Der Umgang mit Enttäuschungen ist für Borderline-Patienten in der Regel besonders schwer, führt zu Entwertung des Gegenübers und oft zu Kontaktabbruch. Die Entwicklung von realistischen Ansprüchen an sich selbst und andere – zu sehen, es gibt nicht das Optimale, aber vielleicht etwas hinreichend Gutes – halten wir für eine hilfreiche Entwicklung im Umgang mit unvermeidlichen Begrenzungen im Leben.

Auch die Erfahrung, dass das Gegenüber eigene, berechtigte Interessen und Grenzen hat, die respektiert werden müssen, damit der Kontakt mit ihm gelingt, versuchen wir immer wieder explizit zu thematisieren.

Patienten können an uns als Beispiel für andere Menschen erleben, dass wir nicht perfekt sind. Wir gehen möglichst offen mit Fehlern um; wir gestehen sie uns selbst und bedingt auch unseren Patienten ein. Wenn wir mit Vorwürfen konfrontiert werden, überprüfen wir, ob diese gerechtfertigt sind. Haben wir einen Fehler gemacht, z. B. eine Grenze nicht eingehalten, räumen wir das ein, wir entschuldigen uns, versuchen aber, nicht in dem Schuldgefühl steckenzubleiben.

In der Großgruppe beklagt sich eine Patientin, dass ihr etwas nicht gestattet worden sei, was eine Mitpatientin habe tun dürfen. Sie erlebe hier Ungerechtigkeit. Die beiden Teammitglieder überlegen laut, wie das zustande gekommen sein kann. Es wird deutlich, dass eine Information nicht weitergegeben wurde. Eine mögliche Reaktion wäre:

T: Das tut uns leid, das ist uns durchgegangen. Das leuchtet ein, dass Sie das als ungerecht erleben, es war aber lediglich ein

Versehen unsererseits. Das kommt leider manchmal vor. Gerade sind ja einige Mitarbeiter krank, da ist es manchmal ganz schön eng. Wenn wir unter hoher Belastung sind, passieren uns natürlich auch eher Fehler, als wenn es entspannt ist und alle Kollegen im Dienst sind. Aber das soll Sie nicht davon abhalten, sich bei uns zu melden, wenn Sie uns brauchen. Wir sind auch dann für Sie da, wenn es bei uns eng ist. Sie sollen nur wissen, dass im Stress eher einmal etwas falsch läuft und dass wir bei begrenzten Ressourcen auch eher Grenzen setzen müssen.

Es kommt aber auch vor, dass gerade unsere Unperfektheit wertgeschätzt wird, meist gegen Ende der Behandlung.

Eine Patientin beklagt sich während ihres Aufenthaltes in der Klinik häufig über unsere »Unzulänglichkeiten«. Bei ihrer Entlassung antwortet sie auf die Frage, was für Sie hilfreich gewesen sei: »Für mich war es wichtig zu sehen, dass Sie auch Fehler machen, die offen zugeben und sich nicht gegenseitig dafür zerfleischen. Das hat mir gezeigt, dass ich auch gnädiger mit mir sein darf.«

20.7 Wenn es gut läuft […]

Abschließend möchte ich zusammenfassen, was eine stationäre Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – im Idealfall – leisten kann. Wenn also alles gut läuft, können wir

- Patienten dabei begleiten, unterschiedliche Beziehungen in unterschiedlichen Kontexten zu erleben, diese zu reflektieren und eigene – dysfunktionale – Beziehungsmuster erkennen zu lernen;
- die Realität abbilden und die nicht vermeidbaren Enttäuschungen ansatzweise bearbeiten – wir sind dafür zuständig, Möglichkeiten und Begrenzungen in Beziehungskontexten aufzuzeigen und unrealistische Erwartungen aufzudecken;
- den Patienten helfen, eine Außenperspektive auf sich zu entwickeln und diese von der Innerperspektive zu differenzieren;
- Patienten dabei unterstützen, zu lernen, heftige Emotionen besser auszuhalten und in sich zu regulieren, damit das Gegenüber nicht die volle Wucht der aversiven Affekte abbekommt;
- mit Patienten zusammen Hypothesen über das Verhalten des Gegenübers entwickeln, diese an der Realität prüfen und so Empathie für den anderen erlernen – und damit z. B. verhindern, dass Täterprojektionen entstehen (Mentalisierung);
- Patienten dabei unterstützen, mit anderen in Kontakt gehen zu können und trotzdem nicht völlig abhängig vom anderen und seiner Fürsorge zu werden;
- Patienten den Zugang dazu ermöglichen, Mitgefühl mit den eigenen verletzten Anteilen zu entwickeln und so mehr Selbstberuhigung und Selbstfürsorge zu lernen.

Literatur

Heigl-Evers A, Ott J (2002). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kernberg OF (2011). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 11. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.

Reddemann L (2012). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rudolf R (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Schwartz RC (2011). Systemische Therapie mit der inneren Familie. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2008). Das verfolgte Selbst. Trauma und Dissoziation. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- Watkins J, Watkins HH (2003). Ego-States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.
- Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller W, Kruse J (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

21 Interventionen des Pflegeteams

Ulrike Funke und Eva Schuldt

21.1 Einführung

Pflegeinterventionen sind ein zentraler Bestandteil unseres ressourcenorientierten psychodynamischen Behandlungskonzepts, das sich an Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und schweren Persönlichkeitsstörungen wendet. Hintergrund der folgenden Ausführungen sind unsere persönlichen Erfahrungen in der Abteilung II mit dem Behandlungsschwerpunkt Traumafolgeerkrankungen der Rhein-Klinik in Bad Honnef. Die Pflegeinterventionen umfassen allgemeine fachpflegerische Aktivitäten und ein Bezugspflegesystem (jeder Patient hat eine Bezugsperson aus dem Pflegeteam).

Die von uns vorgestellten Pflegeinterventionen basieren auf einem psychodynamisch-beziehungsorientierten Verständnis der Borderline-Störung. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden besonders unter den Folgen eines Bindungstraumas. Als destabilisierende Faktoren in der Biografie von traumatisierten Menschen tauchen immer wieder unsichere Bindungserfahrungen auf. Frühkindliche Beziehungserlebnisse sind dabei geprägt von Unzuverlässigkeit, unberechenbarem emotionalen Verhalten, Gewalt, fehlender Aufmerksamkeit und mangelndem Zutrauen. Es fehlt die Erfahrung sicherer Geborgenheit durch Beziehungspersonen (▶ Kap. 2.1).

Vertrauen zu sich selbst und zu den Menschen im engeren sozialen Umfeld sind elementare Voraussetzungen bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen. Eine stationäre Psychotherapie bietet vielfältige Möglichkeiten für korrigierende Erfahrungen.

Auf der Station im Alltag sind die Mitglieder unseres Pflegeteams die Beziehungspersonen, die neue Beziehungserfahrungen mitgestalten und mittragen. Das Pflegeteam der Station bündelt in sich jahrelanges Erfahrungswissen, Fachkompetenz, individuelle Stärken und Fähigkeiten. Somit sind wir in der Lage, den Patienten, die in ihrem bisherigen Leben Beziehungen als instabil und brüchig, wenig schützend oder sogar als bedrohlich erlebt haben (Schuldt u. Weinz 2012), ein rahmengebendes und unterstützendes Arbeits- und Übungsfeld zu bieten.

In unserer Arbeit stützen wir uns auf die Strategien der allgemeinen Beziehungsgestaltung zum Aufbau von Vertrauen; emphatisches Verstehen, Akzeptanz und emotionale Wärme sind für uns dabei wichtige Faktoren. Wir wahren den Patientinnen gegenüber Respekt und Loyalität (Bauer 1997; Sachse 2006; Wöller u. Kruse 2014). Auf dieser Grundlage ist es uns möglich, mit Geduld und Zeit in alltäglichen kurzen oder langen, geplanten oder zufälligen, krisenhaften oder entspannten Kontakten den Patientinnen zu helfen, Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit zu finden und zu stärken.

21.2 Rolle des Pflegeteams

Der alltägliche Arbeitsablauf auf der Station mit dem Schwerpunkt »Patienten mit Traumafolgeerkrankungen« in der Rhein-Klinik Bad Honnef zeigt ein sehr buntes Bild von Begegnungen zwischen Patienten und Pflegeteam. Das Stationszimmer ist der Ort, an dem alles

am Morgen beginnt: Hier werden Medikamente abgeholt und Fragen beantwortet, Krisen aufgefangen, Lösungen gesucht. Telefonate werden geführt, Termine organisiert. Am Abend ist auf der Station Dienstende. Bis dahin nutzen die Patientinnen immer wieder den Kontakt zum Pflegeteam. Sie suchen Hilfe und machen die Erfahrung, hier Ansprechpartner zu haben. Wenn wir vom Pflegeteam auch nicht immer Zeit haben, so bieten wir doch die Sicherheit, dass immer jemand da ist. Auch nachts können sich die Patienten an jemanden aus dem Pflegeteam wenden, an eine diensthabende Kollegin von unserer Station oder an eine von einer anderen Station, die gemeinsam im Nachtdienst arbeiten.

Das Pflegeteam gestaltet im stationären psychosomatischen Bereich einen signifikanten therapeutischen, interpersonalen Prozess. Die Kranken- und Gesundheitspflegerin[1] ist immer da, sie kommt auch in die Zimmer und fragt nach, wenn es jemandem schlecht geht, wenn ein Patient nicht zu den Therapien gehen kann, wenn es zu einer körperlichen Erkrankung kommt. Sie bringt Tee, misst Fieber, führt Gespräche und fängt bei Bedarf auch Krisen auf. Es gibt keine therapeutische Abstinenz (Neutralität des Behandlers), aber eine situationsangemessene Arbeitsbeziehung, bei der das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen berücksichtigt wird. Es gibt eine pflegerisch-therapeutische Haltung mit Grenzsetzungen, Anteilnahme, praktischen Hilfen, Beistand, Stabilisierungen und Hilfen in Notfällen. Wir versuchen, den Patienten zu verstehen, und bieten Hilfen an, zu handeln. Wir stellen uns jedoch nicht zur Verfügung, es für den Patienten zu tun.

Die haltende Beziehung beinhaltet die Fähigkeit, da zu sein, ausreichend einfühlsam auf die Bedürfnisse des Patienten eingestellt zu sein und auf sie zu antworten, aber Grenzen aufzuzeigen, wenn es nötig ist (Wöller 2013). Durch unsere strukturierten Arbeitsabläufe, allgemeine Stationsordnung, festen Termine der Bezugspflegekontakte und inhaltlich klar strukturierte Handhabung der Krisenkontakte hält das Pflegeteam die oben genannten Grenzen auch dann aufrecht, wenn wir von den Patienten intensiv gebraucht werden. Grenzen aufzeigen stellt letztendlich eine positive Erfahrung für Patienten mit einer Borderline-Störung dar; sie geben Halt, Sicherheit und Orientierung. Wir denken, dass diese haltgebenden Strukturen einen positiven Effekt haben auf die schwierige Regulierung der Nähe und Distanz in der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegekraft und Patient.

Die Patientinnen beobachten uns genau. Wie nett sind wir? Können wir Grenzen setzen? Wann ist die Tür zum Stationszimmer zu? Was machen wir hinter der verschlossenen Tür? Wie gehen wir miteinander um? Wie unterschiedlich sind wir? Kommen wir miteinander zurecht? Dürfen wir uns unterscheiden und akzeptieren wir das untereinander? Was passiert, wenn wir Fehler machen oder etwas vergessen? Unsere Arbeit mit Patienten ist sehr persönlich. Uns schützen keine Öffnungszeiten, die es sonst in Büros gibt – wir sind immer vor Ort. Wir können uns von den alltäglichen Situationen auf der Station anrühren lassen oder uns davon distanzieren. Wichtig ist, ob wir als Pflegeteam und Teil des Behandlungsteams die täglichen Begegnungen mit den Patienten zu einer emotional heilsamen Begegnung werden lassen können.

Die Wahrnehmung eigener Belastungen ist hier schlicht eine Notwendigkeit. Gerade von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird in der Beziehungsgestaltung unsere Belastungsfähigkeit auf eine harte Pro-

1 Mit dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 wurde die Berufsbezeichnung »Krankenschwester« durch »Kranken- und Gesundheitspflegerin« ersetzt (und »Krankenpfleger« durch »Kranken- und Gesundheitspfleger«).

be gestellt. Überraschend und unerwartet werden unsere *akuten Schwachstellen* auf den Prüfstand gestellt und mit einer geradezu messerscharfen Direktheit uns gegenüber formuliert.

P: Sie sehen schon wieder so müde aus, ich habe auch später Zeit. […]

Nicht weniger wichtig ist daher die Frage: Wie heilsam gehen wir selbst mit uns um? Sind wir in unserem Selbstkonzept ein Vorbild für das Wahrnehmen der eigenen Grenzen und Ressourcen? Sind wir in der Lage, diese zu vertreten? Wo geben wir uns selbst wenig Mühe? Wo verlangen wir zu viel von uns? Wie sicher finden wir unseren Weg in Stresssituationen? Sorgen wir dafür, die eigene Belastung wahrzunehmen und uns genauso arbeitsfähig zu halten, wie wir es uns von unseren Patienten wünschen?

Wenn wir achtsam bei uns bleiben und unsere eigene Belastung in Grenzen halten, kann der Patient das Alltagsleben auf der Station als stabilisierend erleben (Schuldt u. Weinz 2012). Allmählich kann sich für ihn ein differenzierter Umgang mit seinen Stärken und Schwächen einstellen.

Im Krankenhaus darf der Mensch als Patient stark und schwach sein. Wer sich schwach zeigt, wird akzeptiert – vom Personal und von den anderen, den Mitpatientinnen. Und wer seine Schwäche als Krankheit anerkennt, kann auch seine Fähigkeiten und Stärken wieder sehen und mit beidem umgehen lernen. Der nicht funktionale Teil unserer Arbeit (funktional sind z. B. Dokumentation, Medikamente stellen), also der mehr »menschliche« Teil, hat eine große Wirkung auf die Patienten. Wir stellen uns dar, regulieren und ordnen auf der Station und haben Vorbildwirkung.

Wir gehen davon aus, dass die Menschen, die sich stationär behandeln lassen, wieder gesund und belastbar sein wollen. Im Sinne des Salutogenese-Modells nach Antonovsky (Bengel 2001) geht es dabei um das Erarbeiten von eigenständigen Fähigkeiten. Es geht um die Grundhaltung, die Welt zusammenhängend und sinnvoll zu erleben und sich selbstbestimmt handelnd wahrzunehmen. Dazu gehört auch, sich als Einzelner in einer Gemeinschaft zu erleben. Doch gerade in Krisenzeiten erschweren die alten traumatisierenden Erfahrungen das Gemeinschaftserleben. Ein mehrwöchentlicher Aufenthalt in einer Klinik bedeutet für die Einzelnen, dass Kontakt mit anderen unumgänglich ist. Die Bildung einer Gemeinschaft auf der Station ist nur möglich, wenn die unterschiedlichen Menschen miteinander in Beziehung treten und sich bewusst sind über ihr gemeinsames Ziel, belastbarer und damit gesünder zu werden. Die verschiedenen individuellen Standpunkte müssen immer wieder neu ins Gleichgewicht des allgemeinen Stationslebens gebracht werden.

Eine auf diese Art und Weise entstandene Gemeinschaft kann auch die oft als sonderbar und impulsiv erlebten Patientinnen mit einer Borderline-Störung tragen – diejenigen, die neu sind und die ersten Schritte auf der Suche nach dem Platz für sich machen, und diejenigen, die zur Intervallbehandlung kommen und sich oft direkt, ohne großes Wenn und Aber und ohne viel Rücksicht auf andere in der Gemeinschaft stark positionieren. (Intervallbehandlung bedeutet, dass ein Patient ein zweites, drittes Mal zur Behandlung in die Klinik kommt.) Viele Patienten fühlen sich der Gemeinschaft und dem Schutzraum der Station zugehörig, da sie hier Verständnis und Akzeptanz, Sicherheit und Schutz erfahren dürfen. Es findet Austausch über Erfahrungen statt; das bereichert und – was enorm wichtig ist – motiviert. Die Gemeinschaft gibt den Patienten oft auch dann den Mut, weiterzumachen, wenn zu viele schmerzhafte Punkte getroffen sind, wenn man nicht mehr kann,

wenn man denkt: »Das krieg ich ja sowieso nie hin.«

Das Zugehörigkeitsgefühl verstärkt wiederum den inneren Druck. Die Angst vor Ablehnung ist groß, die Angst vor Alleinsein ist existenziell. In den pflegerischen Kontakten wird die Wahrnehmung der Gefühle und Bedürfnisse gestärkt, was Orientierung bietet; sie erleichtert das Zurechtfinden im emotionalen Chaos der Borderline-Patienten (Kowarowsky 2011): Was brauche ich tatsächlich und wann brauche ich es? Wodurch nehme ich es wahr? Wie kann ich mich annehmen, so wie ich bin? Was sind meine Stärken? Was überfordert mich? Welcher Teil meiner Persönlichkeit ist in dieser Situation nicht beeinträchtigt und kann mir helfen, ein Krise zu überstehen? Jeder Mensch hat seine gewohnte Art, sich und die Welt zu sehen, und jeder Mensch neigt dazu, andere Ansichten zu übersehen oder sich an ihnen zu stoßen. Im Zusammenleben mit Mitpatienten ist jeder durch den anderen aufgefordert, die eigenen eingeschränkten Sichtweisen jeden Tag zu überprüfen. Das Denken in der bekannten und gewohnten Wirklichkeit wird durch den stationären Aufenthalt durchbrochen. Veränderungen sind »not-wendig«, um im neuen Umfeld zurechtzukommen.

