

Diplomarbeit

Verena Scheuch

Diplomarbeit

**Vergleich der Übertragungsfokussierten
Psychotherapie (TFP) und der Dialektisch-
Behavioralen Therapie (DBT) bei Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

eingereicht von

Verena Scheuch

Mat.Nr.: 0212216

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut / Klinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von

A. Univ. Prof. Dr. MMag. Karin Fabisch

Ort, Datum

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

*Wirkliches Erleben erfahren wir nur im Hier und
Jetzt. Die Vergangenheit ist schon vorüber,
und die Zukunft ist nicht da. Nur im
gegenwärtigen Augenblick können wir das
Leben wirkliche berühren.*

*Laufe nicht der Vergangenheit nach. Verliere
dich nicht in Sorgen um die Zukunft. Die
Vergangenheit ist nicht mehr. Die Zukunft ist
noch nicht gekommen.*

*Ich atme ein und komme zur Ruhe, ich atme
aus und lächle. Ich atme ein und weiß: Ich
lebe. Ich atme aus und lächle dem Leben zu.*

*Ich atme ein, ich atme aus. Und ich blühe wie
eine Blume. Ich bin frisch wie der Tau. Ruhig
und stark wie die Berge, wie die Erde so fest.
Ich bin frei.*

(Thich Nhat Hanh)

1 Danksagung

An dieser Stelle danke ich vor allem Frau Prof. Dr. MMag. Karin Fabisch für ihre anhaltende und umfassende Unterstützung und dafür, mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden zu sein.

Mein Dank gilt außerdem dem Sekretariat der Psychiatrie für all ihre Bemühungen. Für die guten Ratschläge und Hinweise gilt mein herzlicher Dank meinen Studienkolleginnen Indira und Melanie.

Meiner Familie möchte ich danken, dass sie für mich da war, wenn ich sie gebraucht habe.

Mein ganz besonderer Dank gilt schließlich meinem Freund Joachim Kresser, der nie müde wurde, mir zu helfen.

2 Inhaltsverzeichnis

1 Danksagung	5
2 Inhaltsverzeichnis	6
3 Abkürzungen	8
4 Abbildungsverzeichnis	9
5 Zusammenfassung	10
6 Abstract	12
7 Einleitung.....	13
8 Klinische Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung	16
8.1 Diagnostische Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR.....	16
8.2 Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der ICD-10.....	17
8.3 Diagnostische Verfahren	19
8.3.1 Das Diagnostische Interview für Borderline-Patienten (DIB)	19
8.3.2 Das Strukturelle Interview nach Kernberg	19
8.4 Epidemiologie	20
8.5 Komorbidität.....	21
9 Theorien zur Ursache der Borderline-Persönlichkeitsstörung	22
9.1 Genetische Faktoren	22
9.2 Neurobiologische Auffälligkeiten.....	23
9.3 Umweltfaktoren.....	23
9.4 Neurobehaviorales Entstehungsmodell	25
9.5 Psychoanalytische Entstehungsmodelle	28
9.5.1 Die Theorie von Mahler	28
9.5.2 Die Theorie von Kernberg.....	29
9.5.2.1 Merkmale der Triebkonflikte.....	29
9.5.2.2 Objektbeziehungstheorie	31
9.5.2.3 Spaltung.....	32
10 Behandlungsmodelle	34
10.1 Dialektisch-Behaviorale Therapie	35
10.1.1 Therapeutische Grundannahmen	36
10.1.2 Behandlungsmodulare der Dialektisch-Behavioralen Therapie	37
10.1.2.1 Einzeltherapie	37

10.1.2.1.1 Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeut	38
10.1.3 Behandlungsphasen	39
10.1.3.1 Vorbereitungsphase	40
10.1.3.2 Erste Therapiephase	41
10.1.3.3 Zweite Therapiephase	42
10.1.3.4 Dritte Therapiephase	44
10.1.4 Fertigkeitentraining in der Gruppe	44
10.1.4.1 Struktur des Fertigkeitentrainings	45
10.1.4.2 Aufbau der Sitzungen	45
10.1.5 Supervisionsgruppe	46
10.1.6 Telefonberatung	47
10.2 Übertragungsfokussierte Psychotherapie	48
10.2.1 Dauer und Ablauf der Behandlung	49
10.2.2 Diagnostische Aspekte	49
10.2.3 Strategische Prinzipien	50
10.2.4 Behandlungstechniken	52
10.2.4.1 Technische Neutralität	52
10.2.4.2 Integration von Gegenübertragung	53
10.2.4.3 Therapeutischer Rahmen und Therapievertrag	54
10.2.4.4 Analyse der Übertragung und primitiver Abwehrmechanismen	55
10.2.4.5 Klärung, Konfrontation und Deutung	55
10.2.5 Therapiephasen	57
10.2.5.1 Frühe Therapiephase	58
10.2.5.2 Mittlere Therapiephase	59
10.2.5.3 Fortgeschrittene Therapiephase	60
10.2.6 Supervision	62
11 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie im Vergleich	63
11.1 Gemeinsamkeiten	63
11.2 Stärken und Schwächen	64
11.3 Wichtige Ziele für die Zukunft	66
12 Literatur	67
13 Lebenslauf	72

3 Abkürzungen

DBT _____ Dialektisch-Behaviorale Therapie

TFP _____ Übertragungsfokussierte Psychotherapie

DSM _____ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

ICD _____ Internationale Klassifikation der Krankheiten

4 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1) Neurobehaviorales Modell nach Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus; 2004.....	23
Abb. 2) Objektbeziehungsdyade nach Clarkin, Yeomans, Kernberg; 2008.....	29

5 Zusammenfassung

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen ein charakteristisches Muster von Instabilität im Bereich der Affektregulation, dem Selbstbild, der Impulskontrolle und den zwischenmenschlichen Beziehungen, neigen zu selbst- und fremdschädigendem Handeln sowie häufigen Therapieabbrüchen und wirken oft unberechenbar auf ihre Mitmenschen. Sie durch geeignete psychotherapeutische Interventionen erfolgreich zu behandeln stellt oft nach wie vor eine große Herausforderung dar.

Diese Diplomarbeit gibt, basierend auf einer Literaturrecherche, einen Überblick über die Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie und Psychotherapie, insbesondere der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Marsha M. Linehan und der Übertragungsfokussierten Psychotherapie nach Otto F. Kernberg. Linehans Therapieform stellt eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie dar und beruht auf der Annahme einer Dysfunktion des emotionsregulierenden Systems, wohingegen die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie die theoretische Grundlage von Kernbergs Übertragungsfokussierter Psychotherapie bildet. Zunächst werden sowohl das DSM-IV-TR als auch die ICD-10 als operationalisierte Diagnosekriterien beschrieben. Im Weiteren werden diagnostische Instrumente wie z.B. das Diagnostische Interview für Borderline-Patienten von Gunderson wie auch das Strukturelle Interview nach Kernberg, die der Absicherung der Diagnose dienen, vorgestellt. Anschließend wird auf unterschiedliche Theorien zur Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Risikofaktoren und verschiedene Entstehungsmodelle, genauer eingegangen. In dieser Arbeit wird ein besonderes Augenmerk auf die theoretischen Grundlagen, das therapeutische Verständnis, die Behandlungsmethodik, spezifische Techniken sowie auf elementare Therapieschwerpunkte der Dialektisch-Behavioralen Therapie und der Übertragungsfokussierten Psychotherapie gelegt. Schlussendlich werden beim Vergleich der beiden Therapieformen Gemeinsamkeiten, Stärken und Schwächen herausgearbeitet. In der

Therapie von Borderline-Patienten sind zukünftige Ziele unter anderem eine spezifische Weiterentwicklung und Integration von unterschiedlichen Techniken in das therapeutische Gesamtkonzept, das Herausarbeiten einer verfeinerten Psychopathologie und das Durchführen weiterer randomisiert kontrollierter Studien, die beide Therapieformen vergleichen, um eine adäquate Therapie für das heterogene Patientengut zu ermöglichen.

6 Abstract

People with borderline personality disorder show a characteristic pattern of instability in affect regulation, their self-image, their impulse control, and in interpersonal relationships, they tend to self-mutilating behavior and endangerment of others, as well as frequent interruptions of therapies and they often seem unpredictable. It is still a big challenge to offer them an appropriate psychotherapy.

The following paper is based on literature research and gives an overview about diagnostics, epidemiology, etiology and psychotherapy, especially about dialectic-behavioral therapy by Marsha M. Linehan and transference-focused psychotherapy by Otto F. Kernberg. Linehan's therapy is a version of cognitive behavioral therapy and is founded on the assumption of emotional dysregulation, whereas the object relations theory lays the foundation for Kernberg's transference-focused psychotherapy.

Initially the DSM-IV-TR and the ICD-10 are subscribed as operationalized diagnostic criteria. Furthermore the diagnostic instruments like e.g. the diagnostic interview for borderline-patients by Gunderson as well as the structural interview by Kernberg are depicted to confirm the diagnosis.

The preceding chapters deal with different theories of the genesis of borderline personality disorder, risk factors and the several models of genesis. This paper turns special attention to the theoretical foundations, therapeutic understanding, treatment modalities, specific techniques, as well as to elementary therapeutic foci of dialectic-behavioral therapy and transference-focused psychotherapy.

Finally the two therapies are compared to elaborate similarities, strengths and weaknesses. Prospective goals in the therapy of borderline-patients are amongst others a specific advancement and integration of different techniques into the therapeutic concept, the elaboration of an improved psychopathology and the arrangement of further randomized controlled studies, which compare the two therapies, so as to enable an adequate therapy for any kind of borderline personality disorders.

7 Einleitung

Borderline – erstmals wurde dieser Begriff 1938 vom Psychoanalytiker Adolph Stern (Stern 1938) in den psychoanalytischen Diskurs eingeführt. Er wählte diesen Begriff für eine Gruppe von Patienten, die sich weder dem Terminus der Neurose noch dem der Psychose zuordnen ließen. Demzufolge beanspruchten diese Patienten einen *Übergangsbereich*, der zwischen jenen zwei klar definierten Psychopathologien lag. Im Gegensatz zu heute gab es zu damaliger Zeit für die Behandlung dieser so genannten *Grenzfälle* kein klassisches analytisches Verfahren, um dieses Patientengut adäquat zu therapieren. In den folgenden Jahren hat sich diesbezüglich viel getan. Otto Kernbergs Arbeiten zur *Borderline-Persönlichkeitsorganisation* (Kernberg 1975) haben maßgeblich zur Weiterentwicklung des Störungsbegriffs beigetragen. In seinen Arbeiten bemüht sich Kernberg um eine Vereinheitlichung der vorhandenen psychoanalytischen Beschreibungen dieses Störungsbildes.

Identitätsdiffusion und primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Verleugnung und Omnipotenz, stellen für ihn charakteristische Merkmale dieser Störung dar. Sicherlich ebneten Kernbergs Arbeiten den Weg für die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung in das DSM-III.

Anfangs standen die Beschreibungen diagnostischer Kriterien, das Ermitteln epidemiologischer Daten und die nosologische Ausdifferenzierung im Interesse der Allgemeinheit. Doch schon seit den 1980er Jahren überwiegen die Bestrebungen, die Wirksamkeit verschiedenster Therapien durch Studien zu untersuchen. Die Anzahl der Publikationen, die sich bisher mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung befassen, ist beachtenswert.

Sowohl das DSM-IV-TR, wie auch die ICD-10 dienen momentan der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hierbei handelt es sich um operationalisierte Diagnosekriterien. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen Störungen im Bereich der Affektivität, der Impulsivität, der kognitiver Prozesse, der zwischenmenschlichen Beziehung und des Selbstbildes auf. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann mit einer Prävalenz von 2% in der Allgemeinbevölkerung als häufig bezeichnet werden. Somit lassen sich die zahlreichen Anstrengungen

verstehen, die unternommen wurden und werden, um eine adäquate Therapie zu ermöglichen.

Nach aktueller Studienlage konnte sowohl die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Marsha M. Linehan sowie der Übertragungsfokussierten Psychotherapie von Otto F. Kernberg empirisch nachgewiesen werden.

Linehans Therapieform ist eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie und basiert auf der Annahme einer Dysfunktion des emotionsregulierenden Systems. In dieser Therapieform werden Prinzipien überprüfbarer Psychotherapie, die neurobehaviorale Theorie sowie die Philosophie des Zen vereint. Die Betonung von Akzeptanz und Validierung eines momentan auftretenden Verhaltens, die Hierarchisierung von Verhaltensweisen und die Orientierung an Verhaltensanalysen zur Wahl der Behandlungsmethodik sind charakteristische Merkmale der Dialektisch-Behavioralen Therapie.

Die theoretische Grundlage von Kernbergs Übertragungsfokussierten Psychotherapie bildet die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie. Sie geht davon aus, dass bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung eine ausgeprägte Identitätsstörung besteht. Aufgrund mangelnder Integration von Selbst- und Objektepräsentanzen, sowie einer vehementen Trennung positiver und negativer Aspekte des eigenen Selbst und anderen Bezugspersonen, neigen Borderline-Patienten zum Schwarz-Weiß-Sehen. Sie idealisieren und entwerten andere, führen meist sehr instabile zwischenmenschliche Beziehungen und greifen auf unreife Abwehrmechanismen zurück, um die Identitätsdiffusion aufrecht zu erhalten.

Interventionstechniken der Klärung, Konfrontation und Deutung dienen der Umsetzung von definierten therapeutischen Prinzipien wie Herausarbeiten der dominanten Objektbeziehungen, Analyse des Rollenwechsels, Förderung der Reflexionsfähigkeit und Verbesserung der Fähigkeit, Empathie für sich selbst und andere zu empfinden. Damit wird versucht, eine schrittweise Integration von den gegensätzlichen Vorstellungen des Patienten zu erreichen (vgl. Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004; Fiedler 2007; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

Dass in dieser Arbeit die *männliche* Variante der Personbeschreibung und Persontypisierung verwendet wurde, dient ausschließlich einer besseren Verständlichkeit und soll ein flüssigeres Lesen ermöglichen.

8 Klinische Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Derzeit stehen zur Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung zwei operationalisierte Diagnosekriterien, nämlich das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV-TR 2003) und die *Internationale Klassifikation der Krankheiten* (ICD-10 1991) zur Verfügung.

8.1 Diagnostische Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR

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

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehrere Tage andauern).
7. Chronisches Gefühl der Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

(DSM-IV-TR 2003)

8.2 Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der ICD-10

In der ICD-10 wird die Borderline-Störung als eine von zwei Unterformen der dort so bezeichneten *Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung* dargestellt:

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typus (60.31),
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver-Typus (60.30).

