

## SEMINARARBEIT

„Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine aktuelle psychiatrische  
Erkrankung und dialektisch-behaviorale Therapie als neues  
Behandlungskonzept, dargestellt am Beispiel des Klinikums Nord  
der Stadt Nürnberg“

## Inhaltsverzeichnis

1.0 Einleitung	4
2.0 Aktualität des Borderline-Phänomens	4
3.0 Entstehung der Borderline- Gruppe im Klinikum Nord	5
4.0 Borderline-Begriff und seine diagnostischen Kriterien nach DSM-IV	5
5.0 Erklärungsmodelle zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	7
5.1 Das psychoanalytische Erklärungsmodell von O. Kernberg, 1975	8
5.1.1 Verdrängungsmangel als eine der Ursachen für BPS und seine Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten	8
5.1.2 Störungen in der Entwicklung der Objektbeziehung als eine weitere Ursache für die Entstehung der BPS und ihre Auswirkungen auf das Verhalten	9
5.2 Die biosoziale Theorie: eine dialektische Theorie der Entwicklung der BPS von M.Linehan	11
5.2.1 Biologische Faktoren als Ursache für die Entwicklung der BPS	12
5.2.2 Soziale Faktoren, die die Entstehung der BPS begünstigen	12
5.2.3 Deutung der typischen Verhaltensweisen eines Borderline-Patienten	15
6.0 Kurzer Vergleich der beiden Erklärungsmodelle	17
7.0 Diagnostik	18
8.0 Therapie	18
8.1 Überblick über das dialektisch-behaviorale Behandlungskonzept	19
8.2 Die Übertragung des Konzeptes auf die stationäre Therapie	20
8.2.1 Orientierungsphase	21
8.2.2 Kerntherapiephase	25
8.2.3 Phase der Außenorientierung	26
9.0 Schlußbemerkung	26
10. Anhang	29
10.1 Literaturverzeichnis	29
10.2 Erklärung	30
10.3 Anmerkungen	31

## Vorwort

Als ich das erste Mal den Begriff Borderline hörte, war ich im Rahmen meiner Ausbildung in der Tagesstätte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni - Kliniken Frankfurt eingesetzt. Viele haben darüber gesprochen, auch über das neue Behandlungskonzept von Marsha Linehan, und schon damals hat mich dieses Thema besonders interessiert. Nur auf meine Fragen kamen damals sehr allgemeine Antworten, meistens wurde nur gesagt, daß die Borderline- Persönlichkeitsstörung ein sehr komplexes Krankheitsbild ist und ihre Verständnis einer intensiven Beschäftigung bedarf. Das kann ich heute bestätigen.

In dieser Arbeit habe ich versucht, die Borderline-Problematik aus der Sicht der zwei sehr unterschiedlichen Theorien darzustellen und Vergleiche zwischen den beiden Ansätzen zu ziehen, um vor allem zu zeigen, wie vielfältig die Äthiologie für eine und die selbe psychische Erkrankung sein kann. Dabei bin ich etwas ausführlicher auf das neue Konzept von Marsha Linehan eingegangen.

Während der ganzen Zeit wurde ich vom Team des Borderline- Projekts (Klinikum Nord, Station 30A1) unterstützt. Ein besonderes Dankeschön für die Bereitstellung der Bücher und Skripten sowie für die Unterstützung möchte ich an Oberarzt Dr. Jahn, Oberarzt Dr. Steinhauer, Psychologin Fr. Sorger und A. Leykam Krankenschwester der Station 30A1 richten.

Diese Arbeit erhebt auf keinen Fall einen Anspruch auf die Vollständigkeit der hier dargestellten Sachverhalte, es wäre auch im begrenzten Rahmen dieser Arbeit absolut unmöglich. Ich habe lediglich versucht das Wichtigste einer Fülle von Literatur zu entnehmen und hier zusammenzufassen.

### 1.0 Einleitung:

In diesem Jahr ist die Stadt Nürnberg 950 Jahre alt geworden. Aus einem politisch-militärischen Stützpunkt, der auf Veranlassung Kaiser Heinrichs 3. um 1040 gegründet wurde, ist eine moderne Stadt geworden. Im Laufe der Jahre entwickelte sich Nürnberg zu einer Großstadt in der Tradition und Fortschritt eng miteinander verbunden sind und die zahlreiche Freizeits- und Versorgungsangebote bietet. Auch das Klinikum Nord, das im Jahre 1897 gebaut wurde, hat sich im Laufe des letzten Jahrhunderts zusammen mit der Stadt entwickelt und sein Angebot ständig den Anforderungen der Zeit angepaßt. So bietet das Klinikum Nord als einzige Klinik im weiten Umkreis die intensive Betreuung und die medizinische Versorgung einer ganz speziellen Patientengruppe an. Diese Gruppe galt bisher sowohl im menschlichen Umgang als auch in der medizinischen Therapie als durchaus problematisch, es sind Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden.

### 2.0 Aktualität des Borderline- Phänomens:

In den vergangenen Jahren ist das Interesse an der BPS sprunghaft gestiegen. Dieses Interesse basiert nach M.Linehan („Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie“, Vorwort, 1996), der Autorin des neuen Therapiekonzeptes für BPS, auf mindestens 2 Faktoren: Erstens überfluten Personen, die Kriterien für eine BPS erfüllen, Kliniken und Therapiepraxen. Man schätzt, daß 11% der ambulanten und 19% der stationär behandelten Patienten mit psychischen Störungen die Kriterien für eine BPS erfüllen; von den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (Veränderung der Persönlichkeit) scheinen 33% im ambulanten und 63% im stationären Setting die Borderline-Kriterien zu erfüllen. Zweitens scheinen die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten bemerkenswert unzureichend zu sein. Borderline-Patienten sind so zahlreich, daß statistisch fast jeder Praktiker im Laufe seiner Tätigkeit mit einem oder mehreren Fällen zu tun haben wird. In Deutschland wird die Zahl der Borderline-Patienten auf 2 bis 3% geschätzt. Zwei Drittel aller Betroffenen sind Frauen.

### 3.0 Entstehung der Borderline- Gruppe im Klinikum Nord:

(aus dem Interview am 12.07.2000 mit M. Karolat (Pfleger) und A. Leykam (Krankenschwester) auf der Station 30A1).

Die Idee einer Borderline- Gruppe kam von Fr. Dr. Susanne Pelzl, der damaligen Oberärztin der Station 30A1. Vor etwa 1,5 Jahren wurde auch das Pflegepersonal der Station 30A1 zum ersten Mal mit der Erkrankung konfrontiert, es fanden Fortbildungen statt, in denen das Pflegepersonal auf die Betreuung der Borderline-Patienten speziell geschult wurde. Heute wird eine Gruppe von 5-8 Frauen von 6 speziell geschulten Pflegekräften, 2 Ärzten und einer Psychologin betreut. Momentan gilt das Angebot nur für Frauen. Eine Mischung der Geschlechter würde zusätzliche Probleme mit sich bringen, da viele Borderline- Patientinnen den sexuellen Mißbrauch in ihrer Vorgeschichte haben. Die Patientinnen, die das Angebot des Klinikums Nord wahrnehmen, werden oft von den niedergelassenen Ärzten überwiesen, viele der Frauen waren schon auf der Station und kennen daher das therapeutische Angebot der Station 30A1.

Über die Aufnahme einer Patientin in den Borderline-Projekt entscheidet immer das ganze Team, dabei gibt es bestimmte Voraussetzungen, die Frauen erfüllen müssen, um in die Gruppe aufgenommen zu werden. Zum Beispiel ist die eindeutige Diagnose der BPS eine der wichtigsten Voraussetzungen. Von einer großen Bedeutung ist die Zustimmung der Patientin für das Behandlungskonzept (dialektisch-behaviorale Therapie nach M. Linehan). Am wichtigsten ist aber die Übereinstimmung der individuellen Ziele und Erwartungen der Patientin mit den Zielen und Möglichkeiten des Therapiekonzepts.

#### 4.0 Borderline - Begriff und seine diagnostischen Kriterien nach DSM-IV:

Die Diagnose „Borderline“ – „ Grenzfall“ also – war bis in die siebziger Jahre hinein ein in der Psychiatrie zwar nicht unbekannter aber doch eher sporadisch verwendeter Begriff zur Benennung von nicht faßbaren psychischen Krankheitsbildern in der Randzone zu Psychose („psychiatrische Erkrankungen, bei denen Symptomatik in Form von Gedächtnisstörungen, Denkzerfahrenheit, Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen vorliegt“, Psychiatrie systematisch, 3.Auflage). Man hatte damals die Vorstellung, daß sich Psychopathologie auf einem Kontinuum von „normal“ über „neurotisch“ ( s. Neurose) zu „psychotisch“ bewegt. Für mehrere Theoretiker stehen Borderline-Patienten auf der Grenze zwischen Neurose („im psychodynamischen

Sinne eine unbewußte psychische Fehlentwicklung, bei der ein Konflikt zwischen Es und Über-Ich besteht“, Psychiatrie systematisch, 3.Auflage) und Psychose (Kernberg,1975). In den 70-ern und am Anfang der 80-er Jahre gewann der Begriff dann jedoch allmählich klare Konturen, vor allem durch Untersuchungen von O.Kernberg 1975-1976, Grinker et al. 1977, Stone 1980. In 1979 gelang es Spitzer und Endicott in einer groß angelegten Studie unter mehr als 800 von Psychiatern in den USA als Borderline-Fälle diagnostizierten Patienten zwei diagnostische Untergruppen herauszukristallisieren, die sie zunächst mit der Bezeichnung „Schizotypische Persönlichkeitsstörung“ und „instabile Persönlichkeitsstörung“ bezeichneten. Die „instabile Persönlichkeitsstörung“ wurde später zu „Borderline-Persönlichkeitsstörung“, die 1980 in das DSM-III (Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders der American Psychiatric Association) aufgenommen wurde. „Borderline“ wurde somit erstmals zu einer offiziellen psychiatrischen Diagnose. (Ch. Rohde-Dachser, aus „Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie“1986, S.135 f.)

Heute werden die diagnostischen Kriterien für die BPS im DSM-IV wie folgend angegeben:

- Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im früheren Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- 1.Verzweifelttes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern (außer Suizid (alle Verhaltensweisen, die eine absichtliche Selbsttötung beabsichtigen) oder Selbstverstümmelung (z.B. Ritzen, Schneiden ), wird im Kriterium 5 erfaßt).
- 2.Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet
- 3.Identitysstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst ( Gefühl nicht zu existieren oder das Böse zu verkörpern)
- 4.Impulsivität in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmißbrauch, Freßanfälle, rücksichtsloses Fahren).

- 5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.
- 6. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, üblicherweise wenige Stunden und nur selten länger als einige Tage andauernd)
- 7. Chronisches Gefühl der Leere
- 8. Übermäßige starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, häufige Prügeleien).
- 9. Vorübergehende, streßabhängige paranoide (wahnhaft) Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (Dissoziation = Aufspaltung; Bewusstseinsengung in Verbindung mit Depersonalisation und Derealisation).

Das ICD-10 übernahm weitgehend die Sichtweise des DSM-IV. Im ICD-10 findet man die BPS unter dem Begriff „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (s. Anhang).