21.3 Entscheidungsspielräume entwickeln

Das Pflegeteam kann beim Chaos der Gefühle Impulsgeber sein und die aktuell auftretende Situation aufgreifen. Für den alltäglichen Ablauf auf der Station sind Pläne wichtig. Schließlich braucht es immer wieder ein Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen und der Patienten, damit ein sinnvolles Therapieprogramm zum Tragen kommen kann. Das sollte allgemein genug sein, um allen Anforderungen zu genügen, und es sollte Spielräume bieten für Besonderheiten und Bedürfnisse eines jeden Menschen auf der Station, für Patienten und Mitarbeitende.

Eine Schwierigkeit vieler Patientinnen ist es, auf Veränderungen flexibel zu reagieren. Die alltäglichen Unwägbarkeiten, die das Leben auf der Station beinhaltet, verunsichern viele Patienten und bringen sie aus ihrem sehr fragilen Gleichgewicht. Sie brauchen einen Plan, an den sie sich halten können. Nun gibt es aber viele Pläne und verschiedene Angebote in der Klinik. Zum einen erhält jeder Patient einen Wochenplan, dann gibt es zusätzliche Veranstaltungen mit Zeitangaben. Einige gehören zum therapeutischen Pflichtprogramm, andere sind freiwillig. Es ist schon eine große Herausforderung, sich als kranker, hilfesuchender Mensch jede Woche und jeden Tag neu orientieren und informieren zu müssen, um im eigenen Therapieprogramm Schritt halten zu können. Werden Pflichttermine nicht wahrgenommen, droht überdies eine ärztliche Verwarnung, die eine Fülle von Empfindungen und Reaktionen auslöst. Von den meisten Patienten wird die Verwarnung erst einmal so interpretiert, dass sie bestraft werden und zusätzlich Probleme bekommen, an denen die Organisation der Station schuld ist.

Frau T. informiert mich (U. F.), dass sich die Visite verspätet. Deshalb kann sie nicht rechtzeitig zum vereinbarten Bezugspflegegespräch kommen. Da ich heute andere Verpflichtungen habe, bitte ich Frau T., »sich vorzudrängen«, wenn sie ausreichend Zeit im Gespräch haben möchte. Sie kann sich aber auch entscheiden, auf die Visite zu warten und später zu mir kommen, dafür aber für eine kürzere Zeit.
Für Frau T. ist es eine große Herausforderung, um etwas zu bitten. Normalerweise vermeidet sie Bitten und Wünsche. Sie hält lieber aus und ist still. Durch meine Anregung hat sie zwei Möglichkeiten und kann selbst entscheiden.

Pünktlich zum Termin steht Frau T. vor der Tür, wir haben genügend Zeit. Im Gespräch weise ich Frau T. auf die aktive Selbstfürsorge hin, zu der sie gerade fähig ist. Das ist ein guter Schritt, um den Kreislauf des selbsthemmenden Verhaltens, der Schuld- und Schamgefühle und Selbstentwertungen zu unterbrechen.

21.4 Stabilität halten lernen

Die Anzahl der »Baustellen« ist groß; ein zusätzlicher Erschwernisfaktor ist die *scheinbare Kompetenz* der Patienten – das heißt, bei manchen Alltagsanforderungen sind sie kompetent, bei anderen verhalten sie sich so, als hätten sie die Kompetenz nicht (Schopf 2004). Wenn wir mit den Patientinnen die Pflegeanamnese besprechen, erfassen wir oft routiniert die für eine gute Stabilität notwendigen Ressourcen. Für die Patientinnen selbst ist es oft ein mühsamer, geduldfordernder Arbeitsprozess, da sie sich sowieso nichts zutrauen, lieber dem anderen gerecht werden wollen als sich selbst. Ist einmal etwas gut gegangen, haben sie sich einmal etwas gegönnt, schon sind sie von *Schuldgefühlen* geplagt.

Wir bitten die Patienten, ein Selbstpflegeblatt zu führen, konsequent, Tag für Tag. Darin sollen sie jede Handlung, die sie im Dienste ihrer Selbstpflege ausführen, festhalten.

Eine Patientin schrieb: »Gestern habe ich in dem Selbstpflegeblatt nur notiert, dass ich den ganzen Nachmittag auf dem Zimmer war; das Fazit des Tages war, dass ich mich allein und hilflos gefühlt habe. Das wollte ich heute anders machen. Ich habe mich verabredet, bin mit anderen in die Stadt gegangen, habe mir ein Tagebuch gekauft; das Fazit des Tages ist, dass ich zufrieden mit mir bin, weil ich selbst was gegen die Hilflosigkeit unternommen habe, mich nicht allein gefühlt habe.«

Die selbstpflegerischen Aktivitäten festzuhalten, hilft ihnen, ihre Bedürfnisse und Wünsche besser wahrzunehmen, und führt ihnen Schritt für Schritt vor Augen, was sie erleben. An welchen Stellen ist eine Veränderung notwendig, um sich stärker und autonom zu fühlen? Was sind die Konsequenzen? Kann man sie tragen?

Wann ist die Wahrnehmung nicht mehr gut, wo verstecken sich die Frühwarnzeichen für den Spannungsanstieg? Ist an Ruhe und Entspannung gedacht? Und wie kann *die Systembesserung aufrechterhalten bleiben*, wenn Schuldgefühle, Entwertung, permanente Krisen und viele körperliche Symptome das Verbesserungsgefühl im Keim ersticken?

In meinem (E. S.) Stationsalltag mit Patienten mit einer Borderline-Störung haben sich folgende Hilfen bewährt:

- für die individuelle Ressourcenerarbeitung die Arbeitsblätter für Ressourcenarbeit des FIFAP (Institut für angewandte Traumatologie; es handelt sich um Arbeitsblätter des FIFAP, die Teilnehmern der Weiterbildung »Traumazentrierte Fachbegleitung und -betreuung« zur Verfügung gestellt werden),
- für den achtsamen Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen die Gefühlslandkarten von Fritsch (2012),
- für die Erarbeitung der Strategien für Stresstoleranz und Umgang mit Emotionen die Arbeitsblätter aus dem Interaktiven Skills-Training für Borderline-Patienten von Bohus und Wolf-Arehult (2013),
- für Psychoedukation das Buch »Trauma« von Reddemann und Dehner-Rau (2004),
- für die Stärkung der eigenen seelischen Widerstandskraft das Buch »Eine Reise von 1 000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt« von Reddemann (2004).

Frau B. meldet sich bei uns im Stationszimmer. Man solle sich doch hier melden, wenn man aus der Gruppe rausgegangen ist. (Sie hat eine Gruppensitzung verlassen.) Es sei ihr alles zu viel, sie habe es nicht länger ertragen können. Sie sagt, sie sei traurig, dass sie es wieder nicht hinbekommen hat, dabeizubleiben. Sie werde es nie hinkriegen. Wir fragen, was sie in der nächsten Stunde vorhat. Sie will etwas laufen gehen und danach stricken. Ich (E. S.) biete ihr an, in etwa einer Stunde zu einem Gespräch zu kommen, da ich da ein Zeitfenster habe. Sie sagt, dass es ihr schwer fällt, Unterstützung anzunehmen; ich sage, dass ich es weiß, dass sie es mir erzählt hat. Sie stimmt mir zu, sie könne sich erinnern. Sie will den späteren Termin wahrnehmen.

Eine Stunde später kommt Frau B. zum Gespräch. Mir fällt sofort auf, dass sie ausnahmsweise ihren Igelball nicht dabei hat. Ich erinnere mich nur allzu gut, wie schwer es für Frau B. war, eine geeignete Strategie zur Spannungsregulierung zu finden. Erst nach langem Suchen und Ausprobieren hat sie den Igelball bewusst in mittleren Spannungssituationen anwenden können und erreicht, dass die Spannung nicht mehr gestiegen ist. Da sie ihn bis jetzt immer dabei hatte, gehörte es für mich zu dem Bild, das ich von ihr hatte. Frau B. bleibt mir mit einer weiteren Besonderheit in Erinnerung: Sie benutzt das Wort »schwierig« sehr oft.

Frau B. sitzt nun unruhig auf dem Stuhl, fängt an zu reden, bevor ich selbst Platz nehme.

P: Es ist alles so schwierig. (Fängt an zu weinen.)

Pfl: Was ist schwierig?

P: Dass ich es nicht schaffe. Es klappt einfach nicht. Ich muss immer aus der Gruppe raus. Ich kann nicht zu Ende bleiben. Es ist so schwierig.

Pfl: Wo ist Ihr Igelball geblieben?

P: Sie wissen, dass ich ihn immer dabei habe?

Pfl: Ja. Sie hatten ihn die letzten Male immer dabei. Rot, klein.

P: Genau. (Lächelt jetzt unter den Tränen.)

Pfl: Und wo ist er?

P: Ich habe ihn an jemanden weitergegeben.

Pfl: Sie haben was?

P: Also, das war so. Ich bin aus der Gruppe raus, weil es mir nicht gut ging. Und dann treffe ich auf dem Weg zu Ihnen die Frau K., die mit mir auf dem Zimmer ist. Ich sehe, ihr geht es nicht so gut. Ich wusste, dass sie auch gleich die Gruppe hat, und dann habe ich ihr den Ball gegeben.

Pfl: Wieso?

P: Wie wieso?

Pfl: Das ist Ihr Ball. Ihre Ressource. Ich erinnere mich so gut, wie schwierig, wirklich schwierig es für Sie war, für sich etwas Passendes zu finden. Ich hätte jetzt nicht gedacht, dass Sie ihn je aus der Hand geben.

P: Ich wollte doch, dass es ihr (Frau K.) gut geht. […] Ich denke immer erst mal an die anderen. Ich fühle mich danach besser.

Pfl: Wie besser?

P: Nicht so leer. Weniger dumpf. […] (Sie weint.) Ich dachte, ich schaffe das auch so. Ohne diesen dämlichen Ball.

Pfl: Wieso dämlich?

P: Ich müsste es doch auch *alleine* schaffen. Ohne Ball, ohne Sie. Ohne Unterstützung. […]

Pfl: […] Na ja, das war schon toll zu sehen, wie Sie, auch wenn es schwierig war, für sich Dinge entdeckt haben, die geholfen haben. Ich habe mich mit Ihnen gefreut, als sie nach langer und zwischendurch frustrierender Zeit eine Ressource gefunden haben, die auch tatsächlich hilft. Das war für sie besonders schwierig.

P: Ja, das war *schwierig*, aber irgendwie geht es auch wirklich voran. […] Ich muss mir den Ball wiederholen. […]

Pfl: Finde ich auch!

P: (Sie lacht.) *Das wird schwierig.*

Pfl: Ja, das wird schwierig.

21.5 Umgang mit Konflikten

Die stationäre Behandlung ist für die Patienten eine Situation voller Herausforderungen. Sie werden mit fremden Menschen und neuen Situationen konfrontiert. Ein kranker Mensch erlebt sich nicht stabil. Aus dem Krankheitserleben heraus, mit dem er sich auf eine stationäre Behandlung einlässt, ist er gefordert, sich auf der Station zu positionieren. Es ist eine Zeit voller Unsicherheiten und Hoffnungen, ein Schwellenzustand. Er muss seinen Platz in der Patientengemeinschaft einnehmen, Stellung beziehen. Sein Selbstgefühl ist gefordert.

Als Patient lebt er vor allem in seinem Leid. Das Selbstgefühl wird über die Symptomatik, Schwächen und Defizite erlebt – und über die Suche nach Ursachen: »Warum bin ich so?« Es ist ein Leben auf der Grenzlinie zwischen biografischer Vergangenheit – mit Erinnerungen an die Ursachen des gegenwärtigen Leidens – und der Gegenwart, die durchdrungen ist von den kränkenden Symptomen, die das jetzige Leben stören. Ein Ausblick auf die Zukunft kann sich erst im Laufe des Aufenthaltes und durch die Erlebnisse und Erfahrungen während der stationären Behandlung entwickeln. Das Zusammenleben auf der Station mit zeitlichen und räumlichen Grenzen und Normen fordert immer wieder eine Positionierung.

Um nicht im vergangenen Leid zu verharren, helfen Grenzsetzungen und Abgrenzungen. Durch vermeintliche Zufälle wird die Aufmerksamkeit in die Gegenwart gelenkt: Wie kann ich mich jetzt behaupten, was brauche ich, wie kann ich mir Voraussetzungen schaffen für eine gute Behandlung? Psychotherapie bedeutet nicht nur eine Vergegenwärtigung vergangener Ereignisse, sondern auch Ermutigung für die Zukunft.

Frau Z. hat seit Tagen Ärger mit ihrer Zimmernachbarin. Nun ist die Situation eskaliert. Die Nachbarin wollte die Stimmung im Zimmer ansprechen, Frau Z. fühlte sich dadurch bedrängt: Sie glaubte, von der Zimmernachbarin angeschrien worden zu sein. Nun fühlt sie sich bedroht. In ihrer Angst kommt sie ins Stationszimmer. Sie zittert, weint und fühlt sich hilflos ausgeliefert. Sie will dieses Zimmer nie wieder betreten. Zunächst ist Frau Z. nicht zu »erreichen«. Sie jammert und klagt, zittert und krümmt sich im Stuhl. Nachdem sie sich eine Zeitlang in dieser Form zeigen und »aussprechen« kann, greife ich (U. F.) ein und beziehe mich auf ihre wiederholt geäußerte Aussage, das Zimmer nie wieder betreten zu wollen.

Pfl: Frau Z., es ist doch nicht realistisch, das Zimmer nie wieder zu betreten. Das geht nicht, Sie haben doch alle ihre Sachen in dem Schrank. Wie kommen Sie denn an Ihre Sachen?

Zunächst kann Frau Z. nur in ihrer hilflos-drohenden Haltung auf mich reagieren: Es sei ihr egal, sie könne eben nicht. Mehrere Sätze gehen hin und her in scheinbar sinnloser Wiederholung desselben. Erst nachdem ich mir sicher bin, dass Frau Z. mich hört und nicht nur im klagenden Ton ihr Leid deutlich macht – was ich auch an ihrer aufmerksameren Körperhaltung sehe –, biete ich Möglichkeiten an.

Jetzt geht es nicht darum, Konflikte zu klären. Frau Z. muss aus dem Zimmer heraus. Das ist klar. Aber wie kann das gehen? Ich helfe Frau Z. dabei, praktikable Lösungen zu finden. Wie immer gibt es mehrere Möglichkeiten. Frau Z. hat die Wahl. Welches meiner Angebote kann für sie eine Lösung des aktuellen inneren Konfliktes sein? Frau Z. beginnt zu überlegen, abzuwägen und entscheidet sich dann für eine der Möglichkeiten. Anschließend kann sie ihren Zimmerumzug selbstständig und selbstbestimmt organisieren.

Die Zimmerbelegung erfolgt in unserer Klinik über die Mitarbeiterinnen im Aufnahmebüro. Bei eventuellen Konflikten greifen wir nicht bestimmend und entscheidend ein, wir erkennen den Konflikt als solchen an und suchen gemeinsam mit den Patienten nach Lösungen.

Emotionsregulierung und Selbstfürsorge in einem Doppelzimmer während des stationären Aufenthaltes brauchen Strukturen. Durch ein *sicheres und unterstützendes Arbeitsbündnis* in der Bezugspflege können die Patienten sich allmählich bewusst darauf einlassen, ihre Interessen zu vertreten und Selbstfürsorge zu üben. Der stationäre Alltag mit seinen Herausforderungen bietet Möglichkeiten, sich der eigenen Fähigkeiten wieder bewusst zu werden. Selbstfürsorge setzt Selbstwahrnehmung voraus, damit die eigenen Fähigkeiten wirksam werden können.

Frau G. muss sich auf der Station ein Doppelzimmer teilen. Im Laufe der ersten 3 Wochen ihres stationären Aufenthaltes konnte sie sich mit ihrer Zimmernachbarin vertraut machen. Frau G. kommt als »Neue« und passt sich an. Es bilden sich zwischen beiden Frauen im Zusammenleben Rituale und Gewohnheiten als haltgebende Strukturen aus. Dann wird die Zimmernachbarin entlassen. Die Trennung ist für Frau G. nur schwer zu akzeptieren. Trennung wird von ihr als das Ende erlebt, als gäbe es keine Möglichkeit, die Person wieder zu treffen. Tatsächlich fällt es Frau G. immer wieder schwer, nach einem Abschied den Kontakt wieder aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.