Der *Borderline-Typus* wird dabei ähnlich wie im DSM-IV-TR beschrieben und konzeptualisiert. Der *Impulsive-Typus* dagegen kennzeichnet Personen, deren mangelnde Impulskontrolle zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten führt (vgl. Fiedler 2007).

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

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit voranzuplanen ist gering, und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

F60.30: Impulsiver Typus. Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

Dazugehörige Begriffe:

- aggressive Persönlichkeit(sstörung)
- reizbare (explosible) Persönlichkeit(sstörung)

Ausschluss:

- dissoziale Persönlichkeit(sstörung) (F60.2)

F60.31: Borderline-Typus. Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl der inneren Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehung kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Dazugehöriger Begriff:

- Borderline Persönlichkeit(sstörung)

(ICD-10 1991)

Trotz der detaillierten Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, die sowohl im DSM-IV-TR sowie im ICD-10 angeführt werden, ist eine Abgrenzung zur schizophrenen Störung oft recht schwierig. Paranoide Gedanken und Fantasien

treten häufig bei beiden Persönlichkeitsstörungen auf. Beim Borderline-Patient sind diese Symptome jedoch mit dem gleichzeitigen Auftreten kritischer Erfahrungen und Konflikten verbunden. Die psychotische Symptomatik dauert nur einige Stunden bis Tage, wird als ich-dyston erlebt, folgt keiner Regelmäßigkeit und ist auch ohne spezifische Behandlung voll reversibel. Es ist jedoch wichtig im Auge zu behalten, dass das Vorliegen einer schizophrenen Störung eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht ausschließt (vgl. Bohus 2002; Rohde-Dachser 2004; Fiedler 2007).

8.3 Diagnostische Verfahren

8.3.1 Das Diagnostische Interview für Borderline-Patienten (DIB)

Das *Diagnostische Interview für Borderline-Patienten* wurde 1978 von Gunderson und Kolb entwickelt und dient der Erfassung der Borderline-Diagnose. Dabei wird neben der individuellen aktuellen Symptomatik des Patienten auch die Entstehung der Erkrankung erfasst.

Es handelt sich hierbei um ein halbstrukturiertes Interview, bestehend aus 123 Fragen, mit denen insgesamt 29 Charakteristika von Borderline-Patienten erfasst werden sollen. Die Fragen werden zu fünf für die Borderline-Diagnose relevante Bereiche gestellt, nämlich: Soziale Anpassung, Impuls- bzw. Handlungsmuster, Affekte, Psychose und zwischenmenschliche Beziehungen (vgl. Gunderson 1990; Rohde-Dachser 2004; Fiedler 2007; Bateman, Fonagy 2008).

8.3.2 Das Strukturelle Interview nach Kernberg

Dieses Interview wurde von Kernberg 1977 entwickelt, um als klinisches Diagnoseverfahren Symptomatologie (aktuell sowie lebensgeschichtlich), Persönlichkeitsorganisation (Selbst- und Fremdkonzepte miteingeschlossen), Qualität der Interaktion zwischen Therapeut und Patient im Hier und Jetzt, sowie

anamnestische Daten zu erfassen. Besonders relevant für die Diagnose sind drei Kriterien: 1. Das Ausmaß der Identitäts-Integration, 2. das Niveau der Abwehroperation, und 3. die Fähigkeit zur Realitätsprüfung.

Mit Hilfe von vier verschiedenen Interventionstechniken, nämlich Klärung, Konfrontation, Deutung und Interpretation der Übertragung, kann auf den Patienten eingegangen werden.

Es muss beachtet werden, dass dieses Interview hohe Anforderungen an die klinische Erfahrung des Interviewers stellt.

Vorteilhaft scheint, dass das *Strukturelle Interview nach Kernberg* zu unmittelbaren behandlungstechnischen Konsequenzen führt und prognostische Hinweise ableiten lässt (vgl. Kernberg 1981; Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004; Bateman, Fonagy 2008; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

8.4 Epidemiologie

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mit einer Prävalenz zwischen 1,1% und 1,8% Prozent eine häufige Erkrankung. In klinischen Stichproben findet man einen 70%igen Anteil an weiblichen Patienten. Der Anteil an Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb der Gruppe der Patienten mit einer oder mehreren Persönlichkeitsstörungen liegt zwischen 27% und 51%. Untersuchungen von Jerschke et al. (1998) fanden eine bimodale Verteilung für das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation. Die erste Gruppe zeigt im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten wie Essstörungen, Suizidversuche, affektive Störungen und Selbstschädigung, die eines stationären Aufenthaltes bedurften. Die zweite Gruppe wurde erst im durchschnittlichen Alter von 24 Jahren das erste Mal stationär behandelt.

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben ein Suizidrisiko von bis zu 10%. Selbstverletzungen treten bei 70% bis 80% der Borderline-Patienten auf und gelten somit als ein Charakteristikum dieser Persönlichkeitsstörung (vgl. Jerschke et al. 1998; Bohus 2002; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus 2004; Bohus, Schmahl 2007; Fiedler 2007; Bateman, Fonagy 2008).

8.5 Komorbidität

Sehr viele Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen zusätzliche psychiatrische Störungen auf. Am häufigsten anzutreffen sind depressive Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 98%, gefolgt von Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 90% und ausgeprägten Schlafstörungen mit einer Häufigkeit von 50%. Alkohol- oder Drogenmissbrauch findet man bei 40% aller Frauen und bei 60% aller Männer mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Essstörung bei Frauen wird auf 60% geschätzt, an komorbid vorhandenen psychotischen Erkrankungen leiden etwa 1% aller Borderline-Patienten. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist eine Störung des Kindesalters und tritt komorbid mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Etwa die Hälfte der Borderline-Patienten berichtet über schwere Störungen der Aufmerksamkeit während ihrer Jugendzeit. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann auch mit anderen Persönlichkeitsstörungen auftreten. Am häufigsten ist die *Dependente Persönlichkeitsstörung* (50%), gefolgt von der *Ängstlich Vermeidenden Persönlichkeitsstörung* (40%), der *Paranoiden Persönlichkeitsstörung* (40%), der *Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung* (25%), der *Antisozialen Persönlichkeitsstörung* (25%) und der *Histrionischen Persönlichkeitsstörung* (15%) (vgl. Bohus 2002; Stuppe 2002; Bohus, Schmahl 2007; Bateman, Fonagy 2008).

9 Theorien zur Ursache der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Trotz intensiver Forschung birgt die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung noch viele offene Fragen. Im Sinne einer multifaktoriellen Verursachung geht man davon aus, dass es sich bei der Entwicklung dieser Störung um ein komplexes Zusammenwirken – in je individueller Gewichtung - von genetischen Faktoren, neurobiologischen Auffälligkeiten, traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und Lernfaktoren handelt (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

9.1 Genetische Faktoren

Hinweise, dass genetische Faktoren bei der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen, liefern Familienuntersuchungen. So lassen sich in einer Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000) etwa 60 % der Varianz der Borderline Persönlichkeitsstörung aufklären. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist allerdings zu berücksichtigen, dass möglicherweise genetisch bedingte Vulnerabilitäten (z.B. Neigung zu instabilen Affekten) wohl erst im komplexen Zusammenwirken mit u.a. Umweltfaktoren wirksam werden. Außerdem erfüllen über 90% aller Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere Persönlichkeitsstörung, sodass die hohe genetische Varianz möglicherweise auch durch die Komorbidität erklärt werden kann. Molekulargenetische Untersuchungen liefern dazu bisher keine verlässlichen Daten.

Studien, die primär Verhaltens- und Erlebensdispositionen in einem dimensional Modell, welches von einem Kontinuum zwischen Persönlichkeitszügen und Persönlichkeitsstörung ausgeht, untersuchen, betonen ebenfalls die Bedeutung hereditärer Faktoren bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Torgersen et al. 2000; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008; Bateman, Fonagy 2008).

9.2 Neurobiologische Auffälligkeiten

Es gibt Hinweise, dass bei der emotionalen Instabilität von Borderline-Patienten eine Überaktivität der Amygdala eine Rolle spielt. Weiters gibt es Anhaltspunkte, die auf eine präfrontale Funktionsstörung hinweisen. Außerdem wurden präfrontale strukturelle und neurochemische Auffälligkeiten gefunden, die als eine Störung der präfrontalen hemmenden Kontrolle der Amygdala interpretiert werden können. Die gesteigerte Impulsivität der Patienten ist möglicherweise durch eine serotonerge Unterfunktion im orbitofrontalen Kortex verursacht. Auch wird eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse vermutet. Zwei weitere Besonderheiten, nämlich ein verkleinerter Hippokampus und eine Funktionsstörung des vorderen Cingulums, werden in Zusammenhang mit der emotionalen Instabilität und der Impulsivität gesehen. Inwieweit diese Auffälligkeiten genetisch bedingt sind, bleibt vorerst ungeklärt (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus 2004; Bohus, Schmahl 2007; Bateman, Fonagy 2008).

9.3 Umweltfaktoren

Es besteht Übereinstimmung dahingehend, dass ungünstige Umweltbedingungen bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen.

Folgende Risikofaktoren können dabei als empirisch gesichert angesehen werden:

- Weibliches Geschlecht bzw. Sozialisierung
- Frühe Erfahrung von sexueller Gewalt
- Körperliche Gewalt und Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen
- Gewalterfahrung im Erwachsenenalter
- Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit gewährt, die Wahrnehmungen der Betroffenen teilt und deren Emotionen bestätigt

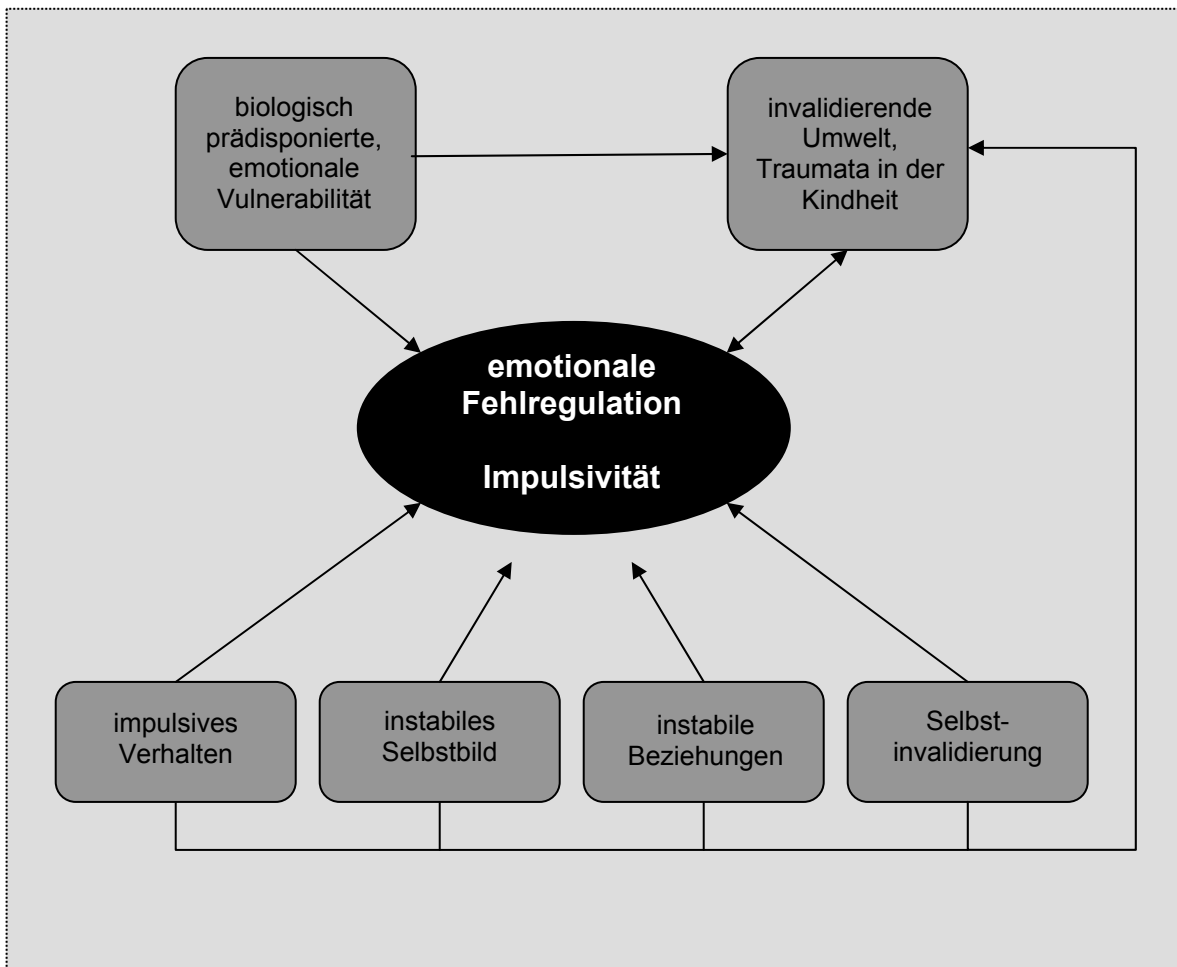
(vgl. Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Fiedler 2007).

Der kausale Zusammenhang zwischen erlebter Traumatisierung und Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist gegenwärtig noch nicht geklärt. Es kann davon ausgegangen werden, dass 40% bis 70% der Patienten mit einer Borderline-

Persönlichkeitsstörung als Kinder oder Jugendliche traumatisiert worden sind. Diese Traumatisierung geschah entweder durch sexuellen Missbrauch, körperliche Gewalterfahrung oder Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen. Es wurde herausgefunden, dass die Schwere der Borderline-Symptomatik mit der Schwere der sexuellen Traumatisierung in Wechselwirkung steht. Forschungsergebnisse im Bereich der Bildgebung des Zentralnervensystems lieferten Hinweise, dass frühe traumatische Erfahrungen möglicherweise zu morphologischen Veränderungen im Bereich des limbischen Systems führen können. Störungen der Affektregulation könnten demnach Folgen früher traumatischer Erfahrungen sein. Es ist jedoch zu beachten, dass es auch ohne Traumatisierung zu einer Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung kommen kann (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Wöller, Kruse 2003; Bateman, Fonagy 2008).

9.4 Neurobehaviorales Entstehungsmodell

Linehan (1993) geht in ihrem multifaktoriellen Ansatz davon aus, dass für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die psychosoziale Komponente, welche empirisch gesicherte Risikofaktoren mit einschließt, die genetische Veranlagung, dissoziative Phänomene und vor allem Störungen in der Affektregulation eine sehr bedeutsame Rolle spielen. (Abb.1)



(Abb. 1) Neurobehaviorales Modell (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus 2004)

In diesem Modell vereint Linehan Lerntheorie, kognitive Theorie und Neurobiologie. Die Lerntheorie erläutert die Maximen der klassischen und instrumentellen Konditionierung. So beschreibt sie das Entstehen von angstausslösenden Stimuli oder die Aufrechterhaltung von Handlungsmustern zur Reduktion von Spannungszuständen. Im Mittelpunkt der kognitiven Theorie stehen die Bedeutung

individueller Schemata und Bewertungsprozesse für die Entwicklung traumaassoziierter Symptome und deren Chronifizierung. In der Neurobiologie wird die Aufmerksamkeit auf den Einfluss genetischer Faktoren auf zentrale biologische und physiologische Dysfunktionen gerichtet.