#### 5.0 Erklärungsmodelle zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Zu der Entstehung der BPS gibt es verschiedene Theorien, da aber alle maßgeblichen Impulse zu Formulierung des Borderline-Konzeptes von der Psychoanalyse ( die wichtigsten Annahmen sind im Anhang zu finden) ausgingen, was in der deutschen Psychiatrie-Geschichte keine Selbstverständlichkeit darstellt, ist die psychoanalytische Herangehensweise an den Begriff „Borderline“ auch die älteste (z.B. von O.Kernberg 1975).

Eine der neueren Theorien ist die dialektische Theorie von M.Linehan ( Annahmen sind im Anhang), die 1993 erstmals publiziert wurde. In dieser Arbeit möchte ich beide Erklärungsmodelle kurz darstellen, denn im Vergleich dieser beiden Modelle wird der Wandel, der sich auf diesem Gebiet vollzogen hat, am deutlichsten sichtbar.

#### 5.1 Das psychoanalytische Erklärungsmodell von O. Kernberg, 1975:

(Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie, 1986, S.135 f)

O. Kernberg hält eine spezifische Ich-Störung mit der Unfähigkeit zur Verdrängung und der Unfähigkeit zum Aufbau reifer, ambivalent erlebbarer Objektbeziehungen

für die Ursache der BPS. Dabei geht er vom Drei-Instanzen-Modell ( Ich/Es /Über-Ich) der Psychoanalyse und den innerhalb dieses Modells postulierten (triebbedingten) Konflikten aus. Im Zentrum der traditionellen psychoanalytischen Entwicklungspsychologie steht die Annahme, daß das gesunde heranwachsende Kind seine mit den Anforderungen von Über-Ich und/oder Außenwelt unvereinbaren Triebwünsche und die damit verbundenen Vorstellungen verdrängt. Das bedeutet, daß die verpönten Inhalte von einem intakten, funktionsfähigen Ich ins Unbewußte abgewiesen und dort durch eine Verschränkung von der Rückkehr ins Bewußtsein ferngehalten werden. Wird diese sonst stabile Verdrängungsschranke im späteren Leben brüchig, kann es zur Symptombildung kommen, die eine Befriedigung des verdrängten Triebwunsches ermöglichen, ohne, daß der Zusammenhang dem Patienten jedoch ins Bewußtsein tritt.

#### 5.1.1 Verdrängungsmangel als eine der Ursachen für BPS und seine Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten:

Bei einem Borderline-Patienten besteht ein primärer Mangel an Verdrängungsfähigkeit, so daß die zu verdrängende Inhalte vom Ich des Kindes nicht effektiv ins Unbewußte verdrängt werden können. Die Folge davon ist, daß die abzuwehrenden Inhalte bewußtseinsfähig bleiben und auf äußere oder innere Reize ins Bewußtsein des Patienten übertreten können. Somit steht das Ich des Borderline-Patienten vor dem Problem, wie es sich vor jederzeit möglichen Wahrnehmung der unerwünschten Inhalte schützt. Prinzipiell bedeutet das, daß Denkbare ( z.B. aggressive Gedanken) nicht gedacht und Wahrnehmbares ( z.B. die gegen das Kind gerichtete aggressive Handlung) nicht wahrgenommen werden darf. Deshalb neigen die Borderline-Patienten auch dazu, die Wahrnehmung und Denkfunktion im Konfliktbereich auszuschalten. Das gleiche gilt auch für die Realitätsprüfung, wenn ein Reiz eine Gefahr für das Ich darstellt, wird er nicht wahrgenommen. Die Realität wird nur noch zerstückelt gesehen, Zusammengehöriges wird aus dem Zusammenhang gerissen, d.h. „dissoziiert“ oder „gespalten“. Wenn sich so ein Wahrnehmungsausfall auch auf den Gefühlsbereich ausdehnt, kommt es zu Depersonalisationserlebnissen (das Gefühl jemand anders zu sein, außerhalb des eigenen Körpers zu sein), die oft mit der Verdrängung der Wahrnehmung des Körperschemas gekoppelt sind. In dem Fall kann der Patient z.B. bestimmte Gliedermaßen oder auch Genitalien als nicht zu sich gehörig erleben (was auch die

Selbstbeschädigungshandlungen provoziert und erleichtert), er kann z.B. bestimmte Körperteile in die Außenwelt projizieren und sie dort bekämpfen: schneiden oder ritzen ( projektive Verarbeitung ist nach Kernberg ein Indiz für mangelnde Fähigkeit zur Verdrängung).

Das für die Borderline-Patienten typische Abwehrmanöver der Spaltung bezweckt in ganz ähnlicher Weise eine Trennung zwischen Ich und Nicht-Ich. Die Dissoziation wird jedoch anders als bei Projektion innerhalb der Persönlichkeit wirksam. Es bestehen dann oft mehrere widersprüchliche Identitäten, die wechselnd ausgelebt werden, wobei der Patient zwischen solchen Episoden zwar eine rationale, aber keine emotionale Verbindung herstellen kann.

Die affektive Instabilität, Impulsivität, Identitätsstörung sowie das selbstschädigende Verhalten (ist oft mit einer Dissoziation verbunden: der aggressive Akt gilt in dem Moment einer, nicht zu dem Patienten gehörigen Person) lassen sich als Folge dieser Spaltung verstehen.

#### 5.1.2 Störung in der Entwicklung der Objektbeziehung als eine weitere Ursache für die Entstehung der BPS und ihre Auswirkungen auf das Verhalten:

Neben dem Mangel an Verdrängungsfähigkeit wird in der psychoanalytischer Literatur die Pathologie der Objektbeziehung als Ursache der BPS genannt.

Nach Kernberg läßt sich die Entwicklung der Objektbeziehungen den bestimmten Entwicklungsstufen ( zwischen 0 und 3.Lebensjahr) zuordnen, in denen das Kind allmählich lernt, sich als autonomes Individuum in einer Welt von einander getrennten Objekte zu begreifen. Die Störungen in diesem Entwicklungsprozeß können zu einer BPS im späteren Erwachsenenalter führen.

Lt. Kernberg kann das Neugeborene nicht zwischen Selbst und dem Objekt (Umwelt) unterscheiden. Es sieht sich und Objekte (Kind und die Umwelt sind eins) als eine positive Einheit und als eine negative Einheit. Beide Einheiten sind voneinander getrennt. Dabei ordnet das Kind seine Erfahrungen mit den Objekten primär nach Qualitäten „lustvoll“ oder „unlustvoll“ bzw. „gut“ oder „böse“. Die Spaltung beider „guter“ und „böser“ Einheiten ist also nach Kernberg der erste Versuch des Menschen, seine widersprüchlichen Erfahrungen mit der Umwelt zu ordnen (2-6 Lebensmonat). In einem nächsten Entwicklungsschritt (6-12 Lmo.) beginnt das Kind allmählich zwischen sich und der Umwelt zu unterscheiden (innerhalb der „guten“ Einheit trennt sich das „gute“ Selbst des Kindes von der

„guten“ Umwelt; innerhalb der „bösen“ Einheit läuft der gleich Prozeß ab). Die Spaltung zwischen „gut“ und „böse“ bleibt aber bestehen. Zwischen dem 18. und dem 36. Lebensmonat ist das kindliche Selbst vollständig von Objekten getrennt. Bei einer normalen Entwicklung gelingt dann am Ende des 3. Lebensjahres die Zusammenführung der „guten“ und der „bösen“ Teileinheiten in ein einigermaßen realistisches Selbstbild (mit „guten“ und „bösen“ Einheiten), dem ein ebenso realistisch wahrgenommenes Objekt (mit „guten“ und „bösen“ Teileinheiten) gegenübertritt („Angelpunkt der Entwicklung“, Blank und Blank 1979). Ab diesem Punkt (36. Lmo.) kann das Kind Objekte ambivalent erleben, d.h. das Kind weiß jetzt, daß ein Objekt sowohl „gut“ als auch „böse“ sein kann. Zu dem Zeitpunkt haben sich die Persönlichkeitsinstanzen vollständig ausgebildet ( Ich/Es/Über-Ich), so daß die Verdrängung möglich wird.

Borderline-Patienten durchlaufen die ersten Stufen der Entwicklung von Objektbeziehungen „normal“, die Wendung hin zum Pathologischen wird dort vollzogen, wo diese Entwicklung am „Angelpunkt der Entwicklung“ zum Stillstand kommt. Die Zusammenführung von „guten“ und „bösen“ Teileinheiten kann an diesem Punkt nicht vollzogen werden, weil die „böse“ Einheit mit soviel Aggressivität ausgestattet wird, daß das „gute“ ( für das Kind existenzhaltende) von der Wucht dieser Aggression ausgelöscht und vernichtet würde, träte es zusammen. Diese „Katastrophe“ wird mit der Aufrechterhaltung der Spaltung verhindert. Nach Kernberg ist Spaltung somit ein aktives Abwehrmechanismus, früh eingeübt, um das Erlebnis der Ambivalenz zu verhindern. Warum das „Böse“ mit soviel Aggressivität besetzt wird, erklärt Kernberg mit einer konstitutionell gesteigerten Aggression der Borderline-Persönlichkeiten, d.h. eine angeborene gesteigerte Aggressivität ist für die Unmöglichkeit der Zusammenführung der positiven und der negativen Teileinheiten verantwortlich.

Der Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Borderline-Persönlichkeiten ist somit die Folge der gestörten Entwicklung der Objektbeziehungen. Das „Gute“ und das „Böse“ können nicht gleichzeitig in einer Person vereint sein, sie ist entweder nur „weiß“ oder „schwarz“.

Wenn es zutrifft, daß im Zentrum der BPS neben der Unfähigkeit zu Verdrängung vor allem die Angst vor der Integration der gespaltenen positiven und negativen Selbst- und Objektbilder steht, dann müßte das Ziel der psychotherapeutischen

Behandlung (auf die es hier nicht näher eingegangen wird) darin bestehen, Borderline-Patienten das Erlebnis der Ambivalenz zu ermöglichen, um sie in die letzte Stufe der Entwicklung der Objektbeziehungen zu überführen.

## 5.2 Die biosoziale Theorie: eine dialektische Theorie der Entwicklung der BPS von M.Linehan: („Dialiktisch - Behaviorale Therapie“, 1996, S.32 f.)

Das neuere Erklärungsmodell für BPS von M.Linehan basiert auf einer biosozialen Theorie und wird durch eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen unterstützt. Es wird die Rolle einer wechselseitigen Interaktion biologischer und sozialer Lerneinflüsse für die Ätiologie der Störung betont. M.Linehan hat den Begriff „Borderline“ zwar nicht neu definiert, aber eine Reihe von Verhaltensmustern zusammengestellt, die von BPS-Patienten oft erfüllt werden und die im wesentlichen mit den DSM-IV-Kriterien übereinstimmen ( sind im Anhang zu finden).

Die wichtigste Prämisse in dem Erklärungsmodell von M.Linehan ist die, daß die BPS vor allem eine Dysfunktion des emotionsregulierenden Systems ist: sie entsteht als Folge biologischer Unregelmäßigkeiten in Kombination mit bestimmten Umweltbedingungen (Linehan bezeichnete sie als „invalidierende Umgebung“), sowie deren Interaktion und Transaktion im Laufe der Zeit. Die Symptome der BPS sind somit Sekundärmerkmale der grundlegenden emotionalen Fehlregulation.