Neben dem gerade erst erlittenen Trennungserleben kommt auch schon die neu aufgenommene Patientin in das Zimmer. Frau G. muss sich, während sie sich im Abschiedsschmerz befindet, auf einen neuen Menschen einstellen. Nach wenigen Stunden kommt sie zum Stationszimmer, um zu sagen, dass sie es mit der Neuen im Zimmer nicht aushält. Diese würde ihr in ihrem Zimmer keinen Raum lassen und hätte Verhaltensweisen, mit denen sie nicht zurechtkäme. Unter diesen Umständen könne sie ihre Therapie nicht weiterführen. Wenn wir ihr dafür nicht die Voraussetzungen bieten könnten, wisse sie nicht, ob sie morgen noch hier sei.

Ähnliche Situationen treten während der stationären Behandlung häufig auf. Nun geht es aus pflegerischer Sicht darum, Lösungen zu suchen, Kompromisse zu entwickeln und Sicherheiten wieder herzustellen. Das Verhalten von Frau G. wirkt fordernd und leicht aggressiv. Ich (U. F.) frage Frau G., was sie sich in dieser Situation von uns wünscht. Die Frage irritiert Frau G. Sie geht davon aus, dass ihr Wunsch grundsätzlich auf Ablehnung stoßen wird und deshalb schon eine gedankliche Auseinandersetzung damit sinnlos ist. Nun kann sie mit der Wunschformulierung Einfluss nehmen. Nach einigem Zögern fasst sie Mut und kann sagen, dass sie in ihrem Zimmer bleiben möchte. Weitere Konsequenzen aus diesem Wunsch kann sie jedoch noch nicht besprechen. Soll die Zimmernachbarin ausziehen? Wenn ja, wohin soll sie ziehen? Wer spricht mit wem? Was kann Frau G. tun, um sich diesen Wunsch zu erfüllen? Wir vereinbaren einen Tag Bedenkzeit, in der sich Frau G. weitere Möglichkeiten überlegt.

Erneut neigt sie am nächsten Tag dazu, alles aufzugeben und die Therapie abzubrechen. Jetzt ist es wichtig, dass sie ihre resignativen Empfindungen und die Angst, zurückgewiesen zu werden, aussprechen darf.

Hat sie bei allen Gegebenheiten dennoch Spielräume und Handlungsmöglichkeiten? Wie kann sie in Möglichkeiten Strukturen erkennen, die ihr die nötige Sicherheit zum Handeln geben? Wir verschaffen uns gemeinsam eine Übersicht über die derzeitige Situation.

Einen Tag später kann sich Frau G. entscheiden, selbst in ein anderes Zimmer zu ziehen. Sie wird aktiv, spricht Mitpatienten an und organisiert, was nötig ist. Damit trifft sie auch die Entscheidung, ihre stationäre Therapie fortzusetzen.

21.6 Umgang mit der Schwere: Die Humorgruppe

Negative Bilder und starke negative Emotionen, ewige Talfahrt der Stimmung, viele körperliche Symptome und starkes Kontrollbedürfnis machen das Leben der Patientinnen mit einer Borderline-Störung *schwer und unbeweglich*. Viele möchten wieder in ihrem Alltag *Leichtigkeit* erleben, wissen aber nicht, wie.

Viele andere sind überzeugt, Humor zu haben. Aber wie sieht ihr Humor in Wirklichkeit aus? Auch mit Humor kann man sich Aufmerksamkeit verschaffen, Menschen auf Distanz halten, sich selbst entwerten und wehtun.

Viele Patienten sind der Überzeugung, dass der Humor nur dann *bewusst gelebt werden darf*, wenn es einem gut geht: »Nur wenn es mir gut geht, kann ich die Heiterkeit ertragen, eigene oder fremde.«

Das Pflegeteam wendet in vielen Begegnungen in dem Stationsalltag unterschiedliche Humor-Interventionen an (Bischofberger 2008) und bringt dadurch in die eigene Arbeit mit Patienten mit einer Borderline-Störung eine notwendige Leichtigkeit hinein. Diese Leichtigkeit wird oft direkt von den Patienten wahrgenommen und reflektiert: »Ich möchte auch wieder lachen können, ich weiß gar nicht mehr, wann ich das letzte Mal gelacht habe.«

Es fühlt sich für die Patienten nicht so schwer an, mit Humor und Witz schwierige Themen zu besprechen, es fühlt sich *leichter* an und öffnet die Möglichkeit, sich selber in Lächeln und Lachen zu üben, den positiven körperlichen Effekt der Entspannung beim Lachen wieder zu erfahren und das Bedürfnis zu spüren, es bewusst als Bewältigungsstrategie für sich zu entdecken.

Oft wird genau das im Abschlussgespräch der Bezugspflege von den Patienten angesprochen: Die Leichtigkeit mochten sie. Sie hat ihnen gut getan. Sie hat sie entspannt. Diese wollen sie auch *weiter üben*.

Wir als Pflegeteam bieten die Humorgruppe als eine milieutherapeutische Gruppe an (Rakel u. Lanzenberger 2001). Allein die Ankündigung der Humorgruppe im Aushang macht neugierig, wird begutachtet, bestritten, als unnötig empfunden: »Wir lachen doch schon, kriegen die das nicht mit? Wozu eine Gruppe?«, »Man kann doch nicht *auf Kommando lachen*!« Wenn Sie dann aber einmal mitmachen, gefällt es ihnen.

Die Humorgruppe bringt den Borderline-Patienten die Buntheit der Humorwelt nah. Sie fördert Spontaneität und das Miteinander, sie deckt den selbstverletzenden, zynischen Umgang der Patienten mit sich selbst auf und stärkt wieder das Selbstbewusstsein mit der positiven Erfahrung, dass man die Fähigkeit besitzt, andere zum Lachen zu bringen. Was ist Humor und was bringt *uns* zum Lachen? Ist das überhaupt dasselbe? (Höfner u. Schachtner 2010)

Die Gruppe behält, soweit möglich, ihren wöchentlichen Rhythmus bei und orientiert sich an Bedürfnissen der Patienten: Was ist gerade angesagt? Mehr Erholung und daher mehr Leichtigkeit? Wodurch kann diese humorvoll entstehen? Witz? Heitere Geschichte? Ein lustiges Buch? Durch das Miteinander und Anlächeln? Immer hoch aktuell werden spontan lustige und heitere Geschichten aus dem Alltag erzählt, die Einblicke in die Unternehmungen und Aktivitäten der Patienten außerhalb der therapeutischen Zeit gewähren. Man wird mitgenommen oder nimmt andere mit. Zum Essen, ins Schwimmbad, in die Stadt, um Kaffee und Eis zu genießen. Und es geht oft heiter zu, die Laune ist gut und das Leben fühlt sich *leichter* an. So recht bewusst wird das vielen erst beim Erzählen. Worüber wurde gelacht? Mit wem? Half es mir, mich zu entspannen? Wie ging es mir davor, wie danach?

Oder zeigt sich die Gruppe *stabil, zuversichtlich und mutig*, dem Ernst im Humor und im Lachen zu begegnen? Macht es neugierig,

genau zu erfahren, wie sich Zynismus, Sarkasmus und Ironie unterscheiden, wie man mit Humor kränken kann, wie man andere verletzen kann? Wer bestimmt die Grenzen? Und wie?

Immer wieder ist es mir (E. S.) eine wahre Freude, der Gruppe die Physiologie des Lachens nahezubringen. Was geschieht beim Lachen im Körper? Welche Muskeln sind beteiligt? Welche Hormone werden ausgeschüttet? Die Patienten wollen *direkt spüren*, wie sich die Lungen weiten, die Muskeln entspannen, der Stresspegel sinkt. Sie erzählen in solch einer Stunde einen Witz nach dem anderem, stecken sich gegenseitig mit Lachen an.

Humor und Lachen ist eine Form der Mentalisierung. Wenn ich etwas humorvoll betrachte, bin ich in der One-up-Position, betrachte die Situation von außen oben. Ich bin überlegen, gelassen. Wer etwas humorvoll mitteilt, wer den anderen zum Lachen bringt oder mit ihm gemeinsam lachen kann, ist nicht mehr in einer ohnmächtigen Position (Sachsse 2012).

Folgendes Fallbeispiel illustriert, wie Humor auch Ausdruck eines destruktiven Umgangs mit sich selbst und anderen sein kann.

Frau S. ist ein treuer Gast der Humorgruppe. Sie verpasst keinen Termin; sie schafft es sogar, andere therapeutische Termine zu verlegen, um an dieser Gruppe teilnehmen zu können. Im Alltag sprüht sie oft vor Witz, ist schlagfertig, lässt bei jeder Gelegenheit scharfzüngige Bemerkungen fallen. Einige Patienten lachen mit, einige nicht. In der Humorgruppe steht sie oft im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, ihr Humor ist nicht fröhlich und kindlich-albern, sondern beißend und spöttisch. Er beinhaltet keine Leichtigkeit. Sie wird geduldet, wird nicht begrenzt. Sie hat mit ihrem Zynismus eine Macht über den Rest der Gruppe.

Das Thema der aktuellen Humorgruppe sind Humortypen. Man bewegt sich gemeinsam mit Beispielen von dem verbindenden und selbststärkenden zu dem aggressiven oder selbstentwertenden Humor. Frau S. wird immer stiller. Sie starrt mit aufgerissenen Augen auf die Tafel, wo ich (E. S.) die Beispiele notiere, die mir von der Gruppe genannt werden. Ich spreche Frau S. an. Sie antwortet erst auf die zweite Ansprache. Sie sei völlig geschockt. Sie will aus der Gruppe gehen, weint. Wir sprechen ab, dass sie sich bei mir nach der Gruppe zum Gespräch meldet. Sie ist einverstanden.

Frau S. kommt nach der Humorgruppe zu mir. Sie weint. In dem Gespräch erfahre ich Folgendes: Sie dachte, der Humor ist ihre große Ressource. Wenn nichts mehr geht, geht das immer noch. Sie hat sich immer gewundert, warum ihre Kinder nicht lachen, wenn sie witzig ist. Sie ist doch nur immer sich selbst gegenüber sarkastisch und zynisch. Sie kann auf der Arbeit über Stunden hinweg böse Witze reißen, obwohl sie völlig erschöpft ist und es ihr dreckig geht. Ihr war an der Tafel vor Augen geführt worden, dass sie für sich fast ausschließlich den negativen Humorstil nutzt. Auf der Tafel stand: aggressiv, gegen sich gerichtet, selbstentwertend, mit Sarkasmus kritisieren, manipulieren, verletzen. Sie fühlte immer, dass es ihr damit nicht gut geht. Sie hatte es nie verstanden.

Sie sagt, sie sei traurig. Sie sieht sehr traurig aus, der ganze Raum ist von Traurigkeit erfüllt. Wir reden nicht viel. Sie schaut mich immer wieder an und ich schaue sie an. Ich atme ein paar Mal tiefer durch, sie macht es mir nach. Ich nehme mir Zeit, bleibe dabei, bin für sie da. Sie nimmt sich Zeit für sich.

21.7 Umgang mit Selbstverletzung und Suizidalität

Das subjektive Erleben einer haltenden therapeutischen Arbeitsbeziehung wird von den Patientinnen als hilfreich erlebt. Patientinnen, die zu uns kommen, treffen vorher nicht nur einmal die Entscheidung, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie erleben ihr Kranksein. Der bewusste oder unbewusste Wille der Patientinnen ist es, ihr Leben wieder gestalten zu können. Leben bedeutet, sich und die Welt zu fühlen und zu erleben.

Sicher gab es im Leben aller Patienten immer wieder Zeiten, in denen sie ihrem Lebensideal folgen konnten. Sie verfolgten in der Schule Ziele, unterzogen sich Prüfungen, machten Abschlüsse, hatten Freunde, begannen eine Berufsausbildung usw. Viele unserer Patientinnen haben eine Berufsausbildung, Familie und Kinder. Mithilfe von zielbewusstem Handeln und Willenskraft konnten sie über längere Zeit ihr Leben gestalten. Vielleicht trat dann ein Ereignis in ihr Leben, das sie zutiefst erschütterte, ein (erneuter) Schicksalsschlag. Das fragile Selbstbild brach zusammen. Die bis dahin mühsam und mit viel Fleiß erworbene Identität kam ins Schwanken. Es kommt dauerhaft zu starker Verunsicherung. Das ruft alte, scheinbar überwundene Gefühle oder Symptome hervor: innere Leere, Selbsthass, undifferenzierte Aggressionen, Angst, Misstrauen, Missverstehen, Sinnfragen, Zweifel, Suizidgedanken.

Um der Wucht dieser quälenden, vernichtenden Empfindungen zu entgehen, brauchen die Patienten Strategien. Eine bei Borderline-Patienten häufig auftretende Form der Selbstregulation besteht in unterschiedlichen Arten von Selbstverletzungen. Das Leben der Patienten verengt sich auf ein Aushalten der übermächtigen, zerstörerischen Gefühle oder der inneren Leere, bis es nicht mehr geht – dann folgen Selbstverletzungen, die befreiend wirken. Das Fühlen ist in dieser Enge so stark reduziert, dass häufig kein Schmerz wahrgenommen wird.

Die Selbstverletzungen erweisen sich aber immer nur für kurze Zeit als hilfreich. Oft ist anschließend eine medizinische Behandlung nötig. Viele Patientinnen waren schon in diversen Ambulanzen, Notaufnahmen, Arztpraxen und hatten dort unterschiedliche Begegnungen mit medizinischem Personal. Häufig fühlten sie sich stigmatisiert, trafen auf Unverständnis und wurden in ihrer Not nicht gesehen. Für Außenstehende wiederum ist es schockierend, zu sehen, dass ein Mensch sich selbst Gewalt antut.

Auch für Pflegende auf einer psychosomatischen Traumastation mit Wissen über die Selbstverletzungen und jahrelangen praktischen Erfahrungen mit der Symptomatik ist es immer wieder eine Herausforderung, damit professionell umzugehen. Eigene Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ärger und Unsicherheit treten in den Vordergrund und können die äußerst sensible Beziehungsgestaltung in dem Moment stören, wenn eine Patientin ihre Verletzungen zeigt, die sie sich selbst zugefügt hat.

Für viele Personen des Helfersystems scheint es ein praktikabler Weg zu sein, gegenüber dem selbstverletzenden Verhalten eine neutrale, professionelle (funktionale) Haltung einzunehmen: Die Verletzungen werden fachgerecht versorgt und die Patientin wird wieder weggeschickt. Die professionelle Neutralität hilft den sich hilflos fühlenden Helfern, die Situation zu beherrschen. Die Patientinnen spüren das und fühlen sich dabei jedoch häufig unverstanden und alleingelassen. Eine neutrale Haltung ist für die Hilfesuchende undurchschaubar.

Das setzt eine weitere Schleife von Selbstentwertung in Gang: »Was ich mache, ist schlecht, ich bin schlecht, ich muss bestraft werden, ich mache alles kaputt.« Neutralität ist nach unserer Erfahrung so wenig hilfreich wie

überängstliche, bemitleidende Überidentifikation oder eine ablehnende strafende Haltung.

Besser ist »parteiliche Abstinenz« und die angemessene Steuerung regressiver Prozesse (Lehmann 2004). Das Symptom als solches wird »parteilich« anerkannt, und es wird gemeinsam nach Lösungen und Auswegen aus dem Dilemma gesucht. Abstinent bleibe ich mit meinen persönlichen Ansichten, Kommentaren und Gefühlen.

Dabei ist es für das Pflegeteam wichtig, abzuwägen, ob ein Arzt als dritte Person hinzugezogen werden muss. Zu tiefe Schnittverletzungen müssen chirurgisch versorgt werden. Die Wundheilungsmöglichkeiten dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Das Hinzuziehen Dritter bedeutet jedoch eine empfindliche *Störung der Versorgungsbeziehung*. Dann greift wieder die medizinische Routine, die Beruhigung tritt nicht ein, die Patientin wird aus dem Stress-Verletzungs-Zustand in den Patienten-Zustand katapultiert. Es geht nicht in erster Linie um sie, sondern nur um die *richtige* Wundversorgung. Weitere pathologische Bewältigungsstrategien werden von ihr eingesetzt, z. B. die *Verstärkung dissoziativer Symptome*, um das Ganze überstehen zu können.

In der Regel ist die Patientin nach einer Selbstverletzung noch in hoher Anspannung und eine Beziehung kann nicht über das gemeinsame Gespräch aufgebaut werden. Das ruhige Handeln und Versorgen mit wenigen Worten und ohne Warum-Fragen steht im Vordergrund. Es wird getan, was getan werden muss, und dabei kann sich ein *Beziehungszwischenraum* entwickeln, das heißt ein Raum, in der ohne Erklärungen die Situation anerkannt und Sicherheit geboten wird. Es geht um die persönlich-professionelle Bereitschaft, Hilfe zu leisten, und um die Begegnung mit dem um Hilfe nachfragenden Mitmenschen. Das setzt voraus, dass sich die helfende Person, in den häufigsten Fällen die diensthabende Pflegekraft, bewusst ist, dass es nicht nur um Wundversorgung geht. Der professionelle Helfer ist *als Mensch* gefragt.

Nach der Wundversorgung kann die Pflegekraft die Patientin darum bitten, die Hilfsmittel (z. B. Rasierklingen) abzugeben, wenn sie welche benutzt hat. Das unterstreicht den gemeinsamen Versuch, das selbstverletzende Verhalten zu unterbinden. Als nächster Schritt steht an zu fragen, was die Patientin jetzt tun wird. Die Pflegekraft interessiert sich für sie in der Situation. Es verlangt Fingerspitzengefühl, nicht zu viel und nicht zu wenig zu tun. Die Patientin sucht Hilfe und hat ein großes Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz, der ihr gewährt werden sollte; zugleich muss ihr ihre Handlungsverantwortung zurückgegeben werden. Gegebenenfalls wird ein gemeinsamer Behandlungsvertrag mit der Patientin und dem therapeutischen Team entwickelt.