Linehan geht davon aus, dass die primäre Dysfunktion in einer unangemessenen Affektregulation liegt. Borderline-Patienten zeigen eine erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, heftige Reaktionen schon auf schwache Stimuli, eine verstärkte emotionale Auslenkung und eine verzögerte Emotionsrückbildung. Sie leiden häufiger, länger und intensiver unter aversiven Anspannungen und zeigen dabei Schwierigkeiten Emotionen zu differenzieren. Linehan sieht selbstdestruktive Impulsivität als ein charakteristisches Symptom. Dieses geht aus einer spezifischen gelernten Problemlösungsstrategie hervor und dient der Reduktion einer subjektiv als unakzeptierbar erlebten Dysphorie.

Borderline-Patienten präsentieren häufig unverständliche, plötzliche Gefühlsschwankungen, da es ihnen nicht möglich ist, die rational-inhaltlichen Strukturen interaktioneller Beziehungen als Orientierungspunkt zu wählen. Stattdessen orientieren sie sich an den aktuell evozierten eigenen Stimmungen und Affekten beziehungsweise an den gelernten Möglichkeiten, diese zu kontrollieren (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Stuppe 2002; Fiedler 2007; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

Für Linehan stellt die *invalidierende Umgebung* ein zentrales Entwicklungsmoment für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Durch sie wird ein gefühlsmäßiges Erlernen von Identität erschwert oder behindert. Linehan beschreibt die *invalidierende Umgebung* als Umfeld, indem belastende Erfahrungen und schmerzliche Gefühle, die eine emotionale Unausgeglichenheit hervorrufen, nicht angemessen validiert werden. Negative Emotionen werden grundsätzlich nicht toleriert und als Überreaktion, Übersensibilität oder Paranoia abgetan. Hingegen wird großer Wert auf andauerndes Glücklichein und eine positive, mentale Einstellung gelegt. Es herrscht die Annahme, dass jeder, der hart genug versucht, sämtliche Probleme lösen kann. Werden die Erwartungen aus der invalidierenden Umgebung

nicht erfüllt, folgen Kritik und die Aufforderung, sich mehr anzustrengen und sich um eine positivere Einstellung zu bemühen (vgl. Linehan 1993).

Die Neigung von Borderline-Patienten zu dichotomem Denken und Handeln, die in der Psychoanalyse als Spaltung beschrieben wird, erklärt Linehan als Unsicherheit oder Bestreben, an inneren Ambivalenzen und Gegensätzlichkeiten festzuhalten. Sie beschreibt vier Pole, zwischen denen sich diese Ambivalenzen bewegen: *aktive Passivität*, *scheinbare Kompetenz*, *permanente Krise* und *gehemmte Trauer*. Die *aktive Passivität* bezieht sich auf die passive und hilflose Art und Weise, wie Borderline-Patienten an Probleme herangehen und ihre Neigung, für eben diese Probleme aktiv Lösungen von Bezugspersonen zu fordern. Als *scheinbare Kompetenz* wird der kompetente Eindruck, den Borderline-Patienten erwecken können, bezeichnet. Diese vermeintliche Kompetenz ist jedoch massiven Schwankungen unterworfen, da sie nicht über alle Situationen und nicht über alle unterschiedlichen Stimmungslagen hinweg generiert werden kann. Die scheinbar unendliche persönliche Krise der Borderline-Patienten ist der Kern der *permanenten Krise*. Ihre Ursache liegt im Misslingen eines synthetisierenden Überwindens innerer Ambivalenzen und Widersprüche. Ein stabiles Grundniveau emotionalen Funktionierens kann nicht erreicht werden, nur eine temporäre Beruhigung durch Klärung interpersoneller Konflikte. *Gehemmte Trauer* kennzeichnet eine Spannung, die ihre Wurzeln in fehlenden Lernerfahrungen im Umgang mit Krisen, traumatischen Erfahrungen und Verlusterlebnissen hat. Kritische Situationen führen zu einer fortwährenden Überforderung. Linehan vermutet in der Aufrechterhaltung von Ambivalenzen einen Mechanismus, der die Aufarbeitung der Trauerarbeit verhindert und somit eine Integration von durchlebten Krisenerfahrungen unmöglich macht (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Stuppe 2002; Fiedler 2007; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

9.5 Psychoanalytische Entstehungsmodelle

Aus der Fülle an psychoanalytischen Entstehungsmodellen werden hier die Theorie von Mahler (1975) und von Kernberg (1991) näher vorgestellt, da sie wesentlich zum Verständnis der Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung beitragen.

9.5.1 Die Theorie von Mahler

Mahlers Theorie besagt, dass die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung schon während der ersten drei Jahre stattfindet. Dieser frühe Lebensabschnitt wird von ihr Loslösungs- und Individuationsphase genannt. Mahler unterteilt diese Phase in vier Subphasen:

1. Differenzierungsphase (4.-10. Lebensmonat)
2. Übungsperiode (10.-18. Lebensmonat); diese wird unterteilt in die frühe Übungsphase und die eigentliche Übungsphase
3. Wiederannäherungsphase (18.-36. Lebensmonat)
4. Objektkonstanz (ab 36. Lebensmonat)

Die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung findet Mahlers Auffassung zufolge ihre Ursache insbesondere in Störungen während der *Phase der Wiederannäherung*.

Die Differenzierungsphase beinhaltet die ersten tastenden Versuche des Kindes, welches gerade lernt, die Mutter als eigenständige Person zu erkennen. Optimales Urvertrauen sorgt in dieser Phase dafür, dass bei dem Kind Neugier und Staunen vorherrschen. In der frühen Übungsphase, die sich mit dieser Subphase überschneidet, entfernt sich das Kind das erste Mal durch Krabbeln, Klettern oder Aufrichten von der Mutter. Die eigentliche Übungsphase wird durch die freie, aufrechte Fortbewegung des Kindes charakterisiert. Zu diesem Zeitpunkt erwacht beim Kind das Interesse für andere Objekte. Obwohl die neuen Aktivitäten mit großer Hingabe betrieben werden, ist die körperliche Nähe der Mutter unverzichtbar. Dieser Abschnitt ist vom Narzissmus des Kindes, seiner potentiellen Objektliebe und dem Aufwallen zielgerichteter Aggressivität geprägt. Sensomotorische und begriffliche Intelligenz, symbolisches Denken und aufrechte, freie Fortbewegung stellen den ersten Teil der Selbst-Identität dar. Die fortschreitende kognitive Entwicklung des

Kindes, führt zu einem wachsenden Bewusstsein seiner Getrenntheit von der Mutter. Das ist der Moment, der die Wiederannäherungsphase einleitet. Der Wunsch nach mehr Autonomie steht mit dem Verlangen, die Mutter ständig um sich zu haben, in Widerspruch. Daraus resultieren Empfindungen wie Unzufriedenheit und Unersättlichkeit, das Kind neigt zu plötzlichen Stimmungsumschwüngen und häufigeren Temperamentsausbrüchen. Das gleichzeitige Zurückweisen der Mutter und Festklammern an ihr wird als Ambitendenz bezeichnet. Gelingt es der Mutter, in dieser Zeit adäquat emotional verfügbar zu sein und spielerisch auf die Externalisierungs- und Internalisierungsversuche des Kindes einzugehen, kommt es zu einer Festigung des Identitätsempfinden und der Selbst- und Objektrepräsentanz und es folgt nun die Phase der emotionalen Objektkonstanz.

Die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat nun insbesondere während der *Phase der Wiederannäherung* ihre Wurzeln. Ist die Mutter unfähig, den Bedürfnissen des Kindes in dieser Phase zu entsprechen, reagiert dieses darauf mit einem sehr raschen Wechsel von Sich-Anklammern und Zurückweisen der Mutter. Die Folge dieses Prozesses ist ein negativistisches Verhalten des Kindes. Hier kommt es zu einem Phänomen, bei dem das Kind beginnt, die Objektwelt in gut und schlecht aufzuspalten. Diese Spaltung dient dem Kind dazu, die guten Objekte vor der entfesselten Aggression zu schützen.

Die Folgen, die aus diesem pathologischen Prozess resultieren, sind die für Borderline-Patienten charakteristischen Symptome wie gesteigerte Trennungsangst, gestörte Internalisierungsprozesse und wahnhaftige Allmachtsvorstellungen bei gleichzeitigem Bestehen vollkommener Abhängigkeit (vgl. Mahler 1975a; Mahler 1975b; Rohde-Dachser 2004).

9.5.2 Die Theorie von Kernberg

9.5.2.1 Merkmale der Triebkonflikte

Kernberg (1991) geht davon aus, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine pathologische Verdichtung genitaler und prägenitaler Triebstrebungen bei gleichzeitig

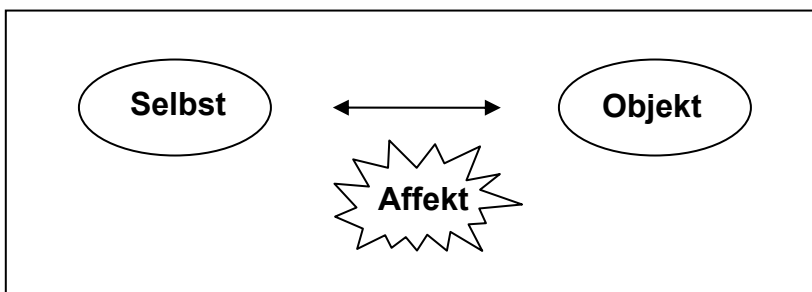
vorherrschender prägenitaler Aggression aufweist. Mit dieser Annahme versucht er, die bei Borderline-Patienten charakteristische Verdichtung von Sexual-, Abhängigkeits- und Aggressionsimpulsen zu erklären. Kernberg datiert die Borderline-Entwicklung während des zweiten und dritten Lebensjahres.

Im Mittelpunkt von Kernbergs Theorie stehen frühe orale Traumata, die im Kind eine exzessive Enttäuschungsaggression auslösen. Die Borderline-Entwicklung resultiert für Kernberg aus der spezifischen Art und Weise, mit der das Kind dem immensen Druck der prägenitalen Aggression zu begegnen versucht. Diese enorme Aggression ist die Ursache, weshalb das Kind die prägenitalen Entwicklungsphasen in einer Art *Flucht nach vorne* (Rohde-Dachser 2004) vorschnell durchläuft. Somit kommt es zu einer frühzeitigen Aktualisierung des ödipalen Konflikts, in den sämtliche ungelöste prägenitale Aggressionen mit einfließen. Die Lösung des ödipalen Konfliktes ist für das Kind unmöglich, da die Aggression direkt auf den ödipalen Rivalen projiziert wird und dieser dadurch als ein äußerst gefährlicher und destruktiver Charakter wahrgenommen wird.

Frühzeitig baut das Kind nun einen Dritten, meist den Vater, in die duale Beziehung mit ein. Frustrierte Abhängigkeitsbedürfnisse werden nun von der Mutter auf den Vater verlagert. Durch diesen Vorgang findet eine Intensivierung der Kastrationsangst beim Jungen und des Penisneids beim Mädchen statt. Als Folge kommt es bei beiden Geschlechtern zu einer Charakterverzerrung (Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004). Rohde-Dachser fasst dies folgendermaßen zusammen: „Weibliche Borderline-Patienten zeigen mit großer Regelmäßigkeit diese – häufig als Hysterie eingeordnete und damit auch abgetane – Verdichtung von prägenitalen und genitalen Konflikten, wobei (...) bei diesen Frauen das subjektive Erleben der sexualisiert wahrgenommenen, oralen Bedürftigkeit stärker im Vordergrund steht, als bei den männlichen Patienten, die diese Wünsche eher abwehren und vordergründig deshalb mehr aggressiv getönte Triebkonflikte darbieten“ (Rohde-Dachser 2004: 119).

9.5.2.2 Objektbeziehungstheorie

Im Zentrum von Kernbergs Objektbeziehungstheorie steht die internalisierte Objektbeziehung. Sie kann als eine intrapsychische Repräsentation der gefühlsmäßigen Beziehung eines Borderline-Patienten zu einem spezifischen Anderen gesehen werden. In Bezug auf dieses spezifische Objekt werden die von Freud beschriebenen Triebe Libido und Aggression erlebt. Innere Objektbeziehungen dienen als Bausteine psychischer Strukturen, welche ein dauerhaft bleibendes Muster von mentaler Funktion sind. Verhalten, Wahrnehmung und Motivation werden durch innere Objektbeziehungen gesteuert. Es gilt nun zwischen Repräsentanzen des Selbst und Repräsentanzen des Anderen, nämlich dem Objekt des Triebes, zu unterscheiden. Die Selbstrepräsentanzen stehen für die affektiv-kognitive Struktur von Erfahrungen der eigenen Person, die Objektrepräsentanzen hingegen für die kognitiv-affektiven Beziehungserfahrungen mit relevanten Bezugspersonen. Nimmt man nun das Selbst, das Objekt und den sie verbindenden Affekt, dieser ist ein Triebbezogener bzw. -repräsentierender, so vereinigen sie sich zu einer *Objektbeziehungsdjade* (Abb.2). Es ist jedoch unbedingt darauf hinzuweisen, dass weder das Selbst noch das Objekt exakte Wiedergaben der Gesamtheit des Selbst oder des Objekts sind. Vielmehr sind diese Selbst- und Objektrepräsentanzen unzureichend und einseitig ausgebildet, da die Repräsentanzen so wiedergegeben werden, wie sie zu einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung erlebt wurden.



(Abb. 2) *Die Objektbeziehungsdjade nach Clarkin, Yeomans, Kernberg (2008)*

Frühe Selbst- und Objektrepräsentanzen gruppieren sich zumeist um die Erfahrungen von gut und böse. Borderline-Patienten sind nicht in der Lage, diese in reifere Selbst-

und Objektrepräsentanzen zu integrieren. Diese frühen, schwarz-weiß gezeichneten Repräsentanzen bleiben für das weitere Leben bestehen und werden von Borderline-Patienten immer wieder in Szene gesetzt.