Diese primäre emotionale Fehlregulation führt Linehan auf eine hohe emotionale Verletzbarkeit zurück, die mit einer Unfähigkeit, Gefühle zu steuern verbunden ist. Eine erhöhte emotionale Verletzbarkeit (Vulnerabilität) ist nach Linehan durch folgende Merkmale gekennzeichnet :

- eine ausgeprägte Empfindlichkeit gegenüber emotionalen Reizen (niedrige Schwelle für emotionale Reaktionen und gleichzeitig eine sehr schnelle Reaktion auf die Reize; schon ein schwacher Auslöser führt zu einer gefühlsmäßigen Reaktion)
- hohe Intensität der Emotionen
- und ein verlangsamter Rückgang zu einem emotionalem Ausgangszustand (d.h., daß Reaktionen als lange andauernd wahrgenommen werden, weil sie einen länger anhaltenden Effekt auf verschiedene kognitive Prozesse haben). Die Erregungszustände, die dadurch entstehen, werden als akut auftretende Spannungszustände erlebt, die subjektiv als kaum kontrollierbar empfunden werden.

### 5.2.1 Biologische Faktoren als Ursache für die Entwicklung der BPS :

(Nervenarz, 67; 1996, S. 911-923 ):

Die Borderline-Patienten sind also sowohl emotional verletzlich als auch unfähig, ihre Emotionen zu steuern. Diese Schwierigkeiten werden von der Autorin auf biologische Prädispositionen zurückgeführt, welche durch spezifische Lernerfahrungen verstärkt werden können. Die biologischen Ursachen könnten z.B. ungünstige intrauterine Einflüsse oder frühkindliche Lernerfahrungen sein, die sich auf das Gehirn und das Nervensystem auswirken. Manche Autoren berichten, daß BPS-Patienten eine niedrige Schwelle für die Aktivierung der limbischen Strukturen (emotionsregulierendes System) aufweisen. Androlonis untersuchte erstmals Patienten mit BPS auf neurobiologische „soft signs“ und fand bei 38% Hinweise auf hirnorganische Störungen, 40% der Männer und 28% der Frauen hatten in ihrer Vorgeschichte eine Schädel-Hirn-Traumata, Enzephalitiden (Gehirnentzündungen) oder Insulten (Durchblutungsstörungen). Van Reekum fand in retrospektiven Analysen der Krankengeschichten von Borderline-Patienten eine signifikant höhere Prävalenz für Entwicklungsverzögerungen, Epilepsien oder Hirnverletzungen.

### 5.2.2 Soziale Faktoren, die die Entstehung der BPS begünstigen :

(Linehan, Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, 1996)

Die neuronalen Strukturen und Funktionen, die mit emotionalem Verhalten verbunden sind, werden zweifellos auch von Umwelterfahrungen eines Individuums beeinflusst. Die Beziehung zwischen traumatischen Umweltereignissen (z.B. sexuellem Mißbrauch) und der Regulierung der Emotionen ist im Fall der BPS besonders augenfällig.

Eine „gute Übereinstimmung“ oder „schlechte Übereinstimmung“ zwischen dem Kind und der Umwelt ist nach Linehan von der grundlegenden Bedeutung für das Verständnis des späteren Verhaltens. Im Falle einer „schlechten Übereinstimmung“ wird die Entwicklung des Kindes beeinträchtigt. Nach Linehan hat eine „invalidierende Umgebung“ alle Voraussetzungen für eine „schlechte Übereinstimmung“ und somit für die Entwicklung der BPS.

Die invalidierende Umgebung wird von Personen geprägt, die dazu neigen, emotionale und hierbei besonders negative Erfahrungen des Kindes zu mißachten

und die Schwierigkeiten bei der Lösung größerer Probleme herunterzuspielen. Das Erleben schmerzlicher Gefühle, sowie die Faktoren, die betroffene Person für die Ursache dieser Gefühle hält, werden ignoriert und als falsch zurückgewiesen. Dies führt zu einer wachsenden Diskrepanz zwischen den persönlichen Erfahrungen des Kindes und dem, was durch die Umwelt bestätigt wird. Auf diese Weise kann das Kind nicht lernen, wie es seine Erregung benennen und regulieren und wann es sich auf seine emotionale Reaktionen als Ausdruck gültiger Ereignisinterpretation verlassen kann.

In solchen Familien bekommen nur außergewöhnliche, extreme Probleme die erwünschte Aufmerksamkeit. Diese Erfahrung, daß nur extreme Gefühlsäußerungen und/oder nur außergewöhnliche Probleme die einzige Möglichkeit ist, überhaupt eine unterstützende Reaktion der Umwelt zu provozieren, fördert die Entwicklung extremer emotionaler Reaktionen (Prinzipien des operanten Kondizionierens), die sich später in den typischen Verhaltensmustern der Borderline-Patienten finden (vergl. diagnostische Kriterien für BPS im DSM IV, z.B. Kriterium 4 und 8).

Eine Invalidierung durch die Umgebung wird von einem Menschen immer als unangenehm erlebt, so daß die Menschen diese Umgebung normalerweise entweder verlassen würden oder ihr Verhalten bzw. die Umwelt ändern würden, damit die Invalidierung endet. Das Problem der Borderline-Patienten ist aber, daß sie sowohl ihre Umgebung nicht verlassen können, als auch sich selbst oder die Umwelt verändern können.

Prototypisch für „invalidierende Familien“ in denen überwältigende Emotionen beim Kind zum einen erzeugt, zum anderen nicht toleriert werden, sind Familien, in denen physischer bzw. sexueller Mißbrauch stattfindet. In einer Studie von Bryer, Nelson, Miller und Krol (1987) wurde bei 86% der stationären Borderline- Patientinnen sexueller Mißbrauch in der Kindheit berichtet. M.Linehan nimmt an, daß Kindesmißbrauch zu Veränderungen im ZNS führt und somit auch zu der Entstehung der emotionalen Vulnerabilität beiträgt. Auch andere Autoren (Quaytman und Ogden, 1990) weisen darauf hin, daß ein fortwährendes Trauma das limbische System physiologisch verändern kann. Schwerwiegender chronischer Streß ( sexueller oder/ und körperlicher Mißbrauch) könnte demnach bleibende negative Auswirkungen auf den Erregungszustand haben.

Linehan stützt sich auf Forschungsergebnisse und geht davon aus, daß ein Großteil der Borderline- Patientinnen aus den Familien stammt, in denen mißhandelnde Täter

und wichtige Bezugspersonen identisch sind. Solche Kinder entwickeln intensive pathologische Bindungen an diejenigen, die sie mißhandeln und vernachlässigen.

“Diese Beziehung ist unauflösbar: je stärker die Traumatisierung, desto größer die Abhängigkeit und das Bedürfnis nach Schutz beim und vor dem Täter. Um die überlebensnotwendige Beziehung zum Täter aufrechterhalten zu können, muß das Opfer die eigenen, situationsadäquaten Gefühle mißachten und umleiten. Wut, Haß, Ekel und Scham werden nicht auf den Täter gerichtet, sondern auf sich selbst. Mit Hilfe der Negation und Verkehrung der eigenen Gefühle kann das Opfer sich eine „Erklärung“ für die Taten liefern: nimmt es sich selbst als böse, ekelhaft und schuldig wahr, so erhält der Mißbrauch eine subjektive Berechtigung“ (J.Hermann, aus Nervenarzt, 1996 (67); S. 914)

(Vergleich zur Psychoanalyse: Kind kann solche Inhalte nicht verdrängen, deshalb: Projektion und Dissoziation).

Typischerweise wird dem Opfer erzählt, daß die Belästigung oder der Geschlechtsverkehr „in Ordnung“ sei, daß es aber anderen nichts davon sagen dürfe. Einige Autoren haben sogar vorgeschlagen, daß die Heimlichkeit des sexuellen Mißbrauchs der Faktor sei, der am deutlichsten mit einer späteren BPS verknüpft wird.

Es sind also mehrere Ebenen, die im Zusammenwirken das Phänomen der BPS erklären. Zum einen neurobiologische Veränderungen, zum anderen soziales Umfeld, welches die Entwicklung von situationsadäquaten, emotional gesteuerten Handlungen behindert.

### 5.2.3 Deutung der typischen Verhaltensweisen eines Borderline-Patienten:

Die meisten Verhaltensweisen eines Borderline-Patienten stellen entweder den Versuch, intensive Gefühle zu regulieren oder sie sind die Folge der emotionalen Dysregulation. Die emotionale Dysregulation ist sowohl das Problem, das die betroffene Person zu lösen versucht als auch die Ursache weiterer Schwierigkeiten. Wie aus den Annahmen der dialektischen Theorie eindeutig hervorgeht, sucht M.Linehan die Auslöser für ein bestimmtes Verhalten im Hier und Jetzt.

Das impulsive Verhalten (suizidale oder parasuizidale Handlungen DSM-IV 5) ist für viele Autoren und auch für M.Linehan ein Versuch des Patienten, die unkontrollierbaren, äußerst schmerzhaften Gefühle zu beseitigen, was im Sinne der operanten Konditionierung als negative Verstärkung zu werten ist (gelernte Problemlösungsstrategie). Suizid ist natürlich der sicherste Weg, seinen Gefühlszustand zu verändern. Parasuizidale Handlungen (gewollte und bewußte

selbstverletzende Handlungen) scheinen aber auch zu einer Affektregulation zu führen. Der genaue Mechanismus ist nicht bekannt, jedoch berichten viele Borderline-Persönlichkeiten von einer deutlichen Reduktion von Angst und anderen negativen Gefühlen, nachdem sie sich selbst geschnitten haben (Leibenluft, Gardner und Cowdry 1987). Außerdem führen impulsive Verhaltensweisen zu einer verstärkten Hilfsbereitschaft seitens Umgebung, was wiederum schmerzhaft Gefühle reduzieren kann. Eine enge Beziehung wurde zwischen sexuellem Mißbrauch in der Kindheit und suizidalem bzw. selbstschädigendem Verhalten gefunden. Die Opfer des sexuellen Mißbrauchs haben eine höhere Rate späterer Suizidversuche als Nichtbetroffenen ( Edwall, Hoffmann und Harrison 1989), bis zu 55% weisen mehr als einen Suizidversuch auf.

„Borderline-Patienten sind sich häufig ihrer eigenen Identität sehr unsicher ( DSM-IV 3). Sie neigen dazu, ihre Umgebung ständig nach Richtlinien dafür abzusuchen, wie sie sein sollen und was sie fühlen sollen. Eine solche Unsicherheit kann z.B. entstehen, wenn die Person unfähig ist, ihre grundsätzliche Verbundenheit mit anderen Menschen zu erkennen oder den Zusammenhang des aktuellen Moments mit den anderen Momenten (...). Ohne die Erfahrung dieser Verbundenheit wird die eigene Identität immer wieder von dem jetzigen Moment und der aktuellen Interaktion bestimmt und kann daher nie stabil sein, sondern bleibt variabel und unvorhersagbar (= Scheitern an der Dialektik, Linehan, „DBT der BPS, S.28)“

Diese Identitätsstörung entwickelt sich aber auch aus der gestörten Interaktion und Kommunikation des Kindes mit der invalidierenden Umgebung. Weiß das Individuum, was er gerne und am besten kann und wird dieses Wissen durch die Umgebung bestätigt, entwickelt das Kind ein stabiles Selbstbild. In einer invalidierenden Umgebung bekommt das Kind keine adäquate Reaktion auf das gezeigte Verhalten, so daß es sein Verhalten nicht einschätzen kann, was zu einem instabilen Selbstbild führt.