Alle Patienten schämen sich für ihre Selbstverletzungen, und manche bitten darum, nicht weiterzusagen, was passiert ist. Geheimnisse verbieten sich jedoch in der Teamarbeit und würden zu einer fatalen Arbeitsstörung mit der Patientin und auf der Station führen.

Ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis zwischen Patient und der Pflegekraft kann es nur geben, wenn diese Arbeit auch für das komplette Behandlungsteam transparent gemacht wird. Das Vertrauen findet sich nicht im gemeinsamen Geheimnis, sondern im Anerkennen der Arbeitsgrundlagen der Helfenden durch die Patienten und im Anerkennen der Helfenden, dass die Patienten in einer schweren Zeit bei uns Hilfe suchen.

Eine ähnliche Situation kann sich entwickeln, wenn ein Patient unter dem Siegel der Verschwiegenheit mitteilt, dass er wieder sehr starke Suizidgedanken hat. Zunächst können wir uns für das Vertrauen bedanken, das uns entgegengebracht wird. Die Gesprächssituation wird in dieser Form anerkannt, jedes Mitglied des Behandlungsteams weiß aber auch, dass er nicht der Einzige und Auserwählte ist,

mit dem der Patient sein Leid teilt. Für den Moment kann Unterstützung angeboten werden, und anschließend muss unbedingt auf die Teamarbeit hingewiesen werden, die sich nicht mit Geheimnissen und Vertraulichkeiten verträgt. Diese Betonung der Zusammenarbeit bewirkt aufseiten der Patienten Sicherheit und Vertrauen dem gesamten Team gegenüber, aufseiten des Teams ist sie Handlungsbasis und Rückhalt für jedes Teammitglied.

Das Pflegeteam sucht gemeinsam nach Möglichkeiten, wie sich Patientinnen in schmerzhaften Situationen stabilisieren können. Was tut einem Patienten gut, wenn er Suizidgedanken hat? Vielleicht bringt es ihm zunächst Erleichterung, über die Möglichkeit, sein Leid und sein zu Leben zu beenden, reden zu können. Kann ich als Pflegekraft das hören oder schicke ich ihn weg und verweise ihn auf seine Einzeltherapie? Kann die Pflegende das Leid sehen und anerkennen?

Unserer Erfahrung nach kann sich der Blick meistens wieder weiten, wenn die Suizidalität angesprochen und ausgehalten wird. Denn dass der Patient einem interessierten, professionell mitfühlenden Menschen gegenübersitzt und von sich erzählt, ist ein gutes Zeichen.

Wir fragen in einer solchen Situation erneut nach Ressourcen, was wohl gut tun kann. Was hat sich der Patient schon an Stabilisierungsmöglichkeiten zu eigen machen können? Was hat ihm bisher immer wieder geholfen? Allmählich kann er durch dieses stabilisierende und ressourcenaktivierende Gespräch auf die Seite des Lebens zurückwechseln. Jetzt ist es an der Zeit, über die Suizidgedanken zu sprechen. Wir können gemeinsam reflektieren, wie häufig den Patienten die Gedanken verfolgen. Es sind Gedanken, die ihn quälen, die er nicht haben will, die sich aber in ihm ausbreiten. Oft ist es für die Patienten eine wichtige Erkenntnis, zu verstehen, dass diese Gedanken sie beherrschen und sie bisher noch keine Handhabe gefunden haben, sie zu beherrschen. Wenn wir so weit gekommen sind, können wir einige Distanzierungsübungen vorschlagen, die zunächst noch nicht helfen und nichts bewirken. Auch das muss das Pflegeteam wieder aushalten: *Es hilft nichts*. Dennoch ist ein Ausweg aus dem Dilemma möglich. Wir wissen, dass der Patient darüber schon häufig gesprochen hat, meistens in der Einzeltherapie. Aber in der Leidenssituation ist es für ihn wichtig, *sich immer wieder zeigen zu können*, so sein zu dürfen, wie er ist, und von anderen gezeigt zu bekommen, dass sich therapeutisches Arbeiten für ihn lohnt, denn es gibt Auswege, Veränderungsmöglichkeiten, Entwicklungsschritte.

Die pflegerische Professionalität fordert, dass eine chronische Suizidalität mit all ihrer Dramatik von einer akuten Suizidalität unterschieden werden kann. Im Zweifel können und müssen wir uns an die Kollegen im Team wenden.

21.8 Umgang mit dissoziativen Episoden

Wenn das eigene Erleben und die eigenen Gefühle als unerträglich erlebt werden, ist ein scheinbarer Ausweg für Patienten auch eine momentane Abspaltung vom Tages- und Wacherleben mit den dazugehörigen Empfindungen und Wahrnehmungen. Dissoziative Symptome sind sehr vielgestaltig, und es braucht *eine gute und ruhige Beobachtung der Situation*, die sich recht dramatisch darstellen kann. Die einfachste Situation ist die, bei der sich der Patient noch rechtzeitig – also vor dem Rutschen ins Dissoziieren – bei uns meldet oder wir von anderen Patienten gebeten werden, nach einem Mitpatienten zu sehen, weil es ihm nicht gut geht. Schwieriger ist es, wenn die Patientin bereits in der Dissoziation ist. Beispielsweise sitzt sie noch im Büro der Psychotherapeutin nach einem Einzelgespräch und kann sich nicht

mehr bewegen. Es kommt auch vor, dass die Patientin soweit dissoziiert, dass sie nicht mehr ansprechbar und z. B. in einem Gemeinschaftsraum oder auf dem Gang liegt, oder sie hat einen dissoziativen Krampfanfall in einem öffentlichen Raum.

Wie bei jedem Notfall ist es dann schwierig, die umstehenden Menschen zu beruhigen und wegzuschicken. Viele, die die Dissoziation eines anderen miterleben, geraten in eigene Unsicherheiten und Nöte. Eine Dissoziation ist kein Notfall, das können aber die Umstehenden nicht einschätzen und reagieren oft verwirrt und vorwurfsvoll, wenn wir nicht weitere Hilfen rufen und in der Situation ruhig bleiben. Wieder kommt es darauf an, für Ruhe zu sorgen und Zeit zu haben.

Wenn gerade keine Zeit ist und dieser dissoziative Anfall die Arbeitsroutine stört, dann stellen sich erfahrungsgemäß Komplikationen ein, da die Dissoziation als Symptom zum *Störenfried* wird. Schnell kann sich das Pflegeteam in medizinischen Aktionismus *retten*, die Patientin laut ansprechen, sie auffordern, wieder zurück ins Hier und Jetzt zu kommen, Ammoniak-Riechfläschchen einsetzen, mehr medizinischen Personal rufen. Viele Patienten wünschen sich auch diese Vorgehensweise. Es gibt ihnen das Gefühl, dass ihre Not anerkannt wird; die Vehemenz des Geschehens erleben sie als Sicherheit: »Man kümmert sich um mich, ich bin hier sicher.«

Im Vorfeld können Absprachen mit der Patientin getroffen werden, wie wir uns zu verhalten haben, wenn sich ihre dissoziative Symptomatik zeigt. Die Vorgehensweisen können durch uns oder die Patientin aufgeschrieben werden, sodass es für das Pflegeteam einen Verhaltenskatalog gibt, wie zu verfahren ist. Dadurch haben die Patienten auch in der Dissoziation alles unter Kontrolle.

Mehrfach habe ich (U. F.) erlebt, dass ich mich unbedingt an die Anweisungen der Patientin halten sollte, denn sie hat das Sagen und die Kontrolle über das Geschehen, nicht ich. Ich kann nur scheitern, wenn ich es besser weiß und versuche, sie mit »meinen« Mitteln wieder zurück ins Hier und Jetzt zu holen. Ich muss mich an die Regeln des Verhaltenskatalogs halten. Also bewahre ich Ruhe, schicke die besorgten Mitpatientinnen weg und lasse mich auf die besondere Situation ein.

Es ist wichtig, dass die Situation nicht eskaliert. Es sollte weder Aufregungen noch Hektik geben. Der Patient sollte erfahren können, dass das Pflegeteam seine Situation als Krankheit anerkennt und ihn in der schwierigen Symptomatik begleitet – ähnlich wie in einer Selbstverletzungssituation. Für ihn gibt es noch keine andere Ausdrucksmöglichkeit, und wir nehmen diesen Ausdruck zur Kenntnis. Wenn es während des Krankenhausaufenthaltes zu einer guten Beziehungspflege gekommen ist, kann über die Symptomatik später gesprochen werden. Es hilft dem Patienten, sich das dissoziative Erleben über das Sprechen ins Bewusstsein zu rufen.

Wieder geht es um gemeinsames Reflektieren dessen, was wir beide in der Situation erleben. Wobei die Krankenpflegerin nicht ihr persönliches Erleben zur Verfügung stellt, sondern die Situation aus ihrer Sicht beschreibt. Sie hilft, neue Möglichkeiten zu entwickeln. *Was kann die Patientin tun*, um sich Hilfe zu holen, um nicht in eine hilflose Situation zu geraten? Auch dabei müssen wir die Hilflosigkeit der Patientin (»Ich habe schon alles versucht, nichts hilft«) zunächst aushalten, mittragen. Wenn die Pflegekraft in der Dissoziation auch alles versucht hat, um die Patientin zu reorientieren und nichts half, so sind es nun schon zwei, die alles versuchten. Das passiert vielleicht mehrfach während des Aufenthaltes. Dennoch geben wir nicht auf und bieten immer wieder unsere Hilfe an. Wichtig ist es, zu vermitteln, es nicht *besser* zu wissen, aber die Situation zu akzeptieren, wie

sie ist, und nach Möglichkeiten zu schauen, die hilfreich sind.

Diese Haltung gibt der Patientin die Möglichkeit, doch einmal etwas auszuprobieren, was sie noch nicht kennt. Zum Beispiel das Nutzen natürlicher ätherischer Öle statt des aggressiven Ammoniak. Wenn eine Dissoziation die Patientin aus ihrem gegenwärtigen Stresserleben herausreißt, so reißt der Ammoniakgeruch wieder zurück. Beides ist eine destruktive Störung. Ätherische Düfte haben nicht diese extreme Wirkung; sie können in die Handinnenflächen eingerieben werden und wirken ausgleichend und heilend. Das »Zurückkommen« dauert zwar länger als beim Ammoniak, aber die Patientin braucht auch die Zeit, um ihre Emotionen zu ordnen und sich zu stabilisieren. So wird die Situation zu einem affektregulierenden Dialog ohne Worte.

Auch die Helfende braucht nach solch einer Begegnung eventuell Stabilisierung. Dabei hilft die Arbeit im Team. Dort können wir von unseren gemeinsamen Bemühungen berichten und werden durch unsere Teamkollegen entlastet und ermutigt.

21.9 Schriftliche Vereinbarungen

Bei unserer Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Störung geht es um Praktikabilität. Wie können wir mit den Patienten unsere Arbeit tun? Welche Rahmenbedingungen können wir als Hilfe anbieten? Beim Bewältigen von Störungen, Krisen und Konflikten und beim Sammeln von Erfahrungen haben wir im Laufe der Zeit immer wieder nach Hilfen durch schriftliche Vereinbarungen gesucht. Als Ergebnis hat sich unsere spezielle Hausordnung der Station bewährt, die über die allgemeinen Regeln hinausgeht: unser »Wegweiser Abteilung 2«. Ein Ausschnitt daraus ist im folgenden Abschnitt aufgeführt.

Ausschnitt aus »Wegweiser Abteilung 2«

Medikamenteneinnahme – Informationen

- Nehmen Sie Medikamente nur auf ärztlicher Anweisung ein und lassen Sie sich vom Stationsarzt exakt über Wirkung und Nebenwirkung informieren.
- Informieren Sie Ihren Stationsarzt darüber, welche Medikamente Sie derzeit einnehmen und sprechen Sie offen über etwaige (auch frühere) Probleme mit Alkohol, Drogen, Schmerz- und Beruhigungsmittel.
- Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihnen das Medikament nicht hilft oder dass störende Nebenwirkungen auftreten, suchen Sie den Stationsarzt auf.
- Nehmen Sie keine eigenmächtigen Dosisänderungen vor und setzen Sie Psychopharmaka nicht abrupt ab.
- Kombinieren Sie nicht eigenmächtig mit (frei verkäuflichen) anderen Medikamenten und verzichten Sie auf Alkohol.
- Beachten Sie die mögliche sedierende Wirkung von Psychopharmaka (Fahrtauglichkeit, Arbeitsfähigkeit) und fragen Sie gegebenenfalls den Stationsarzt.
- Hören Sie nicht auf »Ratschläge« von Laien (Bekannte, andere Patienten, Regenbogenpresse). Entfernen Sie Psychopharmaka, die Sie nicht mehr benötigen, aus dem Haushalt. Im Patientenzimmer dürfen nur nach Absprache mit dem Stationsarzt Medikamente aufbewahrt werden.
- Sprechen Sie mit dem Stationsarzt und Ihrem Therapeuten darüber, welche zusätzlichen Therapiemaßnahmen für Sie infrage kommen, z. B. Entspannungsverfahren, physikalische Maßnahmen, Psychotherapie, Ratschläge zur Lebensführung (Psychohygiene).

[...]

Schutzraum Station

Die Station soll für alle Patientinnen und Patienten ein Schutzraum sein. Aus diesem Grund sind sexuelle Kontakte und Geschäfte zwischen den Patientinnen und Patienten nicht erlaubt. Der Umgang

miteinander soll in einer ruhigen und respektvollen Weise erfolgen (z. B. laute Auseinandersetzungen, laute Musik oder das Türenschlagen vermeiden). Bitte fotografieren Sie nicht während Gruppenveranstaltungen und im Rahmen Ihrer Freizeitgestaltungen andere Personen. Sie können nur fotografieren, nachdem Sie diese um Erlaubnis gebeten haben. Verstöße gegen diese Regeln können die sofortige Entlassung zur Folge haben.
Tätowierungen und Piercings: Tätowierungen und Piercings (einschl. Nasen- u. Ohrlöcher) können medizinische Komplikationen zur Folge haben. Um Behandlungsschwierigkeiten und Folgekosten zu vermeiden, bitten wir Sie, sich während des stationären Aufenthaltes nicht tätowieren oder piercen zu lassen.

Eine Zeitlang war für die Mitarbeitenden im Team auch die »Therapievereinbarung« ein hilfreiches Instrument, das aber immer weniger eingesetzt wird. Uns hatte es vor Augen geführt, worauf wir in der Behandlung mit den Patienten zu achten haben. Seitdem wir sicherer in unserer Haltung sind und diese vertreten, brauchen wir die Vereinbarung mit den Patienten kaum noch. Unsere innere Haltung reicht aus. Dennoch ist es hilfreich, sich gemeinsam Handwerkszeug zu erarbeiten und sich an dieses zu erinnern, wenn schwierige Zeiten eintreten.

Literatur

Bauer R (1997). Beziehungspflege. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Bengel J (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmacher und Hildegard Willmann. Herausgegeben von BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 6. Köln: BzgA.

Bischofberger I (2008). Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege. 2. Aufl. Bern: Huber.

Bohus M, Wolf-Arehult M (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Eichhorn I (2008). Fragmente zwischenmenschlicher Beziehungen – Versuch eines Zugangs zur Theorie von Hildegard Peplau. Psych Pflege; 14: 274–6.

Fritsch GR (2012). Der Gefühls- und Bedürfnisnavigator. Paderborn: Junfermann.

Höfner E, Schachtner HU (2010). Das wäre doch gelacht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Kowarowsky G (2011). Der schwierige Patient. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Lehmann S (2004). Grundlagen der Psychotraumatologie. Münster: FIFAP.

Rakel T, Lanzenberger A (2001). Pflegetherapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Reddemann L (2004). Eine Reise von 1 000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Freiburg: Herder.

Reddemann L, Dehner-Rau C (2004). Trauma. Stuttgart: Trias.

Sachse R (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.

Sachsse U (2012). Humor ist, wenn man trotzdem lacht. In: Wild B (Hrsg). Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Schopf G (2004). Borderline – Was tun? Eine Hilfestellung für Pflegende. Unterostendorf: IBICURA.

Schuldt E, Weinz R (2012). Traumatisierte Menschen unterstützen, eigene Belastung in Grenzen halten. Vortrag auf dem Psychosomatischen Pflegetag am 21./22. November 2012, Dresden.