Nach Kernbergs Auffassung zeigen Borderline-Patienten eine konstitutionsbedingte Unfähigkeit zur Affektregulation in zwischenmenschlichen Beziehungen. Kernberg sieht in frühen traumatisierenden Objekt-Beziehungen, bei gleichzeitigem Bestehen einer solchen Prädisposition die Ursache, warum affekt-diffuse oder konflikthafte Selbst- und Objektrepräsentanzen aus dieser Zeit erhalten bleiben. Da Borderline-Patienten sich unfähig fühlen, mit Beziehungsambivalenzen umzugehen, entwickeln sie eine charakteristische Art des Selbstschutzes. Dieser spiegelt sich als eine Art persönliches Grundmuster in ihrer Beziehungsregulierung wider (vgl. Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004; Fiedler 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

9.5.2.3 Spaltung

Es handelt sich hierbei um einen unreifen Abwehrmechanismus gegenüber interpersonell diffusen und aversiven Erfahrungen. Die Spaltung kann als ein erster Versuch der Angstbewältigung gesehen werden. Durch ihre Rigidität und Inflexibilität verhindert sie jedoch eine adäquate Anpassung an die äußere Realität. In den ersten Lebensjahren ist das Kind häufig mit dem Aufeinandertreffen heftiger Affekte konfrontiert. Es sieht sich gezwungen, eine Strategie zu entwickeln, um sich vor der Angst vor kollidierenden libidinösen und aggressiven Affekten zu schützen. Es versucht mit aller Kraft, diese Affekte voneinander getrennt zu halten und sie nicht an die Objekte heran zu lassen. Somit vollzieht sich eine radikale Trennung zwischen guten und schlechten Affekten, sowie guten und bösen Objekten. Dies dient dazu, idealisierte Anteile der inneren Welt vor aggressiven zu schützen. Die Aufrechterhaltung dieser Spaltung ist nur durch Realitätsverleugnung möglich. Folglich kann es zu keiner innerpsychischen Bewältigung kommen und die fehlerhafte kognitive Verarbeitung sowohl der äußeren Welt, als auch der inneren Affekte führt auf der Verhaltensebene zu Stress.

Es ist charakteristisch für Borderline-Patienten, dass sie Meinungen und Ansichten sehr vehement aber recht inkonsequent vertreten. Ihre Sicht der Welt ist schwarz oder weiß, eine Bezugsperson wird idealisiert oder abgewertet, für sie sind die Dinge gut oder schlecht. Ob sie etwas als gut oder schlecht empfinden, kann sich jedoch von einem Moment zum nächsten ändern. Hieraus resultiert der chaotische, sprunghafte Lebensstil von Borderline-Patienten. Die Enttäuschung durch einen Freund kann zu einer sofortigen Beendigung der Beziehung führen. Durch eine positive Erfahrung kann die Beziehung jedoch sogleich wieder begonnen werden. Je nach Situation ist der Borderline-Patient enormen Stimmungsschwankungen unterworfen. So kann ein einziges negatives Erlebnis zu einer depressiven Episode führen, in der die Welt nur noch schwarzgesehen wird. Ein glückliches Ereignis hingegen kann den Borderline-Patienten in euphorische Stimmung versetzen. Die Komplexität der Objekte, Interaktionen und Beziehungen bleibt unerkannt, Ambiguität wird kaum ertragen. Widersprüchlichkeiten im Denken, Affekt und Verhalten werden ohne weiteres toleriert. Die äußere Realität muss der rigiden und unreifen inneren Struktur angepasst werden, was zur Folge hat, dass Borderline-Patienten eine erhöhte Anfälligkeit für Wahrnehmungsverzerrungen haben. Letzten Endes trägt die Spaltung nicht zu einer erfolgreichen Anpassung an das reale Leben bei, ganz im Gegenteil, sie führt zu dem chaotischen und extrem unbeständigen Alltag, mit dem ein Borderline-Patient zu kämpfen hat (vgl. Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004; Fiedler 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10 Behandlungsmodelle

In den letzten Jahren entwickelten sich zahlreiche Behandlungsmodelle für die Therapie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Da es sich hierbei um eine sehr komplexe Störung handelt, stellt die Arbeit mit Borderline-Patienten eine große Herausforderung für die Therapeuten dar. Suizidalität, Selbstverletzungen, Behandlungsabbrüche, starkes Agieren und heftige, zum Teil schwer zu kontrollierende Affekte haben zu unterschiedlichen behandlungstechnischen Konsequenzen geführt.

In der US-amerikanischen Ich-psychologischen Tradition und der britischen kleinianischen Tradition wird ein hochfrequentes Psychoanalyse-Setting favorisiert. Ähnlich der kleinianischen Tradition ist Kernbergs objektbeziehungstheoretische Auffassung und Fokussierung auf die Übertragung. Abweichungen findet man in Kernbergs (1991) therapeutischem Setting, im Umgang mit der technischen Neutralität und in der Gestaltung des Behandlungsrahmens. Beck (1990), ein zentraler Befürworter des kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansatzes, richtet seine Aufmerksamkeit auf die selektiven Informationsverarbeitungsprozesse, die jeder Reaktion auf die Umwelt vorausgehen. Beck sieht eine Gemeinsamkeit der Kognitiven Therapie und der Psychoanalyse in der Fokussierung von Kernproblemen bei Borderline-Patienten. Die Art und Weise der Konzeptualisierung eben dieser Kernprobleme differiert jedoch stark. Die Kognitive Therapie geht davon aus, dass psychische Strukturen im Bewusstsein des Patienten liegen, während die Psychoanalyse der Auffassung ist, dass diese dem Patienten unbewusst sind. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie von Linehan (1993) verbindet kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken. Emotionale Reaktivität und Emotionsregulierung spielen in diesem Modell eine zentrale Rolle. Reaktionen und Erfahrungen des Borderline-Patienten werden validiert und je nach Entwicklungsstand wird mit spezifischen Techniken versucht, den Umgang mit Emotionen zu unterstützen. Wie die Übertragungsfokussierte Psychotherapie hebt Linehan ebenfalls die Bedeutung eines klaren und strikten Behandlungsrahmens hervor.

Trotz Unterschiedlichkeit dieser therapeutischen Ansätze kristallisieren sich nach Waldinger (1987) folgende zentrale Elemente einer Borderline-Therapie heraus:

- der Aufbau eines stabilen Behandlungsrahmens
- eine eher aktive therapeutische Haltung
- ein haltender Raum für die Wut und die Aggression des Patienten
- ein konfrontativer Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten
- das Herstellen einer Verbindung zwischen Gefühlen und Handlungen
- das Setzen und Einhalten von Grenzen
- die Wahrnehmung der Gegenübertragung
- der Fokus auf die Intervention im Hier und Jetzt;

Generell kann zusammengefasst werden, dass die Therapie auf Reorganisation und Festigung der fragilen und gestörten Identität des Borderline-Patienten abzielt und eine Stabilisierung der massiv konflikthafter und äußerst emotionalen Beziehungen angestrebt wird (vgl. Waldinger 1987; Beck, Freeman 1990; Bohus 2002; Lohmer 2005; Fiedler 2007; Bateman, Fonagy 2008; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.1 Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die Basis der Dialektisch-Behavioralen Therapie bilden empirisch abgesicherte kognitiv-behaviorale Methoden. Zusätzlich schließt sie zahlreiche Strategien und Techniken aus anderen therapeutischen Schulen mit ein. Eine Besonderheit ist sicherlich die Integration fernöstlicher Meditationstechniken mit einer Zen-buddhistischen Orientierung, deren Wirksamkeit ebenfalls empirisch nachgewiesen werden konnte. Der Zen-buddhistische Hintergrund eröffnet dem Borderline-Patienten die Möglichkeit, über sich selbst zu lernen, über sich nachzusinnen, Ruhe zu finden, innere Balance und neue Orientierung zu gewinnen. Dies kann dem Patienten dabei helfen, aus seinem extremen Egozentrismus herauszufinden und sein Interesse an der Welt der anderen Menschen zu wecken.

Das Dialektisch-Behaviorale Behandlungsmodell orientiert sich an Prinzipien und Regeln. Die Beherrschung grundlegender therapeutischer Methoden wird vom

Therapeuten vorausgesetzt. Dazu zählen genaue Kenntnisse über Expositionsverfahren und kognitive Umstrukturierung. Der Therapeut muss ebenfalls fähig sein, auf dialektische Interaktionsmuster zurückzugreifen. Damit ist gemeint, ein Gleichgewicht zwischen radikaler Akzeptanz der momentanen Gegebenheiten und dem Drängen auf Veränderung herzustellen. Die Anwendung manualisierter Therapieverfahren spielt vor allem bei der Behandlung von Essstörungen, Angststörungen, akuten depressiven Episoden, Schlafstörungen und Zwangshandlungen eine tragende Rolle. Eine enge Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Psychiater, der die pharmakologische Therapie optimiert, ist unbedingt anzustreben (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002: 18; Lohmer 2005:61ff; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.1.1 Therapeutische Grundannahmen

Häufige Therapieabbrüche sind ein wesentlicher Grund, warum der motivationale Aspekt eine so wichtige Rolle in der Dialektisch-Behavioralen Therapie spielt. Dieser wird durch strukturelle Gegebenheiten, sowie durch die therapeutische Haltung, wie sie von Linehan in den therapeutischen Grundannahmen formuliert wurden, gewährleistet (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Lohmer 2005).

Therapeutische Grundannahmen nach Linehan (1993)
- Jedes Verhalten der Patienten macht im subjektiven Kontext Sinn. Es liegt daher in der Aufgabe des Therapeuten, die jeweiligen Auslöser, Schemata und Konsequenzen herauszuarbeiten.
- Borderline-Patienten wollen sich verbessern.
- Borderline-Patienten müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern.
- Borderline-Patienten haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selber lösen.
- Das Leben suizidaler Borderline-Patienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.

- | |
|--|
| - Borderline-Patienten müssen in fast allen relevanten Dimensionen neues Verhalten erlernen. |
| - Patienten können in der DBT nicht versagen. |
| - Therapeuten, die mit Borderline-Patienten arbeiten, brauchen Unterstützung. |

10.1.2 Behandlungsmodule der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie setzt sich aus folgenden Einzelkomponenten zusammen:

Das Gesamtkonzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie beinhaltet vier Module:

1. Einzeltherapie
 2. Fertigkeitentraining in der Gruppe
 3. Telefonberatung
 4. Supervision
- (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008)

10.1.2.1 Einzeltherapie

Üblicherweise findet die ambulante Einzeltherapie ein bis zwei Stunden pro Woche über einen Zeitraum von zwei Jahren statt. Diese Stunden dienen dem Patienten dazu, persönliche Probleme zu bearbeiten, Borderline-typische Verhaltensweisen abzubauen und durch angemessene Reaktionen zu ersetzen.

Die Schwerpunkte werden folgendermaßen zusammengefasst:

- Bearbeitung der Suizidneigung;
- Therapie einer möglichen Wirklichkeitsflucht in verschiedenste Abhängigkeiten;
- Thematisierung und dialektische Auflösung spezifischer Widerstände des Patienten gegenüber der Therapie;
- Motivation des Patienten zur Auseinandersetzung mit den selbst- und fremdschädigenden Konsequenzen eines Verlustes der Impulskontrolle;

- Erlernen spezieller Verhaltensmuster für den Umgang mit wechselhaften affektiven Instabilitäten;
- Befassen mit spezifischen Problemen oder Zielstellungen des Patienten (vgl. Bohus 2002; Fiedler 2007; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.1.2.1.1 Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeut

Der Grundstein einer erfolgreichen Therapie ist für Linehan die Entwicklung einer emotional starken, tragenden Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Bei der therapeutischen Beziehung bedarf es eines dialektischen Grundverständnisses des Therapeuten. Linehan weist außerdem darauf hin, dass Borderline-Patienten einer hohen Beziehungsintensität bedürfen. Dies kann durch deutliches Reagieren auf den Patienten erreicht werden, trotzdem muss ein hohes Maß an Kontrolle über das therapeutische Geschehen beibehalten werden. Diese Kontrolle wird durch eine gründliche Strukturierung der Behandlung und zahlreiche therapeutische Rahmenbedingungen gewährleistet.

Es ist ihr sehr wichtig, dass dem Patienten sein permanentes Ausweichen gezeigt wird und dass er sich mit seinen destruktiven Verhaltensmustern auseinandersetzt. Richtige Wahrnehmungen des Patienten sollen vom Therapeuten unbedingt validiert werden. Das heißt, der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass seine Reaktionen unter den gegebenen Umständen Sinn machen und nachvollziehbar sind. Mit dem Annehmen des Patienten und dem Aufbringen von Verständnis für seine Schwierigkeiten nimmt der Therapeut eine Gegenposition zur invalidierenden Umwelt ein. Es ist von immenser Wichtigkeit, dass Patient und Therapeut gemeinsam ein übergeordnetes Ziel definieren und versuchen, in gemeinsamer Verantwortlichkeit dieses Ziel zu erreichen (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Lohmer 2005; Fiedler 2007; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.1.3 Behandlungsphasen

Der Ablauf der Behandlung bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie gliedert sich in vier Phasen:

Vorbereitungsphase
<ul style="list-style-type: none">- Aufklärung über das Störungsbild (Neurobehaviorales Modell)- Klärung der gemeinsamen Behandlungsziele- Klärung der Behandlungsfoki und Methodik der Dialektisch-Behavioralen Therapie- Behandlungsvertrag, Non-Suizidvertrag- Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuchs- Verhaltensanalyse des letzten Therapieabbruchs- Klärung von gegenwärtigen traumatischen Belastungen
Erste Therapiephase: Schwere Probleme auf der Verhaltensebene
<ul style="list-style-type: none">- Verbesserung der Überlebensstrategien (Umgang mit suizidalen Krisen)- Verbesserung der Therapiecompliance (Umgang mit Verhaltensmustern, die die Fortsetzung oder den Fortschritt der Therapie verhindern)- Verbesserung der Lebensqualität (Umgang mit Verhaltensmustern, durch welche die emotionale Balance schwer gestört wird)- Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten (Skills)
Zweite Therapiephase: Probleme mit Folgen von traumatischen Erfahrungen
<ul style="list-style-type: none">- Verbesserung von Symptomen, die im Rahmen eines posttraumatischen Stresssyndroms auftreten- Revision traumaassoziierter Schemata
Dritte Therapiephase: Probleme der Lebensführung
<ul style="list-style-type: none">- Integration des Gelernten und Neuorientierung <p>(vgl. Linehan 1993; Bohus: 2002; Stuppe 2002)</p>

10.1.3.1 Vorbereitungsphase

Am Anfang der Vorbereitungsphase erfolgt die Vermittlung von Information über das Krankheitsbild und eine Erklärung des neuro-behavioralen Behandlungskonzeptes, da die Psychoedukation des Borderline-Patienten während der gesamten Therapie eine wichtige Stellung einnimmt. Als nächster Schritt wird die Aufklärung über die hierarchische Organisation der Behandlungsziele gesprochen. Bei der Klärung der Behandlungsfoki und Methodik der Dialektisch-Behavioralen Therapie erklärt der Therapeut die Notwendigkeit, suizidales Verhalten und Selbstverletzungen erstrangig zu behandeln. Auch auf therapieschädigendes Verhalten, darunter ist jedes Verhalten zu verstehen, das den Fortschritt oder gar den Bestand der Therapie gefährdet, wird sorgsam vom Therapeuten eingegangen. Im Weiteren klärt der Therapeut den Patienten über die Handhabung eines Wochenprotokolls, die Regeln der Telefonberatung, die Modalitäten der Skills-Gruppe und die Zusammenstellung der Supervisionsgruppe auf.