Die Selbstbildinstabilität und Unfähigkeit, eigene Emotionen in einer angemessener Weise zu regulieren sowie schmerzhaft Situationen aushalten zu können, führen zwingend zu zwischenmenschlichen Problemen (DSM-IV (2)). Insbesondere die Schwierigkeit im Umgang mit Wutgefühlen (DSM-IV (6)) und dem Ausagieren von Wut ( Patienten sind häufig nicht in der Lage, den feindseligen Gesichtsausdruck, aggressive Handlungen oder verbale Angriffe zu beeinflussen) verhindern die Aufrechterhaltung stabiler Beziehungen. Angst vor dem Alleinsein ( die oft aus der Vernachlässigung in der Kindheit entsteht) führt zu Verwechslung von Abwesenheit

mit Verlassenheit. Daher versuchen diese Patienten die wichtigen Bezugspersonen permanent an sich zu binden (DSM-IV (1)).

Die ausgeprägten dissoziativen Phänomene ( DSM-IV (9)), die 80% der Betroffenen erleben werden heute als mögliche Folgen des schweren Kindesmißbrauchs angesehen. In Bedrohungssituationen dissoziieren die Frauen automatisch ( z.B. „Ich hörte die Schritte meines Vaters auf der Treppe, zählte die Bretter meines Regals, und wenn ich bei 7 angelangt war, befand ich mich außerhalb meines Körpers“), wobei die Wahrnehmung der inneren Spannung reduziert wird. Die Aktivierung der Dissoziation führt zu einem regungslosen Verharren in der Gefahrensituation und ist klassisch konditionierbar. Sie wird zunächst an bestimmte Reize( z.B. Menschen, Situationen: externe Reize) gekoppelt, bald auf Umgebungsreize (Gerüche, Geräusche) generalisiert, und schließlich wird die Wahrnehmung psychophysiologischer Anspannung (interner Reiz) als Schlüsselreiz konditioniert. Diese Erfahrungen haben jedoch die Tendenz, sich zu verselbständigen ( z.B. Geruch auf der Straße löst automatisch eine Dissoziation aus), so daß die Patientinnen die Kontrolle über sie verlieren.

Auch die sogenannten „Flashbacks“ (szenisches Wiedererleben traumatischer Erfahrungen mit hohem Realitätsgehalt) , von denen die Patienten auch oft berichten, werden nicht nur durch externe Auslöser oder kognitive Vorstellungen (interne Reize) hervorgerufen, sondern auch durch Elemente, die nur entfernt damit assoziiert sind. Es handelt sich hier also um die Phänomene der klassischen Konditionierung, sowie der Generalisierung der Reize.(nach M. Bohus, Amy Wagner, „DBT früh traumatisierter Patientinnen mit BPS“)

„Borderline-Patientinnen wechseln ständig zwischen zwei unvereinbaren Standpunkten hin und her und sind unfähig zu einer Synthese der zwei Positionen zu gelangen. Sie neigen dazu, die Wirklichkeit in einem sehr begrenzten Bezugsrahmen einander entgegengesetzter Kategorien von „entweder - oder“ wahrzunehmen anstatt „alles zugleich“. (.....) Jemand kann im Innersten unmöglich „gut“ sein, wenn er auch den kleinsten Fehler begangen hat (extreme Idealisierung oder Abwertung, DSM-IV, Kriterium 2). (.....) Borderline-Patientinnen verharren entweder in einer These oder Antithese und sind nicht in der Lage zu einer Synthese zu kommen“ (=Scheitern an der Dialektik, Linehan „DBT der BPS“ S.27)

Extreme Idealisierung und Abwertung sind also das Ergebnis der Unfähigkeit das Gute und das Böse zugleich in einem Menschen zu sehen.

Ein weiteres Problem der Borderline-Patienten ist, daß das „Überlernen“ alter Erfahrungen erschwert ist. Die kognitive und emotionale Überprüfung, ob alte

Erfahrungen (Verhaltensweisen) in der Gegenwart noch gültig sind oder ob die Anpassung erlernter Schemata an die Realität sinnvoller erscheint, erscheint reduziert. D.h., daß diese Menschen fremde Hilfe und Unterstützung brauchen, um neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln und zu erlernen.

#### 6.0 Kurzer Vergleich der beiden Erklärungsmodelle:

Die zwei vorgestellten Erklärungsmodelle sind sehr verschieden, da sie von unterschiedlichen Annahmen ausgehen. Kernberg stützt sich auf die Psychoanalyse und erklärt Borderline-Phänomen mit dem Mangel an Verdrängungsfähigkeit und mit den Störungen in der Entwicklung der Objektbeziehungen (beide sind empirisch nicht beweisbar). Für jedes momentane Verhalten sucht O.Kernberg ganz im Sinne der Psychoanalyse eine Ursache in der früheren Kindheit. Dabei werden klare linear-kausale Muster der Verhaltensbeeinflussung erstellt. Der Einfluß der Umwelt auf das Verhalten einer Person wird nicht berücksichtigt, da das Verhalten nur von den unbewußten Vorgängen gesteuert wird.

M.Linehan stützt sich bei ihrem dialektischen Erklärungsmodell auf eine Fülle von Forschungsergebnissen der letzten 10 Jahre. Die dialektische Theorie basiert in wesentlichen auf der biosozialen Theorie von Millon (1987) und betont sowohl die biologische Prädisposition als auch den Einfluß des sozialen Umfeldes auf die Entwicklung einer psychischen Störung. Außerdem stehen das Individuum und die Umwelt in einer ständigen Transaktion und verändern sich laufend, deshalb werden die Auslöser für ein bestimmtes Verhalten im Hier und Jetzt gesucht und nicht in einer bestimmten Zeitperiode.

### 7.0 Diagnostik :

(aus dem Interview von 5.09.2000 mit Fr.Sorger der Psychologin der Station 30A1)

Es gibt eine Reihe diagnostischer Instrumente für Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das am häufigsten verwendete Forschungsinstrument ist das „Diagnostische Interview für Borderline-Patienten“ (DIB-R), das von Gunderson et al. 1981 entwickelt wurde und 1992 modifiziert wurde. Auch im Klinikum Nord wird die Diagnose der BPS anhand von DIB-R gestellt. Das Interview wird von einer Psychologen durchgeführt und ausgewertet. Es besteht aus 4 Bereichen, die für die BPS von diagnostischer Bedeutung sind: Affektivität, Kognition, Impulshandlungen und Zwischenmenschliche Beziehungen. Es mißt 97 Merkmale, die die Gefühle, die Gedanken und das Verhalten des Patienten in den letzten 2 Jahren betreffen. Allerdings, so Fr. Sorger sind fast immer zusätzliche biographische Daten aus der Kindheit und Jugend von großer Bedeutung, um die Diagnose eindeutig stellen zu können. Problematisch ist die Abgrenzung der BPS von den anderen Persönlichkeitsstörungen, oft wird die BPS durch zusätzliche Erkrankungen (z.B. Eßstörungen, Depressionen) begleitet, die manchmal die Aufnahme in die Gruppe unmöglich machen ( z.B. lebensbedrohliche Eßstörungen).

### 8.0 Therapie:

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) wurde 1993 erstmals veröffentlicht und zählt zu den bedeutendsten verhaltenstherapeutischen Werken der letzten 10 Jahre. Die DBT wurde von M.Linehan ursprünglich für die ambulante Behandlung der Borderline-Patienten entwickelt, kann aber auch zur stationären Behandlung angewendet werden. Es ist unmöglich im vorgegebenen für die Arbeit Rahmen den Behandlungskonzept von Linehan ausführlich darzustellen. Ich werde hier deshalb nur einen groben Überblick über das ganze Konzept geben und etwas ausführlicher auf die Anwendung des Konzeptes in der stationären Behandlung eingehen.

### 8.1 Überblick über das Konzept:

In Anerkennung der Schwierigkeiten bei der Regulation von Emotionen, sollte sich eine Therapie auf zwei Aufgaben konzentrieren: Der Borderline-Patientin sollten Möglichkeiten vermittelt werden um:

- die extreme Emotionalität zu verändern und fehlangepaßte stimmungsabhängige Verhaltensweisen zu reduzieren
- und den eigenen Gefühlen, Gedanken und Aktivitäten ihre Berechtigung zuzugestehen und ihnen zu vertrauen.

Die Therapie sollte ein Fertigkeitstraining und eine Verhaltensänderung ebenso anstreben, wie eine Anerkennung der aktuellen Fähigkeiten und Verhaltensweisen der Patientin. Die gesamte Ausrichtung der Therapie ist verhaltenstherapeutisch orientiert, die Prinzipien der Positiv- und Negativverstärkung, der intermittierenden Verhaltensverstärkung, sowie der Löschung sind von großer Bedeutung. Bei dysfunktionalen Verhaltensweisen, wann immer sie auftreten, wird deshalb immer nach ihrer Funktion, den auslösenden Ereignissen und Konsequenzen (die sie verstärken) geforscht (im Hier und Jetzt). Das neue an der DBT ist die Betonung von Dialektik.

„Die grundlegendste Dialektik ist die Notwendigkeit, die Patienten so zu akzeptieren, wie sie sind und gleichzeitig den Versuch zu unternehmen, ihnen zu helfen sich zu verändern“ ( Linehan „DBT der BPS“, S.15).

Somit stellt die Therapie eine große Herausforderung an den Therapeuten dar, er muß in der Lage sein, jederzeit zwischen den Strategien der unterstützenden Akzeptanz und Strategien, die auf eine Veränderung zielen, hin- und herzuwechseln. Wenn die therapeutischen Bemühungen z.B. viel zu sehr veränderungsorientiert sind, empfinden es viele der Patienten als Mißachtung, ziehen sich zurück und brechen oft die Therapie ab. Zeigt der Therapeut zu wenig Bemühungen, das Verhalten des Patienten zu verändern, wird es vom Patienten auch als Mißachtung gewertet. In dem Fall werden die Patienten unfähig, sich selbst zu verändern, das dysfunktionale Verhalten kann eskalieren bis mehr Hilfe zu Verfügung steht (Nervenarzt (1967) 67). Die ambulante Therapie dauert ca. 2 Jahre, in denen Einzeltherapie (1-2 Wochenstunden), Gruppentherapie (Fertigkeitstraining), Telefonberatung (zur Lösung aktueller, evtl. lebensbedrohlicher Krisen) und Supervision (einmal in der Woche; hier findet Kommunikation zwischen dem Einzeltherapeuten und dem Gruppentherapeuten statt) stattfinden. Der Therapieablauf ist klar strukturiert, die

Therapie besteht aus 4 Phasen. Die erste Phase ist die Vorbereitungsphase, die der Diagnostik, der Aufklärung des Patienten über das Krankheitsbild und die DBT, sowie der Motivations- und Zielanalyse dient. Danach folgt die erste Therapiephase, in der Problembereiche eins nach dem anderen bearbeitet werden, die im direkten Zusammenhang mit Verhaltensweisen wie Suizidalität (Suizidales und parasuizidales Verhalten, Phantasien oder Drohungen), Gefährdung der Therapie (Verhaltensweisen, die die Therapie auf die Dauer sehr wahrscheinlich zerstören werden, z.B. nicht erscheinen zu den Terminen) oder Beeinträchtigung der Lebensqualität (Verhaltensweisen, die unmittelbare Krisen verursachen) stehen. Mit dem Fertigkeitstraining werden die Verhaltensfertigkeiten verbessert und somit die alten Verhaltensmuster durchbrochen .