Wöller W (2013). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Wöller W, Kruse J (Hrsg) (2014). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Therapievereinbarung

zwischen Frau/Herrn _____ und dem therapeutischen Team der Station 2

Auf Station 2 arbeiten wir mit einem psychotherapeutisch-traumabezogenen Konzept.
Unsere Erfahrungen zeigen, dass viele Patientinnen und Patienten Verhaltensweisen entwickelt haben, wie sie mit seelischem Druck umgehen. Diese Versuche zur eigenen Entlastung können jedoch für uns als Mitarbeitende und für die Mitpatienten eine starke Belastung sein. Aus diesem Grund legen wir Wert darauf, dass Sie auf solche Verhaltensweisen verzichten und sich darauf einlassen, hier neue Wege auszuprobieren. Somit bietet ein stationärer Aufenthalt die Möglichkeit zu neuen Erfahrungen, gleichzeitig beinhaltet er aber auch Einschränkungen im persönlichen Bereich.
Um diesem Anspruch gerecht zu werden und eine erfolgreiche Therapie zu gewährleisten, treffen wir mit Ihnen folgende Vereinbarungen:

- Ich erkläre hiermit, dass ich an den Therapien und den damit verbundenen Begleittherapien regelmäßig teilnehmen werde.
- Ich vereinbare hiermit, mich nicht selbst zu schädigen, andere nicht tätlich anzugreifen und das Eigentum anderer nicht zu zerstören.
- Ich werde an den regelmäßigen Mahlzeiten teilnehmen und angemessen essen und trinken.
- Ich erkläre mich bereit, während der Therapie auf Alkohol zu verzichten und keine Drogen zu konsumieren.
- Ich werde mich auf meine eigenen Behandlungsziele konzentrieren und nicht die Probleme anderer in den Mittelpunkt stellen.
- Ich übernehme Verantwortung für meine Handlungen und Gefühle und nehme Kontakt mit dem therapeutischen Team auf, wenn Unklarheiten, Konflikte oder Probleme mit diesen Vereinbarungen entstehen.

Patientin/Patient: _____ (Datum und Unterschrift)

Bei Schwierigkeiten in der Umsetzung dieser Therapievereinbarungen sind wir gern bereit, Sie bei der Suche nach Lösungswegen zu unterstützen.
Sollten Sie oder wir jedoch spüren, dass Sie während des Therapieverlaufs mit den Anforderungen dieser Vereinbarungen überfordert sind, berät das therapeutische Team mit Ihnen darüber, ob oder wie eine Fortführung der Therapie (zum jetzigen Zeitpunkt) sinnvoll ist.

Therapeutisches Team:

Therapeutin/Therapeut: _____ (Datum und Unterschrift)

Pflegeteam: _____ (Datum und Unterschrift)

Sachverzeichnis

A

Abgekoppeltsein 10
Abgrenzungen 301
Abgrenzungsfähigkeit, Stärkung 172
Abhängigkeit, gesunde/reife 205
Abhängigkeitsbeziehung 130
Abhängigkeitsgefühle 4
Abhängigkeitswünsche, regressive 134
Ablenkung 41
Absprachen, präzise 103
Abwehrmechanismen 37, 39, 118
– Ängste, tiefer liegende 7
– Ärger 153
– dissoziative 39
– frühe 37, 40, 200, 203
– maladaptive 52
– projektive 29, 203
– Schwäche, allgemeine 213
– somatoforme 41
– Suizidalität 139
– unreife 11, 49, 203
– Verlassenheitsängste 184
– Wirkung 184
– Wut 153
achtsame Wahrnehmung 151 f.
achtsames Beobachten 157, 240, 250
– dissoziative Störungen 218
– Paartherapie 240
Achtsamkeit 152
achtsamkeitsbasierte Interventionen 85
Achtsamkeitsmeditationen/-übungen 122, 151, 154
ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) 32
Adoleszente, Identitätskrise 51
Affektdifferenzierung 84, 149
– Borderline-Depression 215
– dissoziative Störungen 218
Affektdysregulation
– Borderline-typische 11
– chronische 67
Affekte
– Borderline-typische 7
– diffuse 150
– empathisches Erfassen 144
– Gegenwartsanteile 149
– globale 6
– heftige eines Therapeuten 119
– intensive 11
– klarifizierende Interventionen 77
– negative 5
– – Distanz 121 f.
– – dominierende 5
– – EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 196
– – kindliche 18
– positive
– – gemeinsame 146
– – Paartherapie 240
– Realitätsprüfung 150
– schwierige 290
– sexualisierte Form 9
– stationäres Setting 285
– traumaassoziierte 262
– traumatische 150
– überflutende 37, 133
– überwältigende 6
– Umgang 153
– undifferenzierte 6, 144, 150
– unerträgliche, Selbstmedikation 139
– Vergangenheitsanteile 149, 151
– Wahrnehmung 151
affektive Selbstwahrnehmung, Förderung 262
affektive Störungen 4, 20, 69, 213
– Bearbeitungsmethoden, schonende 269

– depressive Störungen 214
– Pharmakotherapie 141
Affektmangel 39
Affektregulation 264 f.
Affektregulationsstörung 105
Affektspiegelung 96, 144
Affekttoleranz 263
– Pendeltechniken 152
Affektwahrnehmung 25
– Essstörungen 220
Aggressionen 10, 58 f.
– Bezugsperson 185
– gegen die eigene Person 119
– feindliche 116
– globale 53
– Übertragung 97, 117
– Umgang 96
– undifferenzierte 305
aggressiv-fordernde Verhaltensweisen 167
aggressiv getöntes Kontrollsystem 21
Agomelatin 141 f.
– Schlafstörungen 219
Aktivitäten
– beruhigende 114
– fachpflegerische 295
– homosexuelle 241
– Liste 135
– Opioidsystem, endogenes, Anregung 18
– schulische 181
– selbstpflegerische 299
– sexuelle 242
– Vorschläge 135
– wohltuende 135
Albträume 219
Alexithymie 10
Alkoholabhängigkeit/-missbrauch 69, 220
– Suizidalität 221
Alleingelassensein 8, 16, 37, 150
– kindliches 6
– Partnerschaft 235
– Selbstschädigungen 136
– Trennungen 150
– verzweifeltes 6
Alleinseinsängste 42
Alltagsamnesien 69
Alltagsbelastungen, Reduktion 127
Alltagsfunktionalität 49, 62
Alltagskompetenzen, Stärkung 135
Alltagsleben, Bewältigung 54
Alltagsreize/-situationen
– traumatisch erlebte 193
– Triggerung, fortgesetzte 132
Ambivalenzen 200
– Selbstverletzungen 139
Amnesie 183
– dissoziative 69, 217
Amygdala
– potenziell überaktive 95
– präfrontale Top-down-Modulation, verminderte 17
analytische Psychotherapie 208
analytisch-interaktionelle Gruppentherapie
s. unter Gruppenpsychotherapie
Anerkennung 205
Angehörigengespräche 229
Angst/Ängste 5, 8, 43, 115, 168
– vor Ablehnung 298
– abwehren mithilfe von Ärger 154
– vor aggressiven oder unkalkulierbaren Reaktionen 115
– vor dem Alleingelassensein/vor dem Alleinsein 37, 42, 298
– alte 93
– ansprechen 97
– Auslösemomente 49
– Bindungen 49
– bindungsrelevante der Kindheit 6
– Distanzierung 115
– in der Gegenübertragung 117
– vor Kontrollverlust 7, 37
– Motivationsstörung 179
– Pharmakotherapie 141
– Sexualität 243
– tiefer liegende, Abwehrphänomene 7
– undifferenzierte, primäre 9
– unverhältnismäßige 119
– validieren 97
– vor Veränderung 101 f.

Angst/Ängste
– verborgene 145
– vor Vereinnahmung 99
– vor dem Verlassenwerden 7, 104
– vor Zurückweisung 93
– vor Zuwachs an Kompetenz 101
Angststörungen 70, 213
Anlehnungsbedürfnis 274
Anorexie 219
Anpassungsleistungen, Suizidalität 140
Anspannung, chronische 132
Antidepressiva
– Schlafstörungen 219
– sedierende 142
Antipsychotika
– atypische 142
– dissoziative Störungen 218
Antizipationsfähigkeit, verminderte 180
Arbeit mit dem inneren Kind 109, 158, 186, 267
– Sexualität 244
Arbeitsatmosphäre, selbstverantwortliche 93
Arbeitsbeziehungen, Aufbau 261
Arbeitsbündnis
– sicheres und unterstützendes 302
– vertrauenvolles 306
Arbeitsfähigkeit, Stärkung 178
Arbeitsmotivation, gestörte 34
Arbeitsstörungen 178 f.
Ärger 7, 112, 150
– Abwehrmechanismen 153
– Kontrolle 154
– Umgang 153
Aripiprazol 141 f.
– dissoziative Störungen 218
Assoziationen 199
Atemübungen 129
Aufmerksamkeit
– Arbeitsstörungen 178
– bifokale, Traumabearbeitung 189
– Stressabsorptionstechnik 172
Aufmerksamkeitssteuerung 25
Aufmerksamkeitsstörungen 26, 28
Ausgeliefertsein 37, 150, 205
– hilfloses 228
– ohnmächtiges 193
– Selbstschädigungen 136
Ausgeliefertseinsängste 7
Ausprobieren, taktvolles, intuitives 96
Autonomieeinschränkung, Näheangebote 150
Autonomiegefühl
– bedrohtes 6
– Selbstverletzung 44

B

Bedarfsmedikation, stationäre 264
Bedrohungserleben 37, 92, 161
– Borderline-typisches 6
– Stopp-Techniken 161
– verstärktes, soziale Wahrnehmung 5
Bedrohungsgefühl 6, 92, 127 f., 161
– Abbau 92
– anhaltendes 95
– Borderline-typisches 113
– kognitive Arbeit 160
– reales 57
– Reduktion 160
– bei Therapeutinnen 121
– wahrgenommenes 57
Bedrohungssituationen 37
Bedrohungssystem und Bindungssystem, Aktivierung, gleichzeitige 19
Bedrohungs-Verteidigungs-System 54, 226
Bedürfnisse
– Artikulation 173
– basale 144
– eigene 274
– – Artikulierungsstörung 34
– und Wünsche, Unterscheidung 114
Begrenzungen
– entschiedene 113
– gutartige, Wunsch 114
– der Realität akzeptieren 292
Behandlungszimmer 128
Belohnungen, Antizipationsstörung 34, 180

Benzodiazepine 141 f.
Benzodiazepinrezeptoragonisten, Schlafstörungen 219
Beobachten, wohlwollendes von Mitgefühl getragenes 157
Beruhigung 113
Beruhigungstechniken 128
Besorgnis um den Patienten 119
Bestätigungen, wiederholte 114
Bevormundung, Näheangebote 150
Bewältigungskompetenzen 101
– allgemeine, Verbesserung 154
Bewertungskompetenz, Visite 282
Beziehungen
– Ambivalenz 28
– aufrechtzuerhalten, Unfähigkeit 67
– nach außen 274
– Bedeutung 77
– besondere, Patientinnenwunsch 116
– Borderline-typische 82
– dysfunktionale 37
– Erlebnisse, frühe 295
– haltende 296
– krisenhafte Zuspitzungen 48
– maladaptive 84
– – stationäre Psychotherapie 260
– positive Erfahrungen, Verinnerlichung 77
– Regulation, unbewusste, konflikthafte 199
– Substitution durch Sexualität 243
– therapeutische s. therapeutische Beziehung
– traumatische 61
– unreife 49
– vertrauenswürdige/nicht vertrauenswürdige 205
– zwischenmenschliche 48
Beziehungsabbrüche, plötzliche 193
Beziehungsangebot
– aggressives 95
– Regression 128
Beziehungsangst 48
Beziehungserfahrungen 132
– defizitäre 116
– Helferfiguren 162
– negative 160
– neue 295
– positive 132 f.
– – Gruppenpsychotherapie 247
– traumatische 61, 131, 150
– – Assoziationen 145
Beziehungserwartungen an die Patientin 117
Beziehungsfähigkeit, unzureichende 207
Beziehungsgestaltung
– beeinträchtigte 37
– empathische 144
– Objektbeziehungstheorie 60
Beziehungsprobleme 233, 237
Beziehungstraumatisierungen 15 f., 192 ff.
– Verhaltensinszenierungen 201
Beziehungszwischenraum, Selbstverletzungen 306
Bezugsperson
– Aggressionen 185
– aktuelle, Repräsentanz 48
– frühe 39
– frühere, Wahrnehmung 151
– traumatisierte 184
Bezugspflege 275, 279
Bezugspflegekontakte 296
bilaterale Stimulation 86, 122, 147, 153
– Motivationsstörung 181
Bilder, negative 303
Bildschirmtechnik, Posttraumatische Belastungsstörung 216
Bindung
– Defizite, frühkindliche 52
– desorganisierte 19, 21, 48, 61, 92, 95, 232
– inkohärente 95
– sadomasochistisches Muster 139
– unsicher-ambivalente 19
– unsicher-desorganisierte 15, 19, 33
Bindungsangst 92 f.
– der Kindheit 6
Bindungsbeziehungen
– frühe 155
– Mentalisierungsstörung 31

Bindungserfahrungen 132
– Erwachsenenfigur, positiv erlebte 162
– frühere 6
– gute 54, 162
– Kindfigur 162
– positive vermitteln 162
– unsichere 295
Bindungsfigur
– idealisierte 39
– potenziell rettende 127
– schädigende 127
– Sehnsucht 214
Bindungsstörungen 19
Bindungssystem
– Aktivierung/Deaktivierung 10
– und Bedrohungssystem, Aktivierung, gleichzeitige 19
Bindungstraumatisierungen 15 f., 20, 192 ff.
– Durcharbeiten 162
– Erinnerungen 26
– Verhaltensinszenierungen 202
Bindungswünsche 92
Binge-Eating 69, 219
bipolare Störungen 69, 71, 215
Borderline-Depression 214 f.
Borderline-Persönlichkeitsorganisation 49
Borderline-Persönlichkeitsstörung 3
– Beziehungsprobleme 233
– als Bindungsstörung 19
– depressive Störungen 214
– Diagnose 66
– DSM/ICD-10 4, 49
– Einkommens- und Bildungsschichten, geringere 3
– Emotionsregulationsstörung 3
– epigenetische Forschung 16
– Gen-Umwelt-Interaktionen 16
– Kindheitseinflüsse 15
– Komorbidität 3, 19, 68
– Langzeitkatamnese 4
– Langzeituntersuchungen 4
– Polysymptomatik 69
– Prävalenz 3
– Prognose 4, 68
– Stigmatisierung 3
– Symptome 4
– – Rückgang 132
– Überlappung mit anderen Persönlichkeitsstörungen 66
– Umwelteinflüsse 71
Borderline-Struktur 49
Bulimie 219
Butterfly Hug 114, 122, 147, 149, 153, 227
– neue Variante 129

C

Chaos, inneres 49, 274, 298
– Identitätsstörung 51
chaotischer Lebensstil 48
CIPOS-Technik (Constant Installation of Present Orientation and Safety), Traumabearbeitung 196
Cocain-Abhängigkeit 69
Containertechnik 85, 122, 129, 150
– Bedrohungsgefühl 161
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
– Traumabearbeitung 196
Containertheorie 38 f., 110 f.
Containing 97
– Verständnis, falsches 134
Cortisol 18
Cyclopyrrolone 141 f.
– Schlafstörungen 219

D

Dämonisierung 184
Denken
– ausgewogenes 177
– dichotomes 28, 177
– magisches 29, 58
– negatives 147
– paranoides 28
– positives 147
– seltsames 70
Denkstörungen 28
Depersonalisation 69, 71

– dissoziative Störungen 217
depressive Stimmungen 10
depressive Störungen 5, 69, 214
– affektive Störungen 214
– Arbeitsstörungen 179
– Borderline-Persönlichkeitsstörung 214
– Phänomenologie 214
– Pharmakotherapie 141
– Ressourcenaktivierung 214
– bei Therapeutinnen 121
– Therapie 214
Deprivationserfahrungen 52
Derealisation 69, 71
– dissoziative Störungen 217
Desensitization, Abstraktionsniveau 200
destruktives Verhalten 9, 11, 20, 58, 68
Deutung 98
Deutungshypothesen, Verhaltens-inszenierungen 202
Diagnose 66
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 80, 82
dichotomes Denken 28
Diskriminationsschwäche, kortikale 29
Diskriminierung 67
Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) 67
Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) 69
dissoziative Abwehrmechanismen 39
dissoziative Amnesie 69, 217
– Arbeitsstörungen 179
dissoziative Identitätsstörung 69, 217
– RPT, Kontraindikation 83
dissoziative Selbst-States 55
dissoziative Störungen/Symptome 4, 21, 39, 69 f., 81, 213, 216
– Ammoniak 309
– ätherische Düfte 309
– Auslöser 218, 265
– Beendigung durch Selbstverletzung 44
– Beobachtung der Situation 307
– Emotionsregulation 217
– Fragebögen 217
– Ich-stärkende Maßnahmen 217
– Pharmakotherapie 141, 218
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
– Reorientierung 218
– Ressourcenaktivierung 217
– Schweregrade 217
– Selbstmedikation 139
– stationäre Psychotherapie 265
– als Störenfried 308
– traumatischer Inhalte, Abkoppelung 217
– Umgang 307
– Verstärkung 306
distanzierter Beobachter 152
Distanzierung, aggressiv-impulsive 226
Distanzierungstechniken, imaginative 122
– Essstörungen 220
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
– Suizidalität 307
– Traumabearbeitung 191, 194
Drogenmissbrauch, Suizidalität 221
DSM-5 66
Dyadic Resourcing 162
dysfunktionale Interaktionsmuster 171
dysfunktionales Verhalten
– Aktivierung 42
– Beeinflussung 204
– eigenes, Empathie 277
– Ich-Funktionsdefizite 167
Dysphorie 4 f.