Es hat sich gezeigt, dass es für Borderline-Patienten wichtig ist, die Frequenz und den Behandlungszeitraum genau festzulegen. Der latenten Angst des Patienten, den Therapeuten im Falle eines raschen Therapiefortschritts frühzeitig zu verlieren, kann damit entgegengewirkt werden. Schließlich wird noch entschieden, welcher Arzt die medikamentöse Behandlung betreut und welche Klinik im Notfall für eine stationäre Aufnahme in Frage kommt.

Der Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages sowie eines Non-Suizidvertrages zwischen Therapeut und Patient vor Beginn der Behandlung hat sich in der Vergangenheit sehr bewährt. In diesem Vertrag wird schriftlich festgehalten, dass sich der Patient verpflichtet, während des gesamten Behandlungszeitraums keinen Suizidversuch zu begehen.

In den ersten Sitzungen der Therapie sollte eine detaillierte Verhaltens- und Bedingungsanalyse des letzten Suizidversuchs erfolgen, da die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Suizidversuches ansteigt, umso größer die Anzahl der vorangegangenen Suizidversuche war. Ähnliches trifft auf die Tendenz von Borderline-Patienten zu, Therapien vorzeitig abubrechen. Aus diesem Grund erweist es sich als nützlich, frühzeitig Prädiktoren für einen Therapieabbruch

herauszuarbeiten, da diese den Therapeuten in die Lage versetzen, rechtzeitig eine drohende Entwicklung zu erkennen und ihr adäquat entgegenzuwirken (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Bernhardt, Friege, Gerok-Falke, Aldenhoff 2005).

10.1.3.2 Erste Therapiephase

Die Hauptaufgaben der ersten Therapiephase betreffen Probleme der Verhaltensregulation von Borderline-Patienten. Die größte Priorität haben für den Therapeuten Verhaltensweisen, die das Leben des Patienten selbst, dessen Lebensqualität oder die Aufrechterhaltung der Therapie gefährden. In dieser Phase findet das Erarbeiten von Fertigkeiten statt, die zur Bewältigung emotionaler Regulationsstörungen und schwerwiegender Probleme des täglichen Lebens benötigt werden.

Der Behandlungsfokus wird anhand einer hierarchisch organisierten Matrix ausgewählt, in der dessen Priorität bereits festgelegt ist.

Hierarchie der Behandlungsfoki
Suizidales und Parasuizidales Verhalten
<ol style="list-style-type: none"> 1. Suizidales Krisenverhalten 2. Parasuizidales Verhalten 3. Massive Suizidimpulse, Suizidvorstellungen und Suiziddrohungen 4. Suizidgedanken, Erwartungen und Phantasien
Therapiegefährdende Verhaltensweisen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verhaltensweisen, welche den Fortbestand der Therapie stark gefährden 2. Verhaltensweisen, die den Fortschritt stören oder zum Burn-out führen 3. Verhaltensweisen, die in direktem Zusammenhang mit suizidalem Verhalten stehen 4. Verhaltensweisen, die Ähnlichkeiten mit problematischen Verhaltensweisen außerhalb des therapeutischen Settings aufweisen

Verhaltensweisen, welche die Lebensqualität einschränken (z.B. Drogen, Essstörungen etc.)

1. Verhaltensweisen, die unmittelbar zu Krisensituationen führen
2. Leicht zu verändernde Verhaltensweisen
3. Verhaltensweisen, die in direktem Zusammenhang mit übergeordneten Zielen und allgemeinen Lebensprinzipien des Patienten stehen
4. Verhaltensweisen, welche die Durchführung von Traumatherapie behindern

Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten

1. Fertigkeiten, die zeitgleich in der Gruppe vermittelt werden
 2. Fertigkeiten, die in direktem Zusammenhang mit primären Behandlungsfoki stehen
 3. Fertigkeiten, die noch nicht gelernt wurden
- (vgl. Bohus 2002; Linehan 1993; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008)

Das Verhaltensmuster mit der höchsten Priorität wird stets zuerst bearbeitet. Ist der Therapeut mit einem lebensgefährlichen Verhaltensmuster konfrontiert, so sollte sich seine Aufmerksamkeit auf die Situation unmittelbar vor dem Problemverhalten richten. Kann das Verhalten als ungefährlich eingestuft werden, so fokussiert die Verhaltensanalyse die Umstände am Beginn der Verhaltenskette. Anhand dieser Verhaltensanalysen leitet sich die geeignete Behandlungsmethodik ab (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Stuppe 2002; Bernhardt, Friege, Gerokfalke, Aldenhoff 2005; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.1.3.3 Zweite Therapiephase

Wenn es im Leben eines Borderline-Patienten zu einer Traumatisierung gekommen ist, stellt die Reduktion von Folgen dieser traumatischen Erfahrung ein vorrangiges Ziel der Dialektisch-Behavioralen Therapie dar. Hier handelt es sich wiederum um neurophysiologische, emotionale und kognitive Verhaltensmuster, die einer Veränderung bedürfen. Für Linehan ist es in einer traumaspezifischen Behandlung unbedingt erforderlich, dass der Patient akzeptiert, dass das Trauma stattgefunden

hat. Für den Patienten ist es aber ebenso wichtig, die Erfahrung zu machen, dass die traumatischen Ereignisse der Vergangenheit angehören.

Anfangs wird danach gestrebt, dass Patienten sich vor Situationen schützen, die in ihnen unkontrollierte traumatische Erinnerungen wachrufen. Dazu gehört auch, zu lernen, wie der Patient seine Emotionen oder Spannungsphänomene reguliert, die durch Erinnern an traumatische Ereignisse entstanden sind.

Selbstentwertung, Stigmatisierung und die Grundannahmen, selbst Schuld an den traumatischen Ereignissen zu haben, zählen zu den kognitiven Schemata, die unbedingt während der Therapie verändert werden müssen. Wut und Ärger fungieren als wichtige Ressourcen und können für die Verwirklichung von eigenen Zielen eingesetzt werden.

Traumaspesifische Behandlungsziele der ersten Behandlungsphase sind vor allem eine Reduktion von Reizen, die traumatische Erfahrungen aktivieren, die Verbesserung der Regulation traumaassoziierter Emotionen und automatisierter dissoziativer Phänomene sowie ein adäquater Umgang mit Flashbacks.

In der zweiten Behandlungsphase werden eine Revision der traumaassozierten Schemata, die Verbesserung der Reiz-Diskriminierung und die Nutzung Ich-syntoner Kompetenzen und Ressourcen angestrebt (vgl. Linehan 1993; Bohus, Bathruff 2000; Bohus 2002; Wöller, Kruse 2003).

Traumaaarbeit ist ein belastender und schwerwiegender Eingriff in die psychische Struktur des Patienten. Deshalb empfiehlt Bohus (2002), dass nach Abschluss der ersten Behandlungsphase folgende Voraussetzungen gegeben sind:

1. Die Frage der Suizidalität sollte nun eindeutig geklärt sein.
2. Der Patient sollte fähig sein, seine Emotionen zu modulieren. Er sollte also wissen, wie er mit Wut, Scham, Schuld, Hass und Angst umzugehen hat, ohne dass diese Affekte bei ihm zu dysfunktionalen Handlungen führen.
3. Der Patient sollte keine selbstschädigenden Verhaltensmuster mehr zur Spannungsreduktion einsetzen.
4. Die zentralen Fragen der Lebensqualität sollten gelöst sein und das Überleben sollte gesichert sein (keine real traumatisierende Umgebung, Drogen und Alkohol, tragende soziale Kontakte, stabilisierende Freizeitaktivität usw.).

5. Der Patient sollte im Selbstmanagement dissoziative Phänomene revidieren können.

10.1.3.4 Dritte Therapiephase

In dieser letzten Phase geht es darum, bereits gelernte Fertigkeiten anzuwenden, um Probleme, die dem Patienten im alltäglichen Leben begegnen, zu lösen. Durch die neu erworbenen Fähigkeiten sollte der Patient in der Lage sein, neue Ziele umzusetzen und dem Entstehen weiterer Probleme besser entgegenzuwirken. Dies sollte ihm dabei helfen, eine fortwehrende Steigerung seiner Selbstachtung zu erreichen.

Da das Ende der Therapie herangerückt ist, sollte der Therapeut auf das kommende Abschiednehmen eingehen, da die meisten Patienten große Angst vor diesem Moment haben. Die Gewissheit, dass sich der Patient in einer zukünftigen Krisensituation an den Therapeuten wenden kann, kann zu einer großen Erleichterung beim Patienten beitragen (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Stuppe 2002).

10.1.4 Fertigkeitentraining in der Gruppe

Es hat sich gezeigt, dass es vorteilhaft ist, das Erlernen von Fertigkeiten in einem eigenständigen Modul zu etablieren. Beim Fertigkeitentraining handelt es sich um ein psychoedukatives Sozialtraining. Obwohl es anfangs einiger Motivation bedarf, diese scheinbar alltäglichen Fertigkeiten zu trainieren, so geben erfolgreich behandelte Borderline-Patienten an, dass die erlernten Skills für sie am wichtigsten waren, um bei der Therapie Erfolg zu haben (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.1.4.1 Struktur des Fertigkeitentrainings

Über die Dauer eines Jahres findet das Skillstraining statt. Es hat sich bewährt, das gesamte Programm zweimal durchzuführen, da gerade zu Beginn der Therapie Borderline-Patienten vermehrt an intensiver innerer Anspannung leiden, Dissoziationen häufig auftreten und daher die Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit stark eingeschränkt sind.

Das komplette Programm gliedert sich in vier Module:

1. Innere Achtsamkeit
2. Stresstoleranz
3. Emotionsmodulation
4. Zwischenmenschliche Fertigkeiten

Für jedes der vier Module sollten ungefähr acht Sitzungen verwendet werden. Pro Gruppe können acht bis zehn Patienten teilnehmen und zu Beginn eines Moduls können die Teilnehmer wechseln. Es ist eine Voraussetzung für die Teilnahme am Fertigkeitentraining, dass der Patient zeitgleich eine begleitende Einzeltherapie macht. Diese Bedingung kann durchaus im Behandlungsvertrag einfließen, den die Patienten zuvor unterschreiben müssen.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass es vorteilhaft ist, wenn sich zwei Therapeuten die Leitung der Skills-Gruppe teilen.

Im Fertigkeitentraining geht es darum, dass sich die Patienten spezifische Fertigkeiten aneignen, die dann in der Gruppe regelmäßig geübt werden.

Da es sich hierbei um keine interaktive Gruppe handelt, sollten zwischenmenschliche Schwierigkeiten und individuelle Krisen an die Einzeltherapie verwiesen werden. Die Trennung der Gruppen- von der Einzeltherapie gilt als wesentlich (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Bernhardt, Friege, Gerok-Falke, Aldenhoff 2005; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.1.4.2 Aufbau der Sitzungen

Als Zeitrahmen sollte man zwei bis zweieinhalb Stunden pro Sitzung wählen. In der ersten Hälfte der Sitzung findet die Begrüßung mit dem Eröffnungsritual statt. Dies

beinhaltet eine einfache Achtsamkeitsübung. Anschließend werden die Übungen und Hausaufgaben besprochen. Auch Nichtüben wird vom Therapeuten analysiert, da so die Motivation bei den Teilnehmern steigt, die Fertigkeiten während der Woche zu trainieren. Es ist wichtig, als Therapeut stets auf die negativen Grundannahmen der Patienten zu achten und so früh wie möglich auf diese einzugehen. Erzählen Patienten über Schwierigkeiten beim Einsetzen von neuen Skills, liegt es am Gruppenleiter, Problemlösungsstrategien einzusetzen und modellhaft vorzuführen. Nach einer Pause folgt der zweite Teil mit der Vermittlung von neuem Inhalt und dem Zuteilen neuer Hausaufgaben. Werden neue Fertigkeiten und neues Wissen gelehrt, so bietet es sich an, diesen Inhalt mit eigenen Erfahrungen oder Erfahrungen der Patienten zu verknüpfen. Anekdoten, Metaphern, Rollenspiel oder Befragungen der ganzen Gruppe sollen durchaus Bestandteil der Didaktik sein. Mit dem Abschlussritual wird das Ende der Gruppensitzung eingeleitet. Diese so genannten *wind-down Rituale* verhindern, dass aktivierte emotionale Prozesse bei den Patienten nach Therapieende zu unkontrolliert dysfunktionalem Verhalten führen. Entspannungsübungen, Visualisierungen, Meditation oder Atemübungen bieten sich für einen ruhigen Ausklang der Sitzung an (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Stuppe 2002).

10.1.5 Supervisionsgruppe

Das Supervisionskonzept für Therapeuten ist ein wesentlicher Bestandteil der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Im großen Gegensatz zu herkömmlichen Supervisionsgruppen, in denen es vordergründig um die Beratung des Therapeuten geht, beschäftigt sich diese Supervisionsgruppe überwiegend mit der Therapie des Patienten. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie dem Patienten geholfen werden kann, mit seinem Therapeuten eine stabile Beziehung aufzubauen und dabei maximale Fortschritte in der Therapie zu erzielen. Weiters steht im Fokus, einem Burn-Out-Syndrom vorzubeugen. Generell wird die Erfahrung gemacht, dass die Teilnahme an der Supervisionsgruppe die Arbeit mit den Patienten beträchtlich erleichtert und der Therapeut dadurch erheblich entlastet wird. Außerdem kommt es zu einer Verbesserung der therapeutischen Qualitäten. Um möglichst gute Ergebnisse in der

Supervisionsgruppe zu erzielen ist es unbedingt notwendig, möglichst objektive Informationen über den Therapieverlauf zu erhalten. Dafür ist eine vertrauensvolle Atmosphäre unabdingbar und es sollte darauf geachtet werden, dass die Therapeuten sich gegenseitig genauso gut behandeln wie ihre Patienten (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Stuppe 2002; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008; Bohus, Doering, Schmitz, Herpertz et al. 2009).