In der 2. Therapiephase werden traumatische Erfahrungen bearbeitet (Ziel ist eine Reduktion der Folgen (momentanen Verhaltensmustern) der traumatischen Erfahrungen und nicht ihre psychische Verarbeitung). Die Voraussetzung für den Übergang in diese Phase ist die relative emotionale Belastbarkeit des Patienten und eine stabile therapeutische Beziehung.

Die 3. Therapiephase hat das Ziel, die Selbstachtung des Patienten zu steigern ( viele der Frauen müssen z.B. lernen eigene Gefühle und sich selbst für wichtig zu halten) und die individuelle Ziele zu entwickeln und umzusetzen.

## 8.2 Die Übertragung des Konzeptes auf die stationäre Therapie im Klinikum Nord:

Sie dauert etwa 12 Wochen und wird auch in 3 Phasen unterteilt: die Orientierungsphase (ca. 3 Wochen), die Kerntherapiephase (ca.7 Wochen) und Außenorientierung und Abschied (ca.2 Wochen). Mit der stationären Aufnahme will man vor allem suizidales, therapiegefährdendes und hospitalisierungsförderndes Verhalten (Verhaltensweise, die zu der momentanen Aufnahme geführt haben oder die Aufnahme aufrechterhalten) verringern und die Verhaltensfertigkeiten (Skills) verbessern (Innere Achtsamkeit, Umgang mit Gefühlen, Streßtoleranz und zwischenmenschliche Fertigkeiten), um mit Gefühlen, Impulsdurchbrüchen und Beziehungen besser umgehen zu können.

### 8.2.1 Orientierungsphase

In der Phase führt zunächst eine Einzeltherapeutin (Psychologin oder Ärztin) eine ausführliche Anamnese durch. Dann werden vorhandene Fähigkeiten und Defizite

erfaßt und erste Verhaltensanalyse durchgeführt. Diese Verhaltensanalyse geht auf typische selbstschädigende und sich immer wiederholende Verhaltensmuster der Patientin ein und dient als Grundlage für die Behandlungsplanung. Im Rahmen der Einzeltherapie, mit der die Patientin gleich am Anfang der Therapie beginnt, werden als erstes anhand der erstellten Verhaltensanalyse kurz- und langfristige Therapieziele definiert. Jede Patientin hat in den folgenden 3 Monaten einmal in der Woche einen Einzeltermin bei ihrer Einzeltherapeutin. Mit ihr zusammen erstellt sie jede Woche ein Protokoll, in dem der Schwerpunkt für die nächsten 7 Tage einschließlich der Aufgabenstellung für die anderen Berufsgruppen festgelegt wird. Auch aktuelle Probleme, die im Laufe der Therapie entstehen, bespricht die Patientin mit ihrer Einzeltherapeutin. Die Einzeltherapeutin kooperiert während der ganzen Zeit sehr eng mit Fertigkeitstrainer, Pflegepersonal, Körpertherapeutin und Sozialarbeiterin der Station. Im Laufe der ersten 3 Wochen nimmt die Patientin Kontakt zu der Bezugsperson (Pflegepersonal), den anderen Therapeuten und zu den Mitpatientinnen auf. Eine Patin (eine andere Patientin, die schon länger auf der Station ist) begleitet und hilft der neuen Patientin in den ersten Wochen (die Rolle der Patin wird von den Frauen immer gern übernommen). Die Patientin wird schon in den ersten Tagen mit dem sogenannten Wochenprotokoll (Diary-Card) vertraut gemacht, in dem sie täglich festhält, wie stark ihr Drang zu Selbstschädigung und Suizidgedanken ist. Mit Hilfe dieser Diary-Card wird der Rückblick auf die Geschehnisse des Tages möglich. Sie wird jeden Abend zwischen 19.00 und 20.00 Uhr besprochen. Bei sichtbarer Situationsverschlechterung bietet das Pflegepersonal Gespräche an.

Unter Anleitung und Unterstützung der Einzeltherapeutin und der Bezugsperson lernen die Patientinnen zu Beginn der Therapie die Erstellung einer Verhaltensanalyse. Immer dann, wenn die Patientin sich suizidal oder selbstschädigend verhält, muß sie nach einem time-out von 2 Stunden eine Verhaltensanalyse schreiben. Diese Verhaltensanalyse sollte dabei möglichst in Form einer Mikroanalyse durchgeführt werden. Das heißt, die Kette zwischen auslösendem Ereignis, darauffolgenden Emotionen, Kognitionen und Reaktionen sowie Konsequenzen sollte minutiös und schlüssig nachvollziehbar erfaßt werden („so, daß eine Schauspielerin in einem Theaterstück es spielen könnte“). Anschließend wird die erstellte Verhaltensanalyse mit dem Pflegepersonal, mit der Bezugsgruppe und mit dem Einzeltherapeuten besprochen. Denn ohne eine Kontrolle

dieses Verhaltens ist es kaum möglich die Toleranz situationsadäquater Emotionen zu verbessern. Je auswegloser sich die Situation einer Patientin darbietet, je weniger Alternativen sie zum Suizid sieht, desto stringenter ist an Verhaltensmustern zu arbeiten, die unmittelbar mit den Suizidideen in Verbindung zu bringen sind.

Alle Borderline-Patientinnen im Projekt bilden die Bezugsgruppe. Diese trifft sich zweimal wöchentlich, um Wochenenden und Hausaufgaben zu besprechen (Patientinnen fahren am Wochenende nach Hause, als Hausaufgabe müssen sie oft die in der Klinik gelernten Fertigkeiten im Alltag trainieren). Weiterhin wird von den Patientinnen eine Bezugsgruppe einberufen wenn eine neue Patientin aufgenommen wird oder wenn eine geschriebene Verhaltensanalyse in der Gruppe vorgestellt wird (z.B. nach einer parasuizidalen Handlung). In diesem Fall stellt die betroffene Patientin den anderen Patientinnen ihre Verhaltensanalyse vor. Eine andere Patientin erklärt der hinzugezogenen Bereichspflegekraft diese Verhaltensanalyse. Borderline-Patientinnen besitzen eine ausgesprochen hohe Sensitivität für die Probleme anderer Menschen. Sie sind in der Regel gute Zuhörerinnen und durchaus in der Lage, anderen Patientinnen bei der Lösung ihrer Probleme zur Seite zu stehen (aus dem Skript der Station 30A1).

Schon zu Beginn der Orientierungsphase besuchen die Patientinnen der Station 30A1 die Basisgruppe, die sich über den gesamten Behandlungsverlauf erstreckt und einmal wöchentlich stattfindet (wird von Dr. Steinhauer (Oberarzt) und Fr. Sorger (Psychologin) geleitet). Inhalt der Gruppe ist die Vermittlung der biosozialen Theorie und der Informationen über die Erkrankung. Die Patientinnen sollen zu Expertinnen ihrer Erkrankung werden. Dies ermöglicht einen kooperativen, transparenten Behandlungsstil und hilft den Frauen bei der Planung der Therapie aktiv mitzuwirken.

Das Fertigkeiten-Training beginnt wie die Basisgruppe auch innerhalb der ersten Therapiewoche. Es besteht aus 4 Modulen: „Innere Achtsamkeit“, „Umgang mit Gefühlen“, „Streßtoleranz“ und „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“. Im Rahmen des Moduls „Innere Achtsamkeit“ werden Fertigkeiten theoretisch vermittelt, mit deren Hilfe die Steuerung von trauma-assoziierten Emotionen (v.a. der dissoziativen Phänomene) verbessert werden kann. Sie lernen das Gefühl und Verstand in ein Gleichgewicht zu bringen, um auf diese Weise zu dem „Wahren Selbst“ („wise mind“) zu gelangen. Die eigenen Emotionen sollen wahrgenommen werden aber nicht bewertet oder interpretiert werden. Dies ist die wichtigste Voraussetzung für

alle anderen Fertigkeiten der Gefühlsregulation. In der Achtsamkeitsgruppe, die vom Pflegepersonal geleitet wird und zweimal wöchentlich stattfindet, können dann die Patientinnen das im Modul gelernte Wissen durch praktische Übungen vertiefen. Im einzelnen werden die Patientinnen zu Übungen ermutigt, die eine Trennung zwischen „Wahrnehmen“, „Beschreiben“ und „Teilnehmen“ ermöglichen. Bei der Wahrnehmung geht es um das Wahrnehmen des eigenen Erlebens, der eigenen Gedanken und Ereignisse, ohne diese in „gut“ oder „schlecht“ einzuteilen (die Welt nicht in Kategorie „entweder – oder“ einzuteilen). „Beschreiben“ meint Erleben in Worte fassen, Gefühlen und Regungen eine Bezeichnung geben, ohne diese gleichzeitig zu bewerten. Somit bewegt man sich auf einer neutralen Ebene und kann seine Emotionen besser steuern. „Teilnehmen“ leitet dazu an, sich ausschließlich auf eine Sache zu konzentrieren, ohne sich ablenken zu lassen oder über „man sollte“ oder „man sollte nicht“ nachzudenken: wenn man denkt, dann denkt man; wenn man isst, dann isst man. Diese Fertigkeiten werden durch Baden, Körperhaltung, Atemübungen, Spiele und Sport vermittelt, dabei ist nicht die Art der Übung wichtig, sondern ihre bewußte Ausführung.

Das Modul Umgang mit Gefühlen zielt darauf, die eigenen Gefühle zu verstehen, die emotionale Vulnerabilität für einschließende Gefühle zu reduzieren und Emotionen zu modulieren. Aus den oberen Kapiteln geht eindeutig hervor, daß Menschen mit einer Borderline-Störung ein sehr intensives und labiles Gefühlserleben haben, sie sind häufig ärgerlich, sehr frustriert, depressiv und ängstlich. Deshalb ist es wichtig für sie mit schmerzhaften Gefühlen, die subjektiv als eine Spannung erlebt werden, umgehen zu können.

Zunächst lernen die Patientinnen auftretende Emotionen differenziert zu identifizieren und deren adäquate Handlungstendenzen zu akzeptieren. Neben der Vermittlung von Wissen über die Funktion der Emotionen, werden Patientinnen angehalten, emotionsauslösende Ereignisse zu identifizieren, die kognitiven Bewertungen und Interpretationen dieser Ereignisse zu beobachten, sowie die körperlichen und psychophysiologischen Anteile der Affekte wahrzunehmen (s. dazu auch Anhang unter Emotionen). Die emotionale Verwundbarkeit wird reduziert durch Verbesserung der Schlafqualität, medikamentöse Behandlung affektiver Schwankungen (z.B. Carbamazepin wirkt stimmungsausgleichend; Antidepressiva), und Reduktion von Streß (denn unter Streß sind alle Menschen ihren Emotionen stärker ausgesetzt). Der Schlüssel zur Emotionsregulation liegt jedoch in der

Akzeptanz der jeweiligen Situation, d.h. unangenehme Gefühle sollen nicht als etwas „böses“ identifiziert werden, sondern als Signal für die Differenz zwischen dem Ist-Zustand und dem Soll-Zustand. Bei so einer Haltung müssen unangenehme Emotionen nicht blockiert oder bekämpft werden, es eröffnen sich Möglichkeiten, sie kognitiv steuern zu können.