E

edukative Stabilisierungsgruppe 275
Ego-State-Modell 53
– kindliches 276
Einzeltherapie 130, 275, 278
– Paargespräche/-therapie 235, 239
Elternanteile, strafende/vernachlässigende 181
Elternprojektionen 282
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 82, 84 ff., 147
– Indikationen 191
– Kindheitstraumatisierungen 203
– Modifikationen des Standardprotokolls 86

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
– Paartherapie 241
– Projektion 204
– Ressourcenaktivierung 86, 171
– Standardprotokoll, umgekehrtes 196
– Traumabearbeitung 86, 191 f., 195 ff.
– Wirkmodelle 86
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung 4 f., 66
emotionale Gewalt 15 f.
emotionale Instabilität 232
emotionale Intelligenz, eingeschränkte 6
emotionale Misshandlung 15
emotionale Präsenz, wache 94
emotionale Reaktionen, Vermischung von Vergangenem und Gegenwärtigem 228
emotionale Taubheit 10
emotionaler Persönlichkeitsanteil, Aktivierung 29
Emotionalität
– empathischer Zugang 111
– leidenschaftlich getönte 96
Emotionen
– authentische 146
– Bedeutung, zentrale 77
– belastende, Toleranz 200
– Belastungsgrad 150, 153
– Borderline-typische 6 ff.
– intensive 28
– negative 5, 38, 111, 146, 303
– – Gegenbild 147
– – Gegenteil 147
– – Ich-Funktionsdefizite 169
– – Paartherapie 241
– – Vermeidung 151
– – Wahrnehmung 151
– positive 84, 146 f., 149
– – aktivierte 147
– – Aktivierung 122
– projizierte 111
– schwer erträgliche 153
– Umgang 299
– Wahrnehmung 151 f.
Emotionsregulation 43, 84, 144, 146, 199, 254
– dissoziative Störungen 217
– dysfunktionale Verhaltensmuster 166
– Empathiefähigkeit 31
– möglichst gute 175
– ressourcenaktivierende 192
– Sexualität 242 f.
– Spaltung 39
– Verbesserung 104
Emotionsregulationsstörungen 5, 31, 104, 133, 135, 253
– Auslöser 149
– Borderline-Persönlichkeitsstörung 3
– Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 82
– familienorientierte Interventionen 226
– Klopftechniken 87
– neurobiologische Befunde 17
– schwere, Bewältigung 41
– Stabilisierung 127
Emotionsstörungen, Fokussierung 93
Emotionsvermeidung 41
Emotionswahrnehmung 6, 81
Empathie, Selbstverletzungen 138
Empathiefähigkeit 30
– Emotionsregulation 31
– Spiegelneurone 38
– der Therapeutin 121
empathischer Zugang, Emotionalität 111
empathy paradox 30
endogenes Opioidsystem 18
– Selbstverletzung 44
Energetische Psychologie 86
– Klopftechniken 86, 122, 129, 149
Enttäuschungen 291 f.
Entwertung 204
– Paartherapie 238
– Visite 282
Erbrechen, selbstinduziertes 219
Erinnerungen
– Abspeicherung 201
– autobiografische Momente 146
– Bilder, eigene, positive, Aktivierung 122
– bindungstraumatische 26

– positive 135, 148
– traumatische s. traumatische Erinnerungen
– unbewusste, schambezogene 8
Erleben, subjektives, Annahme 262
Erlebensinhalte, traumaassoziierte 262
Erschöpfungssymptome bei Therapeutinnen 121
Erwachsenenmodus 277 f.
Erwachsenenperspektive wieder zugänglich machen 113
Erwartungen, stark schwankende 206
Erzählvorgang, Rupturen 176
Erziehungsstile, elterliche, ungünstige 15
Essstörungen 41, 69, 133, 219 f.
Etikettierung, Diagnose 66
evidenzbasierte Verfahren 81
Extreme von Gut und Böse 39
Eye Movement Desensitization and Reprocessing s. EMDR

F

familiäres Umfeld, instabiles 226
familienorientierte Interventionen 226–230
Fantasien 199
– Unlusterlebnisse 180
Feindseligkeit 97
– Gegenübertragung 109
FIFAP (Institut für angewandte Traumatologie), Arbeitsblätter 299
Flashbacks 130
Fluchtmuster 42
Fluchtsystem 234
Forderungen
– Bedürfnisse 173
– unangemessene des Patienten 113
Fragebögen, zu Dissoziativen Symptomen (FDS) 217
Fremdverständnis und Selbstverständnis, Diskrepanz 176
Freundschaften, neue 207
Frustration 144

G

Ganzobjektbeziehung 104
Gebote, verinnerlichte 169
Gedächtnis
– deklaratives 27, 201
– prozedurales 26, 57
Gedächtnisstörungen 28
Gedankenlautwerden 70
Gedemütigtwerden, Angst 104
Gefühl(e)
– des Alleingelassenseins 58
– ängstigende 274
– aufwühlende 274
– des Ausgeschlossenseins 58
– belastende
– – beschreiben 291
– – Distanzierung 130
– eigene
– – Angehörige 229
– – Wirksamkeit 184
– Einordnung 144
– fehlendes der Selbstwirksamkeit 67
– der Gegenwart, Paargespräche 235
– Gültigkeit 145
– klare 151
– von Kontrolle 131
– der Leere, Identitätsstörung 51
– des mitfühlenden Verständnisses 160
– negative, Klopftechniken 174
– positive 153, 161, 264
– der Ruhe, Selbstverletzung 44
– schmerzhafte 274
– schwer kontrollierbare, Distanz 59
– der Sicherheit zu vermitteln 92
– der traumatischen Vergangenheit, Paargespräche 235
– verletzten Stolzes 184
– Wahrnehmungsverbesserung, familienorientierte Interventionen 227
– Wechselbad 227
– widersprüchliche 274
– zugelassene 147

Gegenübertragung 116, 296
– Analyse 101, 110
– Angst 117
– Aspekte 108
– Beziehungsdynamik, aktuelle 108
– Definition 107
– Distanz 108, 110, 121
– Einzeltherapie 278
– Erfahrungen 77
– feindselige 118 f.
– Funktion 107
– Hass 118 ff.
– Mitteilung an den Patienten 120
– Opferposition 109
– Reflexion 146, 252
– ressourcenbasierte psychodynamische Gruppentherapie 252
– Rückmeldungen 120
– Täterposition 109
– Überidentifizierung 108
– Umgang 107
– unentdeckte, feindselige 96
– unzureichend reflektierte 108
– Verständnis 107
– Widerstand 118, 121
Gegenwart
– Momente, positive 148
– und Vergangenheit, Differenzierung 263
Gehirn, Plastizität, erfahrungsabhängige 132
Gehirndefizite, strukturelle 105
Gemeinschaftserleben, traumatisierende Erfahrungen 297
Geschlechtsverkehr, ungeschützter 41, 45
Gesichtsausdruck, entspannt lächelnder 159
Gestalttherapie 53
Gesundheitspflegerin 296
Gewaltformen 16
Grenzerfahrungen, Wirkungen, heilsame 114
Grenzsetzungen 301
– stationäres Setting 286, 291
– Therapie 133
Grenzüberschreitungen 133, 274
Grundbedürfnisse 167
Gruppen
– milieutherapeutische 303
– selbstgeleitete 284
Gruppenpsychotherapie 130, 247 ff., 275
– s. a. Ressourenbasierte Psychodynamische Gruppentherapie
– analytisch-interaktionelle 275, 279
– diagnoseheterogene 253
– stationäre 260
– Traumatisierungen 190
Gruppenzugehörigkeit 50

H

Halluzinationen, akustische 70
Haltlosigkeit, Identitätsstörung 51
Haltung
– begrenzende 134
– passiv abwartende, Motivationsstörungen 179
Handlungsmöglichkeiten, Erweiterung 101
Handlungsverantwortung, Selbstverletzungen 306
Hass 32
– absoluter 94
– gefürchteter der Eltern 160
– Gegenübertragung 118 ff.
– auf Patienten 117
Hebb'sches Gesetz 193
Hilfe in Anspruch nehmen, Artikulierungsstörung 34
Hilflosigkeit 112, 274
– Selbstverletzungen 305
– verzweifelte 93
Hilflosigkeitsgefühl 111
Hippocampus
– Funktionen, präverbale Periode 201
– Volumina, reduzierte 17
homosexuelle Aktivitäten 241
Humor 303
Humorgruppe 282, 303
– Lachen, Physiologie 304
Hypnotherapie 264

I

ICD-10 66
Ich-Funktionen 25, 27, 43, 167
– Aufbau 83 f.
– defizitäre 84
– Objektkonstanz 174
– strukturelle Arbeit 79
Ich-Funktionsdefizite 25, 42, 68, 166
– Abgrenzungsfähigkeit, Stärkung 172
– Bedürfnisse, Artikulation 173
– Differenzierung 26
– dysfunktionale Verhaltensweisen 167
– Emotionen, negative 169
– Gebote/Verbote, verinnerlichte 169
– Identifizierung 169
– interpersonell selbst- oder fremdschädigende Verhaltens- und Beziehungsmuster 167
– klarifizierende Arbeit 167
– Konsequenzen 166
– Lebensereignisse, belastende 169
– maladaptive Verhaltensweisen 166
– Mentalisierungsfähigkeit, Stärkung 174
– Mentalisierungsfunktion 166
– Objektkonstanz, Stärkung 174
– Psychoedukation 167
– Ressourcenaktivierung 169
– ressourcenbasierte psychodynamische Gruppentherapie 248
– Stressabsorptionstechnik 169
– strukturbezogene Psychotherapie 166
– therapeutischer Stillstand 170
– verallgemeinernde Feststellungen 25
– Verbesserung 248
– Verhaltensinszenierungen 166
Ich-Integration, fehlende 20
Ich-Zustände
– dissoziative 217
– innere, unvereinbare, Integration 59
– Selbst-Objekt-Einheiten 40
Idealisierung 184, 204
Ideenflucht 71
Identifizierung, projektive
s. projektive Identifizierung
Identität
– Bedrohungsgefühl 6
– gesunde 49
Identitätsbildung 199
Identitätsdiffusion 49, 52
Identitätsfragmentierung 52
Identitätsgefühl 101 f., 105
Identitätsstörung 20, 49, 51 f., 55
– Adoleszente 51
– dissoziative 69
– Objektbeziehungstheorie 60
– Selbstzustände 52
Identitätsunsicherheit 61, 69
Identitätsverlust 7, 37, 99
Identitätswechsel 69
Illusion, von Unbedenklichkeit und Sicherheit 180
Imaginationen 79, 129, 146
– Objektkonstanz, Stärkung 174
– ressourcenaktivierende 135
Imaginationsübungen 276, 284
– Ressourcenaktivierung 263
– stationäre Psychotherapie 262
– Traumatherapie 85
imaginative Helferfiguren 162
– Selbstfürsorge 156
Imidazopyridine 141 f.
– Schlafstörungen 219
Impulse, feindselige 117, 119 f.
Impulsivität 4, 32
– Bearbeitung 154
– Genese 32
– Pharmakotherapie 141
– sexuelle 241
– Umgang 153
Impulskontrolle 25
Impulskontrollstörungen 26, 32
Impulssteuerung 264 f.
Inkohärenz, schmerzhafte 51
innere Anspannung, Frühanzeichen 264
innere Befürchtungen, Traumabearbeitung 269

innere Bühne 79
innere Familie 53
innere Normenwelt 61
innere Objektwelt 97, 108
innere Stimmen, abwertende 103
innerer Garten, Übung 122
innerer Helfer, Übung 162
innerer Persönlichkeitszustand 27
innerer sicherer Ort, Emotionen, Wahrnehmung 152
inneres Kind 53, 109, 158 f., 186, 267
– Abneigung 159
– Ressourcen 159
– Sexualität 244
Integrationsfähigkeitsschwäche, Identitätsstörung 52
interaktionelle Fertigkeiten, Erweiterung, stationäre Psychotherapie 265
Interaktionspartner, erleben 175
Internalisierungsprozess, Psychoedukation 266
interpersonell schädigendes Verhalten 42 f.
interpersonelle Interaktionsstörungen 67
interpersonelle Konflikte/Missverständnisse 176
– Klärung, familienorientierte Interventionen 227
– Lösungsfähigkeit, gestörte 33
interpersoneller Bereich 68
Intervallbehandlung 297
Intimität, Identitätsstörung 51
Isolierung 39

K

Kampf-Flucht-Freeze-Reaktionsmuster, unaufgelöste 18
Kampfmodus, Paartherapie 239
Kampfmuster 42
Kampfsystem 235
Kampf-Verteidigungs-System, Persönlichkeitsanteile 62
katastrophaler Schmerz 9
Kindheitstraumatisierungen 18
– EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 203
– Übertragungsbeziehung 203
kindliche Persönlichkeitsanteile 26
– unreifere, Aktualisierung 33
Klopfakupressur 87
Klopftechniken 86, 122, 129, 149, 153, 158, 227
– Energiepunkte 129, 149
– Gefühle, negative 174
– Karatepunkt 149
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
Kobewusstsein, erwachsenes 268
kognitiv-behaviorale Verfahren 82
kognitive Defizite 25, 28, 175
kognitive Funktionen 28
kohärente Narrative 176
Kommunikation
– Bemerkungen, bestätigende 94
– Distanz, beobachtende 95
– empathische 95
– familienorientierte Interventionen 229 f.
– Formulierungen, extreme 94
– günstige/ungünstige Muster 230
– konfrontative Interventionen 95
– Nachfragen, interessiertes 95
– nonverbale 96
– therapeutische Beziehung 93
– verbale 94
– wertschätzende 182
komorbide Störungen 3, 68
– Therapie 213
Komorbidität 19
– ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) 32
– dissoziative 33
Kompensation 102
Kompetenzdefizite 27
Kompetenzen 27
– scheinbare der Patienten 299
Kompetenzgefühl 135
– allgemein vermindertes 27
Kompetenzmangel, störungsbedingter 133
Komplexe posttraumatische Belastungsstörung 67 f.

Konfliktbearbeitung 84, 199
– Integrations- und Abstraktionsfähigkeit, verbesserte 200
– Persönlichkeitsanteile 200
– Therapieende 207
– Ziele 206
Konflikte
– familiäre 228
– innere 200
– – Kompromissbildung 268
– intrapsychische 204
– neurotische 199
– überfordernde 39
– Umgang 301
– unbewusste 84
– – Bearbeitung 253
– – Bewusstmachung 83
Konfliktmodell, Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) 83
Konfrontation 98
– Selbstschädigungen 137
Kontinuitätssinn, fehlender 50
Kontrolle, therapeutische Situation 131
Kontrollgefühl, Selbstverletzung 44
Kontrollsystem, aggressiv getöntes 21
Kontrollverlust 9
Kontrollverlustangst 7
Konzentration, Arbeitsstörungen 178
Körperbild, positives 153
Körpererleben/-zustände, Wahrnehmung 152
Körpergefühl
– gutes, Paartherapie 239
– positives 147 f., 153, 177
körperliche Spannungszustände, quälende 10
Körper-States, Wechsel 135
Körpertherapie 260
kortikolimbische Schaltkreise, neurale, gestörte 17, 92
Krankenpflegerin 296
Krankheitsbild, Informationen 131
Krankheitserleben 301
Kreativität, Interventionen zur Selbsthilfe 100
Krisenintervention, Pharmakotherapie 141
Krisenkontakte 296
Kunsttherapie 260, 275 f., 281
Lachen, Physiologie 304
Lamotrigin 141
Lebensgeschichte, Stressabsorptionstechnik 172
Lebensüberzeugungen, bisherige, Verlust 67
Lebensziele, längerfristige 50
Leeregefühle 4, 8, 150
– depressive Störungen 214
– Identitätsstörung 51
Leitlinie
– für bipolare Störungen 215
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
Lernerfahrungen, mangelnde 133
Lorazepam 141 f.
– dissoziative Störungen 218
Lustzentren, Aktivierung durch selbstschädigendes Verhalten 43

M

Machtgefühl 168
maladaptive Verhaltensweisen 21
– Änderung, Energie und Übung 170
– Auftragsklärung, gemeinsame 168
– Auslöser 168
– erlernte 136
– neuronale Netzwerke, Umbau 170
– Partnerschaft 233
– Reflexion, Gruppenpsychotherapie 247
– repetitive 166, 170
– Selbstwert-/Machtgefühl 168
– stationäre Psychotherapie 260
– therapeutischer Stillstand 170
– unbewusste 133
Mangelgefühle, schmerzhaft empfundene 9
maniforme Zustände 215
manipulative Verhaltensweisen 167
masochistische Beziehungsgestaltung, Partnerschaft 234
masochistisches Aushalten, Patientenverhalten 98
MASTR-Therapie 148

Medikamenteneinnahme, schriftliche Vereinbarungen 309
Meinungsverschiedenheiten 150
Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) 30, 80 f., 251
Mentalisierungsfähigkeit 31, 81, 200, 251, 254, 274
– abwehrbedingt eingeschränkte 31
– Borderline-Depression 215
– eingeschränkte 247
– gehemmte 92
– Gruppenpsychotherapie 247
– gut erhaltene 93
– ressourcenbasierte psychodynamische Gruppentherapie 251
– Stärkung 174, 203
– verinnerlichte Verbote 32
– verminderte 26
Mentalisierungsfunktion 49
– Ich-Funktionsdefizite 166
Mentalisierungsniveau, aktuelles 251
Mentalisierungsstörung 20, 30
– Bindungsbeziehungen 31
metakognitives Monitoring, Schwäche 33
Minderwertigkeitsgefühl 43, 115, 138, 204
– despressive Störungen 214
Mirtazapin 141 f.
– Schlafstörungen 219
Misshandlung 159
– emotionale 15
– Erinnerung 5
– frühere, Reinszenierung, Selbstverletzung 45
Misstrauen
– Akzeptanz 260
– fürsorgliches, Substanzmissbrauch 222
– Schutzfunktion 128
– starkes 274
– Wertschätzung 128
Mitgefühl 157
Modell
– des strukturellen Defizits 83
– der traumatischen Erinnerungsverarbeitung 83
– des unbewussten Konflikts 83
Modelllernen 57
Modellvorstellungen 56
– jüngerer Persönlichkeitsanteile 61
Motivation
– Ressourcen 180
– Stärkung 178
Motivationsstörung 178–181
Müdigkeit, Wutabwehr 112
Musiktherapie 260
Muskelrelaxation, progressive nach Jacobson 276
– Schlafstörungen 219

N

Nähe
– Angebote 48, 150
– intensive 226
Naltrexon, dissoziative Störungen 218
Narrative, kohärente 176
– Erzeugungsschwierigkeit 33
narzisstische Strukturanteile 95, 116
Neuroleptika
– niedrig potente 142
– Schlafstörungen 219
neuronale Netzwerke 79
– adaptive, Ausweitung 146
– Umbau, maladaptive Verhaltensmuster 170
neuroplastische Veränderungen, stressinduzierte 19
Nicht-beachtet-Werden 96
Non-Responsivität 20
nonverbales Verhalten 145
Noradrenalin 18
Normen, neue 173
Normsysteme, verinnerlichte 137, 173
Notfälle 37
– Darstellung des Patienten 112 f.