Es kann für das Etablieren einer Supervisionsgruppe hilfreich sein, einige Regeln aufzustellen:

- Die Therapeuten nehmen regelmäßig an der Supervision teil.
- Eine dialektische Grundhaltung sollte von den Therapeuten stets eingenommen werden.
- Die Supervisionsgruppe hilft dem Therapeuten, seine persönlichen Grenzen zu erkennen und diese seinem Patienten mitzuteilen.
- In der Supervisionsgruppe wird eine phänomenologische und nicht bewertende Beschreibung des Verhaltens des jeweiligen Patienten verwendet – so, als ob dieser anwesend wäre.
- Alle Therapeuten machen Fehler, die Supervisionsgruppe nützt diese, um gemeinsam zu lernen

(vgl. Linehan 1993; Bohus 2002).

10.1.6 Telefonberatung

Es hat sich bewährt, schon zu Beginn der Therapie die Regeln für telefonische Beratung festzulegen. Allgemein kann telefonische Beratung zur Lösung akuter suizidaler oder parasuizidaler Krisen, zur Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten und zur kurzen Klärung der momentanen therapeutischen Beziehung empfohlen werden. So lernt der Patient, in Krisensituationen adäquat um Hilfe zu bitten. Generell sollte es vermieden werden, eine typische Therapie übers Telefon zu machen. Geeigneter wäre die Vermittlung von Skills oder anderen Bewältigungsstrategien. Auch sollte die Dauer des Gesprächs auf maximal zehn Minuten begrenzt sein.

Obwohl die Telefonberatung für Borderline-Patienten eine große Hilfe sein kann, nützen sie diese Möglichkeit eher zögerlich, teilweise ist es sogar erforderlich, sie zu diesem Schritt zu ermutigen (vgl. Linehan 1993; Bohus 2002; Fiedler 2007; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

10.2 Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die Basis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie bilden die Grundsätze der Objekt-psychologischen (Fairbairn 1944) und der Ich-psychologischen Psychotherapie (Abend et al. 1994). Weiters werden Elemente der triebpsychologischen psychoanalytischen Tradition (Freud 1905) sowie der kleinianischen Psychoanalyse (Steiner 1993) integriert. Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie dient als theoretische Grundlage der Übertragungsfokussierten Psychotherapie. Die Pathologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird dabei als Wiederholung pathogener, internalisierter Objektbeziehungsmuster, die aus der Vergangenheit stammen, verstanden. Demnach sind Borderline-Patienten nicht im Stande, frühe Selbst- und Objektbilder in reifere Selbst- und Objektrepräsentanzen zu integrieren. Diese frühen Repräsentanzen, die in gute und böse aufgespalten wurden, bleiben bis zur Gegenwart bestehen und werden unbewusst ständig reproduziert. Für die Übertragungsfokussierte Psychotherapie gilt es als Grundprinzip, das äußere Verhalten eines Patienten sowie seine innere Realität wahrzunehmen und diese zu fokussieren. Während der Übertragungsfokussierten Psychotherapie kommt es zu einer vollständigen Aktivierung von verzerrten inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen in der Patienten-Therapeut-Beziehung. Die Therapie findet unter kontrollierten Bedingungen statt und bietet dem Patienten einen sicheren Rahmen, um seine Objektbeziehungen zu entfalten und seine inneren Repräsentanzen auszuleben. Die inneren Repräsentanzen geben dem Therapeuten Aufschluss über die momentane psychische Realität des Patienten und spiegeln eine psychische Struktur wider, die während der Therapie eine Veränderung erfahren soll

(vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Rohde-Dachser 2004; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.1 Dauer und Ablauf der Behandlung

Bei der Übertragungsfokussierten Therapie handelt es sich um eine ambulante Einzeltherapie, die im Sitzen durchgeführt wird. Für mindestens ein Jahr treffen sich Therapeut und Patient ungefähr zwei Stunden pro Woche. In der Therapie wird versucht, dem Patienten das Gefühl von Sicherheit zu geben, damit ihm eine Wiederbelebung von internalisierten Objektbeziehungen ermöglicht wird und der Patient einen Ort hat, an dem er regredieren kann. Es ist anfangs die Regel, dass der Patient sich gegen die therapeutische Beziehung widersetzt. Resultierende, intensive Affekte versucht der Patient durch Agieren aufzulösen. Es liegt nun am Therapeuten, diesen Widerstand genau zu analysieren, da er so die Beziehungsannahmen des Patienten erkennt.

Die nächsten Behandlungsschritte beinhalten eine Analyse der Abwehr des Patienten, eine analytische Deutung und Interpretation sowie die Entwicklung von Selbstreflexion. Veränderung und Modifizierung benötigen ausreichend Zeit und geschehen Schritt für Schritt (vgl. Kernberg 1991; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.2 Diagnostische Aspekte

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass es von enormer Wichtigkeit ist, eine gründliche Anamnese zu erheben. Aufgrund der Tatsache, dass Borderline-Patienten sehr häufig suizidale Handlungen vollziehen, ist es unbedingt erforderlich, dass sowohl Suizidgedanken, Suizidrohungen sowie Suizidhandlungen vom Therapeuten genau untersucht und verstanden werden. Suizidale Handlungen haben in der Therapie immer oberste Priorität.

Ein detailliertes Wissen über frühere Therapieverläufe und Therapieabbrüche kann dem Therapeut dabei helfen, einem weiteren verfrühten Therapieende

entgegenzuwirken. Der Therapeut sollte stets darauf achten, frühere Therapien oder Therapeuten nicht zu entwerten.

Eine genaue Kenntnis über die soziale Situation des Patienten kann dabei helfen, wichtige Ressourcen und unterstützende Bezugspersonen zu erfassen. Es ist nicht unüblich, dass der Partner des Patienten an den ersten Therapiesitzungen teilnimmt. So ergibt sich die Möglichkeit, Aufschluss über den Kommunikationsstil des Patienten zu gewinnen (vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.3 Strategische Prinzipien

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie definiert vier strategische, aufeinander aufbauende Prinzipien:

Strategisches Prinzip 1
Definieren der dominanten Objektbeziehungen
Schritt 1: Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten, wie sie sich in der Übertragung offenbart
Schritt 2: Erkennen der dominanten Objektbeziehungen
Schritt 3: Benennen der Akteure
Schritt 4: Beachten der Reaktion des Patienten
Strategisches Prinzip 2
Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten
Strategisches Prinzip 3
Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden und damit den inneren Konflikt und die Fragmentierung aufrechterhaltenden Objektbeziehungsdyaden
Strategisches Prinzip 4
Durcharbeiten der Fähigkeit des Patienten, eine Beziehung in der Übertragung anders wahrzunehmen, und Betrachten der anderen signifikanten Beziehungen des Patienten im Lichte dieser Veränderung (vgl. Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008)

Diese Prinzipien tragen zu einer Integration durch Übertragungsdeutung bei. Außerdem wird dem Patienten gezeigt, wie er durch Spaltung versucht, Angst zu vermeiden, die er verspürt, wenn er gegensätzliche Eigenschaften zur gleichen Zeit erlebt.

Das erste strategische Prinzip dient dem Beschreiben und Deuten dominanter Objektbeziehungen, wie sie sich in der Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient präsentieren. In der Anfangsphase erfährt der Therapeut oft konfuse und frustrierende Gefühle, da er vom Patienten, der bei ihm eigentlich Hilfe sucht, behandelt wird, als habe er ihm gegenüber böse Absichten oder zweifelhafte Motive. Der Therapeut sollte diese Affekte auf sich wirken lassen und tolerieren, da er so durch Gegenübertragungsgefühle Hinweise auf den Gefühlszustand des Patienten bekommen kann. Aus sich wiederholenden Interaktionsmustern des Patienten kann der Therapeut dominante Objektbeziehungen identifizieren. Es kann hilfreich sein, sich das Verhalten des Patienten in Form eines Bühnenstücks vorzustellen. So kann der Therapeut mit der Zeit typische Rollen erkennen, in denen sich die Repräsentanzen des Patienten widerspiegeln. Der günstigste Moment, dem Patienten bedeutsame Selbst- und Objektrepräsentanzen mitzuteilen, ist dann, wenn dieser bereits eine gewisse Distanz zu diesen gewonnen hat, er aber trotzdem noch emotional an ihnen beteiligt ist. Der Therapeut sollte nun seine Aufmerksamkeit auf die Reaktion des Patienten richten. Von Bedeutung sind vor allem Assoziationen und Veränderungen im Interaktionsgeschehen zwischen Patient und Therapeut.

Im zweiten strategischen Prinzip geht es um eine Analyse des Rollenwechsels. Dieser findet überwiegend unbewusst statt. Der Patient sollte auf die identifizierten, häufig wechselnden Selbst- und Objektrepräsentanzen hingewiesen werden, da er oftmals nicht merkt, welche Rolle er gerade einnimmt. Beispielhaft sei hier das Rollenpaar von Opfer und Täter angeführt. Die Selbst-Objekt-Dyade bleibt beim Rollenwechsel aktiviert. Durch projektive und introjektive Prozesse des Patienten wechselt diese Dyade in den beiden Personen.

Im dritten strategischen Prinzip gilt es, die Gegensätzlichkeit von Dyaden zu erkennen. Diese Dyaden repräsentieren häufig Gegenpole eines inneren Konflikts. Der Patient ist nicht in der Lage, diese Dyaden gleichzeitig wahrzunehmen.

Das vierte strategische Prinzip sollte den Patienten zu einem günstigeren Erleben seiner Beziehungen befähigen. Durch die Analyse der Beziehung zum Therapeuten, wird es dem Patienten möglich, sie realistischer wahrzunehmen. Bei diesem Prozess werden extreme Affekte moduliert und der Patient lernt, seine neuen Fähigkeiten auf andere Beziehungen zu übertragen (vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.4 Behandlungstechniken

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie greift nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) auf fünf Basistechniken zurück:

1. den Umgang mit technischer Neutralität
2. die Integration von Gegenübertragungsmaterial in die interpretativen Prozesse
3. den Therapievertrag und die Sicherung des Therapierahmens
4. die Analyse der Übertragung und primitiver Abwehrmechanismen
5. interpretative Prozesse: Klärung, Konfrontation und Deutung

10.2.4.1 Technische Neutralität

Mit dem Begriff der technischen Neutralität ist Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) zufolge gemeint, dass der Therapeut eine Position gleicher Distanz zum Es, Überich und handelndem Ich des Patienten, zu seinen abwehrenden Ich-Aspekten sowie zur äußeren Realität einnimmt. Um dem Patienten objektives und unparteiisches Interesse an seinen Problemen zu vermitteln, bedarf es einer distanten Haltung zu dessen konflikthaften Affekten. Es ist essentiell, dass der Therapeut mit dem gesunden und beobachtenden Ich des Patienten arbeitet. Unter dieser Voraussetzung ist es für den Therapeuten möglich, Übertragungsmuster zu kommentieren, zu klären und zu deuten. Es gibt jedoch Situationen, in denen von der technischen Neutralität abgewichen werden muss. Dies ist immer dann der Fall, wenn Agieren den Patienten, andere Personen oder den Therapeuten gefährdet. Für diese Zeit bietet es sich an, strukturierende Parameter einzuführen, die sowohl eine

stützende als auch eine haltende Funktion haben. Sobald es möglich ist, sollte der Therapeut wieder zur technischen Neutralität zurückkehren, da durch sie die Übertragungsdeutung erleichtert wird (vgl. Kernberg 1991; Damman, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Rohde-Dachser 2004; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.4.2 Integration von Gegenübertragung

Der Ursprung einer jeden Gegenübertragung liegt sowohl in der inneren Welt des Patienten, als auch in der des Therapeuten. Um primitive Abwehrmechanismen und Teil-Objekt-Repräsentanzen des Patienten zu verstehen, ist es für den Therapeuten unerlässlich, seine eigene Gegenübertragung konsequent zu beobachten. Es gibt nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) vier Faktoren, die die Gegenübertragung stark beeinflussen:

- die Übertragung des Patienten;
- die Lebensumstände des Patienten;
- die Übertragungsd disposition, die aus des Therapeuten innerer Welt entspringt;
- die eigenen Lebensumstände des Therapeuten;

Diese Faktoren wirken sich in beträchtlichem Maße auf alle emotionalen Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten aus. Grundsätzlich gilt, je kränker der Patient, umso stärker beeinträchtigt die Übertragung die Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten.

Generell wird zwischen einer konkordanten und einer komplementären Gegenübertragung unterschieden. Bei der komplementären Gegenübertragung identifiziert sich der Therapeut mit den vom Patienten auf ihn projizierte Repräsentanzen. Dem Ganzen steht eine Identifizierung mit der Objektrepräsentanz des Therapeuten gegenüber. Momentan aktive Dyaden und vom Patienten abgespaltene Objekte können dadurch besser verstanden werden. Bei der konkordanten Gegenübertragung identifiziert sich der Therapeut emotional mit dem gegenwärtigen subjektiven Erleben des Patienten. Das Selbsterleben des Patienten wird nun zum inneren Erleben des Therapeuten (vgl. Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.4.3 Therapeutischer Rahmen und Therapievertrag

Um eine Wahrung des therapeutischen Rahmens zu gewährleisten, hat sich die Einführung eines Therapievertrages bewährt. Patient wie Therapeut tragen beide die Verantwortung für das Einhalten dieses Vertrages. Die therapeutische Kenntnis über problematische Verhaltensweisen aus der Anamnese bisheriger Therapien ermöglicht, spezifische Elemente in den Therapievertrag aufzunehmen. Es ist wichtig, schon anfangs Grundvoraussetzungen für die Therapie festzulegen. Folgende Punkte sollte der Therapievertrag beinhalten:

- Vereinbarung über die Dauer und Frequenz der wöchentlichen Termine und eine regelmäßigen Therapieteilnahme
- Verpflichtung über destruktive Verhaltensweisen (z.B. Selbstverletzungen, Suchtverhalten, Essstörungen, dissoziale Akte...) in der Therapie zu berichten und ständig daran zu arbeiten, sie zu minimieren
- fortwährendes Bemühen um aktive Mitarbeit in der Therapie
- Verbindlichkeit einer pünktlichen Honorarzahlung
- Beschließen gemeinsamer Therapieziele
- Festlegen von Maßnahmen, um mit typischen Formen des Agierens umgehen zu können und ihnen Grenzen zu setzen
- Setzen von Konsequenzen bei Missachtung von Regeln

Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass dysfunktionale Verhaltensweisen, die selbst-, fremd- oder therapiegefährdend sind, nicht eine adäquate Therapieführung behindern (vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Lohmer 2004; Rohde-Dachser 2004; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.4.4 Analyse der Übertragung und primitiver Abwehrmechanismen