Das Modul Streßtoleranz hat das Ziel, den Patienten Wege zu zeigen, wie man unangenehme Ereignisse und Gefühle ertragen kann, auch wenn sich die Situation nicht verändern läßt. Annehmen der Realität entspricht dabei nicht dem Gutheißen der Realität. Ein Borderliner neigt in den Krisensituationen zu suizidalen und parasuizidalen Handlungen, weil er über keine alternativen Fertigkeiten verfügt. In der Gruppe lernen die Patientinnen Krisen auszuhalten und zu überleben, indem sie z.B. mit Hilfe der anderen Aktivitäten überbrücken, sich mit Hilfe der 5-Sinne beruhigen, phantasieren, Entspannungsübungen machen, meditieren („den Augenblick verbessern“) oder Pro und Contra gegeneinander abwägen („den Augenblick verändern“) – was spricht gegen die Selbstverletzung; was spricht dafür?

Das Modul zwischenmenschliche Fertigkeiten vermittelt wirkungsvolle Strategien, die den Patienten bei der Lösung der alltäglichen sozialen Schwierigkeiten helfen, z.B. bei einem Konflikt mit einer anderen Person, bei der Äußerung der eigenen Bedürfnisse und vor allem wie man Nein sagen kann, ohne danach ein schlechtes Gewissen zu haben. Borderline-Patientinnen haben häufig gute interpersonelle Fähigkeiten, können sie jedoch wegen ihrer unkontrollierten emotionalen Reaktionen nicht immer anwenden. Sie müssen lernen auf eigene Wünsche und Meinungen bestehen zu können, ohne dabei den anderen Menschen zu verletzen oder die Selbstachtung zu verlieren. Das Modul konzentriert sich in erster Linie auf Situationen, in denen es das Ziel ist, etwas zu verändern oder sich Veränderungen zu widersetzen.

Zum Anfang der 3. Woche der stationären Behandlung können die Patientinnen eine Gruppe besuchen, in der sie soziale Fertigkeiten (z.B. Änderungen bei störendem Verhalten verlangen, auf Kritik reagieren, Gespräche beginnen, aufrechterhalten, beenden; Gefühle offen zeigen) praktisch vertieft werden. Die Sicherheit im sozialen Bereich wird durch Rollenspiele im Alltag, Analyse eigener Videoaufzeichnungen, und Interaktionsspiele gewonnen. Denn aus der verhaltenstherapeutischen Sicht kann sozial kompetentes Verhalten genauso wie jedes andere Verhalten erlernt werden, daher steht das Üben von selbstsicherem Verhalten im Training im Vordergrund.

Alle Fertigkeiten müssen von den Patientinnen im Alltag angewendet werden. Am Ende des Tages sollen die Patientinnen überprüfen, welche Fertigkeiten sie angewandt haben und diese in ein Wochenprotokoll eintragen.

Mit der 5-Sinne-Gruppe beginnen die Patientinnen der Station 30A1 auch in der Orientierungsphase, sie findet einmal pro Woche statt, dauert 60 Minuten und wird von Musiktherapeutin und Kunsttherapeutin geleitet. Inhalt der Gruppe sind, wie der Name schon sagt, die 5 Sinne: Riechen, Schmecken, Hören, Fühlen (Tasten), Sehen. Zu jedem Sinn werden auf spielerischer Ebene Übungen gemacht und damit der Sinn „geschult“ und bewußter gemacht. Ein Beispiel für eine Übung, die den Tastsinn fördert, wäre z.B. das Formen eines Handschmeichlers aus Ton, einer Form, die gut in der Hand liegt. Diese Form wird weiter dem Nachbarn gegeben, der dann versucht diese Form zu beschreiben und zu entscheiden, ob sie paßt oder nicht paßt. Es können auch verschiedene Sinne in einer Übung gleichzeitig behandelt werden, z.B. Malen nach Musik oder über das Gelände gehen und verschiedene Sinneseindrücke sammeln.

#### 8.2.2 Kerntherapiephase:

In der 2. Phase der stationären Therapie (ca. 3-10.Woche) laufen alle oben beschriebenen Einzel- und Gruppentermine weiter. Die Voraussetzung für den Übergang in die 2. Therapiephase ist die Einigung der Patientin und ihrer Therapeutin über die wichtigsten Faktoren, die das Leiden der Patientin aufrechterhalten. In der letzten Woche der Orientierungsphase stellt die Patientin zusammen mit ihrer Therapeutin und der Bezugsperson ihre Verhaltensanalyse im Team vor. Dabei nennt sie konkrete Ziele, an denen sie in den nächsten Wochen arbeiten will. Sofern von Seiten des Teams keine Unklarheiten bestehen, wechselt die Patientin in die Kerntherapiephase.

In der Kerntherapiephase kommt die DBT-Körpertherapie dazu. Viele der Borederline-Patientinnen haben Schwierigkeiten ihren Körper und ihre Bewegungen im Alltag und besonders in Stresssituationen wahrzunehmen und für die Regulation von Gefühlen zu nutzen. Gefühle werden als überflutende Spannung erlebt, die oft zu einer automatischen Dissoziationen führt. Daher zeigen die Patientinnen meist zu Beginn des stationären Aufenthaltes starke Ängste und Bedenken gegenüber der Körpertherapie, die von einer Körpertherapeutin geleitet wird und zu den Einzelaktivitäten zählt. Ausgangspunkt der Körpertherapie ist, daß sich die

körperliche Wahrnehmung schulen läßt und das automatisierte Bewegungsverhalten der bewußten Steuerung zugänglich gemacht werden kann. Das Ziel der Körpertherapie ist die Vermittlung von, für jede Frau individuellen Möglichkeiten zur Regulation von Spannungszuständen und Gefühlen über den Körper und Bewegung. Körpertherapie setzt sich aus Basisübungen ( zur bewußten Wahrnehmung des eigenen Körpers) und Übungen zur Körperwahrnehmung (Wahrnehmen des eigenen Bewegungsverhaltens, Spannungsanstiegs und aggressiver Impulse im Körper, sowie die Möglichkeiten der Ablenkung und Regulation dieser Zustände) zusammen.

### 8.2.3 Phase der Außenorientierung:

In dieser Zeit (ca.2 Wochen) bekommen die Patientinnen häufige Beurlaubungen, damit der Übergang ins Alltagsleben erleichtert wird. Drei bis vier Wochen vor der geplanten Entlassung besprechen Einzeltherapeutin, Bezugspflege, Sozialpädagogin und die Patientin, welche konkrete Probleme noch anstehen und wie die Hilfestellung aussehen kann. Eine weiterführende ambulante Einzeltherapie muß bei der Entlassung gesichert sein. Es gibt in Nürnberg nicht sehr viele Therapeuten, die nach dem Konzept von M.Linehan arbeiten, so daß die Patientinnen aus dem Umkreis sofort die in der Klinik angefangene Einzeltherapie fortsetzen können. Die Wartezeit kann manchmal bis zu einem halben Jahr betragen, bis dahin müssen sie mit einem anderen Therapeuten zusammenarbeiten.

### 9.0 Schlußbemerkung:

Ursprünglich hatte ich vor, die Schwierigkeiten, die sich bei der Betreuung eines Borderline-Patienten ergeben, sowie Stärken und Schwächen des dialektisch – behavioralen Konzeptes anhand eines Fragebogens an das Personal auszuarbeiten. Leider wurden mir nur wenige beantwortete Fragebögen zurückgegeben, so daß aufgrund der Anzahl dieser Fragebögen das Ergebnis der Auswertung nicht repräsentativ sein würde. Auf meine Fragen nach den Gründen für diese mangelhafte Beteiligung an der Umfrage, bekam ich die Antwort, daß der Fragebogen sehr zeitaufwendig war und daß manche Fragen, wie ich sie gestellt hatte, so nicht zu beantworten waren. Deshalb muß ich mich bei meinen weiteren Ausführungen auf meine eigene Kenntnisse, die ich innerhalb der 3-monatigen Beschäftigung mit dem Thema gesammelt habe und auf die wenigen ausgefüllten Fragebögen stützen.

Die dialektisch-behaviorale Therapie für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde erst vor einigen Jahren veröffentlicht und unterscheidet sich von den üblichen verhaltenstherapeutischen und kognitiven Therapien vor allem durch die Betonung der Akzeptanz des Verhaltens einer Patientin (Dialektik) und der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für die Behandlung. Die Stärke der DBT liegt auch in der Gegenwärtigkeit der Behandlung (im Hier und Jetzt), was auch zu einer guten Übersicht über die Probleme der Patientinnen beiträgt. Linehan verglich die DBT randomisiert mit verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch orientierten Therapien

(Therapeuten hatten aber keine störungsspezifische Ausbildung), es zeigte sich dabei eine signifikante Überlegenheit der DBT.

Die stationäre Aufnahme bietet vor allem einen geschützten Rahmen für die Durchführung der Therapie und ermöglicht ein größeres therapeutisches Angebot an Einzelmodulen. Gleichzeitig ist die stationäre Therapie mit einem hohen Personalaufwand verbunden (Einzeltherapeuten, Pflegepersonal, Ärzte usw.), was natürlich hohe Kosten verursacht. Die Betreuung der Borderline-Patienten erfordert auch ein gewisses Maß an Verantwortung und psychische Stabilität, weil die Frauen in Krisensituationen zu suizidalen und parasuizidalen Handlungen neigen.

„Wenn man berücksichtigt, daß bei der Frage nach generellen Belastungsfaktoren für Psychotherapeuten an erster Stelle Suizidversuche, an zweiter Stelle Suiziddrohungen und an dritter aggressives Verhalten der Patienten genannt werden, so erscheint es verständlich, daß Borderline-Patienten häufig die Kapazität ihrer Therapeuten überfordern“ ( Nervenarzt (1996) 67: S.912)

Im Rahmen der stationären Therapie kann man allerdings solche Krisen besser erkennen, z.B. mit Hilfe der Dairy-Card, außerdem besteht die Möglichkeit, die Frauen während solcher Krisen zu begleiten.

Eine der Schwächen der DBT liegt darin, daß das Behandlungskonzept die Familien der Patientinnen nicht berücksichtigt. Linehan spricht zwar von einer „Einheit“ des Individuums und der Umwelt und ihrer ständiger Transaktion, geht aber auf die Betreuung bzw. Aufklärung der Familien der Betroffenen in ihrem Therapiekonzept nicht ein.

Insgesamt entstand bei mir der Eindruck, daß das dialektisch- behaviorale Konzept momentan gut in die Praxis umgesetzt wird, die Borderline-Patientinnen im Klinikum Nord bekommen ein breites Angebot an Einzel- und Gruppenmodulen und werden durch speziell geschultes Ärzte- und Pflegepersonal gut betreut. Was weiterhin problematisch bleibt ist die Weitervermittlung der Patientinnen in die ambulante Weiterbehandlung. Obwohl das Interesse für diese psychische Erkrankung da ist und auch die Fortbildungen zu diesem Thema immer gut besucht werden, gibt es immer noch viel zu wenig Therapeuten, die nach dem Konzept von M.Linehan arbeiten. Außerdem gibt es momentan kein weiterführendes Netzwerk für die Betroffenen (z.B. betreutes Wohnen, Vermittlung von Arbeitsplätzen), so daß die Frauen oft nach der Beendigung der ambulanten Therapie nur auf sich selbst gestellt sind. Es bleiben also noch einige Probleme, die in der nächsten Zeit noch gelöst werden müssen.



## 10.0 Anhang

### 10.1 Literaturverzeichnis:

- M.Linehan „Dialektisch - Behaviorale Therapie der Borderline – Persönlichkeitsstörung“; München, 1996
- M.Bohus, M.Berger „Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M.Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 67: 911-923, Springer – Verlag, 1996
- Egle, Hoffmann, Joraschky (Hrsg), 2.Auflage: M. Bohus und A.Wagner, „Dielektisch-Behaviorale Therapie früh traumatisierter Patienten mit Borderline-Störung“
- Kurzbeschreibung der stationären DBT, Skript der Station 30A1
- ICD-10, 2000
- DSM-IV
- „Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie“, Springer-Verlag, 1986
- D.Ebert, Th. Loew, „Psychiatrie systematisch“, 3.Auflage; Uni-Med, 1999
- H.Hobmair, „Pädagogik/Psychologie“ Band 1 und 2; Stamm-Verlag,1998
- Interviews mit A.Leykam (Krankenschwester), M. Karolat (Pfleger),Fr.Sorger (Psychologin)

### 10.3 Anmerkungen

#### Emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.3):

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere, wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

#### Die Grundannahmen der psychoanalytischen Theorie von S.Freud:

( es werden hier nur für die Arbeit relevante Aussagen der Theorie dargestellt, auf die Triblehre und Libidoentwicklung wird hier nicht eingegangen)

- S.Freud ging von der Annahme aus, daß der größte Teil der seelischen Vorgänge eines Menschen unbewußt ist ( seelische Vorgänge, die wir nicht oder nicht mehr wissen, die aber immer wieder in das Bewußtsein drängen und unser Erleben und Verhalten beeinflussen ). Als bewußt bezeichnete Freud Vorgänge, die der Mensch bemerkt und zu denen er einen unmittelbaren Zugang hat Mit Vorbewußt meinte er alle seelische Vorgänge, um die wir nicht spontan wissen, die jedoch aufgrund einer Bemühung dem Bewußtsein wieder relativ voll zugänglich gemacht werden können.
- Jedes menschliche Verhalten wird durch Triebe erzeugt ( eine psychische Kraft, die darauf ausgerichtet ist, Bedürfnisse zu befriedigen. Triebe aktivieren und steuern das Verhalten des Menschen)

- Jedes Verhalten ist seelisch bedingt und festgelegt und läßt sich nur aus der Individuellen Lebensgeschichte eines Menschen erschließen
- Die seelische Kräfte und Motive, die das Verhalten einer Person steuern, sind dieser in der Regel nicht bewußt

Um die Dynamik und den Aufbau der Persönlichkeit zu beschreiben und zu erklären, verwendete S.Freud ein Instanzenmodell:

Die Persönlichkeit eines Menschen besteht demnach aus drei Instanzen: Es, Ich und Über-Ich, die sich nacheinander in der früheren Kindheit entwickeln.

Das Es ist die Instanz der Triebe, der Wünsche und Bedürfnisse. Das Es kündigt ständig bestimmte Wünsche und Bedürfnis an. Diese werden von dem Über-Ich, einer Instanz, welche die Norm- und Wertvorstellungen umfaßt, im Sinne der geltenden Moral bewertet und überprüft. Über-Ich entscheidet, ob Wünsche und Bedürfnisse des Es von Ich verwirklicht oder abgewehrt werden sollen. Das Ich ist die Instanz, die die bewußte Auseinandersetzung mit der Umwelt leistet. Das Ich versucht zwischen dem Es und dem Über-Ich zu vermitteln und überprüft die Realität, ob Befriedigung möglich ist oder nicht. Von dem Über-Ich zugelassene Ansprüche werden vom Ich gesteuert und wenn es die Realität ermöglicht verwirklicht. Nicht zugelassene Wünsche müssen vom Ich abgewehrt werden (Abwehrmechanismen sind Schutzmaßnahmen des Ich, die bedrohliche und angstausslösende Erlebnisinhalte ausschalten, unbewußt machen, und somit drohende Konflikte und Ängste vermeiden bzw. reduzieren).

Freud spricht von einer Ich-Stärke, wenn das Ich sowohl den Anforderungen des Es als auch den Anforderungen des Über-Ich und der Realität gerecht werden kann. In dem Fall besteht ein Gleichgewicht zwischen den einzelnen Persönlichkeitsinstanzen. Stehen die einzelnen Persönlichkeitsinstanzen zusammen mit der Realität in einem Ungleichgewicht spricht S.Freud von einer Ich-Schwäche. In dem Fall treten Ängste auf, die den Einsatz der Abwehrmechanismen erfordern.

Für Freud gibt es drei Grundformen der Angst: Angst vor der Realität ( Ich fürchtet sich vor den Konsequenzen, die auf die Befriedigung von Wünschen folgen können), Angst vor den Forderungen des Über-Ichs (vor Schuldgefühlen, Gewissensbissen, Selbstvorwürfen), und Angst vor den Ansprüchen des Es ( Ich fürchtet sich vor Es überwältigt zu werden). Freud beschreibt eine Reihen von Abwehrmechanismen, die zur Angstabwehr eingesetzt werden können, z.B. Verdrängung, Verschiebung, Reaktionsbildung usw. (Hobmair, Pädagogik/Psychologie, Band 1, 1998). Die für

diese Arbeit relevante Abwehrmechanismen sind Projektion und Spaltung, wobei auf die Spaltung im Abschnitt 5.1 näher eingegangen wird. Projektion ist in der Psychoanalyse die Übertragung der eigenen unerwünschten Eigenschaften auf eine andere Person, mit dem Ziel sie dort zu bekämpfen. Im Falle der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Projektion oft mit der Depersonalisation (auch Dissoziation genannt) verbunden und bedeutet, daß Eigenes außerhalb des nicht mehr klar umrissenen Eigenbereiches erfahren wird. Depersonalisation wird als Störung des Einheitserlebens im Augenblick definiert: Patient kommt sich unwirklich, verändert, fremd vor. (Dieter Ebert und Thomas Loew, Psychiatrie systematisch, 3. Auflage, S.36, 1999).

#### Dialektische und biosoziale Grundlagen der DBT:

Jeder Theorie der Persönlichkeit und der Persönlichkeitsstörung liegt ein bestimmtes Weltbild zugrunde. Genauso beruht auch die DBT auf einer bestimmten Weltsicht: der Dialektik. Eine dialektische Herangehensweise an die Beschaffenheit der Wirklichkeit und des menschlichen Verhaltens zeichnet sich durch 3 Hauptmerkmale aus:

➤ Das Prinzip der wechselseitigen Beziehung der Ganzheit:

der dialektische Ansatz betont die Bedeutung von wechselseitigen Beziehungen und Ganzheit. Eine dialektische Sichtweise faßt die Realität als System auf. Die Analyse von Teilen des Systems ist nur von begrenztem Nutzen, solange die Analyse die Teile nicht auf das Ganze bezieht. Identität an sich ist demnach relational, und die Grenzen zwischen Teilen sind nur temporär und bestehen lediglich in Beziehung zum Ganzen. Somit wird kein Individuum losgelöst vom Ganzen betrachtet, sondern eingebettet in das gesellschaftliche System.

➤ Das Prinzip der Polarität:

Die Realität ist nicht statistisch, sondern besteht aus inneren einander entgegengesetzten Kräften („These“ und „Antithese“), aus deren Integration („Synthese“) ein neues Paar entgegengesetzter Kräfte resultiert. Der dialektische Ansatz stellt zwar das Ganze in den Mittelpunkt, betont aber auch die Komplexität jedes Ganzen. In jedem System findet sich eine Polarität, d.h., daß es für jede Kraft eine Gegenkraft gibt. So enthält jede Verzerrung eine Wahrheit, jede Dysfunktionalität enthält auch Funktionalität und in jeder Zerstörung findet sich ein

Aufbau. Durch Umkehrung der Vorstellung „Widersprüche in der Wahrheit“ zu „Wahrheit im Widerspruch“ gelang M. Linehan zu Entscheidung. Berechtigung für das aktuelle Verhalten der Patienten nicht in Ihrer Lerngeschichte zu suchen, sondern in der Gegenwart. Validierung (Bestätigung der Berechtigung der Gefühle und Gedanken der Patientin) ist heute zentraler Bestandteil der DBT.

Außerdem geht die DBT davon aus, daß jede Person Weisheit in Bezug auf ihr eigenes Leben besitzt, wenn diese Fähigkeit auch nicht immer offensichtlich oder zugänglich ist ( „wise mind“- etwa innere Weisheit), d.h. jeder Mensch trägt das für die Veränderung nötige Potenzial in sich.

➤ These, Antithese, Synthese: das Prinzip des kontinuierlichen Wandels:

Ganzheit befindet sich in einem kontinuierlichen Wandlungsprozeß. Der Wandel wird durch die Spannung zwischen den Kräften von These und Antithese, die sich in jedem System finden, hervorgerufen. Da aber auch der auf den Wandel folgende neue Zustand (die Synthese) aus einander entgegenwirkenden Kräften besteht, ist der Wandel kontinuierlich.

#### Das Individuum –Umwelt –System : Ein transaktionales Modell:

Ein dialektisches oder transaktionales Modell geht davon aus, daß individuelles Verhalten und Umweltbedingungen in ständiger wechselseitiger Abhängigkeit und Interaktion miteinander stehen: die Umwelt und das Individuum passen sich einander an und beeinflussen sich gegenseitig. Eine Unterscheidung zwischen Umwelt und individuellem Individuum ist zwar begrifflich sinnvoll, in Wirklichkeit aber nicht möglich. Individuum und Umwelt bilden ein System, das sich durch seine Teile definiert und wiederum diese Teile definiert. Da der Einfluß wechselseitig ist, wird er als transaktional bezeichnet.

Linehan unterstützt die Annahme von Chess und Thomas (1986), daß eine schlechte Übereinstimmung des Kindes mit der Umwelt ( Eigenschaften und Anforderungen der Umwelt stimmen nicht mit den individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten des Kindes überein), auch als „poorness of fit“ bezeichnet, ein wichtiger äthiologischer Faktor für psychische Dysfunktion ist. Dabei betont sie , daß weder die Umwelt, noch das Individuum über die Zeit hinweg konstant bleiben. Die Merkmale der Umwelt und auch die Merkmale des Kindes verändern sich mit der Zeit in entscheidender Weise. Daraus folgert sie, und stützt sich dabei auch auf die

Überlegungen von Millon (1987), daß es sinnlos ist, die „Verursachung“ einer psychischen Störung in einem einzelnen Ereignis oder einer bestimmten Zeitperiode zu suchen.

Weiterhin geht M.Linehan davon aus, daß dysfunktionale Reaktionen eines Individuums auf seine Umwelt möglicherweise durch eine Prädisposition bestimmt werden. Einige genetische Faktoren können beispielsweise stark genug sein, um ein neutrales oder sogar günstiges Umwelt zu überlagern. Neuere Forschungsergebnisse deuten auf eine sehr viel größere Bedeutung genetischer Faktoren auch für normale Persönlichkeitszüge hin, als früher vermutet wurde (Scarr & McCartney, 1983; Tellegen et al.,1988). Andererseits beeinflussen bestimmte extreme Situationen das Verhalten der meisten Personen in ähnlicher Weise, selbst unabhängig von größeren Persönlichkeitsunterschieden (Milgram, 1963, 1964). Jede Person, die wiederholt gewalttätigem sexuellem oder körperlichem Mißbrauch ausgesetzt ist, wird Schaden davon tragen, unabhängig davon, wie widerstandsfähig sie ist.

### Begriffsbildung: Ein dialektischer- verhaltenstherapeutischer Ansatz

Die Begriffsbildung bei der DBT wird sowohl vom dialektischen als auch von kognitiv- verhaltensbezogenen Annahmen bestimmt. Linehan erläutert verschiedene Merkmale der kognitiv- verhaltenstherapeutischen Theorie, die für die DBT von Bedeutung sind.

#### Die Definition von Verhalten:

Verhalten im Sinne des kognitiv- verhaltenstherapeutischen Ansatzes umfaßt jede Aktivität, jede Reaktion und jeden Vorgang in einer Person („jede Tätigkeit eines Organismus, die Handeln und Reaktion auf Reize umfaßt“). Menschliches Verhalten kann offen sein (von anderen beobachtbar) oder verdeckt ( nur von der betroffenen Person beobachtbar). Verdecktes Verhalten kann wiederum innerhalb des Körpers ablaufen (z.B. Anspannung der Bauchmuskeln) oder außerhalb, aber dennoch nicht öffentlich (z.B. Verhalten, bei dem die Person alleine ist).

Kognitiven Verhaltenstherapeuten teilen Verhalten in drei Modalitäten ein: motorisches, kognitiv- verbales und physiologisches Verhalten. Zum motorischen Verhalten zählen alle offene und verdeckte Handlungen und Bewegungen der Skelettmuskulatur. Kognitiv- verbales Verhalten umfaßt Aktivitäten wie Denken, Wahrnehmen, Sprechen usw. sowie beobachtetes Verhalten, z.B. Aufmerksamkeit, Orientierung, Erinnern usw. Zu den physiologischen Verhaltensweisen zählen Aktivitäten des Nervensystems, der Drüsen und der glatten Muskulatur. Sie laufen üblicherweise verdeckt ab (z.B. Herzschlag), können aber auch offen sein (z.B. Erröten oder Weinen).

#### Emotionen:

Aus heutiger Sicht stellen Emotionen eine umfassende Reaktion des gesamten Systems dar. Diese Reaktion läuft im allgemeinen automatisch ab, entweder aufgrund biologischer Gegebenheiten (die grundlegenden Emotionen) oder aufgrund wiederholter Lernerfahrungen (erlernte Emotionen). Ein Gefühl umfaßt also normalerweise Verhalten aus allen drei Kategorien. Wissenschaftler gehen beispielsweise davon aus, daß grundlegende Gefühle sich aus der phänomenologischen Erfahrung (kognitives System), biochemischen Veränderungen (physiologisches System) und dem Ausdrücken dieser Gefühle und entsprechenden

Handlungstendenzen (physiologisches plus motorisches System) zusammensetzen. Emotionen wiederum wirken sich auf das nachfolgende kognitive, physiologische und motorische Verhalten aus. Emotionen sind also nicht nur Reaktionen des gesamten Systems, sondern wirken sich auch auf das gesamte System aus. Die komplexe und systematische Beschaffenheit von Emotionen macht deutlich, wie unwahrscheinlich es ist, für eine emotionale Fehlsteuerung, wie wir sie bei der BPS beobachten, einen bestimmten Auslöser zu finden. Viele Wege führen nach Rom.

Immanente Gleichberechtigung der Verhaltensmodalitäten:

Linehan vertritt den Standpunkt, daß keine der Verhaltensmodalitäten eine größere Bedeutung als Auslöser für menschliches Verhalten hat als die anderen. Auch die neurophysiologischen Dysfunktionen sind nicht grundlegend wichtiger als andere Einflüsse auf das Verhalten. Somit sind die Verknüpfungen und kausale Verbindungen zwischen verschiedenen Verhaltensweisen oder verschiedenen Reaktionssystemen zwar wichtig für das menschliche Funktionieren, jedoch nicht wichtiger als andere Verbindungen. Die zentrale Frage ist: Unter welchen Umständen wird ein bestimmtes Verhalten oder Verhaltensmuster gezeigt und beeinflußt es ein anderes Verhalten? Letztendlich werden jedoch einfach linear-kausale Muster der Verhaltensbeeinflussung von einem dialektischen Ansatz gar nicht gesucht, viel wichtiger ist, wie ein bestimmtes Organismus oder Prozeß unter den gegebenen Umständen beschaffen ist. So gesehen sind alle Ereignisse, auch das Verhalten, immer das Ergebnis komplexer kausaler Strukturen auf derselben und auf vielen unterschiedlichen Ebenen. (M.Linehan, Dialektisch- behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, S. 15 f., 1996)

Verhaltensmuster, die nach Linehan oft von BPS- Patienten erfüllt werden (hier gekürzt)

- Emotionale Verletzbarkeit: Umfassende Schwierigkeiten, negative Gefühle zu verarbeiten und eine ausgeprägte Empfindlichkeit gegenüber negativen emotionalen Reizen, hohe Gefühlsintensität, ein nur langsamer Rückgang zu Ausgangsstimmung
- Selbstentwertung: Tendenz, die eigenen emotionalen Reaktionen, Gedanken und Verhaltensweisen zu entwerten und unrealistisch hohe Anforderungen an die eigene Person. Kann ausgeprägte Scham, Selbsthaß und auf sich selbst gerichtete Wut beinhalten
- Ständige Krisen: Häufige negative äußere Ereignisse, die oft durch dysfunktionales Verhalten der Person oder durch inadäquates soziales Umfeld, Schicksal oder Zufall verursacht wurden.
- Unterdrücktes Trauern: Tendenz, negative Gefühlsreaktionen (Wut, Angst, Panik, Schuld- oder Schamgefühle) zu unterdrücken
- Aktive Passivität: Passives Problemlöseverhalten; Unfähigkeit, Probleme aktiv zu lösen. Versuche, eine Lösung der eigenen Probleme von den anderen zu erbitten; erlernte Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit.
- Scheinbare Kompetenz: Betroffenen erscheinen kompetenter, als sie tatsächlich sind.

### Die wichtigsten Annahmen der behavioristischen Modelle:

In dieser Arbeit wird oft auf die Prinzipien des klassischen und des operanten Konditionierens verwiesen, so daß es notwendig ist, sie an dieser Stelle vorzustellen ( es werden nur die Annahmen dargestellt, die für die Arbeit relevant sind).

#### Das klassische Konditionieren:

Als klassisches Konditionieren bezeichnet man den Prozeß der wiederholten Kopplung eines neutralen Reizes mit einem unbedingtem Reiz. Dabei wird der ursprünglich neutrale Reiz zu einem bedingten Reiz, der eine bedingte Reaktion auslöst.

Unbedingter Reiz ist dabei ein Reiz, der ohne vorangegangenes Lernen eine unbedingte (angeborene) Reaktion auslöst.

Neutraler Reiz ist ein Reiz, der zu keiner bestimmten Reaktion führt.

Und ein bedingter Reiz ist ein ursprünglich neutraler Reiz, der aufgrund einer mehrmaligen Kopplung mit einem unbedingten Reiz eine gelernte oder bedingte Reaktion bedingt.

Die Kopplung eines neutralen Reizes mit dem unbedingten Reiz muß mehrmals miteinander und zeitlich kurz nacheinander auftreten und räumlich beieinander liegen.

Von einer Reizgeneralisierung spricht man, wenn ein Reiz, der mit dem unbedingten Reiz Ähnlichkeit hat, ebenfalls die bedingte Reaktion auslöst.

Die Konditionierung wird gelöscht, wenn der bedingte Reiz längere Zeit nicht mehr mit dem unbedingten Reiz gekoppelt wird und daraufhin schließlich die bedingte Reaktion nicht mehr erfolgt.

Mit Hilfe des klassischen Konditionierens kann der Aufbau der emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen, denen ein bestimmter Reiz vorausgeht, erklärt werden.

#### Das operante Konditionieren:

Mit Lernen durch Verstärkung bezeichnet man einen Prozeß, in dessen Verlauf solche Verhaltensweisen vermehrt gezeigt werden, durch die der Organismus angenehme Konsequenzen herbeiführen oder aufrechterhalten bzw. unangenehme Zustände beseitigen, verringern oder vermeiden kann. Den Prozeß, der dazu führt, daß ein spontan gezeigtes Verhalten vermehrt auftritt, nennt man Verstärkung. Man unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Verstärkungsprozessen: dem Prozeß der positiven Verstärkung und dem Prozeß der negativen Verstärkung. Positive Verstärkung ist der Prozeß, der dazu führt, daß ein bestimmtes Verhalten häufiger gezeigt wird, weil durch dieses angenehme Konsequenzen herbeigeführt oder aufrechterhalten werden können. Negative Verstärkung ist der Prozeß, während dessen die Häufigkeit eines bestimmten Verhaltens erhöht wird, weil das Individuum dadurch unangenehme Konsequenzen verringert, vermeidet oder beendet.

Beim operanten Konditionieren spielen also Verstärker (oder Konsequenzen), die auf ein bestimmtes Verhalten folgen, eine entscheidende Rolle. Man unterscheidet dabei zwischen positiven und negativen Verstärker. Als positive Verstärker nennt man all jene Konsequenzen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöhen, weil durch sie ein angenehmer Zustand herbeigeführt oder aufrechterhalten wird. Konsequenzen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöhen, weil durch sie ein unangenehmer Zustand beseitigt, vermieden oder vermindert werden kann, nennt man negative Verstärker. Das gelernte Verhalten nimmt dann ab, wenn er nicht mehr verstärkt wird (verstärken kann man kontinuierlich: jedes Verhalten wird verstärkt, sobald es auftritt; oder intermittierend: das Verhalten wird nur ab und zu verstärkt), bis er schließlich nur noch zufällig auftritt. Die Prinzipien des operanten Konditionierens können bei der Erklärung des menschlichen Verhaltens hinzugezogen werden.

Nähere Beschreibung der invalidierenden Umgebung:

M.Linehan und ihre Mitarbeiter haben 3 Arten von invalidierenden Familien beschrieben:

➤ Chaotischen Familie (Merkmale):

- mögliche Alkohol- und Drogenprobleme, evtl. finanzielle Schwierigkeiten
- Eltern sind häufig außer Haus, den Kindern wird wenig Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet
- Bedürfnisse von Kindern werden in solchen Familien mißachtet. Nach Millon (1987) könnte Zunahme an chaotischen Familien für die Zunahme der BPS verantwortlich sein.

➤ Perfekte Familie (Merkmale):

- Eltern sind aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, negative Gefühlsäußerungen der Kinder zu tolerieren, sie sind oft nicht in der Lage negative Gefühle zu ertragen.

➤ Typische Familie (Merkmale):

- sehr weit verbreitet in der westlichen Kultur
- Leistung und Können zählen in diesen Familien zu den wichtigsten Charakteristika einer Person

die Eltern sind oft der Ansicht, daß Verhalten des reifen Individuums eher von inneren als von äußeren Kräften gesteuert wird, man ist allein für sein Verhalten verantwortlich. Versucht eine Person, sein Verhalten mit äußeren Einflüssen zu erklären, wird sie als unreif empfunden.