O

Objektbeziehungen
– reifere/unreifere 60

– verinnerlichte 61, 103
Objektbeziehungstheorie 52, 60
Objektbild
– dämonisiertes 40
– inadäquat ideales 40
– Integration 130
Objekterfahrungen, verinnerlichte, negative 60
Objektkonstanz 25
– Ich-Funktion 174
– Stärkung 174
– verminderte 130
Objektkonstanzstörung 33
Objektwahrnehmung, ganzheitliche 251, 266
Ohnmacht 115
Ohnmachtsgefühl 8, 38 f.
– familienorientierte Interventionen 227
– Selbstverletzungen 305
– Umgang 154
Ohnmachtsposition 283
Olanzapin 141 f.
– dissoziative Störungen 218
Opfer, ohnmächtiges 92
Opferhaltung 103
Opferposition, Gegenübertragung 109
Opferrolle, identitätsstiftende Funktion 102
Opiatantagonisten, dissoziative Störungen 218
Opioiddysregulationssyndrom 18
Organisationsniveau, am weiten entwickeltes 59
Orientierungslosigkeit, Identitätsstörung 51
Oxytocin 18

P

Paarbeziehungen/-dynamik
– ungünstige 232
– Verletzlichkeitszirkel 237
Paargespräche/-therapie 233, 235–241
– achtsames Beobachten 240
– Beschämung und Erniedrigung, Validierung 239
– edukative Interventionen 235
– Einzeltherapie 235, 239
– EMDR 241
– Gegenwartsgefühle 235
– Kampfmodus 239
– Körpergefühl, gutes 239
– Nähe und Intimität, verzerrte Vorstellungen 236
– Position der Mitte 237
– Reaktionen auf Verletzungen 238
– ressourcenbasierte 237
– Rücksichtnahme, wechselseitige 236
– Selbstfürsorge 240
– temporäre Distanzierungen 237
– traumatische Vergangenheitsgefühle 235
– triggernde Verhaltensweisen 236
– Verlassenheitsängste 240
– Verletzlichkeiten, individuelle 238
– Verständnis 236
– Vorwürfe und Entwertungen 238
– Vulnerabilitätszirkel 238
– Wiederannäherungen 237
paranoide Symptome, Pharmakotherapie 141
paranoider Denkstil 28
Paraphilien 241
Parentifizierung 155
Partnerschaft 232–235
– Alleingelassenseins-Gefühl 235
– Anklammerungs- und Distanzierungstendenzen 233
– Auseinandersetzungen, gewaltsame 232
– Ausgeliefertsein, passives 234
– Beziehungsprobleme 233
– Intimität und Vertrauen, Fähigkeit 232
– irreführende Signale 233
– Kindheitsdefizite, Kompensation 233
– maladaptive Verhaltensmuster 233
– masochistische Beziehungsgestaltung 234
– stabile 232
– Unterwerfung, totale 234
– Verlassenheitsängste 233
– Versorgungswünsche, kindliche 234
partnerschaftliche Beziehungsaufnahme, schnelle 31
Passivität, Motivationsstörungen 179
Patientenmitwirkung 100

Pendeltechniken 163, 269
– Affekttoleranz 152
– Ressourcenaktivierung 195
– Ressourcenbild 174
– Traumabearbeitung 196
Persönlichkeit
– Definition 54
– infantile 26
– kohärente Struktur 54
– primitive 67
– strukturelle Dissoziation 251
– unreife 26, 67
Persönlichkeitsanteile
– aggressive 59, 62, 184
– – inner leader 59
– aggressiv-manipulative 183 f.
– aktivierte 62
– Aktivierung 234
– anscheinend normale (ANPs) 54
– Bedrohungs-Abwehr-Modus 59
– biografische Einordnung 58
– destruktive 181, 199
– emotionale (EPs) 54 f.
– erwachsene 57, 104 f., 183, 185, 206
– feindlich-destruktive 108
– hilflose 242
– Identifizierung 182
– jüngere 134, 158
– – Modellvorstellungen 61
– Kampf-Verteidigungs-System 62
– kindlich-abhängige 183
– kindlich-anklammernde 108
– kindliche 57 f., 62, 181, 199, 206, 277
– kindlich-verzweifelte 213
– Konfliktbearbeitung 200
– kooperativer Dialog 182
– Lebensaltersstufe 57
– Modi 182
– Power-Anteile 59
– reife, reflektierende 105
– Ressourcenarbeit 182
– schutzlose 242
– Sexualität 244
– therapeutische Arbeit 181
– Therapie 267
– Verständnis 182, 276
– Wahrnehmung, unterschiedliche 185
– wechselnd aktualisierte 52
– Widersprüche 182
Persönlichkeitsdissoziation, strukturelle 53, 61
Persönlichkeitsspaltung 53
Persönlichkeitsstörungen
– dimensionale Diagnostik 66
– traumabedingte 68, 132
Persönlichkeitszustände
– aktualisierte 108
– Borderline-typische 56
– innere 27
– maladaptive 59
– sich rasch ändernde 48
– wechselnde 56
Perspektivenübernahme 266
Pflegeinterventionen 259, 280, 295
Pflegeteam 280
– Arbeitsteil, nichtfunktioneller 297
– Belastungen 296
– Entwicklung von Entscheidungsspielräumen 298
– Interventionen 295
– parteiliche Abstinenz 306
– psychosomatischer Bereich, stationärer 296
– Rolle 295
– Schwachstellen, akute 297
Pflichttermine, nicht wahrnehmen, ärztliche Verwarnung 298
Pharmakotherapie 141
phasenorientiertes Therapiekonzept 127
Physiotherapie 276
physische Gewalt 16
Piercings 310
Pipamperon 141 f.
– Schlafstörungen 219
Posttraumatische Belastungsstörung 69, 78, 81 f., 121, 215 f.
– Ablenkung oder Sport 216
– Bildschirmtechnik 216

– chronische 19
– Containertechnik 216
– dissoziative Störungen 216
– Distanzierungstechniken, imaginative 216
– Hippocampusvolumina 17
– Klopftechniken 216
– Komorbidität 19
– Substanzmissbrauch 221 f.
– Suizidalität 139, 215
– bei Therapeutinnen 121
– Traumabearbeitung 188, 216
– traumatische Erinnerungen 196
präfrontale Funktionen, präverbale Periode 201
problematisches Verhalten, stationäres Setting 276
Problemlösungen
– gefundene 135
– konstruktive 79
Projektionen 25, 40, 203
– belastende 128
– EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 204
projektive Identifizierung 38, 40, 110, 117, 203 f.
– Hilflosigkeit 111
– interaktioneller Anteil 38
– Interaktionen des Alltagslebens 110
– therapeutische Beziehung 110
– Therapiebeendigung 207
projektive Mechanismen 38
Promiskuität 220
prozedural Unbewusstes 27
prozedurales Wissen 26
Pseudohalluzinationen 70
– dissoziative 218
Pseudoidentität, negative 101
Pseudonähe, Sexualität 243
Psychoanalytisch-Interaktionelle Psychotherapie 80 f.
Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) 80, 82
psychodynamische Grundorientierung 77
psychodynamische Störungs- und Therapiemodelle 83
psychodynamisches Behandlungskonzept, ressourcenorientiertes 78, 295
psychodynamisches Verständnis 113
Psychoedukation 131, 299
– familienorientierte Interventionen 227
– Ich-Funktionsdefizite 167
– Internalisierungsprozesse 266
– Schlafstörungen 219
– Traumafolgestörungen 260
Psychohygiene 121
psychosenahe Symptome 70
Psychotherapie 132
– stationäre s. stationäre Psychotherapie
– Traumafolgestörungen 275
psychotische Dekompensation, Selbsterleben 52
psychotische Symptome 70

Q

Qigong 276
Quetiapin 141 f.
– Schlafstörungen 219

R

rapid cycling, bipolare Störungen 71
Ratlosigkeitsgefühl, familienorientierte Interventionen 227
Raum für Affekte in der Teamsitzung 286
Reaktionsbildung 39
– des Therapeuten 118
Reaktionsweisen, alternative 161
Realitätsprüfung 29
– im engeren Sinne 29
– Störungen 186
Realitätswahrnehmung, verzerrte 37, 40, 118
Rechtshirnschwäche 25
Reflexionsfähigkeit, erwachsene 251
Reinszenierungen, traumatische 200 f.
Repräsentanzen, ausgebildete/differenzierte 60

Repräsentanzenwelt, innere
– instabile 40
– verzerrte 40, 232
Ressourcen 79 f.
Ressourcenaktivierung 78
– Bedürfnisse, eigene 174
– depressive Störungen 214
– dissoziative Störungen 217
– EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 86
– Essstörungen 220
– familienorientierte Interventionen 226
– Hypnotherapie 264
– Ich-Funktionsdefizite 169
– Kunsttherapie 281
– Pendeltechniken 195
– stationäre Psychotherapie 263
– Traumabearbeitung 191, 195
– Zurückweisung 264
Ressourcenarbeit, Arbeitsblätter 299
Ressourcenbasierte Psychodynamische Gruppentherapie 248
– achtsam beobachtende Haltung 250
– behandlungstechnische Details 249
– Blitzlicht-Runde 249
– Gegenübertragung 252
– Geschlechterverhältnis 254
– Gruppen 253 f.
– Gruppenleitung 254
– Gruppenprozess anhalten 252
– Hilfestellungen und Tipps 251
– Ich-strukturelle Störungen 248
– Indikation 248
– interaktiver Austausch 250
– Kontraindikationen 249
– Langzeitgruppen 254
– Lebensthemen, aktuelle 248
– Mentalisierungsfähigkeit 251
– mentalisierungsfördernde Fragen 251
– Respekt und Toleranz 250
– Rückmeldungen, kritische 250
– Schweigen, längeres 249
– Settingfragen 253
– Therapiephase 253
– traumatische Erlebnisse, Details 250
– Übertragung 252
– Wirkungen 250
Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) 77, 80, 132
– Anwendungsschwerpunkt 83
– Beobachtungsbogen 100
– Einschränkungen 83
– Hausaufgaben 100
– Patientenmitwirkung 100
– Phasenmodell 83, 85
– stationäre 259
– Verständnis 83
Ressourcenbild 153
– malen 148
– Pendeltechniken 174
– Traumabearbeitung 195
ressourcenorientierte therapeutische Grundhaltung 101, 175
Ressourcenorientierung 98
– konsequente 103
Ressourcenvision 105
Retraumatisierung 190
Retterposition, Gegenübertragung 108
Retterübertragung 97, 262
– idealisierende 92, 127
– Partnerschaft 233
Reviktimisierung 61, 205
– Sexualität 242
– Traumaopfer 132
Risikoverhalten 41, 133
– Impulsivität 32
– Sexualität 241
RPT s. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie

S

sadistische Impulse 117
Salutogenese-Modell nach Antonovsky 297
Scham 97
– tiefe 206
Schamgefühle 8, 99, 132, 150, 168, 183, 203
– irrationale 131

Schematherapie 53, 80
Schizophrenie 70
Schlafbedürfnis, vermindertes 71
Schlafstörungen 142, 219
– Muskelrelaxation, progressive nach Jacobson 219
– Pharmakotherapie 141, 219
– Psychoedukation 219
– Übung des sicheren Ortes 219
Schmerzerfahrungen, innere, intensive 9
schmerzhafte Inkohärenz 51
Schmetterlingsumarmung s. Butterfly Hug
Schnittverletzungen 306
schriftliche Vereinbarungen 309
Schuldgefühle 99, 132, 150, 299
– depressive Störungen 214
– Entlastung 266 f.
– irrationale 131
Schuldzuweisungen 228
Schutzraum Station 309
Schwarz-Weiß-Malerei 25
Selbst
– Anteile, negative 60
– Definition, Abhängigkeit von aktuellen Außeneinflüssen 50
– kohärentes, Auflösung 9
– wahres 50
Selbstakzeptanz 157 f.
Selbstannahme, Verbesserung 266
Selbstberuhigung 157
– dissoziative Störungen 218
Selbstbestimmungsgefühl, Suizidalität 140
Selbstbild 132
– Minderwertigkeit/Schwäche 40
– negatives 155, 178
– überhöhtes 40
Selbstentwertung 159, 266, 305
– Sicherheitsstrategien 160
Selbsterleben, psychotische Dekompensation 52
Selbstfürsorge 54, 84, 137, 154 ff., 173, 262, 274
– Erlaubnis 156
– Förderung 155
– imaginative Helferfiguren 156
– Intensivierung, stationäre Psychotherapie 267
– nicht akzeptierte 156
– Paartherapie 240
– Selbstsuggestion 155
– Sexualität 242
– der Therapeuten 107, 121
– Umsetzung 156
– Unfähigkeit 155
– Widerstände 155
Selbstgefährdung 3
Selbstgefühl 301
Selbstgrenzenverlust 7
Selbsthass 10, 44 f., 150, 159 f.
Selbsthilfe, Interventionen 100
Selbstidealisierung, Werte, positive bzw. ablehnenswerte 274
Selbstkognitionen, negative, generalisierte 61
Selbstkonzept, künftiges, positives 148
Selbstkritik, vernichtende 61
Selbstmotivation, Fähigkeit 180
Selbst-Objekt-Differenzierung 25, 29, 185
Selbst-Objekt-Einheiten
– entwertete/dämonisierte 40
– Ich-Zustände 40
– idealisierte 40
Selbst-Objekt-Grenzen, Auflösung, Sexualität, Vermeidung 243
Selbstpflegeblatt 299
Selbstregulation 274
Selbstschädigungen 8, 43, 45, 127, 133, 136, 166, 203
– aggressiv-vorwurfsvolles Fordern 137
– arrogant-forderndes Verhalten 137
– Aufmerksamkeit, erzwungene 137
– Belohnungswert 43
– Essstörungen 220
– intransparentes und manipulatives Verhalten 137
– Klarifikationen 137
– Konfrontation 136 f.
– kontrollierendes Verhalten 137
– Schutz 94
– stationäre Psychotherapie 261