Die Übertragungsanalyse spielt in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie eine tragende Rolle. Generell wird eine negative von einer positiven Übertragung unterschieden. „Die vorherrschend negative Übertragung dieser Patienten sollte nur im »Hier und Jetzt« systematisch herausgearbeitet werden, ohne daß [!] dabei vollständige genetische Rekonstruktionen angestrebt werden. (...) Verfrühte genetische Interpretationen (...) können eine Verdichtung von Vergangenheit und Gegenwart verursachen“ (Kernberg 1991: 156). Durch die Analyse der negativen Übertragung kommen beim Patienten immer häufiger positive Gefühle in der Übertragung zum Vorschein. Schritt für Schritt entwickelt er die Fähigkeit, Ambivalenzen zuzulassen. Es ist von großer Bedeutung, dass sich der Therapeut weder vom direkten Umgang mit der negativen Übertragung scheut, noch eine notwendige Betonung der positiven Übertragung unterlässt. Clarkin et al. weisen diesbezüglich darauf hin, „(...) dass eine Haltung von ‚nur-gut‘ sich ebenso schädlich auf die Lebenszufriedenheit auswirkt wie ‚nur-schlecht‘“ (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008: 71)

Das subjektive Erleben von Borderline-Patienten wird im erheblichen Maße von primitiven Abwehrmechanismen wie Spaltung, projektiver Identifizierung, primitiver Idealisierung, Omnipotenz und omnipotenter Kontrolle beeinflusst. Für Kernberg „ (...) ist die systematische Interpretation der Abwehrmechanismen (...) entscheidend für die Verbesserung der Ichfunktion und der Umwandlung und Auflösung primitiver Übertragungen“ (Kernberg 1991: 155). Die Analyse von primitiven Abwehrmechanismen führt beim Patienten zu einem besseren Verständnis über deren Mechanismus und Ursachen (vgl. Kernberg 1991; Rohde-Dachser; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.4.5 Klärung, Konfrontation und Deutung

Der erste Teil des interpretativen Prozesses beinhaltet Klärung und Konfrontation. Sie bilden die Grundlage für die Deutung, ein weiteres bedeutendes

behandlungstechnisches Verfahren. Für die Ausführung von Klärung, Konfrontation und Deutung stehen drei Kommunikationskanäle, nämlich die verbale Kommunikation, die nonverbale Kommunikation und die Gegenübertragung zur Verfügung (vgl. Kernberg 1991; Rohde-Dachser 2004; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

Die Klärung bezieht sich auf das Analysieren, Hinterfragen und Klarmachen von ungenauen, verwirrenden, undeutlichen und widersprüchlichen Informationen des Patienten. Die Klärung sollte solange fortgesetzt werden, bis der Therapeut die Mitteilungen des Patienten versteht. Auch der Patient sollte durch die Klärung befähigt werden, neue Elemente, die sich aus der Kommunikation herauskristallisieren, zu erfassen (vgl. Kernberg 1991; Damman, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Rohde-Dachser 2004; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

Der Patient soll sich durch die Konfrontation über seine widersprüchlichen oder konflikthaftern Selbstanteile bewusst werden. Für Kernberg bedeutet Konfrontation außerdem, „ (...) den Patienten auf diejenigen Aspekte der Interaktion hinzuweisen, die konflikthaftern Funktionieren und, implizit, Abwehrvorgänge, widersprüchliche Selbst- und Objektvorstellungen sowie vermindertes Realitätsbewusstsein anzuzeigen scheinen“ (Kernberg 1991: 22). Es handelt sich hierbei um einen schwierigen und heiklen Prozess, der vom Therapeuten häufig viel Geduld und Ausdauer erfordert. Dieser sollte unter anderem darauf achten, dass die Konfrontation mit genügend Einfühlungsvermögen passiert, da sie vom Patienten oftmals als feindlicher Akt empfunden werden kann (vgl. Kernberg 1991; Damman, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

Hat man durch Klärung und Konfrontation genügend Information vom Patienten gewonnen, so folgt als nächster Schritt die Deutung. Clarkin et al. zufolge verbindet Deutung „(...) das bewusste Material des Patienten mit hypothetischem unbewussten Material, dem ein Einfluss auf Motivation und Verhalten des Patienten zugeschrieben wird“ (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008: 76). Die Deutung sollte ebenfalls im Hier und Jetzt erfolgen. In der Deutung wird eine Integration von konfliktreichen

Informationen und dysfunktionalen Verhaltensweisen, die aus sich widersprechenden, abgespaltenen Anteilen hervorgehen, angestrebt (vgl. Kernberg 1991; Damman, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Rohde-Dachser 2004; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) beschreiben vier Merkmale, die eine gelungene Deutung charakterisieren:

1. Klarheit – im Sinne einer direkten und exakten Kommunikation.
2. Geschwindigkeit – die Deutung muss mit der nötigen Schnelligkeit zum richtigen Zeitpunkt stattfinden.
3. Griffigkeit – adäquate Fokussierung des gegenwärtig vorherrschenden Affektes.
4. Tiefe – die ideale Tiefe der Deutung ist dann erreicht, wenn der Patient in der Lage ist, die Interpretation des Therapeuten zu begreifen und aufzunehmen.

Üblicherweise erfolgt die Deutung von der Oberfläche zur Tiefe hin. Die Deutung kann nach Clarkin et al. in drei Ebenen eingeteilt werden. In der ersten Ebene wird die Art und Weise, wie primitive Abwehrmechanismen oder Ausagieren eingesetzt werden, um das Bewusstwerden inneren Erlebens zu verhindern, gedeutet. Die zweite Ebene beinhaltet die Deutung der aktuell aktivierten Objektbeziehung. Es werden sowohl Selbst- als auch Objektrepräsentanzen sowie der Rollenwechsel innerhalb einer Dyade beschrieben. In der dritten Ebene wird die Objektbeziehung, die von der aktuell aktivierten Objektbeziehung abgewehrt wird, gedeutet.

Damit Deutung auf diesen drei Ebenen wirksam erfolgen kann, ist es unerlässlich, dass der Therapeut ständig Information, unter Zuhilfenahme von den drei Kommunikationskanälen, vom Patienten bekommt (vgl. Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.5 Therapiephasen

Die Übertragungsfokussierten Psychotherapie besteht aus drei aufeinander folgenden Therapiephasen, die unterschiedliche Ziele und Therapieschwerpunkte aufweisen.

Es handelt sich hierbei um die frühe, mittlere und fortgeschrittene Therapiephase.

10.2.5.1 Frühe Therapiephase

In der frühen Therapiephase werden die Aufgaben und Ziele stets individuell auf den Patienten abgestimmt.

Die zentralen Themen der frühen Phase (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008: 177)
- „Stärkung der Fähigkeit, die Beziehung zum Therapeuten mit all ihren Affektstürmen aufrechtzuerhalten
- Reduzierung der Risiken eines vorzeitigen Therapieabbruchs
- Reduzierung von Suizidalität, Selbstdestruktivität sowie chaotischen und sozial unangemessenen Verhaltens außerhalb der Sitzungen durch Wahrung des therapeutischen Rahmens
- Reduzierung von sekundärem Krankheitsgewinn
- Transformation von Handlung/Agieren in dominanten Objektbeziehungen in der therapeutischen Beziehung
- Konzentration von heftigen Affekten und Affektstürmen auf die therapeutische Beziehung
- Herstellung eines Zusammenhangs zwischen Symptomen (...)
- Akzeptanz von Arbeit oder Ausbildung als Alltagsnotwendigkeit
- Verbesserung der allgemeinen Lebensbewältigung aufgrund der unterstützenden Stabilität der therapeutischen Beziehung und des Behandlungsrahmens (...)

Das vordergründige Ziel in dieser Phase ist die Reduktion des für Borderline-Patienten typischen, agierenden und impulsiven Verhaltens. Besonders in dieser frühen Phase ist ein hierarchisches Vorgehen bezüglich der dysfunktionalen Verhaltensweisen des Patienten anzustreben. Oberste Priorität hat immer die Suizidalität, Parasuizidalität und therapiegefährdendes Verhalten. Der Therapeut richtet den Fokus stets auf die vorherrschende stärkste Emotion. Der Inhalt und die Art der Mitteilung des Patienten bestimmen die nachfolgende Intervention. Eine

elementare Aufgabe des Therapeuten ist, fortwährend die Übertragung des Patienten auf ihn zu verfolgen.

Durch die im Therapievertrag festgelegten Rahmenbedingungen und die Aufhebung des sekundären Krankheitsgewinns können mit der Zeit Zeichen einer beginnenden Integration beim Patienten festgestellt werden. Er gewinnt an Fähigkeit, intensive Affekte wahrzunehmen und auch auszuhalten. Deutungen von primitiven Abwehrmechanismen werden vom Patienten zugelassen und im weiteren Therapieverlauf zunehmend integriert. Auch die charakteristischen Übertragungsweisen des Patienten verändern sich merklich (vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.5.2 Mittlere Therapiephase

Wenn die Aufgaben der frühen Therapiephase ausreichend bearbeitet wurden und das selbst- und therapiegefährdende Verhalten seltener auftritt, sollte der Fokus des Therapeuten auf die Analyse von dominierenden Übertragungsbeziehungen gerichtet werden.

Zentrale Themen der mittleren Phase (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008: 194)
- „Ein vertieftes Bewusstsein und Verständnis für die Selbst- und Objektrepräsentanzen in den dominanten Übertragungsthemen (...)
- Schrittweise und vorübergehende Integration der extremen, unzusammenhängenden (idealisierten und verfolgenden) Selbstanteile (...)
- Wachsende Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Triangulierung des Denkens bzw. zur Wertschätzung der symbolischen Natur des Denkens (...)
- Phasen von erhöhter Angst und dem Bedürfnis zu spalten wechseln sich ab mit Phasen erhöhter Integrationsfähigkeit (...)
- Zunehmende Integration der Repräsentanzen und Affekte der in der Behandlung inszenierten inneren Objektbeziehungen (...)
- Erprobung neuer Selbst- und Objektkonzepte und übertragungsunabhängiges Verhalten in anderen Beziehungen (...)

In dieser Phase kommt es zu einer Intensivierung der Deutung im Hier und Jetzt. Sie soll ein zunehmendes Verständnis der gespaltenen Selbst- und Objektepräsentanzen ermöglichen. Durch wiederholte Inszenierung und Projizierung vorherrschender Übertragungsthemen lernt der Patient, sich dieser bewusst zu werden und sie adäquat zu reflektieren, bis er in der Lage ist, sie endgültig zu integrieren. Während der Behandlung kommt es häufig zu einem Übergang von einer frühen antisozialen und paranoiden Übertragungsform zu einer zunehmend narzisstischen oder depressiven. Die depressive Übertragungsform findet auf einem strukturell höheren Niveau statt und beinhaltet eine beginnende Integration von gespaltenen Repräsentanzen.

Im Verlauf der dritten Therapiephase treten negative Affekte wie Wut, Zorn und Hass in der Übertragung sehr ausgeprägt auf. Für den Patienten ist der erste Schritt in der Behandlung dieser Emotionen, sich ihrer bewusst zu werden und sie zu tolerieren. Clarkin et al. beschreiben diesen Vorgang folgendermaßen: „Ist der Patient in der Lage, das Erleben negativer Affekte zu tolerieren und seine Beweggründe, sie zu projizieren, zu verstehen, erleichtert dies die Integration mit den entsprechenden idealisierten Selbst- und Objektepräsentanzen“ (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008: 195). Für den Therapeuten ist es unerlässlich, die negativen Gefühle des Patienten hinreichend zu akzeptieren. All diese Prozesse führen zu einer zunehmenden Auflösung primitiver Abwehrmechanismen und der für Borderline-Patienten typischen Identitätsdiffusion. Viele Borderline-Patienten erfahren im Laufe dieser Phase eine spürbare Verbesserung in ihrem Leben, sei es in der Partnerschaft oder im Arbeitsalltag. Trotz der großen Fortschritte in der Behandlung bleibt jedoch noch ständig die Gefahr bestehen, dass der Patient wieder versucht, sie zunichte zu machen (vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.5.3 Fortgeschrittene Therapiephase

Wenn der Patient in der Lage ist, bewusst gespaltene Anteile seines inneren Erlebens beständig zu tolerieren, beginnt die fortgeschrittene Therapiephase. Der Patient ist nun nicht mehr auf projektive Identifizierung oder Spaltung angewiesen

und kann sämtliche Anteile, die durch diese Abwehrmechanismen unterdrückt wurden, in seine Identität integrieren. Der Patient ist nun fähig, sich mit Selbst- oder Objektrepräsentanzen einer Objektbeziehungsdyade zu identifizieren. In manchen Fällen kann der Therapeut nun auch gezielt mit genetischen Deutungen arbeiten. Auch in dieser Therapiephase kommt es immer wieder zu regressiven Episoden. Diese dauern in der Regel jedoch wesentlich kürzer und können manchmal in einer einzigen Sitzung durchgearbeitet werden. Im restlichen Therapieverlauf kommt es zu einer stetigen Abnahme regressiver Tendenzen.