Selbstschädigungen
– Therapieentscheidung, klare 136
– Überzeugungen, negative 155
– zwanghaftes Sorgen für andere 137
Selbstsicht, negative 232
Selbstsuggestion, Selbstfürsorge 155
Selbstüberzeugungen, negative, Auflösung 158
Selbstverletzungen 3 f., 41, 43 f., 138 f., 305 f.
– Alternativen 138
– Ambivalenz 139
– Beziehungszwischenraum 306
– dissoziative Zustände beenden 44
– Empathie 138
– endogene Opiatreaktion 44
– Entscheidung dagegen 138
– Handlungsverantwortung 306
– Hilferuf 44
– Hinzuziehen Dritter 306
– Kontrollgefühl 44
– Misshandlung, frühere, Reinszenierung 45
– Regulationsstrategie 44
– Selbstregulation 305
– stationäre Psychotherapie 261
– Substanzmissbrauch 221
– Suizidalität 139
– Therapieverträge 138
– Umgang 138, 305
Selbstverständnis und Fremdverständnis, Diskrepanz 176
Selbstverurteilung 155
– innere Normenwelt 61
Selbstwahrnehmung 152
– affektive, Förderung 262
– Änderungen 67
– ganzheitliche 266
Selbstwertgefühl 105, 132, 154, 168, 203
– Abhängigkeit 157
– Bedrohung/Problematik 6, 8
– Förderung 84
– niedriges 61, 154
– Stabilisierung 145
– Stärkung 154
Selbstwertregulation 199
Selbstwertstärkung 157
Selbstwirksamkeitsgefühl, fehlendes 67
Selbstzustände
– Aktivierung 57
– dissoziative 55
– Identitätsstörung 52
Serotoninstoffwechselstörung 18, 28, 33
Serotoninwiederaufnahme-Hemmer, selektive (SSRI) 142
Settingsgrenzen, Ärger 112
Sexualerfahrungen, missbräuchliche 244
Sexualisierung, globale 53
Sexualität 241–244
– Ängste 243
– Arbeit mit dem inneren Kind 244
– Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen 244
– Emotionsregulation 242 f.
– bei Frauen 242
– Funktionalisierung 243
– polymorph-perverse 244
– Pseudonähe 243
– reife 242
– Selbstfürsorge 242
– Substitut für Beziehung 243
– Traumatisierungen 244
– Umgang, normativer 244
– Vermeidung 243
Sexualitätsstörungen 241 f.
Sexualverhalten, risikoreiches 241
sexuelle Aktivität 241
sexuelle Erfahrungen 241
sexuelle Funktionsstörungen 241
sexuelle Gewalt 16
sexuelle Übergriffe, Traumaopfer 242
sexuelles System 21
sicherer Ort, Übung 85, 122, 130
– Schlafstörungen 219
Sicherheit
– äußere 93, 127
– reale, Einschränkungen 261
Sicherheitserleben 260
Sicherheitsgefühl 128
– Vermittlung 93
Sichtweisen, eingeschränkte 298

Skills-Training 299
somatische Behandlung 261
somatoforme Störungen 41, 213
Sonderbedingungen, therapeutisch, einräumen 116
soziale Informationsverarbeitung, dysfunktionale 30
soziale Kompetenz 27
soziale Realität, Anforderungen 181
soziale Rollen 50
soziale Sicherheit 93
soziale Wahrnehmung, Bedrohungserleben, verstärktes 5
soziales Netzwerk, Ausweitung 134
Sozialisation, beziehungstraumatische 114
Spaltung 28, 39
– therapeutische 201
Spaltungsabwehr 39
Spaltungsübertragung 130
Spannungen 10
– diffuse 262
– innere, Frühanzeichen 264, 299
Spannungsregulation, basale 263
Spiegelneuronen 38
spirituelle Erfahrungen 147
sprachliche Ausdrucksweise, Störungen 33
SSRI (selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer) 142
Stabilisierungsgruppe, edukative 275
Stabilität halten lernen 299
Stärkegefühl, Selbstverletzung 44
Station als Schutzraum 309
stationäre Psychotherapie 259
– Ablauf 260
– Absprachefähigkeit 261
– Affektregulation 264
– Akzente, spezifische 259
– Arbeitsbeziehungen, Aufbau 261
– Bedarfsmedikation 264
– Behandlungsdauer 260
– Behandlungsteams, berufsgruppenübergreifende 259
– Coaching-Haltung des Behandlungsteams 261
– dissoziative Symptome 265
– Impulssteuerung 264
– Indikation 259
– interaktionelle Fertigkeiten, Erweiterung 265
– Kontakterfahrungen, positive 267
– Patientengemeinschaft 259
– Rahmenvereinbarungen 261
– Ressourcenaktivierung 263
– Selbstfürsorge, Intensivierung 267
– Selbstverletzungsimpulse 261
– somatische Behandlung 261
– Spannungen, diffuse 262
– Täter- und Retterübertragungen, Abstand 262
– Teamkonferenzen 259
– Teilsettings 260
– Transfer in den Alltag, Vorbereitung 270
– traumatische Erfahrungen, Bearbeitung und Integration 269
– Zielvereinbarung 262
– Zimmerkonflikte 266
stationäres Setting 274
– Akzeptanz unserer Fähigkeiten 287
– Ausgangszeiten 283
– Austausch über Grenzen 286
– Begrenzungen der Realität akzeptieren 292
– Beziehungskontexte 278
– Bezugspflegesystem 275
– Eigenständigkeit, Bedeutung 289
– Grenzen setzen 291
– Großgruppe 283
– Gruppen
– – neue 282
– – selbstgeleitete 284
– Haltung
– – nach außen 289
– – nach innen 285
– – wertschätzende 288
– Herausforderungen 301
– interaktionelle Szenen 275
– Konzepte, hilfreiche 276
– Leistung im Idealfall 293
– Perspektiven, wichtige 286

stationäres Setting
– problematisches Verhalten 276
– Probleme 274
– psychotherapeutisches Behandlungsangebot 275
– Raum für Affekte 285
– reflektieren, was wir gerade tun 288
– Respekt vor dem Leid 290
– Rhein-Klinik Bad Honnef 275
– stationsübergreifende Angebote 276
– Supervision 289
– Transfergruppe 276
– Umgang mit der Erkrankungsschwere 303
– Vernetzungen 284
– Visite 282
– Zimmerbelegung 302
stationäres Team als Ganzes 283
Stigmatisierung, Diagnose 66
Stimmenhören 69
Stimmungsaufhellung, selbstschädigendes Verhalten 43
Stimmungslage, Wechsel, häufiger 132
Stimmungsregulation, Hippocampus 146
Stimmungsstabilisatoren 141
Stimuli, attraktive/aversive 54
störungshomogene Gruppen 253
Stressabsorptionstechnik 171 f., 192
– Ich-Funktionsdefizite 169
Stressbelastung
– aktuelle 203
– traumatische Erinnerungen 189
– traumatische, Reduktion 83
stressinduzierte neuroplastische Veränderungen 19
Stressphysiologie 18 f.
Stresstoleranz 299
Strukturbezogene Psychotherapie 80 f., 84
– Ich-Funktionsdefizite 166
strukturelle Dissoziation 55
strukturelle Störung 25
Strukturmodell, Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) 83
Strukturverlust 37
subjektives Erleben, empathische Erfassung 145
Substanzabhängigkeit, massive 222
Substanzgebrauch, schädlicher 222
Substanzmissbrauch 32, 41, 43, 69, 133, 213
– Konsumverhalten 221
– Laborkontrollen 222
– Misstrauen, fürsorgliches 222
– Posttraumatische Belastungsstörung 221 f.
– ressourcenbasiertes Therapiekonzept 221
– Selbstmedikation 221
– Substitut 221
– Suizidalität 139, 220 f.
– Therapievereinbarungen 222
Suizidalität 3 f., 32, 139 ff.
– Abwehrmechanismen 139
– akute 127
– Andeutungen, unklare 112, 115
– Angehörige, Miteinbeziehung 141
– Anpassungsleistungen 140
– chronische 140, 307
– – Schamgefühle 8
– Distanzierungsübungen 307
– manipulativer Einsatz 139
– Posttraumatische Belastungsstörung 215
– Prädiktoren 139
– Schutz 94
– Substanzmissbrauch 220 f.
– Umgang 119, 305, 307
– Verpflichtung eine Klinik aufzusuchen 140
Suizidäußerungen 139
Suiziddrohungen 137, 140
Suizidgedanken 139 f.
Supervision, stationäres Setting 289
symptomatische Instabilität, stationäre Psychotherapie 259
Systembesserung, aufrechterhalten 299

T

Tanztherapie 260
Täterposition, Gegenübertragung 109
Täterprojektionen 282

Täterübertragung 97, 127, 262
– dämonisierende 92
– Partnerschaft 233
Tätowierungen 310
Teamsitzung, Raum für Affekte 286
Teilobjektrepräsentanzen 53
Teilselbstrepräsentanzen 53
Telefonkontakte 134
Theorie
– der Ego-States 53
– der Ich-Kerne 52
– der Ich-Zustände 52
– der neuronalen Netzwerke 79
– der strukturellen Dissoziation 53, 55, 61
Therapeut(in)
– Abwesenheiten 130
– Aggression gegen die eigene Person 119
– distanzierte/rigide 115
– Gefühle, feindselige 117
– Hass 117
– Sprache, sachlich-beruhigende 128
– Wunsch, von den Patientinnen geliebt zu werden 117
– zweite, Präsenz 130
therapeutische Abstinenz 296
therapeutische Beziehung 77, 92 ff., 98 f., 278
– Auftragsklärung, präzise 103
– Begrenzung, reale 99
– Bruch 98
– empathisches Scheitern 99
– Gestaltung 31
– Interventionen, klare, eindeutige 94
– Kommunikation 93
– projektive Identifizierung 110
– Reparatur 99
– Respekt 105
– Rücksichtnahme, übermäßige 99
– Sicherheit 127
– Triggermomente 99
therapeutische Haltung 27
– ressourcenorientierte 175
therapeutische Reaktion, negative 103
therapeutische Situation
– Artefakte, Übertragung 97
– Kontrolle 131
therapeutische Techniken, Integration 85
Therapie
– affektdifferenzierende 150
– Angehörigeninformation 133
– Begrenzung, zeitliche 134
– Dauer 208
– Einverständnis der Patienten 131
– Ende 207
– Grenzsetzungen 133
– Intervalle, gestreckte 208
– Mitspracherecht, gleichwertiges 133
– Nacharbeiten 209
– nicht mögliche 134
– Transparenz 131
– Wahlmöglichkeiten 131
– Ziele 206
Therapieabbruch 93, 288
Therapiemotivation 101
Therapievereinbarung 310
Therapievertrag, Selbstverletzungen 138
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 83
– Richtlinientherapie 208
– Sitzungen 209
Topiramat 141 f.
Transaktionsanalyse, Persönlichkeitsstörung 53
Transfergruppe 276, 282
Trauer ermöglichen 206
Traumabearbeitung 188
– Aufmerksamkeit, bifokale 189
– Bedeutung 189
– Chancen 192
– CIPOS-Technik (Constant Installation of Present Orientation and Safety) 196
– Containertechnik 196
– Distanzierungstechniken, imaginative 191, 194
– EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 191 f., 195 ff.
– Herausforderungen 192
– Hindernisse 269

Traumabearbeitung
– Komplexe Traumafolgestörungen 188
– Kontraindikation 269
– Modifikation bei Borderline-Patienten 195
– Pendeltechniken 196
– Planung 195
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
– Ressourcenaktivierung 191, 195
– Ressourcenbild 195
– Rückmeldungen 191
– schonende 84, 269
– therapeutisches Vorgehen, umsichtiges 194
Traumaerfahrungen, Verhaltensinszenierungen 201
Traumafolgestörungen 81, 83, 295
– Klopftechniken 129
– komplexe 20, 82 f.
– – Traumabearbeitung 188
– Psychoedukation 260
– Psychotherapie 275
Traumaintegration 269
Traumamodell, Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) 83
Traumanetzwerke 192 f.
Traumaopfer
– Reviktimisierungstendenz 132
– sexuelle Übergriffe 242
Traumastation, psychosomatische 305
traumatherapeutisches Verständnis 78
Traumatherapie, imaginative Techniken 85
traumatische Erinnerungen 189 f.
– aktualisierte 6
– nicht verarbeitete 19
– Posttraumatische Belastungsstörung 196
traumatische Reinszenierungen 16
traumatische Situation, Kontrast, maximaler 127
Traumatisierungen 15
– Alltagsstimuli 17
– Aussetzung, erneute 204
– Bearbeitung 260, 269
– Ebenen 192
– frühere 81
– Gruppenpsychotherapie 190
– komplexe 55, 67
– durch physische, sexuelle und emotionale Gewalt 16
– präverbale 201
– Reinszenierungen 200
– sekundäre 121
– Sexualität 244
– sprechen darüber 190
– Überstimulation 190
– unbewusste 199
Traumawiederholung 205
– Sexualität 242
Traumazentrierte Fachbegleitung und -betreuung, Weiterbildung 299
Traurigkeit 150
Trennungen 150
Tresortechnik 129
– Bedrohungsgefühl 161
– Posttraumatische Belastungsstörung 216
Triggersituation 115

U

Übererregung, chronische 132
Übergangsobjekte 174
– Abwesenheit der Therapeutin 130
Über-Ich, Kampf gegen bestrafende und quälende Seiten 41
Überidentifikation
– Gegenübertragung 108
– vorübergehende 50
Überkreuzübungen 129
Überstimulation, Traumatisierungen 190
Übertragung 77, 128, 201, 296
– Als-ob-Charakter 201
– Aufspaltung 130
– blockierende Einflüsse 100
– Gruppensychotherapie 247
– idealisierende 98
– negative 97
– – Auslöser 262

– des ohnmächtigen Opfers 92
– potenzielle 93
– ressourcenbasierte psychodynamische Gruppentherapie 252
– therapeutische Situation, Artefakte 97
Übertragungsanalyse, Reinszenierungen, traumatische 201
Übertragungsangst 201
Übertragungsbeziehung, Kindheitstraumatisierungen 203
Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) 80 f.
Übertragungs-Gegenübertragungs-Verstrickungen 110
– Verhaltensinszenierungen 202
Übertragungshass 97
Übertragungsreaktionen 283
Übertragungsverzerrungen, grobe 97
Übertragungswiderstände 201
Überzeugungen
– bewusste, negative 197
– inkonsistente 51
– Modifikation 155
– negative 155, 157
– positive 156 f.
– selbstbezogene 62, 156
Übung
– innerer Helfer 162
– des sicheren Ortes 130
Umgebungswerte, Überidentifikation 50
Unbewusstes 27, 78
Unreife 104
unreife Persönlichkeiten 26
Unsicherheit, Selbstverletzungen 305
Unterwerfung, totale 42, 62
Unverstandenseins-Gefühl 229
Unzulänglichkeit, eigene 178

V

Valproinsäure 141
Verallgemeinerungen, Verzicht 229
Veränderungsangst 101 f.
Veränderungsgründe ansprechen 102
Verantwortung, familienorientierte Interventionen 230
Verbote
– internalisierte 263
– verinnerlichte 27, 32, 169
Verdrängung 39
Vereinbarungen, schriftliche 309
Vereinnahmungsängste 7, 104
Verführung 159
Vergeben 207
Verhaltensmuster
– aggressives 58
– destruktives 58
– dysfunktionales 37
– kindliches 62, 276
– Lebensaltersstufen 57
– maladaptives 84
– schädliches, Ansprechen durch die Angehörigen 228
– unreifes 49
– Wirkung auf andere 228
Verhaltensinszenierungen
– bindungstraumatische 202
– Deutungshypothesen 202
– Ich-Funktionsdefizite 166
– Traumaerfahrungen 201
– unbewusste 41, 201
– Verständnis 202
Verhaltensregulation, unbewusste, konflikthafte 199
verinnerlichte Verbote 27
– Mentalisierungsfähigkeit 32
Verlassenheitsängste 34, 185
– Abwehr 184
– Paartherapie 240
– Partnerschaft 233
Verlassenheitsdepression 179
Verlassenheitsgefühle 4, 93, 207
– kindliche 150
– stationäres Umfeld, Abschied 270
– verzeifelte 7
Verlassenwerden 5, 7
verletzlicher Punkt 98
Verletzlichkeitszirkel, Paarbeziehungen 237

Verleugnung 118, 184, 206
– emotionale 183
– der Widersprüche 62
Vernachlässigung 15
– emotionale 193
Vernachlässigungserfahrungen 54
Versagensgefühle 203
Verschiebung 39
Versicherungen, wiederholte 114
Versorgungsbeziehungen, Störung, Hinzuziehen Dritter 306
Versorgungswünsche
– kindliche, Partnerschaft 234
– regressive 134
Vertrauen 295
Vertrauenswürdigkeit, unzureichende 205
Verurteilungen, Verzicht 229
Verwirrung, Identitätsstörung 51
Visite, stationäre 282
visomotorische Fähigkeiten 28
Vorstellungen
– ressourcenaktivierende 135
– von sich selbst und anderen Menschen 49
Vorwürfe
– Bedürfnisse 173
– Paartherapie 238

W

Wahrnehmung
– achtsame 151 f.
– Gültigkeit 145
– Körpererleben/-zustände 152
Wertlosigkeitsgefühl 38
Wertschätzung 205
Widersprüche, Verleugnung 62
Widerstandsphänomene 77, 97
– bearbeitungsbedürftige 159
Wiedergutmachung 102
window of tolerance 190
Wochenplan 298
Wünsche und Bedürfnisse, Unterscheidung 114
Wut 5, 7, 41, 97, 112
– Abwehr durch Müdigkeit 112
– Abwehrmechanismen 153
– Gegenübertragung 117
– Gesichtsausdruck 145
– hilflose 41, 115
– – des Therapeuten 112
– ohnmächtige 8, 112, 150
– – Umgang 153
– rasende 20
– stationäres Setting 291
– unangemessene, Pharmakotherapie 141

Z

Zolpidem 142
– Schlafstörungen 219
Zopiclon 142
– Schlafstörungen 219
Zugehörigkeitsgefühl 298
Zukunftsvisionen, positive 148
Zuneigung, trügerische 159
Zurückweisung
– Angst 104
– Trennungen 150
Zuversicht, fehlende 102
Zwangsstörungen 213
zwischenmenschliche Beziehungen, Instabilität 20