Die Veränderungen des Patienten in der fortgeschrittenen Therapiephase (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008: 228f):
- „Der Patient ist in der Lage, frei und offen mit dem Therapeuten über die gemeinsame Beziehung zu sprechen.
- Selbst- und Fremdkonzept – d.h. das innere Bild des Therapeuten und der eigenen Person – verändert sich.
- Der Patient ist in der Lage, Deutungen vom Therapeuten anzunehmen und sie zu sich selbst und zu anderen in Beziehung zu setzen.
- Angst und Depression werden durch deutende Interventionen unmittelbar in der Sitzung aufgelöst.
- Mit Ausnahme von ‚Flucht in die Gesundheit‘ zeigt der Patient eine typisch fragile, aber abhängige Übertragung. (...)
- In der Beziehung zum Therapeuten entwickeln sich Reflexivität und ein klareres Selbstkonzept.“

Eine Beendigung der Therapie sollte dann ins Auge gefasst werden, wenn es zu einer befriedigenden Auflösung der Symptomatik, einer Verbesserung der Qualität in sämtlichen Lebensbereichen, einer Regulation der Affekte und einer positiven Weiterentwicklung der Persönlichkeit des Patienten gekommen ist. Nach Erreichen jeglicher Therapieziele kann der Therapeut nun beginnen, die Beendigung der Therapie einzuleiten (vgl. Kernberg 1991; Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

10.2.6 Supervision

Die Supervision ist ein integraler Bestandteil der Übertragungsfokussierten Psychotherapie. Sie findet in kleinen Gruppen, alle ein bis zwei Wochen statt und bietet die Möglichkeit, Schwierigkeiten, die während der Therapie auftreten, gemeinsam zu erörtern, Fragen zu stellen, Gefühle und Gegenübertragungen zu erläutern und auch einen regelmäßigen Austausch von Erfahrungen zu ermöglichen. Da die Therapie von Borderline-Patienten aufgrund ihrer ausgeprägten Symptomatik oft sehr schwierig ist, hilft der fachliche Dialog dabei, die therapeutische Rolle auch in sehr schwierigen Situationen aufrecht zu halten (vgl. Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Buchheim, Doering 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

11 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie im Vergleich

11.1 Gemeinsamkeiten

Beide Behandlungsformen weisen grundlegende Gemeinsamkeiten auf. Sowohl die Dialektisch-Behaviorale Therapie, wie auch die Übertragungsfokussierte Psychotherapie sehen in einer präzisen Diagnostik eine Grundvoraussetzung für die Durchführung einer adäquaten Therapie. Beide Verfahren haben zum Ziel, den Patienten über seine Störung aufzuklären und ihm schon anfangs die jeweiligen Behandlungsstrategien genau zu beschreiben. Bezüglich des zeitlichen Rahmens herrscht ebenfalls Übereinstimmung. Zu Therapiebeginn wird sowohl die Dauer der gesamten Behandlung sowie der wöchentlichen Therapiesitzung festgelegt. Weiters ist diesen zwei Therapieformen eine genaue Strukturierung des therapeutischen Rahmens sowie die Erarbeitung eines Therapievertrags, mit dem Fokus auf selbst-, fremd- oder therapiegefährdendem Verhalten, gemeinsam. Es wird von beiden Therapieformen ein hierarchisches Vorgehen favorisiert, in dem suizidales, parasuizidales und therapieschädigendes Verhalten oberste Priorität besitzen. Beide Verfahren zeichnen sich durch aktive und konfrontative Vorgehensweisen, hohe Therapeutenaktivität und hohe Beziehungsintensität aus. In beiden Behandlungsformen wird mit dem gesunden Ich-Anteil des Patienten gearbeitet und es wird angestrebt, bei sämtlichen Interventionen eben diesen Ich-Anteil zu fokussieren. Die Therapeuten beider Therapieformen versuchen, eine Balance zwischen stützender und fordernder Haltung, Flexibilität und Strukturiertheit im therapeutischen Setting und Verständnis für Abwehrverhalten und Konfrontation mit dysfunktionalen Verhaltensweisen herzustellen. Die Supervision, als essentieller Bestandteil der Therapie, stellt eine weitere Gemeinsamkeit dar. In beiden Verfahren nehmen die Therapeuten regelmäßig an einer Supervisionsgruppe teil (vgl. Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Bohus 2002; Lohmer 2005; Bohus, Schmahl 2007; Fiedler 2007).

11.2 Stärken und Schwächen

Eine Stärke der Dialektisch-Behavioralen Therapie ist die intensive therapeutische Beziehungsgestaltung. Der Patient gilt als mündiger Partner. Durch Aufklärung über das Störungsbild sowie über das neuro-behaviorale Entstehungsmodell soll der Patient zu einem besseren Verständnis seiner eigenen Störung gelangen. Er erfährt dadurch eine Erweiterung seiner Handlungskompetenz und ist nun in der Lage, sich aktiv mit seinen Problemen auseinanderzusetzen, anstatt ihnen passiv ausgeliefert zu sein.

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie richtet den Fokus bei der Aufklärung des Patienten auf sein interpersonelles Geschehen, indem dysfunktionale Anteile benannt werden und eine gründliche Analyse der Objektbeziehungen des Patienten stattfindet, wodurch Integration sämtlicher Anteile und strukturelle Veränderung erreicht wird. Ihre Stärke liegt somit in der Beziehungs- und Übertragungsorientierung.

Eine weitere Stärke der Dialektisch-Behavioralen Therapie ist das Fertigkeitentraining, indem Skills für die Stresstoleranz und Emotionsregulation erlernt werden. Die Patienten können dadurch in Krisensituationen auf eine immer größer werdende Anzahl von Ressourcen zurückgreifen. Lohmers (2005) Auffassung zufolge werden supportive Maßnahmen in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie nur begrenzt eingesetzt, was sich vor allem auf Borderline-Patienten mit starker Selbstschädigungstendenz aufgrund mangelnder Fertigkeiten und ungenügender Selbstregulation ihrer Affekte ungünstig auswirken kann.

Zu den großen Stärken der Übertragungsfokussierten Psychotherapie zählen wiederum die beständige Thematisierung von strukturellen Veränderungen, unterschiedlichen Formen der Objektmanipulation und der Identitätsdiffusion des Patienten. Dem Therapeuten kommt die Fähigkeit, sich kontinuierlich verwickeln zu

lassen und so ständig Informationen für die Objektbeziehungsanalyse zu erhalten, zugute.

Einen Nachteil der Dialektisch-Behavioralen Therapie sehen Dammann, Buchheim, Clarkin und Kernberg (2000) darin, dass sie nicht mit der Beziehungsstörung und der Übertragung arbeitet und kein geeignetes psychodynamisches Modell für die Frage, warum der Patient die Therapie sabotiert, obwohl er Besserung will, zur Verfügung steht. Positiv werten sie hingegen, dass schädliche Verhaltensmuster des Patienten als Problemlöseversuche validiert werden (vgl. Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg 2000; Bohus 2002; Rohde-Dachser 2004; Lohmer 2005; Bohus, Schmahl 2007; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008).

Lohmer folgert daraus: „ (...) dass z.B. Borderline-Patienten mit stark narzisstischen Zügen besser von TFP als von DBT profitieren können, während Patienten mit suchtartiger Selbstschädigung und Verhaltensexzessen durch das Fertigkeitentraining der DBT sicher eine wertvolle zusätzliche Hilfe bekommen, die in der TFP in dieser Weise nicht geboten wird“ (Lohmer 2005: 74f).

Die Wirksamkeit konnte mittlerweile für beide Verfahren empirisch nachgewiesen werden. In einer Studie von Linehan et al. (2006), in der die Dialektisch-Behaviorale Therapie mit einer unspezifischen Therapie (TAU) über den Zeitraum von zwei Jahren verglichen wurde, reduzierten sich die Suizidversuche der Patienten mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie im Gegensatz zur unspezifischen Therapie um die Hälfte. Sie wurden im Vergleich zur Kontrollgruppe seltener aufgrund von Suizidgedanken ins Krankenhaus eingewiesen, das Risiko einer Selbstverletzung war bei ihnen geringer und sie brachen nicht so häufig die Therapie ab.

In einer einjährigen Studie von Clarkin, Levy, Lenzenweger und Kernberg (2007) konnte sowohl für die Dialektisch-Behaviorale Therapie sowie für die Übertragungsfokussierte Psychotherapie eine signifikante Verbesserung der Suizidalität, der depressiven Symptomatik, der Ängstlichkeit und der sozialen

Anpassung festgestellt werden. Ein besserer Umgang mit Wut, verbalen und direkten Angriffen und eine Reduktion der Impulsivität sowie der Reizbarkeit, zeigten nur Patienten, die mit der Übertragungsfokussierten Therapie behandelt wurden (Linehan et al. 2006; Buchheim, Doering 2007; Clarkin et al. 2007; Veselinovic, Louis, Himmerich 2008).

11.3 Wichtige Ziele für die Zukunft

Bohus (nach Schauenburg, Broda 2007) fordert für die Zukunft, dass Patienten, die nicht auf die initiale Therapie ansprechen, identifiziert werden, um deren spezifische Schwierigkeiten zu begreifen und ihnen dann eine adäquat auf sie abgestimmte Therapie anzubieten.

Doering (nach Schauenburg, Broda 2007) weist zu Recht darauf hin, dass einem beträchtlichen Teil der Borderline-Patienten nicht ausreichend geholfen werden kann. Für ihn ist das vorrangige Ziel, empirisch zu untersuchen, wie traumaspezifische Techniken am besten in die therapeutische Gesamtkonzeption integriert werden können.

Neher (nach Schauenburg und Broda 2007) verlangt ein anwendungsbezogenes Vorgehen, bei dem Techniken und Manuale, deren Wirksamkeit empirisch nachgewiesen wurde, miteinander kombiniert werden.

Für die Zukunft wären weitere randomisiert kontrollierte Studien wünschenswert, die beide Therapieformen, basierend auf einer verfeinerten Psychopathologie, die sowohl auf qualitative, als auch auf quantitative Symptomausprägungen der Patienten präziser eingeht, miteinander vergleichen. Sachsse sieht deshalb als zukünftig wichtigstes Ziel, um die Borderline-Therapie weiterzuentwickeln, die Klärung der Frage: „Welche Patientin, welcher Patient braucht welche Therapie, und zwar genau jetzt?“ (Sachsse nach Schauenburg, Broda 2007: 308)

12 Literatur

Abend, S.M., Porder M.S., Willick M.S. (1994). Psychoanalyse von Borderlin-Patienten. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bateman, A.W., Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Beck, A.T., Freeman, A. and Associates (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press.

Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe.

Bohus, M. & Bathruff, H. (2000). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. Psychotherapie im Dialog, (Heft 4/2000), 55-66.

Bohus, M. & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Nervenarzt, (Heft 9/2007), 1069-1080.

Bohus, M., Doering, S., Schmitz, B., Herpertz, S.C., Leitlinien-Kommission Persönlichkeitsstörungen. (2009). Allgemeine Prinzipien in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Psychother Psych Med, (Heft 59/2009), 149-157.

Bernhard, K., Friege, L., Gerok-Falke, K., Aldenhoff, J.B. (2005). Stationäres Interventionskonzept auf Basis der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung akuter Krisen bei Borderline-Patienten. Psychother Psych Med, (Heft 55/2005), 397-404.

Buchheim, P. & Doering, S. (2007). Die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) der Borderline-Persönlichkeitsstörung. PiD, (Heft 4/2007), 323-327.

Clarkin, J.F., Levy, K., Lenzenweger, M., Kernberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*, (Heft 164/2007), 922-928.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt M.H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V [F]*. Bern: Huber. (Originalarbeit erschienen 1991: World Health Organization: Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V [F]).

Fairbairn, W.D.R. (1944). *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.

Freud, S. (1905). *Bruchstücke einer Hysterie-Analyse*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen (6. Auflage)*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatr* (Heft 66/1998), 545-552.

Kernberg, O.F. (1981). Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America* (Heft 4/1981), 169-195.

Kernberg, O.F. (1991). *Schwere Persönlichkeitsstörungen (3.Aufl.)*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (2000). Handbuch der Borderline-Störung. Stuttgart: Schattauer.

Kernberg, O.F., Buchheim, P., Dulz, B., Eckert, J., Hoffmann, S.O., Kapfhammer, H.-P., Sachsse, U., Saß, H., Zaudig, M. (2004). Spezifische Probleme bei der Borderline-Therapie. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie (Heft 1/2004), 1-66.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. Lancet, (Heft 364/2004), 453-461.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

Linehan, M.M., et al (2009). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder: URL: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/63/7/757?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=randomized+controlled+trial+&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT> (17.5.2009, 14:30).

Lohmer, M. (2005). Borderline-Therapie (2.Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Mahler, M. S. (1975a). Symbiose und Individuation. Psyche, (Heft 29/1975), 609-625.

Mahler, M.S. (1975b). Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. Psyche, (Heft 29/1975), 1078-1095.

Pütterich, H. (1985). Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom nach J.G. Gunderson. Weinheim: Beltz [1990; 2. Aufl.; Göttingen: Hogrefe].

Rohde-Dachser, C. (2004). Das Borderline-Syndrom (7.Aufl.). Bern: Huber.

Saß, H. et al. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe: Göttingen. (Originalarbeit erschienen 2000: APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington).

Schauenburg, H. & Broda, M. (2007). Zur aktuellen Entwicklung der Konzeption und Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. PiD, (Heft 4/2007), 305-310.

Steiner, J. (1993). Psychic Retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline-Patients. London, New York: Routledge.

Stuppe, M. (2002). Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Suchtkranken mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Suchttherapie, (Heft 3/2002), 241-245.

Veselinovic, T., Louis, F., Himmerich, H. (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. psychoneuro, (Heft 34/2008), 467-470.

Thich Nhat Hanh (2007). Schritte der Achtsamkeit. Eine Reise zu den Quellen des Buddhismus (11. Auflage). Freiburg: Herder.

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. Comprehensive Psychiatry. 2000 Nov-Dec; 41(6):416-25.

Waldinger, R.J. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients. An overview. Am J Psychiatry, (Heft 144/1987), 267-274.

Wöller, W. & Kruse, J. (2003). Persönlichkeitsstörungen und die Psychopathologie in der Folge von Traumen. *Der Nervenarzt*, (Heft 11/2003), 972-976.

13 Lebenslauf

Zu meiner Person: - Verena Scheuch

- geboren am 26.07.1983
- Studium: Humanmedizin
- Familienstand: ledig
- Wohnort: Anton-Kleinoscheg-Straße 10b/20; 8051 Graz
- Tel.: 0650 393 44 56

Schulbildung:

- Volksschule in Pöfing-Brunn (1990-1994)
- Hauptschule in Wies (1994-1998)
- Matura mit gutem Erfolg abgeschlossen
- während der 7.Klasse ein Semester in der Lake-View-High-School in Michigan besucht

Studium:

- Studium Humanmedizin seit 2002 (neuer Studienplan)
- Abschluss des ersten Studienabschnitts im Jänner 2004
- Abschluss des zweiten Studienabschnitts im September 2008
- momentan letztes Praktikum auf der Internen Abteilung bei BHB-Eggenberg

Praktika im Studium:

- 1 Monat Famulatur auf der Internen Abteilung
- 2 Monate Famulatur auf der Neurologischen Abteilung beide Male bei den Barmherzigen Brüdern in Graz-Eggenberg
- 1 Monat Famulatur auf Internen/Akupunktur Abteilung in Peking

Ausbildung:

- Körperakupunktur-Diplom
- momentan Ausbildung ÖÄK Spezialdiplom „Chinesische Diagnostik und Arzneitherapie“

Sonstige Ferialjobs:

- Pflegerin in einem Alten-Behinderten-Heim
- Sekretärin in der Firma „Tondach-Gleinstätten Ag“
- „Mädchen für alles“ bei 2 Traditionelle-Chinesische-Medizin-Kongressen
- Student im Pflegedienst im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien für 2 Monate

Sprachliche Kenntnisse:

- Englisch (gut)
- Italienisch (Grundkenntnisse)
- Chinesisch (Anfängerkurs)

Private Interessen:

- Musik – ich spiele Klavier und Querflöte
- Akupunktur und Traditionelle chinesische Medizin
- Lesen
- Spaziergehen
- Wandern und Klettern
- Kochen/Backen
- Reisen

Graz am: