

**AUF BRÜCHIGEM BODEN HALT FINDEN –
UNTERSTÜTZENDE KONZEPTE BEI DER BEHANDLUNG DER
BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
im Universitätslehrgang Psychotherapie –
Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von
Gabriele Graf-Gabriel

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Mag^a. Helene Neumayr

Mödling, 1. Oktober 2021

EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Gabriele Graf-Gabriel, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentlichen Teilen daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-These unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt vorrangig meiner Arbeitsstelle, dem Verein „Regenbogen, zur gegenseitigen Hilfe“, der es mir zeitlich ermöglicht hat, mich dieser Arbeit in dem Ausmaß zu widmen, das mir wichtig war. Ohne meine sehr engagierten Interview-Partner*innen wäre es allerdings nicht möglich gewesen, die hier gesammelten persönlich als hilfreich erlebten Haltungen und Interventionen abzubilden. Daher möchte ich auf diesem Weg nochmals jeder Interview-Partnerin ganz besonders für die Bereitschaft danken, über so persönliche Inhalte wie psychotherapeutische Hilfestellungen zu sprechen. Darüber hinaus möchte ich mich bei meinen Intervisions-Kolleg*innen bedanken, die mir bei vielen Fragen unterstützend zur Seite gestanden sind.

Ein besonderes Dankeschön gilt auch meinen beiden Betreuerinnen Mag^a Helene Neumayr, die mich in fachlichen Fragen und während des gesamten Schreibprozesses unterstützte, und Dr. Katharina Gerlich aus der Forschungsgreißlerei, die mir besonders bei der wissenschaftlichen Auswertung der Interviews wichtige Inputs gab.

Last but not least gilt mein Dank meiner Familie und meinem engen Freundeskreis, die mich durch den langen Prozess der Ausbildung mitgetragen und unterstützt haben.

ABSTRACT (DEUTSCH)

Die hier vorliegende Arbeit befasst sich anhand einer qualitativen Befragung von fünf weiblichen Patientinnen mit der Frage, wie hilfreich Psychotherapie von Personen mit einer Diagnose der instabilen Persönlichkeitsstörung oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung erlebt wird. Im Theorieteil werden aktuelle Diagnosemodelle und ätiologische Theorien vorgestellt. Danach werden Behandlungsansätze anhand wirksamer störungsspezifischer Zugänge vorgestellt. Dabei wird dem Ansatz der Integrativen Gestalttherapie mit dem Kontakt-Support-Modell von Laura Perls ein eigenes Kapitel gewidmet. Die Ergebnisse der Empirie werden im Diskussionsteil der Fachliteratur und aktuellen Studien gegenübergestellt.

Stichworte: Borderline, Persönlichkeitsstörung, hilfreiche Psychotherapie, Integrative Gestalttherapie, Laura Perls

ABSTRACT (ENGLISH)

Based on a qualitative survey of five female patients this master's thesis deals with the question of how helpful psychotherapy is experienced by persons with a diagnosis of unstable personality disorder or borderline personality disorder. In the theoretical part, current diagnostic models and etiological theories are presented. This is followed by a presentation of effective borderline-disorder-specific treatment approaches. A separate chapter is devoted to the approach of Integrative Gestalt Therapy with Laura Perls' Contact Support Model. In the discussion section, the empirical results are compared with the literature and current studies.

Keywords: borderline, personality disorder, helpful Psychotherapy, Integrative Gestalt Therapy, Laura Perls

Für einen Techniker mag eine technische Anleitung nützlich sein, doch die therapeutische Arbeit ist eine Kunst, die die ganze Liebe und Kreativität des Therapeuten in Anspruch nimmt. (Yontef, 1999, S. 137)

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
FRAGESTELLUNG.....	2
AUFBAU DER ARBEIT	3
THEORIE.....	5
BORDERLINE - PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	5
BORDERLINE DEFINITION.....	5
BORDERLINE DIAGNOSTIK.....	6
ENTWICKLUNGSMODELLE	10
EPIDEMIOLOGIE UND LANGZEITVERLAUF	11
BINDUNGSTHEORIE.....	12
STRUKTURELLE ENTWICKLUNG.....	16
NEUROBIOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN	19
STÖRUNGSSPEZIFISCHE THERAPIEANSÄTZE	21
VERHALTENSTHERAPEUTISCH BASIERTE THERAPIEN	22
TIEFENPSYCHOLOGISCH BASIERTE THERAPIEN	26
MODELL DES OFFENEN DIALOGS	34
INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE	35
HINTERGRUNDKONZEPTE.....	37
THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG	45
STÖRUNGSSPEZIFISCHE ASPEKTE ZU BORDERLINE	47
EMPIRIE.....	50
METHODIK.....	50
DATENERHEBUNG.....	50
DATENAUFBEREITUNG	53
DATENAUSWERTUNG	54

ERGEBNISDARSTELLUNG	55
SELBSTERLEBEN IN DER KRANKHEIT	56
KRITISCHER UMGANG MIT DEM UMFELD	60
KONTAKTE MIT DEM HELFERSYSTEM	62
THERAPEUTISCHES ERLEBEN.....	68
HILFREICHE INTERVENTIONEN FÜR DEN ALLTAG	74
PERSÖNLICHES	83
DISKUSSION.....	85
KRANKHEITSERLEBEN	85
BINDUNGSERLEBEN	86
HELFERSYSTEME.....	87
WENIG HILFREICH ERLEBTE HELFERSYSTEME	88
THERAPEUTISCHE HALTUNG	89
WAS HILFT WEM	90
INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE UND BORDERLINE	91
CONCLUSIO	93
BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN	94
LIMITATIONEN UND AUSBLICK	95
LITERATURVERZEICHNIS.....	97
TABELLENVERZEICHNIS.....	107
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	108
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	109
ANHANG	110

EINLEITUNG

Schon im Propädeutikum wurde beim Besprechen der unterschiedlichen Erkrankungen klar, dass Persönlichkeitsstörungen als schwer zu behandeln und individuell einzuordnen wären. Es wurde auch bemerkt, dass es vorkommt, dass Psychotherapeut*innen die Behandlung von Borderline-Erkrankungen ablehnen würden, weil sie als schwer behandelbar gelten. Diese erste – nur theoretische – Konfrontation weckte meine Neugier, gepaart mit Respekt vor der Besonderheit dieser Erkrankung.

In einer meiner ersten Praktikumsstellen, dem Verein „Regenbogen – zur gegenseitigen Hilfe“, kam ich sehr rasch in teilweise sehr persönlichen Kontakt mit psychisch kranken Menschen. Der Verein, der von Evamarie Kallier und Elisabeth Zimmermann 1978 unter dem Namen „Club 25“ gegründet, und im Jahr 1992 am jetzigen Standort in Wien-Penzing weitergeführt wurde, hat es sich zur Aufgabe gemacht, allen Menschen einen Platz zur Begegnung anzubieten. In den Statuten des Vereins wird festgehalten „dass aber niemand ohne Beziehung zu anderen Menschen leben kann ...“ (Statuten des Vereins "Regenbogen - zur gegenseitigen Hilfe, 2016). Weitere Grundprinzipien sind gegenseitige Wertschätzung, Respekt und Begegnung auf Augenhöhe zwischen Betreuer*innen und Besucher*innen. Diese Grundhaltungen berührten mich zutiefst und sind Hintergrund für meine mittlerweile zehnjährige Zugehörigkeit zum Verein.

Ohne es damals wirklich zuordnen zu können, war dieser Zugang Basis für meine Entscheidung, Integrative Gestalttherapeutin zu werden. Es gelten die gleichen Grundhaltungen wie im Verein „Regenbogen“: Wertschätzung, In-Beziehung-Sein, Kontakt und vor allem Stützung.

Der Respekt, den ich zu Beginn meiner Ausbildung vor einzelnen psychischen Krankheiten gehabt hatte, veränderte sich zu einem Respekt vor den Personen, die mit diesen Krankheitsbildern, jede/r auf seine/ihre Weise, lebten. Vor diesem Hintergrund begann ich, mich mit meiner Forschungsfrage für die Master Thesis zu beschäftigen.

FRAGESTELLUNG

Die ursprüngliche Idee war, eine Theoriearbeit zu schreiben und anhand von Literatur und aktuellen Studien das heutige Arbeiten mit Borderline-Patient*innen zu zeigen. Daraus wollte ich neue, hilfreiche Zugänge ableiten, die bereits in der Integrativen Gestalttherapie verwendet werden oder zukünftig eingebunden werden könnten. Die meisten aktuellen Studien (Kramer et al., 2020; Stoffers-Winterling, Storebø, Simonsen & Lieb, 2020) beschäftigen sich mit einer bestimmten Methodik und wollen die Effektivität dieser Methode aufzeigen. Einige, wie zum Beispiel verhaltenstherapeutisch basierte Therapierichtungen, integrieren Konzepte der Gestalttherapie (Bohus, 2011; Stiglmayr, 2017). Für mich wurde im Laufe der Beschäftigung mit der Forschungsfrage aber immer wichtiger, was Patient*innen selbst in der Therapie erleben – unabhängig von der Methodologie. Es erschien mir sinnvoll, anhand einer empirischen Arbeit aus dem Therapieerleben von Patient*innen ein Bild zu entwickeln, das Therapeut*innen aber auch Patient*innen eine Rückmeldung zu hilfreich erlebten Therapieinhalten geben kann. Ich habe mich daher entschlossen, Personen zu befragen, die eine ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioural Disorders, 10. Revision) Diagnose F 60.3x haben. Das entspricht dem Zustandsbild einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Ein weiteres Kriterium für die Interviews war eine bereits durchlaufene psychotherapeutische Behandlung von mindestens sechs Monaten Dauer.

Folgende Fragestellungen ergeben sich daher für die empirische Arbeit:

Was erleben Personen mit als schwierig definierten Krankheitsbildern wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung als hilfreich in der Psychotherapie?

Was sind die tatsächlichen Wirkfaktoren, was wird im Alltag genutzt?

Um hier ein möglichst breites Spektrum abbilden zu können, habe ich Kontakt mit Online-Selbsthilfe-Foren aufgenommen, die in Österreich, Deutschland und der Schweiz zur Verfügung stehen. Weiters wurden zwei REHA-Einrichtungen und zwei Vereine mit Schwerpunkt „psychische Erkrankungen“, sowie eine Ausbildungseinrichtung für unterschiedliche Therapierichtungen in Österreich mittels Intervieweinladung und Begleitbrief für Institutionen (siehe Anhang) kontaktiert.

Mit der Auswertung der Interviews und deren Bezugnahme auf die Integrative Gestalttherapie soll die dritte in dieser Arbeit gestellte Forschungsfrage beantwortet werden:

Wie weit sind diese hilfreichen Faktoren im Konzept der Integrativen Gestalttherapie bereits enthalten oder können integriert werden?

AUFBAU DER ARBEIT

Im THEORIE-TEIL soll in einem ersten Schritt der Begriff der BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG definiert und derzeit aktuelle Diagnosemodelle vorgestellt werden.

In einem zweiten Schritt soll im Unterkapitel ENTWICKLUNGSMODELLE dargelegt werden, wie diese Krankheit entsteht und welche aktuellen Erkenntnisse aus Langzeitstudien gewonnen werden konnten. In den Unterkapiteln BINDUNGSTHEORIE und STRUKTURELLE ENTWICKLUNG soll anhand aktueller Literatur der momentane Forschungsstand gezeigt werden. Das Unterkapitel NEUROBIOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN gibt Einblick in jüngste Forschungsergebnisse aus der Gehirnforschung.

In einem dritten Schritt sollen ausgewählte STÖRUNGSSPEZIFISCHE THERAPIEANSÄTZE aus gut erforschten verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Methoden vorgestellt werden, während sich der vierte Teil der INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE widmet, um deren aktuelle Position im klinischen Feld abzubilden.

Im EMPIRIE-TEIL wird der Zugang zu einer empirischen Studie zur Beantwortung der Forschungsfragen schrittweise dargestellt. Das Unterkapitel METHODIK befasst sich mit der Erhebung der Daten durch leitfadengestützte Interviews sowie mit der Datenaufbereitung und schließlich Datenauswertung unter Zuhilfenahme der Analysesoftware „f4“.

In der ERGEBNISDARSTELLUNG werden die Erkenntnisse aus den Interviews, aufgeschlüsselt in sechs Kategorien (Selbsterleben in der Krankheit, Kritischer Umgang mit dem Umfeld, Kontakte mit dem Helfersystem,

Therapeutisches Erleben, Hilfreiche Interventionen für den Alltag, Persönliches) abgebildet.

Das Kapitel DISKUSSION verknüpft die Ergebnisse mit der aktuellen Theorie und beleuchtet Themen wie Komorbiditäten, Erleben in Beruf und Partnerschaft, Krankenkassenfinanzierung, negativ erlebte Kontakte mit dem Helfersystem oder das Erleben unterschiedlicher Zugänge von Psychotherapeut*innen. In einer abschließenden Conclusio werden die Fragestellungen beantwortet und Limitationen der Arbeit überlegt.

THEORIE

Der Theorieteil dieser Arbeit soll zuerst das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung darlegen und in einem weiteren Schritt sowohl die Ätiologie als auch die Epidemiologie dieser Erkrankung zeigen. Danach werden ausgewählte störungsspezifische Therapieansätze vorgestellt. Ein eigenes Kapitel ist der Integrativen Gestalttherapie gewidmet. Einerseits um die Grundhaltungen der Integrativen Gestalttherapie abzubilden, die sehr gut auf bestimmte Störungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung, angewandt werden können, andererseits weil diese Arbeit im Rahmen der Graduierung zur Integrativen Gestalttherapeutin verfasst wurde.

BORDERLINE - PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Nachfolgend wird die Entstehung der Begrifflichkeit „Borderline“ skizziert und die Häufigkeit der Erkrankung in der Bevölkerung dargelegt. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit diagnostischen Zugängen.

BORDERLINE DEFINITION

Das Störungsbild „Borderline“ wurde bereits 1884 von C. H. Hughes in der Fachliteratur erwähnt damals noch als „Borderland“ (Dulz, Herpertz, Kernberg & Sachsse, 2011, S. 3). 1938 berichtete Adolph Stern über die Diagnostik und Therapie der „borderline group of neuroses“ und zeigte damit bereits damals grundlegende Elemente der heutigen Borderline-Konzeptionen auf. Dazu gehörten die Entwicklung eines „allmächtigen Objekts“ als Projektion, Vorläufer der Spaltungslehre oder Hinweise auf die Mutter-Kind-Interaktionen (Kind, 2011, S. 24).

Jürgen Kind (2011, S. 24–25) beschreibt im „Handbuch der Borderline-Störungen“ die Anfänge der Theoriebildung zum Begriff „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Als sich der Ausdruck „Borderline“ als dritte Diagnose neben Neurosen und Psychosen zu festigen begann, wurde die Bezeichnung international mit immer mehr Zusätzen versehen. Der 1939 aus Österreich emigrierte psychoanalytische Arzt und Forscher Otto Kernberg untersuchte in der Menninger Clinic in Topeka (Kansas, United States of America) Patient*innen, die weder der

Diagnose Psychose noch jener der Neurose zuzuordnen waren und sprach von einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Damit ordnete er das Syndrom erstmals als eigenständige psychische Struktur ein. Unter Einbeziehung von entwicklungspsychologischen Perspektiven von Melanie Klein (1946 – Begriff der projektiven Identifikation) und Margaret Mahler (1968, 1972, 1975 – symbiotische Phase) kamen laut Kind (2011) zusehends auch Konzepte der Kleinkindforschung hinzu. Edith Jacobson (1964, 1973) hatte die Vorstellung von einer primär fusionierten Einheit von Selbst und Objekt, in der die Libido gefangen ist und sich erst durch einen Separationsprozess (Mahler, 1968, 1972) in subjekt- und objektgerichtete Zweige trennt. Die Psychoanalytiker Masterson und Rinsley (1976) untersuchten die Bedeutung der Mutter in der Geschichte von Borderline-Patient*innen (Kind, 2011).

Wöller (2014, S. 3) verweist auf eine Studie von Grant et al. (2008), die von einer Prävalenz von 1 bis 2 Prozent der Allgemeinbevölkerung ausgeht. Auch wird darin nachgewiesen, dass nicht – wie bisher angenommen – hauptsächlich das weibliche Geschlecht betroffen ist. Frauen mit Borderline-Persönlichkeit werden eher in psychiatrischen Einrichtungen betreut, wohingegen Männer mit der gleichen Diagnose eher im Justizvollzug zu finden sind. Betroffen sind alle Gesellschaftsschichten, häufiger jedoch jene mit geringem Einkommen.

BORDERLINE DIAGNOSTIK

Die für die Abrechnung mit öffentlichen oder privaten Kostenträgern notwendige Einordnung von Krankheiten erfordert auch im psychiatrischen Bereich einheitliche Merkmale zur Diagnostik. Der schulenspezifisch unterschiedliche Zugang und die ebenfalls nicht in allen Schulen einheitlich verwendete Terminologie erschweren die Diagnostik. So wurden - möglichst für alle Bereiche verständliche - Manuale entwickelt, die in unterschiedlichen Zeitabständen den jeweils gültigen Diagnosekriterien angepasst werden müssen.

Nachfolgend werden, basierend auf Mitmansgruber (2020), drei Manuale vorgestellt:

- das in Europa übliche **ICD-10 Manual** (International Classification of Mental and Behavioural Disorders - Tenth Edition) der Weltgesundheitsorganisation und die (voraussichtlich ab 2022 gültige) 11. Revision,
- das **DSM-5 Manual** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition) (Falkai et al., 2015, zitiert nach Mitmansgruber, 2020) der amerikanischen Psychiatrie,
- das in Deutschland entwickelte **OPD-2 Manual** (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) (Arbeitskreis OPD, 2014).

Diagnostik nach ICD-10 – Vorschau auf ICD-11

Zur emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3x) zählt laut ICD 10 (Dilling & Freyberger, 2011) der impulsive Typ (F60.30) und der Borderline Typ (F60.31). Maßgeblich für die Diagnose des Letzteren sind neben den Diagnosekriterien der Persönlichkeitsstörung (wie Normabweichungen in den Bereichen Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen) zumindest drei aus den nachfolgenden Bereichen erforderlich (S. 240–242):

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller);
2. Neigung, sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit Folge von emotionalen Krisen;
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
4. wiederholte Drohungen und Handlungen mit Selbstbeschädigung;
5. anhaltende Gefühle von Leere.

In Klaus Paulitsch (2009) „Grundlagen der ICD-10 Diagnostik“ nennt er Kernbergs „strukturell-diagnostisches Interview“ (S. 232) eine wirksame Interviewtechnik zur differentialdiagnostischen Abklärung zwischen Psychosen und Neurosen. Als mögliche Therapien beschreibt Paulitsch (2009) psychoanalytisch basierte Therapiemethoden, wie die Bearbeitung von Abwehrmechanismen (Spaltung, primitive Idealisierung, Entwertung, Omnipotenz und projektive Identifizierung) aber auch verhaltenstherapeutische Therapieansätze, wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie von Marsha M. Linehan (S. 232).

Nach Mitmansgruber (2020) ist für 2022 ein deutlich verändertes ICD-11 geplant. Vor allem die Diagnosestellung der Persönlichkeitsstörungen wird grundlegend neu dargestellt. Demzufolge sind für die allgemeinen Anforderungen an die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung weder Entwicklungsfaktoren noch soziale oder kulturelle Faktoren für die Entstehung der Störung ausschlaggebend. Jedenfalls aber muss die Störung erhebliche familiäre, persönliche, soziale und berufliche Belastungen verursachen. Auch muss der Beginn der Störung nicht mehr – wie bisher – in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter liegen. Neues Kriterium ist eine Dauer von mindestens zwei Jahren. In einem weiteren Schritt soll der Schweregrad möglicher vorhandener Komorbiditäten in einzelne Dimensionen von „mild“ über „moderat“ bis „schwer“ (S. 94) angegeben werden. Zusätzlich kann das Selbstbeurteilungsinstrument SASPD (Standardized Assessment of Personality Disorder) nach Olajide et al. (2018, zitiert nach Mitmansgruber, 2020, S. 95) mit neun Items genutzt werden, um auch die Selbstwahrnehmung der Patient*innen in die Diagnose miteinzubeziehen (Mitmansgruber, 2020).

Ein frühzeitiges Einbinden von Patient*innen und (mit deren Zustimmung) auch Angehörigen in die Diagnose hat in die neuen S3-Leitlinien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) Eingang gefunden (Lieb & Stoffers-Winterling, 2020, S. 87–88) .

In einem dritten Schritt können (müssen aber nicht) fünf Traits, angelehnt an die DSM-5-Domänen, zur Beschreibung des Persönlichkeitsstils genutzt werden. Dabei handelt es sich um die Begriffe „Negative Affektivität“, „Dissozialität“, „Verschlossenheit“, „Enthemmtheit“ und „Zwanghaftigkeit“ (Mitmansgruber, 2020, S. 95). Wobei die letzten beiden Traits auch als zwei Pole einer Dimension gesehen werden könnten. Das neue, dimensionale Modell zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist auf jeden Fall ein Paradigmenwechsel und wird sich zukünftig auch im Bereich der Forschung auswirken (Mitmansgruber, 2020).

Diagnostik nach DSM-5

Die Kriterien für Persönlichkeitsstörungen wurden nach Mitmansgruber (2020) im neuen DSM-5 (2013) unverändert aus dem DSM-4 (1994) übernommen. Es wurde jedoch ein Anhang zur näheren Klassifizierung ergänzt (Mitmansgruber, 2020,

S. 89–99). Neu ist das dimensionale “Alternative Model of Personality Disorder“ (Zimmermann, Brakemeier & Benecke, 2015), das von einer eigenen Arbeitsgruppe entwickelt und in Teil III des DSM-5 angefügt wurde. Dieses besteht aus zwei dimensional Modulen:

- **Kriterium A:** Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit mittels der Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP) (Mitmansgruber, 2020). Hier wird festgestellt, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und wie schwer diese ausgeprägt ist. Die Bereiche Empathie und Nähe beziehen sich auf den Umgang mit anderen, die Bereiche Identität und Selbststeuerung auf das eigene Selbst. Die SEFP differenziert das Ausmaß der Beeinträchtigung in fünf Stufen von „0=keine oder geringfügige Beeinträchtigung“ bis „4=extremer Beeinträchtigung“ (Mitmansgruber, 2020, zitiert nach Falkai et al., 2015). Das SEFP hat damit große Ähnlichkeit mit dem klinischen Interview der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2014).
- **Kriterium B:** Hier werden mittels eines hierarchisch aufgebauten Modells problematische Persönlichkeitsmerkmale operationalisiert. Dieses Modell besteht aus zwei Ebenen: einer übergeordneten mit fünf Domänen (negative Affektivität, Verslossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus) und einer untergeordneten mit 25 Facetten. Im Unterschied zum OPD-2 Manual in dem **erklärt** wird, wie die Persönlichkeitsproblematik zustande kommt, wird unter Kriterium B die Persönlichkeitsproblematik **beschrieben** (Zimmermann et al., 2015). Die ehemals zehn kategorialen Typen der Persönlichkeitsstörung wurden auf sechs reduziert: antisozial, vermeidend-selbstunsicher, Borderline, narzisstisch, zwanghaft, schizotyp und mittels der Kriterien A und B dimensional genauer spezifiziert (Mitmansgruber, 2020, S. 89–98).

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2

Der Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ wurde 1992 in Deutschland von Psychoanalytiker*innen, Psychosomatiker*innen und Psychiater*innen gegründet (Arbeitskreis OPD, 2014). Ziel war, die bis dahin gültigen symptomorientierten Diagnoseinstrumente um psychodynamische Dimensionen zu

erweitern. Mit dem 2006 neuen und 2014 zum dritten Mal überarbeiteten Manual OPD-2 sollte es möglich sein, Therapiepläne zu erstellen und Entwicklungen therapeutischer Arbeit zu überprüfen. Beschrieben werden auf fünf Achsen das subjektive Krankheitserleben (Achse I), die Beziehungsmuster (Achse II), innere Konflikte (Achse III) und strukturelle Bedingungen (Achse IV). In Achse V wird die etablierte, deskriptiv-phänomenologische Diagnostik des ICD-10 und DSM-4 integriert (Arbeitskreis OPD, 2014, S. 27).

Im OPD-Interview beschreibt der/die Patient*in sein/ihr Krankheitserleben. Er/Sie berichtet im angeleiteten Gespräch über seine/ihre Beziehungserfahrungen und ermöglicht dem/der geschulten Therapeut*in diese Muster in der dimensionalen Achse II einzuordnen. Die Konfliktbereitschaft ergibt sich gleichsam aus der Beziehungsgestaltung und zeigt Kompromissbereitschaft und Konfliktlösungspotential auf. Strukturelle Einschränkungen oder Bewältigungsmechanismen werden im Gespräch sichtbar und ermöglichen eine dimensionale Einordnung auf Achse IV. Bei der Diagnosestellung geht der/die Therapeut*in nun „rückwärts“ vor. Die Strukturachse, die die Vulnerabilität und die Kapazität der Verarbeitung innerer Konflikte abbildet, stellt den Hintergrund für die Bewältigungsmechanismen von Konflikt- und Beziehungssachse dar (Arbeitskreis OPD, 2014, S. 133). Gleiche Konflikt- oder Beziehungsthemen stellen sich auf unterschiedlichen Strukturniveaus unterschiedlich dar. Die Bestimmung des Strukturniveaus ergibt sich aus dem Interview und orientiert sich an den letzten ein bis zwei Jahren. Da die Befunde in den einzelnen Bereichen unterschiedliche Integrationsniveaus ergeben können, wird am Ende des Interviews ein mittlerer Wert angenommen (S. 255).

ENTWICKLUNGSMODELLE

In diesem Kapitel soll der mittlerweile gut erforschte Hintergrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung gezeigt werden. Es wird dabei auf die Epidemiologie eingegangen und Entwicklungen im Kurzzeit- und Langzeitverlauf werden aufgezeigt. Danach wird der Blick auf die Bindungsforschung und die strukturelle Entwicklung von Borderline-Persönlichkeiten gerichtet. Abschließend werden aktuelle neurobiologische Erkenntnisse zur Gehirnforschung vorgestellt.

EPIDEMIOLOGIE UND LANGZEITVERLAUF

Was die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung betrifft, gehen die Hypothesen teilweise deutlich auseinander. Eine Studie aus den späten 80er-Jahren zeigt, dass generationenübergreifender Inzest, Posttraumatische Belastungsstörung und Multiple Persönlichkeitsstörung signifikant häufig als Ursache der Erkrankung feststellbar waren (Herman, Perry & van der Kolk, 1989). Wöller (2014) verweist auf Studien von Sack et al. (2013) über Traumafolgestörungen, die Vernachlässigung und emotionale Gewalt sogar bei 96 Prozent aller Borderline-Patient*innen finden. Bedrohen, Einsperren oder Demütigen durch die Betreuungspersonen haben deutlich schwerwiegendere Auswirkungen auf die Entwicklung der Betroffenen als direkte Gewalt (Wöller, 2014, S. 15). Michael H. Stone (2011) führt in seinem Beitrag im „Handbuch der Borderline-Störungen“ außerdem Quellen an, die einen genetischen Einfluss von 42 Prozent vermuten lassen (Distel, Trull et al., 2008, zitiert nach Stone, 2011, S. 63). Eine signifikante Zunahme der Borderline-Erkrankung in den letzten Jahren lässt sich nach Ansicht von Stone (2011) nur schwer nachweisen, da in internationalen Untersuchungen im Lauf der Jahre unterschiedliche Diagnosekriterien angewandt wurden. So waren früher Symptome wie impulsiver Ladendiebstahl, Substanzmissbrauch oder Ritzen ein wesentliches Kriterium. Heute gilt vermehrt die emotionale Dysregulation als bestimmendes Merkmal. Allerdings verweist er auch auf Studien, die ein Nachlassen der einzelnen Borderline-spezifischen Kriterien nach 10 bis 15 Jahren aufzeigen, was zur Folge hat, dass diese Personen nicht mehr in den Fallzahlen vorkommen (S. 64).

In einer Übersichtsarbeit zeigten Zanarini und Hörz (2011) bei Kurzzeitstudien (60er- bis 90er-Jahre) das häufige Auftreten komorbider Störungen, wie Major Depression und Substanzmissbrauch in den Jahren nach der Erstdiagnose (S. 48). Langzeitstudien (1985 und 2003) ergaben hingegen auch positive Verläufe, zeigten aber auch deutliche Unterschiede in den Funktionsniveaus im zeitlichen Verlauf auf (S. 50-56).

Wöller (2014, S. 4) verweist weiters auf eine Langzeitstudie von Reed, Fitzmaurice und Zanarini (2012), die trotz weitgehender Remission eine bleibende Vulnerabilität gegenüber Stress auch nach längeren Untersuchungszeiträumen zeigt.

Zu den Borderline-typischen Emotionen und Affektzuständen gehören laut Wöller zum Beispiel (2014, S. 6–10):

- Angst vor dem Verlassenwerden, Gefühle des Ausgeschlossenenseins
- Gefühle der Leere, Unfähigkeit zu fühlen
- Angst von anderen vereinnahmt oder ihnen ausgeliefert zu sein
- Angst vor Kontrollverlust, auch in sexualisierter Form
- Ärger und oft ohnmächtige Wut
- Schuld- und Schamgefühle, oft verbunden mit selbstschädigendem Verhalten
- Gefühle von Wert- und Identitätslosigkeit
- Körperliche Spannungszustände
- Gefühl des inneren Schmerzes und des Betrogenwerdens
- Depressive Stimmungen
- Selbsthass
- Ekel

Nach Wöller (2014, S. 10–11) wird die Intensität des Affekterlebens qualitativ und quantitativ durch Aktivierung (unsicher-ambivalent) oder Deaktivierung (unsicher-distanzierend) des Bindungssystems ausgelöst. Die Bindungsstile und ihr Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden im nächsten Kapitel behandelt.

Rauchfleisch (2019, S. 45–46) bemerkt kritisch, dass abhängig von den jeweiligen Entstehungstheorien zur Borderline-Erkrankung, unterschiedliche therapeutische Behandlungsstrategien entwickelt wurden. Umgekehrt bildet sich auch das bevorzugte therapeutische Vorgehen der jeweiligen Autor*innen-Persönlichkeiten in deren Theoriebildungen ab (zum Beispiel konfrontativ oder supportiv). Weiters gibt er zu bedenken, dass Patient*innen in der Literatur immer in unterschiedlichen Phasen der Behandlung beschrieben werden. So kann schließlich nicht klar festgehalten werden, ob tatsächlich Faktoren einer bestimmten Methode in der Behandlung wirksam sind, oder ob zum Beispiel die jeweilige therapeutische Beziehungsgestaltung ausschlaggebend für die Wirksamkeit ist.

BINDUNGSTHEORIE

Nach Seiffge-Krenke (2011) vermuteten sowohl John Bowlby (1907 - 1990) als auch Donald Winnicott (1896 - 1971) die Ursache von Psychopathologien in

frühen Störungen der Bindungserfahrungen. So stimmten beide dahingehend überein, dass eine feinfühlig und auf die Bindungsangebote des Kindes eingehende Mutter ein positives Bindungsverhalten beim Kind unterstützt. Von Winnicott stammt die Konzeption des „falschen Selbst“ (1965, zitiert nach Seiffge-Krenke, 2011, S. 57) des Säuglings, das während der Halte-Phase (etwa 0 – 6 Monate) entsteht und Abwehrcharakter hat: Die Mutter geht nicht intuitiv auf die Signale des Säuglings ein, sondern setzt eigene, andere, im ungünstigsten Fall diametrale Signale. Der Säugling, der sich in dieser Phase mit der Mutter in einer Einheit verbunden erlebt, übernimmt diese Gesten der Mutter - die seinen eigenen nicht entsprechen - und entwickelt ein „falsches Selbst“. In diesem frühen Stadium der Entwicklung erlebt der Säugling durch die Mutter, die nicht gut genug ist, eine Existenzbedrohung und muss Abwehrmechanismen entwickeln, die die emotionale Entwicklung in der Folge beeinträchtigen (Seiffge-Krenke, 2011, S. 57).

Nach Brisch (2013) war für Bowlby das Bindungssystem, das zwischen der Bezugsperson, meistens der Mutter, und dem Säugling entsteht, ein „primäres, genetisch verankertes, motivationales System ... [das] ... nach der Geburt aktiviert wird und überlebenssichernde Funktion hat“ (S. 36). Bowlby entwickelte seine Bindungstheorie 1969 fast zeitgleich mit den Publikationen von Mary Ainsworth (1969), die zuvor in Uganda Mütter bei der Pflege ihrer Kinder beobachtet hatte. Diese Forschungen regten Ainsworth zu Längsschnittstudien mit Müttern und Säuglingen in Baltimore an. Es entstanden Beobachtungen von Interaktionen zwischen Mutter und Kleinkind in der „Fremden Situation“ („strange situation“) (S. 49). Dabei wurde in acht aufeinanderfolgenden Episoden das Verhalten von Mutter und Kind (im Alter zwischen 12 und 19 Monaten) beobachtet. Im standardisierten Experiment verlässt die Mutter das spielende Kind kurzzeitig und wird von einer fremden Person ersetzt (Brisch, 2013, S. 49–53).

Die Bindungsklassifikationen zeigen unterschiedliche Bindungsstile auf:

- **Sicher gebundene** Kinder, die die Mutter bei jeder Trennung deutlich vermissen und bei ihrer Wiederkehr freudig reagieren. Nach kurzer Tröstung widmen sie sich wieder ihrem Spiel.
- **Unsicher-vermeidend gebundene** Kinder, die kein deutliches Bindungsverhalten und nur wenig Reaktion auf die Trennung von der Mutter

zeigen. Bei ihrer Wiederkehr ist eher Ablehnung erkennbar, auch das Auf-den-Arm-Nehmen wird eher abgewehrt.

- **Unsicher-ambivalent gebundene** Kinder zeigen den größten Stress nach der Trennung von der Mutter und sind auch nach ihrer Wiederkehr kaum mehr zu beruhigen. Das Auf-den-Arm-Nehmen wird akzeptiert, wobei gleichzeitig Abwehrbewegungen wie Strampeln und Schlagen erfolgen.
- Als **unsicher-desorganisiert** wurden Kinder eingeordnet, die auf die Mutter zuliefen, dann erstarrten und wieder zurückliefen. Kinder aus dieser Gruppe waren Eltern zuzuordnen, die selbst traumatische Erfahrungen wie Misshandlung oder Missbrauch durchgemacht hatten. Mary Main hat 1985 dazu das „Adult Attachment Interview“ entwickelt, um die Bindungsqualität von Erwachsenen zu erfassen (Main et al., 1985, zitiert nach Brisch, 2013, S. 63).

Das Eingehen der Bindungsperson auf das Kind, im Speziellen die Aufmerksamkeit für das Kind, und das adäquate Beantworten mentaler Zustände fördern die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes. Besonders die Fähigkeit der Mutter oder Bindungsperson, die Affekte des Kindes in Erregungszuständen in ein regulatives Gleichgewicht zu bringen, halten Allen, Fonagy und Bateman (2016) für notwendig, um dem Kind auch später eigenes Regulieren von Affekten zu ermöglichen. Untersuchungen von Elizabeth Meins et al. (2003, zitiert nach Allen et al., 2016, S. 135) ergaben, „dass die psychologische Sensibilität der Mutter gegenüber dem sechs Monate alten Säugling auch die Performanz des 55 Monate alten Kindes ... voraussagte“ (Allen et al., 2016, S. 135). Ist die Mutter aufgrund eigener Einschränkungen nicht in der Lage, angemessen auf die Bedürfnisse ihres Säuglings einzugehen, und steht auch keine andere Person zur Verfügung, die diese Aufgabe übernehmen kann, ist es dem Kind nicht möglich, Mechanismen zur Selbstberuhigung zu erlernen. Die Folge sind Affektüberflutungen, die ohne Hilfe von außen als existentiell bedrohlich erlebt werden (S. 144–147).

Für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Bindungsqualität der ersten Lebensjahre daher entscheidend. Allein-Gelassen-Werden und damit verbunden hilfloses Ausgeliefert-Sein, unzuverlässige und nicht einordenbare Signale der Bezugspersonen (zuerst liebevoll, dann aggressiv) bleiben als instabile Zustände im präverbalen Gedächtnis gespeichert. Als implizite Erinnerungen sind diese Erfahrungen dem bewussten Erleben nicht zugänglich,

prägen aber die Wahrnehmung der äußeren Welt. In der verbalen Lebensphase stellen traumatische Erfahrungen durch physische oder emotionale Gewalt und durch sexuellen Missbrauch, meist durch nahe Bezugspersonen, einen weiteren Einflussbereich für die Entstehung einer Borderline-Erkrankung dar. Um Bindungsbeziehungen nicht zu gefährden, neigen betroffene Kinder zu Dissoziationen. Teile der Übergriffe sind erinnerlich, andere werden ausgeblendet (Wöller, 2014, S. 16).

Borderline-Patient*innen haben neben der unsicher-ambivalenten vor allem einen unsicher-desorganisierten Bindungsstil. Letzterer entsteht vor allem dann, wenn die primäre Bezugsperson für das Kind bedrohlichen Charakter hat. Desorganisierte Bindungen sind „das Ergebnis einer *gleichzeitigen Aktivierung des Bindungs- und des Bedrohungssystems* gegenüber der Bezugsperson“ (Wöller, 2014, S. 19). Für das Kind sind die Wechsel der Gefühlszustände (Wut, Aggression, aber auch jegliches Fehlen einer Reaktion) nicht vorherseh- und damit nicht einordenbar. Besonders in der präverbalen Entwicklungsphase ist das Kind ohne Unterstützung der Mutter nicht in der Lage, affektive Zustände zu regulieren. Es kommt zu Bedrohungs- und Verlassenheitsgefühlen, die auch körperlich gespürt werden.

Durch die bindungstraumatischen Umstände entsteht eine anhaltende Gefahrensituation, die eine Aktivierung des Bindungssystems erforderlich macht. In der Not wendet sich das heranwachsende Kind an die Bindungsfigur, die gleichzeitig die schädigende Person ist. Damit müssen auch Schutzimpulse aktiviert werden, die sich ebenfalls gegen die Bindungsfigur richten. Bindungsbedürfnisse und Schutzimpulse gegenüber der gleichen Person sind nicht kompatibel und müssen im Erleben getrennt werden. (Wöller, 2014, S. 20)

Das desorganisierte Bindungsmuster bleibt auch im Erwachsenen aktiv und verunmöglicht stabile, wichtige Beziehungen. Bei jedem Kontakt mit einer guten, helfenden Person wird gleichzeitig das Kampf-Flucht-System aktiviert und erschwert es helfenden Berufen, Zugang zum Patienten/zur Patientin zu finden. Einziger Ausweg aus diesem vorgezeichneten Beziehungsdilemma ist es, Kontrolle im Beziehungsgeschehen auszuüben. Vom Patienten/von der Patientin ausgehende Aggressionen in Partnerschaften sind von diesem Blickwinkel aus gesehen eine adäquate Möglichkeit, durch Kontrolle Sicherheit zu erleben. Eine ähnliche Funktion

hat promiskuitives Verhalten - es erfüllt den dringenden Wunsch nach Nähe, ermöglicht aber auch ein gewisses Maß an Kontrolle (Wöller, 2014, S. 22).

STRUKTURELLE ENTWICKLUNG

In diesem Kapitel soll veranschaulicht werden, wie es zum „brüchigen Boden“ kommt, auf dem es für Personen mit Borderline-Persönlichkeit schwierig wird, Halt zu finden. Wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben, ist der Bindungsstil zwischen Bezugsperson und Säugling Basis der strukturellen Entwicklung. Struktur ist dabei definiert als „die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (Rudolf, 2013, S. 54).

Gerd Rudolf (2013, S. 14–17) sieht vier zentrale Entwicklungsthemen auf dem Weg der strukturellen Entwicklung:

- **Herstellung von Nähe und Beziehung (1. – 3. Monat)** – Eine „ausreichend feinfühlig“ Mutter wird auf die vom Kind geäußerten Emotionen eingehen. Das Kind lässt sich von der Mutter anregen und richtet seine emotionale Aufmerksamkeit auf sie. Die Fähigkeiten zur Nähe-Distanz-Regulierung, zur gemeinsamen Aufmerksamkeit und die Fähigkeit zur Intentionalität bilden sich aus. Das Kind kann darauf vertrauen, dass es angemessen gut versorgt wird.
- **Objektbindung (1. – 2. Lebensjahr)** – In der Interaktion zwischen Mutter und Kind entwickelt sich das ICH und das NICHT-ICH (Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung). Die emotionale Beziehung wird durch wiederholtes „Spiegeln“ und „Markieren“ durch die Bezugsperson gefestigt. Erfahrungen wie Beachtet-Werden und Getröstet-Werden ermöglichen Erfahrungen von Selbst-Beachtung, Selbst-Tröstung Selbst-Fürsorge. Die Bezugsperson verbalisiert Verhalten und Befinden des Kindes und ermöglicht dem Kind Erfahrungen des Sich-Mitteilens und des Sich-Wahrnehmens. Durch spielerische Interaktionen erfährt das Kind emotionales Körpererleben.
- **Autonomie (3. – 4. Lebensjahr)** – durch Verinnerlichung der Beziehungserfahrung zur Bezugsperson erstarkt das Selbst des Kindes. Es experimentiert mit autonomem Verhalten, Affektäußerungen

und Affektregulationen. Das Kind lernt soziale Erwartungen der Bezugsperson, entwickelt und nutzt Abwehrmechanismen und lernt Impulse zu steuern. Fähigkeiten zur Antizipation, zur Selbstwertregulierung und zur Empathie entwickeln sich.

- **Identität (4. – 6. Lebensjahr)** – die soziale Realität rückt in den Vordergrund. Zu unterschiedlichen Objekten werden unterschiedliche Beziehungen hergestellt. Widersprüchlichkeiten werden wahrgenommen. Experimente mit Rollenspielen sind möglich - es entsteht ein realistisches Selbstbild.

Pathologische Entwicklung struktureller Einschränkungen

Ist die elterliche Feinfühligkeit zum Beispiel aufgrund eigener traumatischer Erfahrungen, psychischer Erkrankung oder Suchtmittelkonsum deutlich eingeschränkt, gelingen die strukturellen Entwicklungsschritte nicht oder nur sehr eingeschränkt. Das Unvermögen der Mutter, die kindlichen Signale adäquat zu beantworten, führt zu einer gestörten Bindungsentwicklung und verunmöglicht es dem Säugling/Kleinkind, in eine passende Interaktion mit der Mutter zu kommen. Der Säugling, auf dessen Bedürfnisse nur inadäquat eingegangen wird, reagiert mit Angst und Schreien, was die Mutter in einem *circulus vitiosus* noch hilfloser macht. Die fehlende stabilisierende Verfügbarkeit einer regulierenden Bezugsperson stürzt den Säugling in ein Chaos, das er ohne Hilfe nicht bewältigen kann. Emotionale Regulierung ist nicht mehr möglich. Die selbst eingeschränkte Bezugsperson erlebt sich als hilflos und überfordert mit einem immer mehr gereizten Säugling, der zunehmend zu Schlaf- und Futterstörungen neigt. Der Säugling erlebt sich als seinen Affekten hilflos ausgeliefert, unfähig diese Affekte und Emotionen zu regulieren – ein Zustand, der auch den erwachsenen Borderline-Patient*innen bekannt ist (Rudolf, 2013, S. 20–24).

Der erste Schritt zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist somit bereits sehr früh gesetzt. Kommen zur fehlenden Feinfühligkeit der Bezugspersonen angeborene oder ererbte Einschränkungen, multipliziert sich die Problematik in der Entwicklung. Stehen zu diesem Zeitpunkt keine Unterstützungsangebote zur Verfügung, wird das Stressverarbeitungssystem überfordert und erleidet irreversible Schäden. Mögliche Folgen in Kindheit und

Jugend sind Schwierigkeiten in schulischer und beruflicher Integration, soziale Desintegration, Sucht- oder Gewalterfahrungen (Rudolf, 2013, S. 22–24).

Wenn die Grundbedürfnisse eines Kindes inadäquat beantwortet werden, können Kinder ihre implizit entstehenden Emotionen und Affekte nicht einordnen. Sie werden überflutet und haben mangels fürsorglicher Spiegelung keine Möglichkeit der Regulierung ihrer Regungen. Um trotzdem überleben zu können, verhalten sie sich so, wie es passend erscheint, um ein Mindestmaß an Zuwendung zu bekommen. Bereits im Säuglingsalter können so „Fütterungsstörungen, Schlafstörungen, motorische Überaktivität und ausgeprägter Reizhunger“ (Rudolf, 2013, S. 13) entstehen. Überforderte Eltern reagieren im Spektrum zwischen Verzweiflung und Ärger, wodurch die Bindungsbeziehung weiter belastet wird. Bedürfnisse sind immer verbunden mit Emotionen und mit den Erfahrungen, die in Zusammenhang mit der Bedürfnisbefriedigung gemacht wurden. Waren diese Erfahrungen positiv, ist auch die zugehörige positive Emotion, wie zum Beispiel Zufriedenheit, abrufbar. Wurden die Bedürfnisse nicht oder inadäquat beantwortet, kann die zugehörige Emotion als Erregung oder Verzweiflung abgespeichert werden. Störungen in den „frühen“ Motivationssystemen „Bindung und Beziehung“ korrelieren verstärkt mit körpernahen Empfindungen und mit emotionalen Störungen. Jene aus den „reiferen“ Systemen „Autonomie und Identität“ tragen eher psychische Erlebnisqualitäten in sich und führen zu eher konflikthaften Störungen (Rudolf, 2013, S. 39).

Tabelle 1

*Darstellung der Grundbedürfnisse und Affekte nach Rudolf (2013, S. 40
zusammengefasst von Graf-Gabriel, 2021)*

Grundbedürfnis	Befriedigung	Entbehrung
Bindung	Sicherheit, Zufriedenheit	Erregung, Verzweiflung
Beziehung	Spielerische Lebendigkeit	Leere, Erstarrung
Autonomie	Selbstbewusstsein, Überraschung	Wut, Ärger, Scham
Identität	Erfüllung, Stolz	Scham, Schuld, Angst

NEUROBIOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN

Durch die Möglichkeit, das Gehirn mittels Magnetresonanztomographie abzubilden, konnten erstmals Vergleiche von Gehirnen von Kriegsveteranen aus dem Vietnam-Krieg mit Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung anderer Ursachen durchgeführt werden. Es zeigten sich deutliche Verkleinerungen des Hippocampus, also jener Region, die für Gedächtnis und Emotionen zuständig ist. In der Folge wurde nachgewiesen, dass Hippocampus-Atrophien auch bei einer Vielzahl anderer psychischer Erkrankungen vorkamen. Irle, Lange, Sachsse und Weniger (2011) konnten aufzeigen, dass die Volumsreduzierung mit der Symptomstärke der Posttraumatischen Belastungsstörung in Zusammenhang steht (S. 138). Weiters korrelieren Größe der Hippocampi mit vorhandenen Resilienzfaktoren. Personen mit großem Hippocampus haben bei traumatischen Erlebnissen eine bessere Ausgangslage als Personen mit kleinem Hippocampus.

Lapomarda, Grecucci, Messina, Pappaianni und Dadoma (2021) haben Untersuchungen der weißen und grauen Hirnsubstanz von Patient*innen mit affektiven Erkrankungen (bipolarer Erkrankung) und Patient*innen mit Borderline-

Erkrankungen durchgeführt und fanden Veränderungen in unterschiedlichen subkortikalen Bereichen des Gehirns. Patient*innen mit bipolaren Erkrankungen wiesen deutliche Veränderungen der neuronalen Strukturen auf, die mit Stimmungsschwankungen korrelieren. Bei Patient*innen mit Borderline-Struktur konnten Defizite in jenen Regionen nachgewiesen werden, die bei der kognitiven Regulation von Emotionen eine Rolle spielen. Damit könnte auch geklärt sein, warum kognitive Übungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung besser ansprechen als bei Personen mit bipolaren Erkrankungen. Lapomarda et al. (2021) machen in ihrer Studie darauf aufmerksam, dass die beiden Erkrankungen ähnliche affektive Zustände aufweisen und daher oft nicht klar unterschieden werden können. Sie beziehen sich auf eine Untersuchung von Daros et al. (2017, zitiert nach Lapomarda et al., 2021), in welcher gezeigt wurde, dass vor allem die kognitive Fähigkeit zur Top-Down-Regulation bei Borderline-Patient*innen schlecht entwickelt ist. Dies wirkt sich auch bei der Verschreibung von Stimmungsstabilisatoren aus, auf die bipolare Patient*innen besser ansprechen als Personen mit Borderline-Erkrankung. Unter Bezugnahme auf Dadomo et al. (2018, zitiert nach Lapomarda et al., 2021) bemerken sie, dass bei Letzteren Psychotherapie deutlich besser wirkt als stimmungsstabilisierende Medikamente.

Studien von Kaya, Hildirim und Atmaca (2020) wiesen nach, dass sowohl Amygdala als auch Hippocampus bei Personen mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen deutlich verkleinert waren. Sie verweisen auf Studien von Jovev et al. (2014), die die Vorhersagbarkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen ebenfalls an atypischen Veränderungen des Hippocampus festmachen.

Wöller (2014) verweist auf eine Studie von Beblo et al. (2006), die Aktivitäten in der Amygdala zeigen, sobald sich Patient*innen mit unverarbeiteten Traumata beschäftigen. Sobald verarbeitete negative Erinnerungen vorgestellt werden, lässt die Amygdala-Aktivität nach. Insgesamt ist die Differenzierung der Borderline-Erkrankung in der neurobiologischen Bildgebung dadurch erschwert, dass diese Erkrankung selten ohne Komorbiditäten erscheint, die ihrerseits spezifische Veränderungen im Bereich des limbischen Systems zeigen (Wöller, 2014, S. 19).

Medikamente in der Borderline-Behandlung

Jeung-Maarse und Herpertz (2020) finden „keine Evidenz für die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung“ (S. 866) der Persönlichkeitsstörung. In der klinischen Realität werden aber 85 Prozent der Patient*innen zusätzlich pharmakologisch behandelt.

Es gab Untersuchungen mit pharmakologischen Stimmungsstabilisatoren, die vor allem die Behandlung affektiver Instabilität und Borderline-Symptome wie Impulsivität und Identitätsproblematiken beeinflussen sollten. Für Symptome wie Anspannung, Angst vor dem Verlassen-Werden oder Dissoziationen gibt es keine optimal angepassten Medikamente (Tragesser, Solhan et al., 2007, zitiert nach Stoffers & Lieb, 2011, S. 854–864).

Derzeit wird untersucht, welche Rolle das Bindungshormon Oxytocin bei der Pathogenese und Modulation von Borderline-Patient*innen spielen könnte (Jawad, Ahmad & Hashmi, 2021).

STÖRUNGSSPEZIFISCHE THERAPIEANSÄTZE

In der Behandlung der Borderline-Erkrankung wurden in den letzten Jahren besonders aus den verhaltenstherapeutischen und den psychoanalytischen Richtungen viele, sehr vielversprechende, Behandlungsansätze entwickelt beziehungsweise weiterentwickelt. Maßgebliche Unterschiede fallen besonders auf, wenn man Therapieansätze aus den 90er-Jahren mit heutigen Zugängen vergleicht. Hielt man Patient*innen damals noch für „nicht behandelbar“ (Dulz & Ramb, 2011, S. 584), gibt es heute zahlreiche evidenzbasierte Studien erfolgreicher Behandlungsansätze, die auf einem biosozialen Ätiologiekonzept basieren (Stiglmayr, 2017).

Mittlerweile gilt es als gesichert, dass Psychotherapie das Verfahren der Wahl bei Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist (Stoffers-Winterling et al., 2020). In einer Übersicht europäischer Leitlinien zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wird die Dialektisch-Behaviorale Therapie in der Deutschen Leitlinie explizit als „bessere empirische Evidenz ... als andere Arten der spezialisierten Psychotherapie für BPS [Borderline-Persönlichkeitsstörung]“ (Simonsen et al., 2019) genannt. Obwohl es eine große Zahl vielversprechender

Studien im Bereich der Dialektisch Behavioralen Therapie, der Mentalisierungsbasierten Therapie und der Übertragungsfokussierten Psychotherapie gibt, muss berücksichtigt werden, dass „nur etwa 50 bis 60 Prozent der behandelten Patienten auf die angebotenen Verfahren ansprechen“ (Bohus & Schmahl, 2006).

In den folgenden Kapiteln werden exemplarisch neun Ansätze vorgestellt, die sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, sowohl ambulant als auch stationär angewandt und von Patient*innen als hilfreich erlebt werden (siehe dazu empirischen Teil). Die Auswahl richtet sich nach in der Literatur als relevant und in Studien mehrfach als wirksam dargestellten methodologischen Ansätzen. Da es eine Fülle an speziellen Behandlungszugängen gibt, werden in dieser Arbeit, zusätzlich zu den oben genannten, jene vorgestellt, die die Autorin unter Einbeziehung der Empirie als besonders hilfreich erachtet. Dabei wurden integrative, schulenübergreifende Ansätze priorisiert. Diese Einschränkung musste vorgenommen werden, um den Umfang der Arbeit nicht zu sprengen.

VERHALTENSTHERAPEUTISCH BASIERTE THERAPIEN

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die Psychologin und Verhaltenstherapeutin Marsha M. Linehan entwickelte Ende der 80er-Jahre die Dialektisch Behaviorale Therapie speziell für die Behandlung von Borderline-Patient*innen. In Weiterentwicklungen integrierte diese Therapieform auch Teile der Gestalttherapie, des Zen-Buddhismus, der Gesprächstherapie und der Hypnotherapie (Stiglmayr, 2017; Bohus, 2011) und wird heute auch für andere Störungsbilder angewandt. Ziel der DBT für Borderline-Patient*innen ist es vorrangig, Strategien zur Emotionsregulierung aufzubauen. Weiters sollen die Patient*innen im Gruppensetting Problemlösungstechniken lernen. Der Therapieplan sieht eine Vorbereitungsphase mit Analyse und Therapievertrag und drei Therapiephasen vor. Bei Komorbiditäten wie psychotischen oder Suchterkrankungen müssen diese noch vor der ersten Therapiephase behandelt werden (Stiglmayr, 2017).

Phase eins – die bis zu einem Jahr dauern kann – hat zum Ziel, hierarchisch nach Gefährlichkeit unterteilte Problembereiche, beginnend mit Suizidalität, zu bearbeiten. Idealerweise beginnt diese Phase in einer spezialisierten Tagesklinik mit strukturiertem Ablauf und wird einige Monate durchgeführt. Als hilfreich sowohl für Patient*innen als auch Therapeut*innen hat sich eine wöchentliche Dokumentation erwiesen, die Aufschluss über selbstschädigendes Verhalten, Konsum von Drogen und Alkohol, Medikation, Einstufung zu Suizidgedanken und Selbsterleben gibt. Die wöchentlichen Besprechungen der Dokumentation ermöglichen eine Anpassung des Fertigkeiten-Trainings sowie eine Verhaltens- und Lösungsanalyse (Stiglmayr, 2017).

Die zweite Therapiephase beginnt sobald sich das problematische Verhalten deutlich verbessert. Jetzt liegt die Konzentration auf partnerschaftlichen und beruflichen Themen - wieder mit dem Schwerpunkt der emotionalen Regulation. Das Wochenprotokoll kann auf die jetzt aktuellen Themen angepasst werden. Je nach Fortschritt oder Stagnation kann kurzfristig auf Phase eins zurückgestuft oder mit Phase drei begonnen werden. In der letzten Phase liegt der Fokus auf der Wertschätzung sich und anderen gegenüber. Selbstachtung, Selbstwert und Selbstfürsorge stehen jetzt im Mittelpunkt des therapeutischen Arbeitens und unterstützen das positive Selbsterleben (Stiglmayr, 2017).

In Wien bietet das „Tageszentrum für Borderlinestörung“ ein 12-wöchiges ambulantes Programm an, das sich an den DBT-Richtlinien orientiert. Hier wird im Gruppensetting an der Stresstoleranz gearbeitet, Achtsamkeits- und Kognitives Training geübt und Selbstwertthemen bearbeitet. Außerdem werden in Einzelsitzungen spezifische Themen besprochen. Ergotherapeutische und unterschiedliche Bewegungsgruppen unterstützen die Wiedererreichung der Handlungsfähigkeit im Alltag (Margreiter, 2020).

Auch in Deutschland und der Schweiz gibt es Borderline-Netzwerke, die sich der spezialisierten Behandlung der Erkrankung in unterschiedlichen Zusammensetzungen widmen. (Teil-)stationäre oder ambulante Teams ebenso wie Berufsgruppen, die ergänzend unterstützend arbeiten, gehören diesen Netzwerken an. Am Beispiel des ambulanten Borderline-Netzwerks Berlin, das vorrangig mit DBT-geschultem Fachpersonal arbeitet, weist Stiglmayr (2020) auf die hohe, durch Studien belegte, Effektivität der Behandlung mit DBT hin.

Schindler, Neshatrooh und Krog (2020) kritisieren die immer noch zu geringen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Borderline-Patient*innen. Besonders schwer erkrankte Personen kommen in Krisensituationen in psychiatrische Kliniken zur Krisenintervention, die allerdings zu kurz greift und letztendlich dazu führt, dass die Patient*innen mehrere, meist unbefriedigende Erfahrungen mit psychiatrischen Ambulanzen machen. Dabei wären die – vor allem psychotherapeutischen – Angebote durchaus vielversprechend. Für schwer an Borderline erkrankte Personen mit einem Global Assessment of Function (GAF)-Wert von 30-50 stellen Schindler et al. (2020) das Modell der integrierten Versorgung in Hamburg vor, das mit einem Kernteam an Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen und Sozialarbeiter*innen vorrangig ambulant arbeitet. Zentral ist dabei die Krisenfestigkeit des Angebotes, die durch eine durchgehende Erreichbarkeit und gegenseitige Vertretung im Krankheits- oder Urlaubsfall sichergestellt wird. Wichtiges Augenmerk dabei ist neben hoher Behandlungsqualität auch die Entlastung der jeweiligen Behandler*innen (Stiglmayr, 2020).

Ein besonderer Fokus wird auf die Problemlösungsstrategien der Patient*innen gelegt, die oft mangels vorhandener Ressourcen nur wenig Spielraum haben. Die Erweiterung der möglichen Handlungsspielräume und damit der Möglichkeiten, mit emotionalen Überforderungen umzugehen, ist daher meist erstes Ziel in der Behandlung. Insgesamt ermöglicht die enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Disziplinen für alle Behandler*innen aber auch für die Patient*innen ein vielversprechendes, entlastendes Arbeiten (Stiglmayr, 2020).

Schema-Therapie

Schema-Therapie kann einem aktuellen Trend der Verhaltenstherapie zugeordnet werden, der durch eine zunehmende systematische Berücksichtigung emotionaler und biografischer Aspekte in der Therapie und durch eine Integration verschiedener therapeutischer Schulen gekennzeichnet ist (neben Kognitiver Verhaltenstherapie insbesondere humanistische Therapie, Gestalttherapie, Psychodynamik). (Jacob, Lieb & Arntz, 2011, S. 640)

Schemata werden als Themen verstanden, die in den Bereichen Emotionen, Erinnerungen, Wahrnehmungen und Kognitionen wichtige Lebensabschnitte

beeinflusst haben. Maladaptive Schemata basieren demnach auf Lebensthemen, in denen wichtige Bedürfnisse in der Kindheit nicht ausreichend erfüllt wurden. Über einen speziellen Fragebogen werden die jeweils gültigen Schemata aus insgesamt 18 möglichen eruiert. Daneben werden anhand von kindlichen Kernbedürfnissen jene Bedürfnisse bestimmt, die nicht ausreichend gestillt werden konnten. Dabei wird davon ausgegangen, dass Patient*innen quasi in ihren Kindheitsschemata in gewisser Weise stecken bleiben und diese maladaptiven Haltungen auch im erwachsenen Leben aufrecht bleiben. In der Therapie werden diese Schemata aufgedeckt und Bedürfnisse, die zur aktuellen Lebenssituation gehören, benannt (Jacob et al., 2011).

Anhand der Copingstile

- Erduldung
- Vermeidung
- Überkompensation

wird psychoedukativ gelernt, welche Mechanismen notwendig waren, um sich maladaptiven Kindheitsschemata anzupassen. So kann erklärt werden, warum Erwachsene, die zum Beispiel als Kinder oft geschlagen wurden, sich durch Unterordnung anpassen mussten (Jacob et al., 2011, S. 644).

Zusätzlich zum Schema-Modell wurde, speziell für schwere Persönlichkeitsstörungen, ein Modusmodell entwickelt, das Affektzustände oder Selbst-Anteile abbildet, die das Verhalten dominieren. Gerade für die oft wechselnden Zustände im Erleben von Borderline-Persönlichkeiten erscheint dieses Modell sinnvoll. Die Modi werden in vier Kernkategorien unterteilt, die jeweils emotional gefärbte Unterkategorien aufweisen (Jacob et al., 2011, S. 644–645):

- Kindliche Modi (Verletzlichkeit, Ärger, Disziplinmangel, Glück)
- Maladaptive Modi (Erduldung, Vermeidung, Überkompensation)
- Dysfunktionale Elternmodi (strafendes oder forderndes Elternteil)
- Gesunder Erwachsener Modus

In der Therapie werden erlebnisorientierte Methoden wie zum Beispiel Imaginationen oder gestalttherapeutische Stuhldialoge zwischen einzelnen Modi genutzt, um so ein Verständnis für die Entwicklung und das Vorhandensein dieser

Modi zu schaffen. Dabei werden gesunde Modi unterstützt und gestärkt (Jacob et al., 2011).

TIEFENPSYCHOLOGISCH BASIERTE THERAPIEN

Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT)

Wöller (2014) vertritt die Auffassung, dass es keinen hilfreichen, störungsspezifischen Ansatz gibt, der für jede/n Borderline-Erkrankte/n gleichermaßen wirksam ist. Das liegt vor allem an der Vielschichtigkeit der Erkrankung. Er kritisiert, dass in vorhandenen Wirksamkeitsstudien der Non-Response-Anteil – also jene Personen, für die der Ansatz nicht hilfreich war – nicht zumindest hypothetisch erklärt wurde (S. 81). Gleiches stellen Bohus und Schmahl (2006) im Deutschen Ärzteblatt fest, wo sie, bezogen auf Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, schreiben: „... zeigt sich bei allen Studien, dass nur etwa 50 bis 60 Prozent der behandelten Patienten auf die angebotenen Verfahren ansprechen“ (S. 20e). Wöller (2014) sieht in den Ansätzen der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie und der Übertragungsfokussierten Psychotherapie ebenso wie in der Dialektisch-Behavioralen- und Schematherapie den Aspekt der Traumabehandlung als zu gering vertreten. Er versucht daher mit seinem Ansatz der „Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie“ sowohl den möglicherweise traumatischen Hintergrund als auch die Bindungsproblematik und die Beziehungsdynamik der Borderline-Erkrankung einzubeziehen. Als Ressourcen versteht er auch andere Therapiemodelle, die je nach klinischem Kontext einbezogen werden können, oder auch nicht. Dieser - schulenübergreifende - Ansatz ermöglicht ein flexibles Eingehen auf die jeweilige, immer sehr spezifische, Lebenswelt des/der Erkrankten. So integriert er in seine Therapierichtung auch imaginative Techniken, achtsamkeitsbasierte Interventionen, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zur Traumabearbeitung und Techniken der Energetischen Psychologie wie zum Beispiel Klopftechnik (S. 86).

Wöller (2014) gliedert seinen Ansatz in fünf nach Prioritäten geordnete Phasen:

- Die erste Phase soll Sicherheit und Halt geben und Bewältigungskompetenzen stärken.
- Die zweite Phase fokussiert auf Emotionsregulierung, Selbstfürsorge und dem Aufbau von Ich-Funktionen.
- Die dritte Phase widmet sich der strukturbezogenen Arbeit und den defizitären Ich-Funktionen.
- Die vierte Phase berücksichtigt traumatische Lebensereignisse.
- In der fünften Phase sollen Konflikte bearbeitet und „unbewusste Aspekte maladaptiver Verhaltensweisen vor dem Hintergrund präverbaler Traumatisierungen im frühen traumatischen Bindungskontext“ (S. 84) erfasst werden.

Der therapeutische Prozess soll durch diese Reihung lediglich grob gegliedert werden. Jeder Patient und jede Patientin soll von jenem Niveau „abgeholt“ (S. 84) werden, an dem er/sie sich zu Beginn der Behandlung befindet. Dabei legt er auf „schulenübergreifende Adaptation hilfreicher Methoden“ (S. 85) wert.

Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie

Birger Dulz und Charlotte Ramb (2011) berichten, dass noch Ende der 80er-Jahre Borderline-Patient*innen im klinischen Setting als „nicht behandelbar“ (S. 584) galten und daher pro Station nur drei Patient*innen mit diesem Persönlichkeitsbild zugelassen waren. Sie gingen 1989 daher einen anderen Weg und entwickelten eine eigene Borderline-Station – mit dem Resultat, dass nun auch sichtbar wurde, dass diese Patient*innengruppe kreativ, hilfsbereit und humorvoll sein kann. Ausgehend davon, dass Borderline-Störungen Beziehungsstörungen sind, nannten sie ihren Ansatz „Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie“ (S. 585). Erstes **stationäres Ziel** dieses Ansatzes war es, eine therapeutische Arbeitsbeziehung möglich zu machen, auf der in späterer Folge auch ein einzeltherapeutisches Setting mit guter Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin anschließen kann. Da im stationären Setting mehrere Bezugspersonen (inklusive Mitpatient*innen) mit den Patient*innen arbeiten (Multimodalität und Multipersonalität), wird die Übertragung auf den Individualtherapeuten/die Individualtherapeutin abgeschwächt.

Typische „Inszenierungen“ der Patient*innen treffen auf ein multiprofessionelles Team, die Patient*innen können korrigierende Beziehungserfahrungen machen und lernen „gesündere“ Interaktionsmuster (Lohmer, 1988, zitiert nach Dulz & Ramb, 2011, S. 585).

Feststellbar war zudem eine gegenseitige Unterstützung der Borderline-Patient*innen untereinander. Therapieerfahrenere Personen konnten neuen Patient*innen positive Erfahrungen weitergeben, Beziehungsmuster wurden gegenseitig gespiegelt und konnten so bearbeitet werden. Kernberg (1991, zitiert nach Dulz & Ramb, 2011, S. 586) unterstreicht den Nutzen von Gruppenprozessen und tagesklinische Einrichtungen – auch als Übergang von stationären zu ambulanten Settings. Je nach Schweregrad der Erkrankung wird von einer stationären Behandlungsdauer von sechs Monaten bis zu drei Jahren ausgegangen. Oft ist aber die notwendige Finanzierung schon nach drei Monaten nicht mehr gesichert und führt gerade bei diesem Krankheitsbild (kein Gefühl des Gehalten-Werdens, neuerliche Ablehnung) zu vorzeitigen Therapieabbrüchen und in der Folge zu neuerlichen Aufnahmen aufgrund von Suizidalität.

Dulz und Ramb (2011) identifizieren fünf Gruppen von Borderline-Patient*innen, die unterschiedliche Settings erfordern (S. 589):

- Ambulant psychotherapierbare Patient*innen mit ausreichender Objektrepräsentanz und Beziehungsfähigkeit sowie geringem Impulskontrollverlust (Krisenintervention auf der offenen oder geschlossenen Station)
- Ich-strukturell zu therapierende, aber beziehungsstörrere und Impulsdurchbruch-gefährdete Patient*innen (auf der geschlossenen oder offenen Station mit Übergang zur ambulanten Therapie idealerweise über eine spezialisierte Tagesklinik)
- Besonders Ich-schwache Patient*innen (primär strukturierende Therapie ohne Deuten)
- Schwer delinquente Patient*innen (Einrichtungen mit speziellem Setting)
- (noch) nicht therapierbare Patient*innen (zum Beispiel ohne Motivation beziehungsweise Introspektionsfähigkeit)

Das therapeutische Hauptaugenmerk wird auf die Angstreduktion gelegt. Erst wenn dies gelingt, ist die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung möglich. Aufgrund mangelnder Erfahrungen von stützenden und verlässlichen Beziehungen wird auch die therapeutische Beziehung vom Patienten/von der Patientin in den ersten Monaten immer wieder ausgelotet, unterminiert und getestet. Dessen/deren bisherige Erfahrung ist es, nicht ausreichend gestützt und geschützt worden zu sein. Diese Erfahrung wird der/die Patient*in unbewusst zu reaktivieren versuchen. Das multiprofessionelle therapeutische Setting soll ihm/ihr andere, verlässlich haltende Erfahrungen ermöglichen. Dadurch wird es möglich, wichtige Entwicklungsschritte und neue Beziehungserfahrungen zu machen. Diese Beziehungserfahrungen können nicht verbal vermittelt, sondern müssen „erlebt“ (S. 592) werden – immer und immer wieder. Nur so kann das Erlebte als verlässlich eingeordnet werden. Bei der Arbeit an der Ich-Strukturellen Nachreifung der Persönlichkeit wird auf Übertragungsfokussierte Psychotherapie, Mentalisierungsbasierte Psychotherapie und Dialektisch-Behaviorale Therapie gesetzt.

Besonders bei Borderline-Patient*innen ist die Erfahrung, dass die Beziehung sympathiegetragen ist, obwohl ihr Verhalten beziehungsdestruktiv ist, neu und ermöglicht eine korrigierende Erfahrung. Hierbei ist es für Therapeut*innen wesentlich, Sympathie und Interesse nicht zu verwechseln, denn das (voyeuristische) Interesse kann leicht erlahmen, wenn der/die Patient*in aktiv gegen die Therapie arbeitet oder die Therapie aktiv boykottiert. Die Folge wäre ein Weitervermitteln an „viel kompetentere“ (S. 593) Therapeut*innen, was aus Sicht des Patienten/der Patientin einem Therapieabbruch gleichkäme und negative Abschiebungserfahrungen aus der Kindheit bestätigen würde.

Dulz und Ramb (2011) betonen den Prozess der Gegenübertragung, der besonders in der Arbeit mit Borderline-Persönlichkeiten beachtet und bei Bedarf supervidiert werden muss. Ist es doch gerade hier besonders wichtig, dass der/die Therapeut*in durch Agieren des Patienten/der Patientin nicht so reagiert, wie die verletzenden Bezugspersonen. Kernberg (2019, S. 182) meint dazu:

Um ein optimales Maß an innerer Freiheit zur Erforschung seiner eignen emotionalen Reaktionen und Phantasiebildungen im Zusammenhang mit dem Material des Patienten zu behalten, muß der Therapeut, der Borderline-

Patienten behandelt, besonders darauf achten, daß er nur dann interveniert, wenn er wieder zu einer technisch neutralen Haltung zurückgefunden hat.

Sollten doch therapeutische Fehler gemacht und vom Therapeuten/von der Therapeutin erkannt werden, so ist es wesentlich, diese anzusprechen und sich zu entschuldigen. Diese Erfahrung hat der/die Patient*in möglicherweise noch nie gemacht. Gleichzeitig „lernt“ er/sie, dass auch Fachleute nicht unfehlbar sind und kann eigene Fehler besser oder leichter eingestehen (Dulz, 2011, S. 595).

Strukturbezogene Psychotherapie

Die Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (2013) beschäftigt sich vorrangig mit strukturellen Störungen und der dafür notwendigen therapeutischen Haltung. Diese ist als unterschiedlich zur Psychotherapie mit konfliktneurotischen Patient*innen zu sehen. Da strukturelle Störungen in der frühen Eltern-Kind-Beziehung entstehen, ist eine Anlehnung an die zu diesem Zeitpunkt optimal hilfreiche Haltung erforderlich. Das bedeutet (S. 124):

- den Patienten/die Patientin annehmen wie er/sie ist
- spiegeln, markieren
- ein gemeinsames Regulieren
- gemeinsame Aufmerksamkeit
- anleiten zum Mentalisieren
- einen Rahmen geben, Grenzen setzen

Ähnlich wie gute Eltern sich in der Trotzphase eines Kleinkindes nicht von dessen Beschimpfungen aus der Ruhe bringen lassen, gilt für den Therapeuten/die Therapeutin, sich nicht von aggressiv-abwertenden Handlungen des Patienten/der Patientin abschrecken zu lassen. Die Haltung als „entwicklungsförderndes Gegenüber“ (Rudolf, 2013, S. 124), das auch positive Seiten des Kindes wahrnimmt und benennt und geduldig mit den negativen Seiten umgeht, entspricht in etwa einer Ersatz-Eltern-Figur.

Abhängig vom Prozessverlauf der Therapie nennt Rudolf (2013, S. 127) drei therapeutische Haltungen in der Therapie mit Borderline-Persönlichkeiten:

- **Sich hinter den Patienten/die Patientin stellen** – aus dieser Position ist es möglich, den Blickwinkel des Patienten/der Patientin wahrzunehmen und Hilfestellungen aus der eigenen Wahrnehmung heraus anzubieten. Diese Haltung wird am Beginn der Therapie angemessen sein.
- **Sich neben den Patienten/die Patientin stellen** – aus dieser Position heraus ist es möglich, den Patienten/die Patientin einzuladen die gleiche Neben-Position einzunehmen und mit dem Therapeuten/der Therapeutin gemeinsam auf die jeweilige Situation zu schauen und sich darüber auszutauschen.
- **Eine Position dem Patienten/der Patientin gegenüber einnehmen** – von hier aus kann der/die Therapeut*in eine den Patienten/die Patientin spiegelnde Haltung einnehmen und mit ihm/ihr teilen. In einem fortgeschrittenen Therapieprozess kann diese Haltung angepasst konfrontativ genutzt werden.

Die Grundeinstellung der Strukturbezogenen Psychotherapie ist es, „den Patienten als gleichberechtigtes Gegenüber ernst [zu] nehmen“ (Rudolf, 2013, S. 129).

Psychodynamische Imaginative Traumatherapie (PITT)

Luise Reddemann (2014) fokussiert mit dem PITT-Ansatz speziell auf Ressourcen und Selbstheilungskräfte ihrer Patient*innen. Durch imaginative Techniken unterstützt sie die Identifizierung und Aktivierung hilfreicher Ego-States, die Kontakt mit verletzten Kind-Anteilen aufnehmen. Im Wahrnehmen, Mitfühlen und Trösten verletzter Anteile sieht sie wichtige therapeutische Aufgaben, die dem Patienten/der Patientin ermöglichen, „die Gegenwart als gesondert von der traumatischen Vergangenheit nach und nach wieder zu unterscheiden“ (S. 39). In jeder Therapiesituation ist die therapeutische Beziehung von immenser Bedeutung. Bei traumatisierten Personen hat diese Beziehung noch einmal einen anderen Stellenwert. Hier arbeitet sie unter anderem mit der „Bildschirm-Technik“ (2012, S. 113), die eine distanziertere Betrachtung schrecklicher Erlebnisse ermöglicht, und der „Beobachter-Technik“ (2012, S. 114), in der eine entfernte Position vom traumatischen Geschehen eingenommen werden kann. Beide Techniken sollen es dem Patienten/der Patientin ermöglichen, traumatische Erlebnisse möglichst schonend zu bearbeiten.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy) wurde als manualisiertes, psychodynamisches Verfahren von Clarkin, Yeomans, und Kernberg (2006, zitiert nach Yeomans & Diamond, 2011) entwickelt und gehört zu jenen Verfahren, deren Wirksamkeit empirisch gut erforscht sind. Basis ist die Objektbeziehungstheorie, die davon ausgeht, dass der Umgang der primären Bezugsperson mit dem Säugling maßgeblich für wesentliche weitere Entwicklungsschritte ist. Repräsentanzen aus dem Erleben von Selbst und Anderen werden gemeinsam mit den zugehörigen Affekten internalisiert und im Zuge von bestimmten Lebensereignissen aktualisiert. Ist es im Zuge der Entwicklung nicht möglich, diese Repräsentanzen in ihrer Wertigkeit zu modulieren und zu integrieren, fehlt das Gefühl der Identität, des Ganz-Seins. Aufgrund mangelnder Mentalisierungsfähigkeit können Affekte und Gefühle nicht eingeordnet werden und führen zu einer Abspaltung. Die Patient*innen erleben sich inkohärent und fragmentiert. Sie neigen dazu, Stimuli im zwischenmenschlichen Bereich als abwertend und negativ zu deuten. Der als Bedrohung gewertete Auslöser muss durch Ausagieren oder Projektion abgewehrt werden. Die Patient*innen verinnerlichen eine Selbst-Objekt-Dyade im Sinne einer Opfer-Täter-Dyade, wobei nur der Opfer-Anteil bewusst ist. In der therapeutischen Arbeit geht es um die Bewusstmachung dieser Zweigeteiltheit und das Erkennen der negativen Affekte. Gleichzeitig können abgespaltene Erfahrungen moduliert und integriert werden. Im Zuge der Dyade „Patient*in - Therapeut*in“ offenbaren sich Spaltungen und Projektionen und können in der Übertragung bearbeitet werden (Yeomans & Diamond, 2011).

Mentalisierungsbasierte Psychotherapie

Als Mentalisieren wird die Fähigkeit bezeichnet, eigene und fremde mentale Zustände wahrzunehmen, zu benennen und sie zu verstehen. Besonders die Fähigkeit der Mutter oder Bindungsperson, die Affekte des Kindes in Erregungszuständen in ein regulatives Gleichgewicht zu bringen, halten Allen et al. (2016) für notwendig, um dem Kind auch später eigenes Regulieren von Affekten, und damit das Mentalisieren, zu ermöglichen. Damit sind die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Mentalisierens eng mit der

Bindungstheorie Bowlbys verbunden. In der Interaktion mit der Mutter erlebt sich der Säugling im Zentrum der Aufmerksamkeit. Durch ein mentalisierendes Verhalten der Mutter entwickelt sich auch beim Säugling die Fähigkeit, affektive Emotionen als zu ihm gehörend wahrzunehmen. Das wird möglich, indem die Mutter im Spiel mit dem Baby dessen Gefühle übertrieben spiegelt und so eine gemeinsame Aufmerksamkeit für emotionale Zustände erzeugt. Eine nicht-mentalisierende Mutter, die falsche emotionale Signale sendet, also zum Beispiel lacht, wenn das Kind verzweifelt ist und weint, verhindert ein erfolgreiches Integrieren emotionaler Zustände und damit ein erfolgreiches Mentalisieren. Es entwickelt sich ein desorganisierter Bindungsstil, der kennzeichnend für Borderline-Patient*innen ist.

Bateman und Fonagy (2011) unterscheiden eine mehrdimensionale Mentalisierung (S. 567):

- **Automatisches, implizites von kontrolliertem, explizitem Mentalisieren.** Ersteres beruht auf Erfahrungen und produziert reflexartig entsprechende Repräsentanzen. Gelingt das nicht, wird kontrolliert und explizit, meistens verbal mentalisiert.
- **Inneres und äußeres Mentalisieren.** Hier werden unter Ersterem eigene oder fremde Gedanken und Wünsche verstanden, unter Letzterem Handlungen, Blicke, Gesten oder auch Worte.
- **Selbst- und fremdorientiertes Mentalisieren** meint ein Sich-Spezialisieren entweder auf die eigene innere Gedankenwelt, oder auf jene von anderen Personen.
- **Kognitives Mentalisieren**, zu dem logisches Denken und kognitive Betrachtungsweisen gehören, und **affektives Mentalisieren**, zu dem zum Beispiel Empathie gehört.

Mentalisieren kann angeregt werden, wenn die gemeinsame Aufmerksamkeit von Therapeut*in und Patient*in im therapeutischen Prozess auf einen Fokus gerichtet und unterschiedliche Sichtweisen besprochen werden können (siehe Neben-Haltung Rudolfs). Wenn Therapeut*in und Patient*in gemeinsam auf Gedanken und Gefühle blicken und diese benennen können, sind wichtige erste Mentalisierungserfahrungen möglich (Bateman & Fonagy, 2011).

Brockmann und Kirsch (2015) sehen im Konzept des Mentalisierens Verbindungen zu anderen Therapierichtungen, wie der Klientenzentrierten Psychotherapie, den kognitiven Richtungen, der systemischen Therapie und der achtsamkeitsbasierten Therapie. Sie beschreiben Mentalisieren als „imaginative Tätigkeit“ zu der „insbesondere das Wahrnehmen und Interpretieren von menschlichem Verhalten auf der Basis intentionaler Aspekte“ (S. 13) gehört. Durch aktives Nachfragen des Therapeuten/der Therapeutin kann ein gemeinsames Explorieren der Innenwelt des Patienten/der Patientin angeregt werden, um aktuelle Gefühle oder Gedanken zu formulieren. Um mentalisierendes Verhalten zu fördern, verhält sich der/die Therapeut*in selbst mentalisierend, indem er/sie zum Beispiel eigene reflexive Gedanken zum Geschehen im Hier und Jetzt anbietet. Somit ist Mentalisierung „eher als therapeutische Haltung denn als Psychotherapietechnik“ (S. 21) zu verstehen.

MODELL DES OFFENEN DIALOGS

Giertz und Aderhold (2020) stellen das Modell des Offenen Dialogs vor, das von den finnischen Psychologen Seikkula und AAltonen und der Psychiaterin Alakare in den frühen 1990er-Jahren entwickelt wurde und sich seit 2006 auch im deutschsprachigen Raum verbreitet. Eng verbunden mit dem Offenen Dialog wird das Konzept der bedürfnisangepassten Behandlung verstanden, das in den 1970er-Jahren von einer Arbeitsgruppe um Alanen ausging.

Im durch Seikkula weiterentwickelten Ansatz des Offenen Dialoges geht es darum, Netzwerke zu installieren, in denen Dialoge zur gegenseitigen Unterstützung und Förderung der Patient*innen angeregt werden. In diesen Therapieversammlungen kommen innerhalb von 24 Stunden nach Auftreten einer psychischen Krise wichtige Personen des privaten und professionellen Netzwerkes (sogenannte Netzwerkgruppen) zusammen, um gemeinsam mit den Patient*innen die nächsten Schritte abzuklären. Die therapeutischen Aktivitäten werden fallspezifisch individuell geplant, der Behandlungsplan lässt Platz für unterschiedliche Therapieformen, psychopharmakologische Behandlungen und Rehabilitation. Die Betreuung wird durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt, wobei sowohl die emotionale Situation der Patient*innen als auch jene der Behandler*innen und Angehörigen miteinbezogen wird. Ort und Frequenz der Treffen werden möglichst

niederschwellig an die Möglichkeiten der Familien angepasst. Gleich zu Beginn wird ein verantwortliches Team festgelegt, das während eines längerfristigen Prozesses zur Verfügung steht. Durch die Anerkennung der Bedürfnisse aller Beteiligten sollen hilfreiche Kommunikationsprozesse in Gang gesetzt und Konflikte oder Spannungen abgebaut werden. Weitere Unterstützer*innen können ins Team geholt werden, wobei Wechsel professioneller Netzwerkmitglieder möglichst vermieden werden sollen. Therapieabbrüche sollen so hintangehalten werden. Unterschiedliche Einschätzungen der Netzwerkmitglieder sollen gemeinsam reflektiert werden. Die Prozesse sollen in einer dialogischen und von Vertrauen getragenen Atmosphäre ablaufen (Giertz & Aderhold, 2020).

Bisherige Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Offene Dialog eine Reduktion von stationären Aufenthalten bei psychischen Symptomen zur Folge hat (Freeman, Tribe, Stott & Pilling, 2019). Besonders in der Begleitung von Patient*innen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeit, welchen durch stationäre Aufenthalte der Verlust einer Ausbildung oder eines Arbeitsplatzes drohen, ist eine Unterstützung in Form des Offenen Dialoges eine hilfreiche Alternative zu langen Spitalsaufenthalten. Hierbei werden neue und individuelle Bewältigungsstrategien im unmittelbaren Lebensumfeld gelernt und gefördert, Strategien aus Gruppen- oder Einzeltherapie können geübt werden. Der interpersonelle Austausch und das dialogische Gespräch mit professionellen Helfer*innen auf Augenhöhe unterstützen die Mentalisierungsfähigkeit (Allen et al., 2016) und ermöglichen Erfahrungen von Selbstregulation und Stabilisierung (Giertz & Aderhold, 2020, S. 153–160).

INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE

Im nachfolgenden Kapitel soll zuerst kurz auf die Entwicklung der Gestalttherapie mit ihren phänomenologischen, psychologischen und hermeneutischen Einflüssen eingegangen werden, um danach wichtige integrativ-gestalttherapeutische Begriffe zu erläutern. Dies alles mit dem Ziel, sowohl das Menschenbild als auch den Gesundheits- und Krankheitsbegriff in der Integrativen Gestalttherapie näher auszuführen. Schließlich soll anhand des Kontakt-Support-Modells von Laura Perls auch der gestalttherapeutische Zugang zur Behandlung der Borderline-Erkrankung gezeigt werden.

Als Begründer der Gestalttherapie gelten die beiden Psychoanalytiker*innen Fritz (1893-1970) und Laura Perls (1905-1990) sowie der Autor Paul Goodman (1911-1972). Der Begriff „Gestalttherapie“ ist angelehnt an die gestaltpsychologischen Einflüsse von Wolfgang Köhler und Max Wertheimer. Letzterer führte experimentelle Studien mit stroboskopisch erzeugten Lichtpunkten durch und konnte anhand rascher Abfolge dieser Punkte zeigen, dass das Ganze anders wahrgenommen wird als die Summe seiner Teile. Diese Publikation aus dem Jahr 1912 begründet die Geburt der Gestalttheorie und besagt, dass Gestalt somit „etwas anderes als die Summe seiner Teile“ ist (Soff, Ruh & Zabransky, 2004, S. 13–14).

Von dieser Theorie ausgehend beschäftigten sich Fritz und Laura Perls mit der Wirkung der Umwelt auf den Organismus: „Im Mittelpunkt steht die Theorie, der Organismus strebe nach der Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts, das durch seine Bedürfnisse fortwährend gestört und durch ihre Befriedigung oder Beseitigung wiedergewonnen wird“ (F. S. Perls, 2012, S. 13). Diese Selbstregulierung des Organismus erfolgt im Kontakt mit „seinem lebensnotwendigen, physischen und sozialen Umweltfeld“ (Boeckh, 2015, S. 17). Kurt Lewins Feldtheorie geht von einem „dynamischen Zusammenhang von Wahrnehmen, Erleben und Verhalten“ aus, der „einen ganzheitlichen Charakter“ hat (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 18) und wird in das neue Gestalt-Konzept integriert. Der Zeigarnik-Effekt bestätigt das Bedürfnis nach Ganzheitlichkeit auch bei Handlungen: Bleiben Dinge unerledigt, erleben wir sie als offene Gestalten, die darauf drängen, geschlossen zu werden (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Die Art und Weise, wie sich ein Mensch innerhalb seines Umfeldes organisiert, kann mehr oder weniger hilfreich sein. Die Gestalttherapie sieht den Menschen als einen nach Wachstum strebenden Organismus, der danach trachtet, sich kreativ zu verwirklichen. Ist das nicht möglich, entsteht körperliches und psychisches Leid. Um dieses Leid zu lindern, betrachtet die Gestalttherapie den Menschen in seinem Umfeld, mit seinem subjektiven Erleben und Wahrnehmen. Basis dieser Haltung ist die Phänomenologie Edmund Husserls. Sein Begriff der Intentionalität geht davon aus, dass jeder Mensch die Welt auf seine ihm eigene Art wie durch einen Filter wahrnimmt, geprägt von seinem Vorverständnis der Welt. Auch Martin Bubers Dialogphilosophie findet Eingang in die Entwicklung der gestalttherapeutischen

Grundhaltung dem Menschen gegenüber. Gestalttherapie bedeutet somit dialogisches, feldtheoretisches und phänomenologisches Vorgehen. Der Mensch wird in seiner Ganzheit wahrgenommen und begleitet. Dabei lernt der/die Therapeut*in die maladaptiven, regulativen Prozesse des Patienten/der Patientin kennen und kann mit ihm/ihr gemeinsam neue, hilfreiche Lösungen suchen. Hierbei ist eine haltende und stützende Grundeinstellung des Therapeuten/der Therapeutin die wichtigste Intervention. „Ein *Therapeut wendet sich selbst* in einer und für eine Situation *an*, mit allen seinen Lebenserfahrungen und professionellen Fähigkeiten...“ (L. Perls, 2005, S. 95). Durch diese Haltung wird es dem Patienten/der Patientin möglich, in einem sicheren Umfeld neue Erfahrungen zu machen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

In der Folge werden integrativ-gestalttherapeutische Konzepte und Haltungen detailliert im Zusammenhang vorgestellt und es wird auf einzelne störungsspezifische Behandlungsansätze eingegangen.

HINTERGRUNDKONZEPTE

Feldbegriff

In der Gestalttherapie versteht sich alles Erleben eines Individuums in Wechselwirkung mit seiner Umwelt in einem dynamischen Feld, dem Organismus-Umwelt-Feld. Wie im physikalischen Feldbegriff verändert sich das gesamte Feld, wenn sich auch nur ein Einzelteilchen des Feldes verändert. „... das Ganze ist eine System-Einheit, und keine Einheit, die durch Addition einzelner Elemente zusammengesetzt ist“ (Yontef, 1999, S. 164). Wird das eine isoliert vom anderen betrachtet, geht das Verständnis für das Gesamtgefüge verloren. Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) vergleichen das unter anderem mit dem biologischen Organsystem. Das Herz oder die Lunge alleine macht nicht den gesamten Menschen aus. Auch „psychologische Funktionen und Prozesse wie Selbstbilder, ... Persönlichkeitsanteile und deren Interaktionen, Psychodynamik, können als ein Feldgeschehen betrachtet werden“ (S. 44). In eine Therapiesituation übersetzt heißt das: Der/die Patient*in wird in seinem/ihrer Umwelt-Feld wahrgenommen, mit seinen/ihren Bildern, Vorstellungen, sozialem Hintergrund und seinem/ihrer Verständnis für Gegebenheiten. Das alles im Hier und Jetzt, im Moment der therapeutischen

Situation. Der/die Therapeut*in erforscht gemeinsam durch „phänomenologisches Fokussieren“ (Yontef, 1999, S. 94) mit dem Patienten/der Patientin dessen/deren Wirklichkeit und unmittelbare Erfahrungen. Mit Erfahrungen sind objektive Erfahrungen ebenso gemeint wie subjektive. Also äußere Gegebenheiten ebenso wie emotionales Erleben. Der/die Therapeut*in vertraut diesen Wahrnehmungen, betrachtet sie gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin und bespricht deren Ursprünge mit ihm/ihr. Was ist erlernt, unterstellt oder abgeleitet? Im phänomenologischen Feld zu arbeiten bedeutet im Hier und Jetzt das Dort und Damals wahrzunehmen, bewusst erlebbar zu machen und experimentell zu verändern (Yontef, 1999).

Figur und Grund

Als Pendant zum psychoanalytischen Bewussten und Unbewussten tritt in der Gestalttherapie das Figur-Grund-Prinzip (Polster & Polster, 2009, S. 56). Figur ist das, was wir bewusst wahrnehmen. Grund ist das Dahinter, eher undeutlich, in ständiger Dynamik mit der Figur. Die Unterscheidung zwischen Figur und Grund, die Dynamik der beiden, bilden die Gestalt. Alles zusammen, also die Gestalt, versteht sich als ein Bewusstseinsprozess, der sich ständig verändert. Figuren lösen sich auf und es treten neuen Figuren aus dem Hintergrund hervor – je nachdem, was gerade im Fokus unserer Aufmerksamkeit ist (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1995, S. 54).

Nach Laura Perls (2005, S. 98) ist das angestrebte Ziel in der Gestalttherapie ein Bewusstseins-Kontinuum. Damit ist freie Gestaltbildung gemeint, in der alles, was in den Vordergrund tritt und zur Figur wird, aufgenommen und integriert werden kann und schließlich im Hintergrund als weitere Erfahrung verschmilzt und der sich neu bildenden Figur im Vordergrund als Stütze zur Verfügung steht.

Kontakt und Support

Im Feld, an der Grenze zwischen Organismus und Umwelt, findet sowohl Kontakt als auch Erfahrung statt. An dieser Grenze fallen Entscheidungen darüber, was assimilierbar ist, also dem Organismus einverleibt werden kann und zu Wachstum führt, oder was abgewehrt werden muss, weil es schädlich und nicht assimilierbar ist. „Kontakt ist nur in dem Maß möglich, in dem Stütze verfügbar ist“ (L.

Perls, 2005, S. 94). Unter Stütze (Support) versteht Laura Perls (2005) alles, was im Laufe des Lebens erworben wurde und worauf wir uns verlassen können. Dazu gehören Atmung, Körperhaltung, Erfahrungen, Gewohnheiten, stabilisierende Verhaltensmuster und Beziehungen. Aber auch Kanten, Widerstände oder dysfunktionale Muster, die zum Zeitpunkt ihrer Entstehung hilfreich waren und im Hier und Jetzt möglicherweise blockierend wirken. Stütze ist daher immer der Hintergrund für das Bilden einer bedeutungsvollen Gestalt. „Kontakt und Support stehen zueinander in einem Figur-Grund-Verhältnis, wobei Kontakt im Vordergrund nur Bedeutung mit entsprechender Stütze als Hintergrund erhält“ (Klampfl, 2016, S. 102). Ohne entsprechende Stütze wird die Gestaltbildung beeinträchtigt, es entsteht Leid. In der Gestalttherapie wird die Bewusstheit über diesen Prozess durch die gemeinsame Awareness von Therapeut*in und Patient*in gefördert. Selbstregulation wird durch Abbau der Blockierungen und neu gemachter Erfahrungen ermöglicht. Dieser Austausch findet an der Kontaktgrenze statt und macht es beiden Seiten möglich, den/die Andere*n in seiner/ihrer Andersartigkeit wahr- und anzunehmen. Kontakt bedeutet „ein ständiges Hin- und Herschwingen zwischen *mir* und dem *anderen*“ (L. Perls, 2005, S. 103) „Die *Elastizität der Grenze* gleicht dem *Bewußtheits-Kontinuum*: Wenn es keine Störung in den sensorischen und motorischen Funktionen gibt, finden unaufhörlicher Austausch und Wachstum ... statt“ (L. Perls, 2005, S. 93).

Awareness

Vorrangiges Ziel von Therapeut*innen ist die Exploration und damit Awareness der Patient*innen. Als einfache Awareness bezeichnet Yontef (1999) das Berichten über Probleme. Noch ist dem Patienten/der Patientin nicht bewusst, dass es bereits Wissen über das Bewusst-Sein gibt. Durch das Explorieren – also: Wie fühlt sich das an? Wo ist es situiert? Wie könnte man es nennen? – beginnt in einem zweiten Schritt die Awareness über die Awareness. Auf einmal wird klar, dass Therapeut*in und Patient*in sich in einem Explorations-Prozess befinden und beide gewahr werden und versprachlichen, was der/die Patient*in phänomenologisch erlebt. Hier werden Widerstände oder Vermeidungen sichtbar und die Arbeit am Kontakt möglich. In einem dritten Schritt werden Muster sichtbar und bewusst, können betrachtet, verstanden und eingeordnet werden. Die vierte und letzte Stufe zur Awareness bezeichnet Yontef als den phänomenologischen Aufstieg. Die

Awareness wird Teil des Alltags, wird auch ohne Therapeut*in erlebt und hilft, ehemals unklare Situationen zu verstehen (Yontef, 1999, S. 135). „Gewahrsein aber ist das heilende Agens der Psychotherapie. Um das, was im Gewahrsein ist, braucht sich die Psychotherapie nicht mehr zu kümmern, hier verlassen wir uns auf die Selbstorganisations- und Heilungskräfte des Organismus/Umwelt-Feldes“ (Dreitzel, 2004, S. 55).

Kontaktzyklus

„Kontakt ist ... eine Tätigkeit. Ich mache Kontakt, ich nehme Kontakt auf an der Grenze zwischen mir und dem anderen. Die Grenze ist gleichzeitig Ort der Berührung und der Trennung“ (L. Perls, 2005, S. 109).

Am Modell des Kontaktzyklus wird ersichtlich, wo und wie Bedürfnisse oder Figuren entstehen und welche, auch kreative, Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung entwickelt werden können. Im Vorkontakt wird eine Wahrnehmung präsent, ein Bedürfnis entsteht und Kontakt wird aufgenommen. Im Idealfall wird das Bedürfnis befriedigt und der Kontakt in vollem Umfang vollzogen. Im Nachkontakt wird die Erfahrung assimiliert, aufgenommen und es entsteht Befriedigung und Wachstum (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Der Prozess des Kontaktes lässt sich in vier Phasen differenzieren, die man auch mit einer Welle darstellen kann (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1995, S. 96). Wobei im Vorkontakt Bedürfnisse entstehen, die in der Kontaktaufnahme wahrgenommen werden. In Abbildung 1 ist das zum Beispiel Durst und der Appetit auf Saft. Im Kontaktvollzug wird das Bedürfnis gestillt und im Nachkontakt kann die Erfahrung integriert werden. Es entsteht das befriedigende Gefühl von Sättigung.

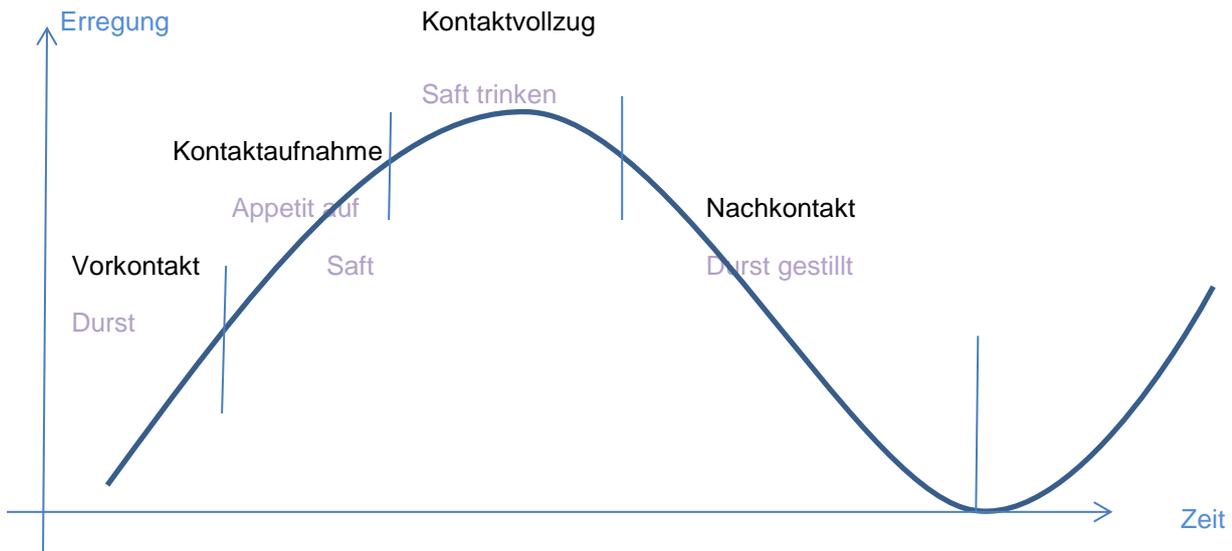


Abbildung 1. Kontaktwelle, Graf-Gabriel, 2021, nach Vorlage Fuhr und Gremmler-Fuhr (1995, S. 96)

Dreizel (2004) ordnet die Ich-Funktionen den jeweiligen Kontaktphasen zu. So entstehen im Vorkontakt die Bedürfnisse „Brauchen, Wünschen und Wollen“, in der Phase der Kontaktaufnahme die Handlungen „Wahrnehmen, Zugreifen, Zerlegen und Beseitigen“ (S. 39). Im vollen Kontakt erleben wir „Sich-Hingeben, Genießen und Sättigung spüren“ und beenden den Kontaktprozess in der vierten Phase des Nachkontaktes mit den Erfahrungen „Einsinken lassen, Nachspüren, Bewerten und sich-identifizieren“ (S. 39).

An den Kontaktgrenzen findet demnach ein ständiger Austausch statt zwischen „Innen und Außen, zwischen Selbst und Anderem, zwischen Kontakt und Rückzug schwingend“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 83). Das bedeutet eine notwendige Durchlässigkeit der Kontaktgrenze, um Nähe zu erlauben und gleichzeitig Undurchlässigkeit, um Autonomie behaupten zu können und jene Einflüsse abzuwehren, die als nicht assimilierbar erkannt werden.

Das Selbst

Das Selbst wird im (integrativ-)gestalttherapeutischen Kontext unterschiedlich verstanden. Im Rahmen dieser Arbeit kann darauf nur begrenzt eingegangen werden. So bezieht sich beispielsweise Hans Peter Dreitzel (2004) auf eine organismische Vorstellung vom Selbst und seinen Funktionen im Kontaktprozess. Er

versteht das Selbst als „Kontaktgrenze in Bewegung“ (S. 41). Albrecht Boeckh (2015) hingegen geht von einem dialogischen Selbst-Konzept aus. Für ihn ist das Selbst „a priori intersubjektiv, d. h. dialogisch strukturiert“ (S. 98), da es sich aus Erfahrungen entwickelt, denen immer auch ein dialogischer Aspekt innewohnt. Bewusstsein für das Selbst entwickelt sich daher einerseits durch den äußeren Dialog und die Spiegelung der nahen Bezugspersonen und auf der anderen Seite in einem inneren Dialog durch das Wahrnehmen eigener Wünsche und Regungen.

Nach Elisabeth Salem (2004) versteht sich das Selbst als „relationaler Charakter, der sich in Beziehungen zu anderen Menschen stets aufs Neue realisiert“ (S. 294). In der therapeutischen Situation erleben wir unser Gegenüber demnach nicht nur wie er/sie sich sprachlich und körperlich ausdrückt, sondern auch in der Interaktion mit ihm/ihr und im Erleben unserer Gegenübertragung. War die gesunde Entwicklung des Selbst in frühen Lebensphasen nicht möglich, musste sich der Säugling „primitiver“ (S. 289) Schutzmechanismen bedienen, um zu überleben. Das noch unreife Selbst musste den Kontakt unterbrechen. Dadurch verformte sich das in Entwicklung befindliche Selbst. Die Interaktionsprozesse zwischen Kind und Umwelt und später zwischen Erwachsenen und Umwelt wurden massiv gestört. Im therapeutischen Gespräch werden die Kontaktunterbrechungen und Widerstände wahrnehmbar und können bearbeitet werden.

Intersubjektivität

Abgrenzung vom Anderen und Anerkennung der Abhängigkeit vom Anderen sind gegensätzliche Pole, die jedem intersubjektiven Kontaktprozess innewohnen. „Wir werden geboren mit einem natürlichen Rhythmus, der zwischen dem Wunsch nach Nähe zu anderen und dem Wunsch nach Unabhängigkeit hin- und herschwingt“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 106). Im Kontakt mit dem Anderen erleben wir ab unserer Geburt ein ständiges Wechselspiel von Nähe und Distanz. Durch die sichere Erfahrung, dass auf kurze Beziehungsunterbrechungen eine Wiederaufnahme der Beziehung erfolgt, erfährt der Säugling Verlässlichkeit und Regulierung durch die Beziehungsperson. Dieses Konzept von „rupture and repair“ (Tronick, 2007, nach Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 106) unterstützt die Selbstregulation und die Belastbarkeit, und in der Folge die Konfliktfähigkeit des heranwachsenden Kindes. Spannungen und Konflikte können dann auch im Erwachsenenalter ausgehalten und

reguliert werden. Votsmeier-Röhr und Wulf sprechen von einem symmetrischen Beziehungsmuster, wenn die Differenz zwischen Abhängigkeit und Autonomie ausgehalten und reguliert werden kann. Gelingt dieser Prozess nicht, entsteht ein komplementäres Beziehungsmuster mit Angst im Vordergrund, das nur ein Entweder/Oder zur Folge hat. Entweder Macht oder Unterwerfung, entweder Kontrolle oder Kontrolliert-Werden, entweder Täter oder Opfer.

Kreative Anpassung

Im Verständnis der Integrativen Gestalttherapie ist jedes psychopathologische Symptom eine kreative Anpassung an eine schwierige Situation (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Was in der Psychoanalyse als Verluste der Ich-Funktionen bezeichnet wird, sind aus integrativ-gestalttherapeutischer Perspektive kreative Entscheidungen, die getroffen werden mussten, um die nicht aushaltbare Erregung, die aus der schwierigen Situation resultiert, zu reduzieren oder zu vermeiden. Diese kreativen Entscheidungen können in schwierigen Situationen als Stütze erlebt, in einem späteren Lebensabschnitt aber als dysfunktional und hemmend wahrgenommen werden. „Ein dysfunktionaler organismischer Hintergrund verhindert bedeutungsvollen Kontakt und führt zu Störungen der Integration und Organisation von Erfahrungen“ (Votsmeier, 2001, S. 721).

Ist es nicht möglich, stützende Anteile zu entwickeln oder stehen keine stützenden Mechanismen zur Verfügung, entsteht Angst (L. Perls, 2005). Der Grundstein für die Art und Weise wie wir als Erwachsene mit Angst umgehen, wird daher zum größten Teil in unserer Kindheit und Jugend gelegt. Die Kompensationsmechanismen, die dann in der Not angewandt werden, um die Spannung auszuhalten, wie zum Beispiel Rückzug oder Selbstverletzung, entwickeln sich im Wiederholungsfall zu Anpassungsmustern, die auch noch im Erwachsenenalter vorhanden sind. Die Folgen sind Beeinträchtigungen, die das Erleben des vollen Kontakts einschränken, um damit Angst und andere Gefühle erträglich zu halten. „Stützfunktionen sind verinnerlichte Erfahrungen in der Nachkontakt-Phase und beeinflussen zukünftige Kontaktanbahnung in der Vorkontakt-Phase“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 95). Sind diese Funktionen nicht vorhanden, ist somit bereits der Vorkontakt (Brauchen, Wünschen und Wollen) gestört.

Kontaktunterbrechungen

Was Reinhard Fuhr und Martina Gremmler-Fuhr (1995) als „Kontaktfunktionen“ (S. 117-119) bezeichnen, nennen Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) „Mechanismen der Kontaktunterbrechung und Grenzregulierung“ (S. 100-105):

- **Konfluenz** – eigene und fremde Gefühle und Bedürfnisse fließen zusammen, das Eigene wird nicht als Eigenes sondern als Gemeinsames erlebt. Eine Differenzierung ist nicht möglich.
- **Isolierung** – kommt nur bei Votsmeier-Röhr und Wulf (2017, S. 101) vor und kann mit **Dissoziation** oder Gefühls-Taubheit beschrieben werden.
- **Introjektion** – Aufnahme von Denkweisen, Regeln, Werten, ohne sie zu assimilieren, zum Beispiel Glaubenssätze der Eltern.
- **Projektion** – Eigene abgelehnte Anteile werden auf andere Personen projiziert und können dort abgewertet werden, zum Beispiel aggressive Gefühle.
- **Retroflektion** – scheinbar gefährliche Kontakte werden vermieden, die Energie wird zurückgehalten. Gefühle, die nicht ausdrückbar sind, werden auf die eigene Person zurückgelenkt. Selbstaggression oder Selbsthass und in der Folge Depressionen sind als Beispiele zu nennen.
- **Deflektion** – Ausweichen, Wegdrehen, Thema-Ändern oder Einschlafen. Der Begriff wurde von Erving und Miriam Polster (2009) ergänzt.
- **Egotismus** – ist gleichzusetzen mit einem Sich-Nicht-Einlassen auf den vollen Kontakt, ein Zurückhalten von Spontanität, zum Beispiel um Überraschung zu vermeiden.

Die oben beschriebenen Mechanismen der Kontaktunterbrechung werden als Fixierungen von Bewältigungsstrategien verstanden, die in einer früheren Lebensphase mangels ausreichender Stützung als kreative Anpassung verstanden wurden, im aktuellen Erleben aber hemmend für den Lebensfluss sind. „Die Tendenz zur Selbstverwirklichung ... [wird] ... zu einer Tendenz zur bloßen Selbsterhaltung mit entsprechenden dysfunktionalen Anpassungsmustern“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 97).

Widerstand

Im diagnostischen gestalttherapeutischen Gespräch nimmt die Arbeit mit dem Widerstand eine wichtige Stellung ein. Fritz und Laura Perls erkannten, dass die Widerstände als ehemalige Stützfunktionen wertvolle Fingerzeige für den Therapeuten/die Therapeutin sind, mit denen aber sehr achtsam umzugehen ist (F. S. Perls, Hefferline & Goodman, 1991, S. 74–76). Dreitzel (2004) erkennt Widerstände als „schöpferische Anpassungen in einem Feld, in dem es Veränderungen gibt“ (S. 30) und zählt sie zu den neurotischen Verhaltensweisen.

Die Arbeit am und mit dem Widerstand ist nach Yontef (1999) ein Kernphänomen in der Gestalttherapie. Der Widerstand ist in der Exploration phänomenologisch zu erforschen, seine aktuelle Gültigkeit ist zu hinterfragen. In der Dialektik zwischen Therapeut*in und Patient*in entsteht ein Prozess der Awareness, der im optimalen Fall zu Verständnis und Einsicht in Bezug auf frühere Stütze und aktuelle Blockierung führt. Indem der Wert und die Sinnhaftigkeit des Widerstands sowohl vom Therapeuten/von der Therapeutin als auch vom Patienten/von der Patientin gesehen und gewürdigt wird, darf er sein und kann im Dialog exploriert werden. Durch Experimentieren mit dem Widerstand (Einnehmen der Position des Widerstands; Wie sieht er aus? Wie groß ist er? Was ist ihm wichtig? Was bräuchte er um sich zu verändern?) erlebt der/die Patient*in seine/ihre Handlungsfähigkeit und damit Selbstwirksamkeit im Umgang mit ihm. Das bisher erlebte Gefühl des Ausgeliefert-Seins wird abgemildert, verändert sich und wird ersetzt durch aktives Handeln. Der/die Patient*in erlebt sich selbstbestimmter und „auch der Therapeut kann in diesem Prozess wachsen“ (Yontef, 1999, S. 136).

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Der phänomenologisch-dialogische Ansatz der Integrativen Gestalttherapie bezieht sich auf Bubers „ICH und DU“ (2014), und erfordert die Hingabe an das, was sich aus dem Interagieren von Therapeut*in und Patient*in entwickelt. Dabei versucht der/die Therapeut*in sich so weit als möglich in die phänomenologische Welt des Patienten/der Patientin zu begeben – wobei er/sie sich gleichzeitig dessen bewusst bleibt, dass er/sie „vom anderen getrennt ist“ (Yontef, 1999, S. 130). Dieser dialogische Aspekt basiert auf einem ZWISCHEN, das im Miteinander des ICH und DU entsteht. Therapeutische Beziehung entsteht, wenn sich sowohl Patient*in als

auch Therapeut*in als Ganzheit in den therapeutischen Prozess einbringen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Das Bedürfnis nach Beziehung ist dem Menschen innewohnend, also inhärent. Dieses In-Beziehung-Sein „macht den Kern der gestalttherapeutischen Haltung aus“ (Yontef, 1999, S. 129). Wenn es für Patient*innen stimmig und hilfreich ist, bringen sich Therapeut*innen auch mit ihren Gedanken, Sichtweisen und Gegenübertragungen ein. In der dialogisch-phänomenologisch orientierten Gestalttherapie entsteht „wirklicher Kontakt im Gegensatz zu einer Beziehung, die auf Übertragung oder Deutung basiert“ (S. 128).

Der kreative, phänomenologische und erfahrungszentrierten Zugang ist ein Gewahrsein im Moment, im Hier und Jetzt. Gestalttherapeut*innen hören zu, nehmen wahr, sind völlig präsent. Und während der/die Patient*in spricht entsteht beim Therapeuten/bei der Therapeutin ein Bild/eine Figur, die sich aus dem Hintergrund schält und Formen annimmt. Eine kreative Idee, eine Intervention nimmt Gestalt an. Der/die Therapeut*in erspürt im Zwischen die Passung dieser Intervention, formuliert seine/ihre Gedanken und schlägt die Intervention vor. Oder wie Laura Perls (2005) es ausgedrückt hat: „Ein Gestalttherapeut verwendet keine Techniken; er verwendet sich selbst in einer und für eine Situation, mit den professionellen Fähigkeiten und mit seiner Lebenserfahrung, die er angesammelt und integriert hat (S. 99).

Frank Staemmler (2009) versteht die Empathie im therapeutischen Prozess als wechselseitig. Beide, sowohl Patient*in als auch Therapeut*in, sind beteiligt. Empathie entwickelt sich in der therapeutischen Situation durch vertieftes Nachfragen und damit einhergehendes Einfühlen des Therapeuten/der Therapeutin in die geschilderte Situation des Patienten/der Patientin. Bei diesem/dieser kommt es dadurch ebenfalls zu einer Vertiefung und im empathischen Austausch mit dem Therapeuten/der Therapeutin zu einem neuen Wahrnehmen der geschilderten Situation. Staemmler (2009) empfindet die Empathiefähigkeit der Patient*innen als wichtigen Beitrag für den Erfolg einer Psychotherapie, lässt doch „die Empathie der Klientin die Empathie der Therapeutin überhaupt erst wirksam werden“ (S. 36). „In jeder Form der Psychotherapie ... in der die Therapeutin dieses empathische Angebot macht und der Klient es aufnimmt, gibt es Empathie im Plural; im Singular wirkt sie nicht therapeutisch“ (S. 66).

Bubers (2014) Begriff der „Umfassung“ (S. 131) wird von Yontef (1999) so verstanden:

Umfassung ist die höchste Form der Bestätigung. Umfassung ist die Einfühlung in die Sicht des Anderen, während man das Empfinden von sich selbst beibehält. Ein Mensch, der Umfassung übt, sieht die Welt einen Moment lang so vollständig wie möglich mit den Augen des anderen. Aber er ist nicht konfluent, denn gleichzeitig nimmt er sich selbst als vom anderen getrennt wahr. (Yontef, 1999, S. 57)

STÖRUNGSSPEZIFISCHE ASPEKTE ZU BORDERLINE

Pathogenese der Borderline-Persönlichkeit

Nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) ist die Borderline-Symptomatik Ausdruck defizitärer Stützfunktionen in der Kindheit. Wenn kindliche Grundbedürfnisse durch wichtige Bindungspersonen massiv verletzt werden, sei es durch Bedrohen, Verächtlich-Machen, Beschimpfen, Schlagen, mit Liebesentzug bestrafen, aber auch durch körperliche Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch, stehen mangels Stütze keine adäquaten Bewältigungsmechanismen zur Verfügung. Es entsteht ein Gefühl der existentiellen Bedrohung und Angst. Um eine Überflutung und damit Gefährdung der Ich-Grenzen abzuwehren, muss der Kontakt vom Individuum abgebrochen werden. Das gute Objekt (die Beziehungsperson) muss vom verletzenden Objekt (der gleichen Beziehungsperson) getrennt werden. Dies geschieht durch eine Abspaltung der Emotion (zum Beispiel Wut) oder durch Derealisation, also ein Unwirklich-Machen der Situation, bis hin zur Dissoziation. Durch den Kontaktabbruch sind die gemachten Erfahrungen nicht mehr einordenbar, sondern abgespaltene Selbstanteile. „Isolierte und fragmentierte Selbstanteile beeinträchtigen aufgrund der mangelnden Kohärenz das Identitätsgefühl und damit die Selbststützung, wodurch wiederum die Kontaktmöglichkeiten eingeschränkt sind (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 110).

Yontef (1999) beschreibt diesen Prozess so: „Bei einer Spaltung ist eine Hälfte der Polarität ‚verdrängt‘, die andere ist verfügbar. Wenn der ‚verdrängte‘ Teil ins Bewußtsein kommt, wird der andere Teil ‚verdrängt‘“ (S. 325). Diese Spaltung

ereignet sich auch bei Bildern, die der/die Borderline-Patient*in von anderen Menschen hat. So ist es ihm/ihr nicht möglich, sich daran zu erinnern, dass er/sie für einen Menschen, den er/sie für böse hält, jemals auch positive Gefühle entwickelt hat. Gegensätzliches verursacht Chaos und Angst und muss daher aufgespalten werden. Verbundenheit und Nähe wird gleichgesetzt mit Verschmelzung, bedeutet aber gleichzeitig das Aufgeben von Autonomie und Kompetenz. Abhängigkeit und Kompetenz sind nicht gleichzeitig denkbar.

Um die Spannungen dieser abgespaltenen aber im abgespaltenen Modus aktiven Muster zu reduzieren, müssen neue Bewältigungsmuster gebildet werden. Es kommt zu strukturellen Entwicklungsdefiziten wie sie auf der Strukturachse der OPD-2 Diagnostik angeführt sind. Abgespaltene Erfahrungs- oder Selbstanteile sind massiv angstbesetzt – ein neuerliches Auftreten muss verhindert werden. Das kann sich in Suchtverhalten, Selbstverletzungen oder besonders risikoreichem Verhalten äußern. Aber auch beziehungsschädigendes Verhalten wie Klammern oder extremes Kontrollieren, Zwänge, Rituale oder psychosomatische Symptome können auftreten, um vorübergehende Sicherheit und Entlastung zu erreichen.

Selbstverletzungen sind nach Petra Klampfl (2016) dysfunktionale Entlastungs- und Stabilisierungsmaßnahmen zur Spannungsregulierung. Sie nennt als häufigste Form das Ritzen oder Schneiden der Haut, gefolgt von Verbrennungen (S. 75). In der Kindheit von sich selbst verletzenden Menschen findet man traumatisierende Erlebnisse wie frühe Verluste, körperliche und sexuelle Übergriffe oder pathologische Kommunikationsstile. Frühe traumatische Beziehungserfahrungen wirken sich auf die Persönlichkeitsentwicklung hemmend aus. Die strukturelle Reifung im Sinne von Rudolf (2013) wird gestört, Selbstanteile werden in einem dissoziativen Prozess abgespalten, Kontakt- und Beziehungsgestaltung sind eingeschränkt. Aus Sicht der Gestalttherapie sind Selbstverletzungen Retroflexionen (Klampfl, 2016, S. 105) – nicht ausdrückbare Gefühle, die als Verletzung erlebt und auf die eigene Person zurückgelenkt werden. Die entstehende, nicht aushaltbare Spannung wird über die Verletzung kurzfristig abgeleitet und hat dadurch eine regulatorische Funktion. In diesem Sinne kann Selbstverletzung auch als Akt der Selbstfürsorge verstanden werden. „In der Selbstverletzung wird die Dynamik traumatischer Beziehungserfahrungen reinszeniert und als dramatischer Dialog am eigenen Körper dargestellt“ (S. 96).

Borderline-Behandlung

Je nachdem ob die Symptome defizitär (keine alternative Handlungsweise steht zur Verfügung) oder protektiv (das brüchige Selbst muss vor dem Auseinanderfallen geschützt werden) erscheinen, ist die Behandlung anzupassen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 124–127).

Nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017, S. 129) muss destruktives Verhalten in einem ersten Schritt klar und unmittelbar beantwortet werden. Hier ist es wichtig, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln und als Stütze anzubieten. In einem zwischen Patient*in und Therapeut*in abgeschlossenen Vertrag können notwendige Schritte festgehalten und die Übernahme der Selbstverantwortung des Patienten/der Patientin festgelegt werden. Stützendes Angebot in dieser ersten Phase ist in erster Linie die therapeutische Haltung. Es können aber auch Imaginationstechniken nach Luise Reddemann (2012) und Fertigkeitentraining nach Marsha Linehan (Bohus & Wolf-Arehullt, 2013) in die integrativ-gestalttherapeutische Behandlung integriert werden.

In einem weiteren Schritt wird die Arbeit an defizitären Symptomen begonnen. Konkrete Unterstützungsangebote zur Affektregulation (zum Beispiel Gefühle benennen, Gefühlsprotokolle, Differenzierung zwischen primären und sekundären Gefühlen), Psychoedukation und Mentalisierungsübungen schaffen eine breitere Palette an Fertigkeiten und Handlungsmöglichkeiten. Konkrete Übungen schwieriger Situationen, zum Beispiel mit dem „Leeren Stuhl“, können Sicherheit für veränderten Umgang mit automatisiertem Verhalten geben. Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) schlagen vor, neue, funktionale Verhaltensmodi (zum Beispiel die Frage: „Möchte ich, was gerade passiert?“) den dysfunktionalen Mustern gegenüberzustellen. Der dadurch entstehende Moment der Irritation gibt Raum für die Nutzung des bewusst aktivierten, reflektierten Modus und damit für neue Handlungsweisen (S. 127-131).

Nach Hutterer-Krisch, Riedler-Singer und Singer (2007) wäre es insgesamt „wichtig, nach stationären Therapien ein ambulantes Setting – im Idealfall über einige Jahre und bei gut ausgebildeten Therapeuten – weiter zu verfolgen. Dies scheitert oftmals an der fehlenden Kassenfinanzierung beziehungsweise an den zu langen Wartezeiten auf eine solche“ (S. 274).

EMPIRIE

Die vorliegende Arbeit sollte ursprünglich hilfreiche Zugänge in der Behandlung der Borderline-Erkrankung aus der vorhandenen Literatur abbilden. Bei der Durchsicht ausgewählter Wirksamkeitsstudien wurde aber ersichtlich, dass diese Studien vor allem die Wirksamkeit bestimmter Therapierichtungen deutlich machen sollten (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; Wilfer, Armbrust, Aalderink & Spitzer, 2020).

Dabei geht aber einerseits verloren, wie Patient*innen das Arbeiten an ihrer Erkrankung erleben, andererseits auch warum diese Zugänge nicht hilfreich sind (Wöller, 2014, S. 81). Genau dieses Spektrum soll die vorliegende Arbeit abbilden. Es wurde daher für diese Arbeit die Methode der qualitativen Forschung gewählt. In erster Linie soll dargestellt werden, welchen Nutzen betroffene Patient*innen mit der Diagnose „Borderline“ oder „emotional instabile Persönlichkeit“ aus der Psychotherapie ziehen können. Gleichzeitig aber auch, warum welche therapeutischen Zugänge weniger hilfreich sind. Dies ist aus Sicht der Autorin am authentischsten möglich, wenn Patient*innen direkt befragt werden. Diese Ansicht deckt sich auch mit Witzel (2000), wonach die Befragten Expert*innen ihrer Orientierungen und Handlungen sind.

Die Fragestellung an die Interview-Partner*innen war daher:

Welche Interventionen/Hilfestellungen haben Sie in der Psychotherapie als besonders hilfreich erlebt?

Was davon nutzen Sie heute noch in Ihrem Alltag?

METHODIK

DATENERHEBUNG

Als Kriterium für die Auswahl der Interviewpartner*innen galt eine Diagnose laut ICD-10 in der Kategorie F60.3x (emotional instabile Persönlichkeit) oder F60.31 (Borderline-Persönlichkeit) und eine zumindest sechsmonatige durchgängige psychotherapeutische Behandlung. Geplant war, acht bis zehn männliche und

weibliche Personen zu finden, die im Alter zwischen 18 und 60 Jahren über hilfreiche Erfahrungen aus der Psychotherapie berichten wollten. Die Psychotherapie-Methoden sollten nach Möglichkeit unterschiedlich sein, um ein breites Spektrum abzubilden. Sie waren daher kein Sampling-Kriterium. Gemeldet haben sich schließlich nur weibliche Personen (siehe Tabelle 2). Wöller (2014, S. 3) vermutet, dass der hohe Frauenanteil aus früheren Studien daraus abzuleiten ist, dass weibliche Erkrankte eher in psychiatrischen oder psychotherapeutischen Settings anzutreffen sind. Da die Erkrankung sehr oft eine Komorbidität mit Substanzabhängigkeiten aufweist, findet man männliche Borderline-Patienten eher im Justizsystem (Black et al., 2007, zitiert nach Wöller, 2014, S. 3).

Tabelle 2

Übersicht Interview-Partnerinnen (alle weiblich):

Name	Alter	Diagnose	Vorrangige Therapiemethode	In Therapie seit
A1	ca. 50	F 60.31	Verhaltenstherap. Ansatz	ca. 30 Jahren
B2	29	F60.31	Integrative Gestalttherapie	ca. 5 Jahren
C3	56	F 60.31	Verhaltenstherap. Ansatz	ca. 15 Jahren
D4	34	F 60.31	Integrative Gestalttherapie	ca. 5 Jahren
E5	39	F 60.3x	Verhaltenstherap. Ansatz	ca. 7 Jahren

Die Suche nach Interview-Partner*innen war ursprünglich über Online-Portale in Österreich, Deutschland und der Schweiz, konkret das „Borderline-Netzwerk i. V.“ (www.borderline-netzwerk.info) und die Borderline Plattform (forum.blpl.de) geplant. Weiters wurden zwei Vereine angeschrieben, die Hilfe für psychisch erkrankte Menschen anbieten. Aufgrund mangelnder Rückantworten wurden anschließend noch Interview-Einladungen für Patient*innen an eine Borderline-Tagesklinik und zwei psychiatrische REHA-Einrichtungen in Österreich, an eine Ausbildungseinrichtung für unterschiedliche Therapierichtungen in Österreich, sowie an Psychotherapeut*innen im näheren Umfeld der Autorin verschickt.

In der Zeit zwischen April und August 2021 meldeten sich schließlich fünf weibliche Personen aus zwei Ländern, die zu einem Interview bereit waren. Die ursprüngliche Anforderung, männliche und weibliche Personen zu interviewen, musste daher verworfen werden. Alle Interviewpartnerinnen wurden schriftlich im Vorfeld über den Hintergrund der Untersuchung sowie über die Anonymisierung aufgeklärt und stimmten den Tonaufzeichnungen und der Auswertung der Interviews zu. Nach Abschluss der Interviews wurde diese Zustimmung auch schriftlich mittels Einverständniserklärung (siehe Anhang) eingeholt.

Die Mindestanforderung von sechs Monaten Therapie wurde bei allen Interview-Partnerinnen deutlich überschritten, die geringste Dauer lag bei fünf Jahren. Aufgrund der mehrjährigen Therapieerfahrung aller Interviewpartnerinnen konnte aus den vorhandenen fünf Interviews genügend Material für die Untersuchung gesammelt werden. Die Interviews wurden telefonisch (eine Person), per Video-Plattform Zoom (zwei Personen) und persönlich in der Praxis der Autorin (zwei Personen) geführt. Alle Interviews wurden mit einem mobilen Aufnahmegerät (Voice Tracer) als Mp-3 Datei digital aufgenommen und anschließend mit der Software „f4“ transkribiert. Es wurden lediglich Ton- und keine Bildaufnahmen durchgeführt.

Als methodologischer Zugang wurde das leitfadengestützte „Problemzentrierte Interview“ nach Witzel (2000) gewählt. So war es der Interviewerin möglich, die Forschungsfragen gezielt einzugrenzen und mögliche Re-Konfrontationen mit belastenden Themen auszuschließen. Der Autorin war in Bezug auf die Forschungsethik bewusst, dass es bei den zu befragenden Personen in der Geschichte auch traumatische Hintergründe geben könnte. Daher war die Fragestellung bewusst auf positive Erfahrungen fokussiert. Der sorgsame Umgang mit dem Erleben der Interview-Partnerinnen stand im Vordergrund. Bei schwierigen Textpassagen erkundigte sich die Interviewerin nachdem subjektiven Befinden. Sprechgeschwindigkeit, Atmung und körperliche Signale wurden, soweit sichtbar, in Memos festgehalten. Alle Interviewpartnerinnen meldeten am Ende der Befragung zurück, die Interviews als angenehm und teilweise bereichernd und reflexiv erlebt zu haben.

Nach Witzel (2000) ist das Problemzentrierte Interview ein „diskursiv-dialogisches Verfahren“ (MEY, 1999, S.145, nach Witzel, 2000), das „... die

Befragten als Experten ihrer Orientierungen und Handlungen begreift, die im Gespräch die Möglichkeit zunehmender Selbstvergewisserung mit allen Freiheiten der Korrektur eigener oder der Intervieweraussagen wahrnehmen können“ (Witzel, 2000). Nach einer Aufklärung über den Hintergrund der Arbeit und deren Fragestellung wird die zu interviewende Person über den Interviewablauf und die Anonymisierung der Daten informiert. Die Aufzeichnung des Gesprächs ermöglicht das gleichzeitige Erfassen örtlicher Bedingungen.

In den für diese Arbeit geführten Interviews wurden persönliche Eindrücke in einem im Anschluss an das Interview angefertigten Interview-Protokoll festgehalten und in den Transkripten notiert. Der Einstieg in das Interview erfolgte anhand einer vorformulierten offenen Einleitungsfrage. Dabei wurde der interviewten Person die Möglichkeit gegeben, mit eigenen Worten den für sie wichtigen Kontext ins Zentrum ihrer Antwort zu stellen.

Anhand eines Interview-Leitfadens wurde sichergestellt, dass die Gesprächsinhalte innerhalb des Bereiches der Fragestellung gehalten wurden. Das erschien wichtig, um etwaiges Aufkommen problematischer Inhalte möglichst hintanzuhalten. Der Fokus sollte – laut Fragestellung – auf den positiven Erfahrungen der Patientinnen liegen. Der Interview-Leitfaden wurde nach dem ersten Interview angepasst und um zusätzliche Aspekte aus diesem Interview ergänzt. Dabei schien es wichtig, auch zu erfragen, in welchem Alter erstmals Veränderungen wahrgenommen wurden und wie die Interview-Partnerinnen ihre Diagnose erlebt haben. Als weitere Ergänzung wurde gefragt, ob weniger hilfreiche Erlebnisse in der Behandlung auch besprechbar waren. Der adaptierte und letztgültige Leitfaden wurde dieser Arbeit als Anhang angefügt.

DATENAUFBEREITUNG

Die Interviews wurden auf einem externen Datenträger (USB-Stick) gespeichert und von dort zeitnah mit der Transkriptionssoftware „f4“ verschriftlicht (insgesamt 135 A4-Seiten mit rund 48.000 Wörtern). Dabei wurden ‚ähs‘ und ‚hms‘ großteils mittranskribiert, außerdem wurden Lautäußerungen wie Lachen (lacht) oder Gesten (klopft sich auf die Schulter) in Klammern angemerkt. Die Interpunktion wurde teilweise vernachlässigt und erst bei der Ergebnisdarstellung zur besseren Lesbarkeit eingefügt, zum Beispiel wenn Sätze mit „und“ verlängert wurden.

Bemerkungen zur Person und zur Interviewsituation wurden in der Rubrik „Kommentare“ festgehalten.

In der Ergebnisdarstellung wurden Zitate gemäß den Zitierrichtlinien der Donau Universität Krems angeführt: Aus den direkten Zitaten wurden ähs, Wortwiederholungen, Versprecher und teilweise auch Satzteile (gekennzeichnet durch drei Punkte bei Satzteilen, durch vier Punkte bei Auslassung ganzer Sätze) zur besseren Verständlichkeit entfernt. Mundartliche Ausdrucksweisen wurden – soweit möglich – in Schriftsprache abgebildet. Orts-, Klinik- und Personennamen wurden in Großbuchstaben mit ORT, KLINIK und PERSON unkenntlich gemacht. Weiters:

- Änderung des ersten Buchstabens von Klein in Großbuchstaben oder umgekehrt
- Eigene Ergänzungen zum besseren Verständnis wurden in eckige Klammern gesetzt

DATENAUSWERTUNG

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Philip Mayring (2015, S. 103) mit der Analysesoftware „f4“. „Psychosoziale Komplexität ist nicht allein durch Variablenstatistik einzufangen. Als größter Vorteil der Qualitativen Inhaltsanalyse ist hier das systematische, d. h. Regel geleitete, schrittweise Vorgehen nach vorher explizierten Techniken zu nennen“ (Gahleitner, Schmitt & Gerlich, 2014, S. 82).

Um das vorhandene Material in seiner Komplexität zu reduzieren, schlägt Mayring (2015) ein systematisches und regelgerechtes Vorgehen mittels eines Ablaufmodells der Analyse vor. In einer definierten Reihenfolge sind dabei vorgegeben Analyseschritte zu setzen, die durch ein Kategoriensystem organisiert sind. Diese Kategorien werden entweder aus der Fragestellung und theoretischem Vorwissen (deduktiv) abgeleitet, oder aus dem empirischen Material (induktiv) erarbeitet und im Laufe der Analyse durch Unterkategorien ergänzt. Nach jeder Ergänzung durch neue Kategorien oder Unterkategorien wird das gesamte Material nochmals durchlaufen und entsprechend neu kategorisiert. Am Ende des Prozesses erfolgt die Zusammenstellung der Ergebnisse und die Auswertung anhand der Fragestellung.

Dafür wurden in einem ersten Schritt anhand des Leitfadens zwei deduktive Kategorien entwickelt (HILFREICHE INTERVENTIONEN und NUTZUNG IM ALLTAG). Mit Unterstützung der Software „f4 analyse“ wurde daraufhin das gesamte Material durchlaufen. Bei diesem ersten Durchgang wurden die ersten beiden Transkripte in die deduktiven Kategorien kodiert und vorläufige induktive Kategorien erstellt. Mit Hilfe der vom Programm „f4“ bereitgestellten „Memos“-Funktion wurden im gleichen Durchlauf Textstellen paraphrasiert. In einem zweiten Materialdurchlauf erfolgte die Zusammenführung der ersten beiden deduktiven Kategorien zu einer Kategorie. Aus der Reduktion der paraphrasierten Textstellen wurden weitere induktive Kategorien sowie Unterkategorien nach den Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gebildet. „Zentral dabei ist die Differenzierung einer aufsteigenden ... und einer absteigenden ... Verarbeitung sowie das Formulieren von Makrooperatoren der Reduktion“ (Mayring, 2015, S. 69).

Bei einem dritten Durchlauf erfolgte schließlich eine Überprüfung und Anpassung der Kategorien.

ERGEBNISDARSTELLUNG

Im oben angeführten Kodierungsprozess wurden die nachstehenden Codes definiert, die einerseits die Fragestellung der Arbeit beantworten sollten und andererseits einen tieferen Einblick in das Erleben von Patient*innen mit einer Persönlichkeitsstörung (emotional instabiler oder Borderline-Typ nach ICD-10) ermöglichen sollten.

1. Selbsterleben in der Krankheit
2. Kritischer Umgang mit dem Umfeld
3. Kontakte mit dem Helfersystem
4. Therapeutisches Erleben
5. Hilfreiche Interventionen für den Alltag
6. Persönliches

In der nachfolgenden Darstellung werden die Ergebnisse teilweise von der Autorin zusammengefasst paraphrasiert oder wörtlich aus den Transkripten zitiert, um einen direkteren Einblick in das jeweilige Erleben der Interviewpartnerinnen zu

ermöglichen. Die Personen wurden anonymisiert und werden mit IP für Interviewpartnerin und der fortlaufenden Nummerierung A1, B2, C3, D4 und E5 gekennzeichnet.

SELBSTERLEBEN IN DER KRANKHEIT

Die Oberkategorie „Selbsterleben in der Krankheit“ soll den Blick der Patient*innen auf das eigene Erleben und Wahrnehmen ihrer Krankheitssituation sichtbar machen. In einer bewusst gewählten Chronologie wird ein Bogen über den Beginn der Erkrankung, begleitende Komorbiditäten, Selbstwahrnehmung, Auslöser und Trigger, überfordernde Situationen bis zu aus der Not gewählte Bewältigungsstrategien gespannt. Weitere Unterkategorien bilden Erfahrungen mit Medikation und Stigmatisierung.

Krankheitsbeginn

Auf die Einstiegsfrage nach dem wahrgenommenen Beginn der Erkrankung berichteten durchgängig alle Interviewpartnerinnen von einer bereits sehr frühen Krankheitswahrnehmung zwischen dem neunten und sechzehnten Lebensjahr. (IP B2, Absatz 2; IP C3, Absatz 10; IP D4, Absatz 7-10). Allerdings war die Erkrankung zu diesem Zeitpunkt weder von den betroffenen noch von den betreuenden Personen hilfreich einordenbar.

„Also ohne es damals einordnen zu können und überhaupt eine Vorstellung zu haben, dass es offiziell als Krankheitskriterium gilt, war das mit 16.“ (IP A1, Absatz 2)

„Ich war als Kind schon auffällig, dass ich einfach mit den Emotionen deutlich drüber war, ich hab seit ich 14 bin mit starken Kopfschmerzen reagiert.“ (IP E5, Absatz 5 - 8)

Komorbiditäten

Alle Interviewpartnerinnen berichteten von zusätzlichen Erkrankungen. Neben somatischen Beschwerden wie Bauchschmerzen (IP B2, Absatz 8) und Suchterkrankungen (IP A1, Absatz 18; IP C3, Absatz 371) wurden auch psychische

Zustandsbilder genannt, allen voran Depressionen und Angststörungen. Dies findet sich auch in der Literatur bei Wöller (2014, S. 69).

„...dann merk ich, dass ich immer mehr in die Depression reinrutsche ...“ (IP B2, Absatz 16)

„... weil es dann auf den Kreislauf gegangen ist und ja so hat es dann halt angefangen wo wir dann eben auf die Angststörung hin gearbeitet haben.“ (IP B2, Absatz 12)

„... und bin mit 16 das erste Mal mit Anti-Depressiva behandelt worden.“ (IP E5, Absatz 8)

Selbstwahrnehmung - Krankheitsbezogen

Alle Interviewpartnerinnen blicken auf einen Krankheitsverlauf von fünf bis über 30 Jahren zurück. Dementsprechend reflektiert kann die jeweilige Selbstwahrnehmung im Rückblick eingeordnet werden.

„Diese drei Jahre waren wirklich reine Krisenintervention, ... da ging es ja wirklich darum, wie komm ich überhaupt von einem Tag zum nächsten.“ (IP A1, Absatz 197)

„Wieder nur die Anderen, die Anderen, die Anderen - ich bin selber immer mehr eingegangen dabei wie eine Rosine bin ich zusammengeschrumpelt.“ (IP B2, Absatz 224-226)

„Na also Hilfe brauchen, ich hab schon immer wieder mal gesagt ich brauch Hilfe, aber es war auch immer wieder: Steht mir das zu, Hilfe anzunehmen?“ (IP C3, Absatz 6)

„Und dann bin ich auf Therapie, aber wie ich heimgekommen bin, hab ich ja noch keine Erwachsenenvertreterin gehabt, und dann hab ich gesagt, ich brauch's, ich komm nicht mehr füreinander.“ (IP C3, Absatz 379)

„Ja, (seufzt) ich hab wieder reingearbeitet, und bis ich wieder draufgekommen bin, irgendwas stimmt da wieder nicht, ... ja bis es eh gleich wieder hochgekommen ist, ja ich will nicht mehr leben, ich pass da nicht her.“ (IP D4, Absatz 78)

Trigger/Überforderung

Die Interviewpartnerinnen konnten teilweise gut benennen, welche Situationen zu überfordernden Gefühlen führen oder führten, beziehungsweise welche Trigger in der Therapie identifiziert werden konnten.

„Wenn dann jemand zu mir sagt: ‚Ach stell dich doch nicht so an, ist doch nicht so wild‘, dann wird mein Gefühl nur noch schlimmer.“ (IP A1, Absatz 173)

„... nur wenn man mich dann weiter stichelt und immer so weiter traktiert, dann zerreisst's mich und dann bin ich nur schiach.“ (IP B2, Absatz 232)

Körperliche Symptome zeigen sich bei Interviewpartnerin E5: (atmet hörbar aus) „wenn ich Stress hab krieg ich Durst, ich fang an zu schwitzen, ... das baut sich dann immer weiter auf mit Zittern, mit Atemnot, Rauschen im Kopf“ (IP E5, Absatz 56-58).

Und auch Interviewpartnerin B2 merkt körperliche Sensationen: „Wenn ich in so eine, ich weiß nicht, es ist ein bisschen so ein Borderline-Depressions-Ding würd ich sagen, ich merk schon ein paar Tage vorher, dass ich innerlich ein bissl aufgewulter bin“ (IP B2, Absatz 14).

„Und dann hab ich gemerkt, dass ich eigentlich nur mehr funktioniert habe, körperlich, weil ich bin dann in der Früh einmal aufgestanden, wollte aufstehen und hab die ganze linke Seite nicht mehr gespürt“. Zusätzlich musste der Todesfall eines Bekannten und des Opas innerhalb kurzer Zeit verarbeitet werden: „... ja und das war dann halt, für mich ist die Welt zusammengebrochen“ (IP B2, Absatz 30-32).

Bewältigungsstrategien

Beim Umgang mit überfordernden Situationen haben die Interviewpartnerinnen von unterschiedlichen Bewältigungsstrategien berichtet, die dem Erscheinungsbild der Krankheit nach ICD-10 entsprechen.

„Ich hab versucht mit Alkohol damals, ja ... irgendwas zu verbessern, was natürlich nicht wirklich funktioniert.“ (IP A1, Absatz 18)

„Da hab ich so einen Kunststoffgürtel mit so Nieten drin gehabt und da hab ich mir dann selber auf den Unterarm geschlagen damit ... keine Ahnung wie ich auf das gekommen bin.“ (IP B2, Absatz 2)

„Ich würd's nicht tun, aber die Gedanken, so, weiß ich nicht, da kommt dann ganz hinten, ganz was Kleines, des sagt du, schneid dich, tu's.“ (IP B2, Absatz 82)

„Wenn ich merk ich hab eine depressive Phase ... dann darf ich einen Tag sterbender Schwan spielen, darf mich hinlegen, darf mich verkriechen, ... ich muss nicht immer funktionieren.“ (IP B2, Absatz 150)

Medikation

Die Einnahme von Medikamenten wird durchwegs als Unterstützung angesehen, obwohl – vor allem zu Beginn der Erkrankung – auch Widerstand dagegen spürbar ist: „Ich hab dann, eben mit den Passedan-Tropfen [begonnen], weil ich gesagt hab ich will keine Medikamente nehmen“ (IP B2, Absatz 12).

Ein Widerstreben aufgrund einschränkender Nebenwirkungen und gleichzeitig auch das Wahrnehmen der hilfreichen Seite von Medikation ist im Interview mit IP B2 spürbar: „... wo ich gemerkt habe, das war das Medikament, das alles tot gemacht hat, wo ich mich dann wieder gespürt habe wo ich dann gesagt habe, gut jetzt muss ich wieder nur mit den Emotionen klar kommen“ (IP B2, Absatz 24).

Bei Interviewpartnerin D4 hat das hilfreiche Medikament dazu geführt, dass es zu früh abgesetzt wurde: „... und irgendwann haben halt die Medikamente gewirkt und [ich] hab mir dann halt gedacht, OK, wenn's jetzt passt, dann kann ich ja alles, (seufzt), absetzen und, ja“ (IP D4, Absatz 72).

Stigmatisierung

Interviewpartnerinnen A1 und E 5 erleben ein deutliches Stigma:

Weil wenn man, es ist leider immer noch so, wird leider immer noch so bleiben, diese Stigmatisierung, wenn jemand sagt: „Ich hab eine Krebserkrankung, ich bin drei Monate weg“, ist das kein Stigma. Wenn aber jemand sagt: „Ich hab eine psychische Erkrankung und bin drei Monate weg“,

ist es gefühlt etwas völlig anderes. Und diese Stigmatisierung werden wir leider noch eine Weile behalten. (IP A1, Absatz 122)

„Ich find's nach wie vor schade, dass von manchen Psychotherapeuten noch viele Vorurteile herrschen, ... wo man erst auf die Warteliste kommt und wenn's dann zum ersten Gespräch kommt und es um Borderline geht: ‚Nein, lieber doch nicht.‘“ (IP E5, Absatz 228 - 232)

KRITISCHER UMGANG MIT DEM UMFELD

Unter dieser Kategorie werden der Umgang und das Erleben mit dem privaten und beruflichen Umfeld abgebildet. Wöller (2014) beschreibt Borderline-Persönlichkeiten „in ihrer *Selbstdefinition stark von aktuellen Außeneinflüssen abhängig*.“ (S. 50). Partner, Eltern, Freunde und berufliches Einordnen, aber auch die Coronasituation der letzten Monate haben direkten Einfluss auf das Erleben der Interviewpartnerinnen.

Partnerschaft, Familie, Freunde

Einen Rückblick auf ihre Kindheit und das Bedauern über fehlende Fürsorge als sie krank war drückt IP C3 aus: „Also da hätt ich mich schon gerne ernst genommen gefühlt, oder dass die Mama dann da bleibt. Kann ja nicht so schwer sein, wenn ein Kind krank ist“ (IP C3, Absatz 228).

Oft sind erste partnerschaftliche Beziehungen eine Herausforderung im Regulieren des Nähe-Distanz-Verhältnisses wie bei IP A1: „Also die massiven Schwierigkeiten fingen bei mir an mit der ersten partnerschaftlichen Beziehung“ (IP A1, Absatz 4) oder IP B2: „ ... mein Freund ist halt der Einzige, der das schafft, in Diskussionen, Streit vielleicht, von der Borderline alle Seiten auf einmal wachzurufen. Alle!“ (IP B2, Absatz 74 - 76).

Die Familie und ein bevorstehender Urlaub mit der erweiterten Familie stehen beim Interview mit IP B2 im Zentrum. Hier erzählt sie, dass sie daran arbeitet, diesmal vorrangig auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Gleichzeitig ist das nahe Umfeld auch das erste, das Veränderungen bemerkt und Hilfe anbieten kann: „....

also meine Oma kennt die ganze Situation, die nimmt mich auch sehr ernst“ (IP B2, Absatz 130).

Oder IP D4: „Sie [die Mutter] hat dann selbst gesagt, so jetzt bleibst du zu Hause und schau mal, dass es dir besser geht“ (IP D4, Absatz 82), wo dann auch andere Familienmitglieder aufmerksam wurden: „genau, also meine Schwester hat dann auch ... mitgeholfen, sie kennt da jemanden, die arbeitet bei der Neurologin“ (IPD4, Absatz 88).

Berufliche Situation, Ausbildung

Einen Beruf zu erlernen, beziehungsweise eine Wunschausbildung zu beenden, war drei von fünf Interviewpartnerinnen (A1, B2, C3) aufgrund der krankheitsbedingten Ausbildungsunterbrechungen nicht möglich. Obwohl die berufliche Situation nicht konkret abgefragt wurde, zeigten die Interviews klar, dass die Erkrankung es deutlich erschwerte, bei der Berufswahl Prioritäten zu setzen.

„Ich bin jetzt Anfang 50, ich bin damals aus dem Studium rausgerissen worden und das ist natürlich jetzt ein ganz anderer Lebensweg. Ich leide darunter, dass ich keine Chance habe, wieder in die Gesellschaft zu kommen.“ (IP A1, Absatz 130)

IP A1 meint, es wäre wichtig auf jeden Fall irgendwie im Beruf bleiben zu können, wenn man in die Krise kommt: „vielleicht aber auch nicht, für manche kann auch der Weg sein, wie komme ich denn aus diesem Funktionieren-Müssen raus, also es ist sehr, sehr individuell“ (IP A1, Absatz 118).

Ihre Wunschausbildung hätte IP B2 in der Behindertenbegleitung gesehen, die Berufsvermittlungsstelle „ist dann abgesprungen, und das war dann auch, wo ich wieder in so Löcher gefallen bin“ (IP B2, Absatz 24).

„Es nagt heute noch, dass ich diese Jobs beide verloren habe, eben krankheitsbedingt und coronatechnisch.“ (IP B2, Absatz 268)

Coronasituation

Die Corona-Pandemie und ihre einschränkenden Begleiterscheinungen wurden in fast allen Interviews thematisiert. Oft in Zusammenhang mit der beruflichen

Situation. Aber auch die Möglichkeiten im privaten und sozialen Leben konnten nur reduziert genutzt werden.

Für Interviewpartnerin A1 war es in schwierigen Situationen hilfreich, sich in ein Café zu setzen und Menschen zu beobachten. Die Einschränkungen in der Gastronomie aufgrund der seit März 2020 grassierenden Corona-Pandemie haben ihr diese Möglichkeit des Ausgleichs genommen: „Ich kann nicht mal mehr mir einen Kaffee gönnen, mich da hinzusetzen, mir die Leute anzugucken“ (IP A1, Absatz 227).

IP C3 war selber nicht an Corona erkrankt, es gab aber in ihrem engen Freundeskreis einige Fälle. Auch ihre Tochter und ihre erst einjährige Enkelin, die dann auch ins Spital musste, wurden angesteckt (IP C3, Absatz 275 - 277).

IP D4 bekam über ein Rehabilitations-Zentrum ein Jobangebot „da war ich dann, ja, und dann kam Corona (lacht)“ (IP D4, Absatz 128 - 130).

KONTAKTE MIT DEM HELFERSYSTEM

Alle Interviewpartnerinnen hatten – oft mehrmals – Kontakte mit psychiatrischen Einrichtungen und mit Psychotherapeut*innen. Diese Kontakte wurden oft, aber nicht immer, als hilfreich erlebt. Unter dieser Kodierung soll abgebildet werden, wie diese Erfahrungen erlebt wurden.

Schwierige Suche

Alle Interviewpartnerinnen gaben an, dass die Suche nach geeigneter Hilfe – möglichst über das soziale Netz des jeweiligen Landes – sehr schwierig war. IP A1 hat diese Erfahrung bereits vor 30 Jahren gemacht: „Ich hatte aber damals überhaupt noch keine Ahnung was ist das, welche Möglichkeiten habe ich, mir Unterstützung zu holen, ich stand da am Anfang sehr allein“ (IP A1, Absatz 22-24). Und sie machte die Erfahrung „... dass es einfach sehr viel Kraft und Energie braucht, einen Therapieplatz zu suchen und jemand, der in großer Not ist, hat die nicht“ (IP A1, Absatz 140).

Aus Anfragen von Patient*innen über ein Internet-Forum nimmt sie wahr, dass „da immer so diese Hoffnung spürbar [ist]: ‚Kann mir denn nicht irgendwer von euch

sagen, wie ich jetzt sofort einen Therapieplatz kriege‘, was natürlich nicht geht“ (IP A1, Absatz 144).

Interviewpartnerin C3 ist über viele Jahre hinweg immer wieder vom sozialen Netz aufgefangen worden, hat aber deutliche Besserung erst über eine gleichzeitige Einbindung in einem sozialen Verein und einer kirchlichen Gemeinde gefunden. Auf die Frage, wie lange es gedauert hat, bis sie wirklich das Gefühl hatte, das hilft jetzt: „Jahre - angefangen hat es eigentlich, muss ich sagen, wo ich etwas gespürt hab, wo ich schon ein halbes Jahr in den VEREIN gekommen bin“ (IP C3, Absatz 121 - 122).

Oder Interviewpartnerin D4, die auch vom Krankenhaus keine Unterstützung bei der Therapeutensuche bekam: „... es war schon ein bisserl anstrengend, weil ich eben dafür verantwortlich war, mir eine Therapeutin zu suchen. Es hat niemand gesagt, da und da kann ich mich hinwenden“ (IP D4, Absatz 50).

Interviewpartnerin E5 erlebte sich als Borderline-Patientin abgelehnt: „In erster Linie bei der Therapeutensuche, wo man erst auf die Warteliste kommt und wenn es um Borderline geht: ‚Nein lieber doch nicht‘“ (IP E5, Absatz 231 - 232).

Krankenhaus, Psychiatrie

IP A1 berichtet von ihren ersten Psychiatrieerfahrungen vor 30 Jahren:

Ich bin damals dann, nachdem ich es geschafft habe mir Hilfe zu holen, ... kam die erste Klinik, die zwar nicht passend war aber trotzdem für den ersten Schritt damals hilfreich. Dann kamen die weiteren Kliniken. Es kamen mehrere Diagnosen, es kamen mehrere Kliniken ... und die wirklich passende Diagnose, also die Borderline-Diagnose, die kam dann in einer Klinik viel später, dort wo dann wirklich erkannt wurde, was ist denn eigentlich wirklich los. (IP A1, Absatz 28 - 30)

„Also es ist natürlich nicht alles schlecht, ... wie gesagt ich bin mit meinen drei Jahren in dieser einen Klinik leider ein Extrembeispiel.“ (IP A1, Absatz 150)

IP C3 erzählt von ihren Erfahrungen als Jugendliche vor etwa 30 – 40 Jahren: „Ja, hat's auch gegeben, man war halt sehr schnell im Netzbett, irgendeine Meldung geschoben, war man schnell drin ... schneller hast nicht schauen können, warst drin“ (IP C3, Absatz 236).

Oder eine Erfahrung von IP B2 mit einer psychiatrischen Krankenhausabteilung: „Das war dann im Februar, wo ich auch im Krankenhaus in ORT war, auf der Psych, dort haben sie dann gemeint: ‚Ja, nehmen’s Tabletten und gehen Sie viel spazieren, dann sind Sie nicht mehr depressiv‘“ (IP B2, Absatz 8).

IP D4 hat im Krankenhaus gute Erfahrungen gemacht: „Die erste stationäre Aufnahme war sehr gut, die war großartig, die wollten mich auch gar nicht gehen lassen, bevor ich nicht eine Therapie mache“ (IP D4, Absatz 47 - 48).

IP E5 berichtet von guten Krankenhaus-Erfahrungen: „Das hab ich das erste Mal als sehr hilfreich erlebt und bin seither in einer Institutsambulanz angebunden gewesen, einfach mit regelmäßigen Therapieterminen“ (IP E5, Absatz 20).

Krankenkassenfinanzierung

Das Thema „Wer bezahlt die notwendige Hilfe“ ist bei allen Interviews zentral im Fokus. Die dringend notwendige erste Hilfe oder auch Krisenintervention ist in allen Fällen über Krankenhausaufenthalte finanziell abgedeckt. Die regelmäßige, meist über Jahre notwendige weitere Unterstützung durch Ambulanzen oder niedergelassene Psychotherapeut*innen ist aber nicht immer kostenfrei.

IP A1 hat die Erfahrung gemacht, dass die Krankenkassenfinanzierung vor 30 Jahren noch eher möglich war als heute: „... weil da die Kassen noch viel bereitwilliger gezahlt haben, als es heute der Fall ist“ (IP A1, Absatz 148). Heute erlebt sie das anders: „Es braucht mehr Kampf mit den Krankenkassen, mehr Antragsformulare und meine Suche war sehr, sehr unschön“ (IP A1, Absatz 102).

IP B2 hätte sich eine länger dauernde Therapie nicht leisten können:

Eh Standard, 80 Euro die Stunde, 20 hat bei uns die Krankenkasse übernommen. Das hab ich mir genau drei Mal leisten können und dann hab ich bei ihm netterweise so einen Modellplatz bekommen, wo ich die Stunden über die Kassa bezahlt krieg. (IP B2, Absatz 8)

Aber die bezahlten Therapie-Stunden sind kontingentierte und die Aussicht auf ein mögliches Ende der Therapie wird von IP B2 als Stress erlebt (Absatz 174).

Wenn das Krankheitserleben stabil ist und die Möglichkeit besteht, müssen die Stunden dann so eingeteilt werden, dass sie in einer Zeit konsumiert werden, die erfahrungsgemäß schwieriger ist, wie bei IP E5: „Wir ... machen über den Sommer mal keine Termine. Ich habe noch glaub ich sieben oder acht übrig von der laufenden Verschreibung und die werden wir in den Herbst, Winter setzen, wo's mir erfahrungsgemäß von den Depressionen her schlechter geht“ (IP E5, Absatz 200 - 202).

Gruppentherapie

Therapie in der Gruppe ist günstiger und wird daher leichter über Krankenkassen angeboten. Nicht immer ist es das ideale Setting für Borderline-Patient*innen, wie IP E5 berichtet: „... bin dann ... also mit 30 ungefähr in Gruppentherapie gegangen, weil ich gemerkt habe, es geht einfach gar nicht mehr ... so eine Gruppe von einer analytischen Therapeutin, mit gemischten Krankheitsbildern“ (IP E5, Absatz 35). Diese Gruppe wurde als Therapieerfahrung hilfreich erlebt, nicht jedoch in Bezug auf die Erkrankung. Auch eine Selbsthilfegruppe von Borderline-Erkrankten ohne professionelle Begleitung hat IP E5 besucht, aber „da hat die Gruppenzusammensetzung für mich nicht gepasst, weil da war einfach - ich war die einzig Berufstätige ... Und das hat nicht gepasst, einfach, weil man so die gegenseitigen Realitäten nicht wirklich verstehen konnte“ (IP E5, Absatz 188). Jetzt nutzt sie ein Selbsthilfe Forum und ist dort sehr zufrieden.

Hilfreich erlebte Therapiemethoden

In der Krise ist es für Borderline-Patient*innen nicht vorrangig wichtig, nach Therapiemethoden zu fragen. Je umfangreicher sie sich mit ihrer Erkrankung beschäftigen, desto eher entwickeln sich Präferenzen für bestimmte methodische Zugänge. IP A1 blickt auf eine lange Entwicklung zurück und kann heute genau definieren, was gut für sie passt: „Ich finde verhaltenstherapeutische Ansätze am Anfang einer Behandlung sehr, sehr hilfreich, weil sie erstmal auf der Symptomebene viel Handwerkszeug an die Hand geben können“ (IP A1, Absatz 106), aber: „Heute suche ich etwas Anderes. Aber mein Dilemma ist, dass ich mit Therapeuten, die aus der analytischen Richtung kommen, menschlich nicht klarkomme“ (IP A1, Absatz 108).

IP D4 hat die Musiktherapie als sehr hilfreich empfunden, weil sie dabei ihre Fähigkeiten wieder gespürt hat (IP D4, Absatz 53 - 54).

IP E5 hat neben der Dialektisch-Behavioralen und der Schema-Therapie auch Biofeedback als sehr hilfreich erlebt:

Da hatte ich verschiedene Sensoren am Körper, die Puls, Muskelspannung, Hautschweiß, Hauttemperatur und sowas messen und dann kann man verschiedene Entspannungstechniken ausprobieren, um zu sehen, wann geht der Muskeltonus runter, wann geht der Puls runter, welche Atemfrequenz ist eine, bei der mein Körper sich wohl fühlt. (IP E5, Absatz 267 - 270)

Nicht hilfreich erlebte Kontakte

Nicht hilfreich erlebte Kontakte wurden im Leitfaden als Gegenpol zu hilfreich erlebten Kontakten abgefragt und werden als eigene Subkategorie ausgewiesen, weil alle Interviewpartnerinnen Erlebnisse mit dem Helfersystem hatten, die entweder ungenügend waren oder sogar als abwertend erlebt wurden.

Für IP A1 ist es wichtig, sich durch denTherapeuten/die Therapeutin nicht bewertet zu fühlen (Absatz 114) und klare Botschaften zu bekommen:

Und ich habe, wie gesagt, sehr diffuse Botschaften bekommen, die mir dann erst mal wieder den Boden wegziehen, weil ich die dann auf emotionaler Ebene nicht mehr einordnen kann, da hilft mein Verstand dann auch nicht mehr, weil das Emotionale so massiv wird, dass ich keine Chance mehr hab, die Gedanken einwirken zu lassen. Selbst wenn ich sie mir rein von der Kognition her nennen kann. (IP A1, Absatz 223)

Es ist ihr wichtig, als Patientin mit dem Therapeuten/der Therapeutin auf Augenhöhe zu sein: „Ich mag es nicht, wenn so ein Gefühlsgefälle entsteht, als sei ich die Unterlegene, das mag ich einfach nicht“ (IP A1, Absatz 219).

IP A1 und IP B2 erleben Therapieangebote nicht immer als passend. Sowohl Atem- als auch Imaginationstechniken werden nicht immer als hilfreich erlebt.

Zum Beispiel Atemübung, kann ich gar nicht, weil sobald ich den Fokus auf meinen Atem lenke, krieg' ich atmen gar nicht mehr hin. Und früher hatte ich

immer das Gefühl, wenn mir ein Therapeut so was anbietet, also so was zu probieren und wenn ich dann aber merke, das geht für mich nicht, hatte ich das Gefühl, jetzt bin schon wieder ich diejenige, die falsch ist Und dann wird auch wieder dieses Erleben verstärkt, ja jetzt bin doch wieder ich das Problem. (IP A1, Absatz 229)

„Weil auch wenn ich sag ich muss mich gedanklich anderswo hinbringen, funktioniert dann halt nicht. Weil ich hab halt auch Zwangsgedanken, Zwangshandlungen.“ (IP B2, Absatz 56)

Das Gefühl, falsch zu sein, entsteht auch, wenn unterschiedliche Therapeut*innen eine unterschiedliche Diagnose sehen, wie das IP E5 im Zuge einer Medikamentenumstellung erlebt hat. Eine Bezugstherapeutin sah bei ihr nicht die Diagnose „Borderline“ – Bei IP E5 löste das Wut aus:

In erster Linie Wut, aber auch ein Stück weit Verzweiflung. Es klingt so doof, dass man sich an eine Diagnose klammert, aber die Diagnose hat mir mich erklärt. Damit hab ich das erste Mal verstanden, warum ich ticke, wie ich ticke. Und wenn dann gesagt wird: „Das bist du überhaupt nicht, du bist ganz anders“, es stellt dann alles in Frage, wie man sich selbst definiert. (IP E5, Absatz 248)

IP B2 hat bei der Suche nach einem geförderten Therapieplatz diese Erfahrung gemacht:

Weil wenn der die ganze Zeit auf die Uhr schaut und mich fragt, ja was ich mir jetzt erwarte, hab ich gesagt ja, na eine Hilfe Ich weiß nicht mehr, wie weiter zu tun. Und dann hat sie mich ein paar Mal versetzt, da hab ich gesagt, aus, das interessiert mich nicht mehr. Ich brauch etwas Zuverlässiges und nicht, dass ich dann dorthin komme und dann ist sie gar nicht da, ohne Termin absagen. (IP B2, Absatz 8)

IP D4 wurde am ersten Tag in einer psychiatrischen Einrichtung gesagt, dass sie die zugewiesene Gruppe auch wechseln könne, wenn sie sich nicht wohlfühle. Dem war dann aber nicht so: „... und dann haben sie gesagt, nein das das geht nicht und wenn ich so Probleme habe, dann wissen sie eh nicht, ob ich hier reinpasse. Ob das überhaupt gut ist für mich“ (IP D4, Absatz 100).

Oder eine andere Erfahrung in der Einzeltherapie: „Ich hatte einen Therapeuten, der ist immer eingeschlafen, ja (lacht), ich hab geredet und geredet und es kam nicht wirklich was zurück“ (IP D4, Absatz 160 - 162).

IP E5 war bei einem kognitive Verhaltenstherapeuten,

... der einfach nicht gepasst hat, und zwar ist der sehr an der Oberfläche geblieben, der war ja so ein bisschen alte Schule: Wenn Verhalten X auftritt, muss ich Konzept Y anwenden und wollte mir immer noch mehr Techniken beibringen. Dann haben wir das Klopfen gemacht, dann haben wir Fingerübungen gemacht, dann haben wir noch mehr Übungen gemacht und ich hab' mir gedacht, ja wann kommen wir denn einmal zum Thema, und er ist dann sehr schnell ungeduldig geworden, Hat mir dann irgendwann gesagt, er würde nicht annähernd genug Geld kriegen, um sich mit jemandem wie mir zu beschäftigen. (IP E5, Absatz 170)

THERAPEUTISCHES ERLEBEN

Unter dieser Kategorie soll die allgemeine Therapieerfahrung der Interviewpartnerinnen abgebildet werden. Neben der Selbsterfahrung und der Psychoedukation soll vor allem das Therapeutische Handeln und die Therapeutische Haltung der Psychotherapeut*innen für die Patient*innen aus deren Sicht dargestellt werden.

Selbsterfahrung, Selbstakzeptanz

In der Therapie haben alle Interviewpartnerinnen letztendlich positive Erfahrungen gemacht. Im Rückblick wird das nochmals deutlich. Aber auch offene Punkte werden sichtbar und können bearbeitet werden.

Für IP A1 steht im Vordergrund, dass sie dank der Unterstützung eines Therapeuten, der sie auch heute noch betreut, die schwierigen Anfänge ihrer Erkrankung überlebt hat. Ihr extremes und schwer aushaltbares Gefühlserleben hatte bei ihrem Therapeuten Platz: „Also das Gefühl braucht erstmal diesen Raum, sein zu dürfen, um danach die Chance haben, zu gucken, ist das Gefühl denn für die Situation im Heute überhaupt passend?“ (IP A1, Absatz 161), und weiter: „Aber es

waren meine Gefühle und insofern haben sie ihre Berechtigung ... Gefühle sind niemals falsch, es ist nur die Frage, wie kann ich sie mir vielleicht später anschauen und gucken, was könnte ich denn anders damit machen“ (IP A1, Absatz 165).

IP A1 ist nach all den Therapieerfahrungen Experte für sich selbst und weiß mittlerweile auch therapeutisch in welche Richtung sie möchte: „... und ja ich bin die, die Hilfe braucht und in Not ist, aber ich brauche trotzdem dieses Ernstgenommen und Beteiligt-Werden“ (IP A1, Absatz 221), und „Ich weiß, dass ich nicht falsch bin“ (IP A1, Absatz 229).

IP B2 sieht ihren Erfolg in der Therapie durch das Beachten und Ziehen von Grenzen, vor allem in Bezug auf ihre Familie: „... und dann sind wir in Bezug auf Grenzen abstecken und das war für mich sehr wichtig in Bezug auf family von meinem, wo ich wirklich sag, bis hierher und nicht weiter“ (IP B2, Absatz 204).

IP C3 kann auf eine lange Therapieerfahrung zurückgreifen und nutzt diese auch heute noch: „Ich glaub, man muss immer wieder, also jeden Tag kannst etwas lernen. Oder ich greif dann auch zu was, was ich schon vor drei oder vier Jahren in der Psychotherapie gelernt hab“ (IP C3, Absatz 86).

Auch IP D4 hat von der Therapieerfahrung profitiert:

Da kann ich sagen, da bin ich erwachsen, was ich früher überhaupt nicht sagen konnte und es ist schon, dass das Selbstbewusstsein stärker wird, dass ich mich wirklich Dinge traue, dann auch, so wie, ja ins Kaffeehaus gehen und mich einfach alleine hinsetzen. Das ist früher, ja, früher überhaupt nicht möglich gewesen. (IP D4, Absatz 182)

IP E5 hat mit einer kognitiven Verhaltenstherapeutin gute Erfahrungen gemacht: „...wo ich gemerkt hab, wie wahnsinnig gut mir das tut, mich jemandem anvertrauen zu können, der Struktur hat“ (IP E5, Absatz 151 - 154), und erlebt sich insgesamt in der jetzigen Therapiepause recht stabil (Absatz 294 - 296).

Psychoedukation

Eine Diagnose sowie das Verstehen der eigenen Erkrankung kann eine große Erleichterung darstellen: „Ich hatte ja weder von mir eine Ahnung noch hatte ich eine

passende Diagnose“ (IP A1, Absatz 132). Psychoedukation hilft dabei, die eigene Situation zu verstehen und einzuordnen, was eigentlich los ist:

Ich hab mich oft oder überwiegend unverstanden gefühlt und mit der Diagnose war's für mich wirklich ein Ja, ein das passt, das stimmt. Und was für mich auch sehr, sehr wichtig war, dass dieser Therapeut, also der auch die Diagnose dann gestellt hat ... uns wirklich auch in die Richtung gebracht hat, uns damit auseinanderzusetzen, uns Wissen darüber anzueignen, also wirklich so viel Info wie möglich darüber, über die Erkrankung. Das fand ich persönlich sehr, sehr wichtig und hilfreich. (IP A1, Absatz 34-36)

Therapeutische Haltung

Das Therapieerleben und die Haltung des Therapeuten/der Therapeutin haben mehrere Aspekte, die unter dieser Kodierung in Subkodierungen aufgeteilt wurden. Dazu gehört die psychotherapeutische Arbeit, die fachliche Kompetenz, aber auch die Möglichkeiten der Abgrenzung, sowohl die des Therapeuten/der Therapeutin, als auch die des Patienten/der Patientin. Die als wichtig erlebten Haltungen in der Psychotherapie wie Zwischenmenschlichkeit, Verlässlichkeit, Wertfreiheit und Begegnung auf Augenhöhe wurden in eigenen Subkategorien erfasst, weil die Nennung dieser Aspekte so häufig und für die Ergebnisdarstellung dieser Arbeit auch maßgeblich waren.

Therapieprozess

Was es heißt, therapeutisch zu arbeiten, ist oft vordergründig für Patient*innen nicht ganz klar und soll hier anhand der Erfahrungen der Interviewpartnerinnen abgebildet werden. Heute, nach vielen Jahren Therapie kann IP A1 das genauer definieren: „... das, was ich aber damals nicht hätte sehen können, dass es für mich heute wichtig wäre, zum Beispiel an der Bindungsstörung zu arbeiten, also das meine ich mit inhaltlichem Bereich (PI A1, Absatz 201).

IP B2 erlebt hilfreiche Interventionen nach beinahe fünf Jahren Therapie noch immer besonders: „Also das sind immer noch solche AHA-Momente – und ich hab gelernt, das, was mich belastet, dafür muss ich eine Lösung finden“ (IP B2, Absatz 72) und gibt zu, dass es auch Rückschläge geben kann: „Du glaubst selber, du bist

schon sehr weit unterwegs, aber dass dann diese Scheiß-Psyche dich wieder so niederbetonieren kann ... unterschätz es nicht“ (IP B2, Absatz 114).

IP C3 schätzt die Atmosphäre bei ihrer Therapeutin und dass sie gemeinsam mit einer Freundin bei der gleichen Psychiaterin ist. Die beiden Damen haben unterschiedliche Therapeutinnen und tauschen sich über ihre Erfahrungen miteinander aus.

Abgrenzung

ist ein wichtiges Thema in der therapeutischen Arbeit – aber schwer definierbar, wer sich wem gegenüber und wie, also in welchem Ausmaß, abgrenzen sollte. Nach vielen Jahren Therapie kann IP A1 auch definieren, dass es ein Ziel sein kann, keine Abhängigkeit vom Therapeuten/von der Therapeutin zu entwickeln: „... und dann find ich 's auch hilfreich, wenn ein Therapeut das auch anbietet, dass der Patient das auch lernen darf sich abzugrenzen, auch vom Therapeuten“ (IP A1, Absatz 235). Ob der/die Therapeut*in außerhalb der Dienstzeiten angerufen werden darf, wie weit Mails in welchem Zeitraum beantwortet werden, muss genau zwischen Patient*in und Therapeut*in abgeklärt werden (IP A1, Absatz 86).

Gleichzeitig ist der Therapieraum aber auch Übungsraum für den Patienten/die Patientin: „Wir müssen da tatsächlich auch lernen, uns abgrenzen zu dürfen und dafür find ich eigentlich das therapeutische Setting, also in diesem Kontext ist es ja eigentlich ein guter Übungsraum“ (IP A1, Absatz 235).

Für IP E5 ist es wichtig, Abstand zum Therapeuten zu haben: „Für mich ist wichtig, dass derjenige professionell ist, mir nicht zu nahe ist“ (IP E5, Absatz 130), aber trotzdem: „... dass ich mich daran weiterentwickeln kann ... also nicht vom Therapeuten abhängig bleibe, sondern in die Selbstständigkeit komme“ (IP E5, Absatz 156).

Zwischenmenschlichkeit

Die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin auf der zwischenmenschlichen Ebene soll passen, IP A1 sieht aber auch die Gefahr, dass in einer Borderline-Dynamik Sehnsüchte auf Patient*innenseite entstehen, die nicht mehr in eine therapeutische Beziehung passen, dass also therapeutische und private Ebenen vermischt werden „da ... besteht natürlich immer eine Gefahr, dass da eine

Sehnsucht nach Aspekten bestehen kann, die dann nicht mehr in die professionelle Beziehung gehören“ (IP A1, Absatz 76).

Auch IP B2 merkt bei ihrem Therapeuten „... dass es ihm wirklich auch menschlich wichtig ist, [und er] nicht einfach nur seine Arbeit macht“ (IP B2, Absatz 178).

IP C3 schätzt an ihrer Therapeutin, dass trotz 48-Stunden-Absageregung auch Ausnahmen gemacht werden, wenn sie kurzfristig krank wird (IP C3, Absatz 345).

Als es ihr nicht gut ging, musste IP D4 einige Male absagen. Das regelmäßige Nachfragen der Therapeutin hat dazu geführt, dass der Kontakt aufrechterhalten werden und schließlich in ein regelmäßiges Setting übergehen konnte. Das hat ihr das Gefühl gegeben, gesehen, wahrgenommen zu werden: „Ja, eben dieses man wird gehört, und es ist wer da und man fühlt sich dann nicht mehr so hilflos“ (IP D4, Absatz 152). Heute darf sie ihre Therapeutin anrufen, wenn es ihr schlecht geht und hat auch keine Scheu mehr, dieses Angebot zu nutzen: „Wenn sie drangeht, geht sie dran, wenn nicht, dann weiß ich sie hat keine Zeit und sie ruft zurück“ (IP D4, Absatz 274 - 278).

Verlässlichkeit

Gerade bei Persönlichkeitsstörungen ist Verlässlichkeit eine Eigenschaft, die oft in der Kindheit vermisst wurde und deshalb in der Therapie hohen Stellenwert eingeräumt bekommt. Sie wird bei vier von fünf Interviewpartnerinnen als hilfreich erwähnt (zum Beispiel: IP C3, Absatz 335, IP D4, Absatz 148). Für IP A1 gehören Erfahrungen von Unverlässlichkeit von Bezugspersonen zur Borderline-Erkrankung. Sie findet die Verlässlichkeit des Therapeuten daher wichtig, um als Klientin neue Erfahrungen machen zu können. Persönlich hat sie es so erlebt:

Für mich war's wichtig, dass das, was er mir verspricht und sagt und also verspricht an Unterstützung, dann auch wirklich, also dass ich nicht wieder, immer wieder die Erfahrung mache, ja da verspricht mir jemand etwas, da bietet mir jemand etwas an und es passiert dann aber nicht. (IP A1, Absatz 54)

Auch für IP B2 ist Verlässlichkeit essentiell: „Ich weiß er ist immer erreichbar, allein dieses Wissen, wenn ich's ihm nur schreiben kann und wir reden's in der nächsten Therapiestunde an Ich weiß, dass das nicht selbstverständlich ist und das schätz ich umso mehr“ (IP B2, Absatz 172).

IP D4 kann sich darauf verlassen, dass ihre Therapeutin für sie da ist. Sie hat ein halbes Jahr gebraucht, bis sie regelmäßige Termine einhalten konnte: „Die Therapeutin, war da sehr dahinter, hat immer gefragt wie's mir geht und ob ich nicht vorbeikommen will und, ja, und das funktioniert jetzt wirklich schon lange gut“ (IP D4, Absatz 148).

Die Therapeutin von IP E5 ist flexibel mit der Terminvergabe und lässt auch längere Therapiepausen bis zu fünf Monaten zu, wenn es im Therapieverlauf passt. Dadurch kann der Herbst, der erfahrungsgemäß schlechter erlebt wird, noch für Therapie genutzt werden.

Wertungsfrei ernstgenommen werden

Ebenso wichtig wie Verlässlichkeit ist eine wertfreie Haltung zwischen Therapeut*in und Patient*in.

Also es wurde die Diagnose nicht mit einer subtilen Nebenbotschaft gestellt, also wie furchtbar ich doch, in Anführungsstrichen bin, sondern diese Diagnose und das, was benannt wurde, was bei mir so problematisch ist, war so wertfrei und das war auch ein extrem wichtiger Faktor. (IP A1, Absatz 42)

Heute blickt IP A1 sehr reflektiert auf ihre 30 Jahre zurückliegende Erkrankung: „Wenn ich heute zurückdenke, bei meinem Therapeuten, was der früher mir an Rückmeldung für Gefühle gegeben hat, dass die in Ordnung sind, wo ich heute den Kopf schüttel“ (IP A1, Absatz 163).

Für IP D4 ist es wichtig, dass jemand da ist und zuhört und Antworten auf wichtige Fragen geben kann „... oder auf die Sorgen, was ich hab und dass man wirklich dann gemeinsam schaut, um eine Lösung und ja, das ist ganz, ganz wichtig bei mir“ (IP D4, Absatz 156).

Begegnung auf Augenhöhe

IP A1 hat die Erfahrung gemacht, dass die Helferseite – also die ersten professionellen Personen, die man in der Krise aufsucht – nicht austauschbar und

daher besonders wichtig bei den ersten Erfahrungen mit Helfer-Institutionen sind (IP A1, Absatz 48). Genau deshalb sollten diese ersten Begegnungen in der Therapie möglichst auf Augenhöhe und nicht durch ein Gefälle geprägt sein (IP A1, Absatz 219). Auf Augenhöhe sein bedeutet auch, dass Widerspruch möglich sein darf und akzeptiert wird:

Ich hab ihm [dem Therapeuten] auch in den letzten Jahren irgendwann einmal gesagt: „Seien Sie mir nicht böse, aber Zwänge sind überhaupt nicht ihre Stärke, waren's noch nie und werden's auch nie“. Und das kann er annehmen und kann sagen: „Ja, Sie haben recht“. (IP A1, Absatz 211)

Oder wie es IP B2 ausdrückt: „... und er ist auch so einer, vom Menschlichen her, ich kann frei Schnauze reden, er matschert mit (lacht) das ist auch Gold wert“ (IP B2, Absatz 178).

HILFREICHE INTERVENTIONEN FÜR DEN ALLTAG

Unter diesem Kapitel soll beschrieben werden, was die Interview-Partnerinnen als hilfreich aus der Therapie „nach Hause“ mitnehmen konnten. Tools, Überlegungen und Maßnahmen, die ergriffen werden, um schwierigen Situationen selbstwirksam zu begegnen.

Hochstress-Skills

Unter dieser Kodierung wurde meistens von „meinen Skills“ gesprochen. IP C3: „Also mit den Skills, ich tu sehr viel mit Skills arbeiten“ (Absatz 88), oder IP B2: „Probier ich immer wieder, auch meine ganzen Skills, dass ich eben spazieren geh, oder sowas“ (Absatz 376). IP B2 nutzt außerdem einen gekühlten Rosenquarz als angenehmen Reiz auf der Haut.

Situation verlassen

Die Situation zu verlassen, bevor sie eskaliert, ist gerade am Beginn einer Borderline-Erkrankung oft eine wichtige Maßnahme, die voraussetzt, dass man die Situation in diesem Moment als eskalierend wahrnimmt. Drei Interviewpartnerinnen haben diese Maßnahme als hilfreich genannt: IP B2 merkt mittlerweile, wann sie „zu

tief“ wird: „Ich geh früh genug, dass es gar nicht passiert“ (Absatz 236 - 238), und IP C3: „... na, ich versuch das einfach, ich versuch mir gar keinen [Ärger] aufzuhalsen. Ich steh einfach auf und geh“ (Absatz 242). Und IP E5 erzählt: „In erster Linie [muss ich] mir klar machen, in was für einer Situation ich gerade bin und was mir Stress macht - also entscheiden: muss ich diese Situation verlassen?“ (Absatz 68 - 70).

Raum geben für neues Einordnen, Geduld lernen

Am Borderline-Erleben zu arbeiten, sich neu einzuordnen und Skills und Maßnahmen als hilfreich zu erleben, erfordert viel Geduld. Alle Interviewpartnerinnen konnten davon berichten.

IP A1 wollte Raum haben, zu prüfen, ob therapeutische Angebote für sie passend sind: „... dass Therapeuten den Patienten etwas anbieten, aber den Spielraum lassen, aus diesen Möglichkeiten zu wählen und vor allen Dingen finde ich es wichtig, deutlich zu machen, wenn das für sie nicht passt, dann passt es nicht“ (Absatz 229).

Bei mir war zum Beispiel wichtig, ich hab natürlich auch ein Zeital gebraucht, das Ganze zu akzeptieren, weil vorher hat das gar nicht funktioniert. Weil ich gesagt hab, warum soll ich das machen? Interessiert mich nicht, ich hab irgendwie voll gegen die Krankheit gearbeitet. (IP B2, Absatz 100)

IP C3 musste das „Denken an einen guten Ort“ gefühlte „1000 Mal“ üben bevor ihr der ursprüngliche Auslöser „wurscht“ war (IP C3, Absatz 102).

IP D4 hat in der Therapie die Erfahrung gemacht, dass sie als erwachsener Mensch selbst entscheiden kann, was sie gerne beruflich arbeiten möchte. Sie ist jetzt auf der Suche nach einem Job, der ihr auch Freude macht (IP D4, Absatz 66), und weiter: „... es braucht Zeit, auf jeden Fall, und dass man alles sagen darf, was man sich denkt, ja“ (IP D4, Absatz 188).

IP E5 reflektiert das Aufkommen von Gefühlen, die nicht typisch für eine Situation sind: „...versuch ich ... darüber nachzudenken, ... gehören die jetzt wirklich ins Hier und Jetzt oder kommen die von früher? ... manchmal erst im Nachhinein. Manchmal ist man ja mit seinen Gefühlen und Gedanken so schnell, dass man das

erst hinterher merkt, aber es gelingt mir immer häufiger in der Situation selber“ (IP E5, Absatz 92).

Neues ausprobieren, gute Glaubenssätze

Neues Verhalten zu lernen erfordert, sich auf neues Terrain zu begeben. Das ist immer auch mit Ausprobieren verbunden und mit Unsicherheiten. Alle Interviewpartnerinnen haben diesen Schritt gewagt und neue Erfahrungen gemacht.

IP A1 und IP D4 haben beide genannt, dass ein Besuch im Café, alleine, als bereichernd erlebt wurde: „... also dass ich mir was gönne, mich traue“ (IP A1, Absatz 227), „...dass ich mich wirklich Dinge traue, ja, ins Kaffeehaus gehen und mich einfach alleine hinsetzen. Das ist früher, ja, früher überhaupt nicht möglich gewesen“ (IP D4, Absatz 182).

IP C3 und IP D4 ersetzen falsche Glaubenssätze durch neue, passendere und machen dabei neue Erfahrungen. „Überhaupt wenn ich einen schlechten Tag hab, stell ich mich vor den Spiegel ... und sag nein, verstehen musst mich nicht, lieb haben reicht“ (IP C3, Absatz 30).

„Weil, sie [die Therapeutin] schon sehr oft sagt, es gibt keinen Grund, Angst zu haben. Und das ist dann schon sehr groß, weil, die Glaubenssätze, die ichfrüher immer gehört habe, sind mit diesen Sätzen wirklich abgelegt (lacht).“ (IP D4, Absatz 216)

IP C3 nutzt Kurse speziell für Frauen mit Gewalterfahrung bei einem Verein und profitiert auch von den Kontakten zu anderen Frauen mit ähnlichen Erfahrungen (IP C3, Absatz 52). Und mit einer Freundin, die sie auch in einem Verein kennengelernt hat, kann sie heuer sogar erstmals richtig auf Urlaub fahren: „Aber es ist schön, ich kann mich am 15. in den Zug setzen und kann sagen, ‚so und ich fahr weg‘ und bin keinem Rechenschaft schuldig“ (IP C3, Absatz 395).

Wenn die Methode „die Situation verlassen“ nicht funktioniert, hat IP E5 eine weitere Möglichkeit: „Hab ich grade keine Chance aus dieser Situation rauszugehen, dann ist eigentlich mein Lieblingsskill das entgegengesetzte Handeln“ (IP E5, Absatz 70). Gemeint ist hierbei, dem aufkommenden Gefühl entgegengesetzt zu handeln.

Zum Beispiel bei Ärger: Auf Körperspannungen achten, bewusst Gesichtsmuskulatur entspannen, wenn möglich lächeln, durchatmen, bis fünf zählen.

Selbstfürsorglich sein

Anerkennen, was geschafft wurde, Erfolge wahrnehmen und stolz darauf sein – auch das sind hilfreiche Skills, die als solche auch von den Interviewpartnerinnen genutzt wurden. IP B2 ist stolz darauf, dass sie es nun ohne Panikattacke schafft, eine bestimmte Strecke auf der Autobahn zu fahren: „Und ich traue mich das jetzt auch sagen, wo ich mir denk, scheißegal was die anderen sagen“ (IP B2, Absatz 298), oder beim Zahnarztbesuch, wo sie mittlerweile genau sagen kann, was sie braucht: „Und jetzt sag ich, bitte mir ist schwindlig, ich meld‘ mich sofort, weil ich mich’s sagen traue. Weil warum soll ich um das länger leiden, wenn ich weiß, das tut mir gut?“ (IP B2, Absatz 420). Oder beim Verwandten-Besuch, den sie nicht immer vermeiden kann, auch wenn sie es manchmal gerne möchte: „Dann mach ich mir’s dort in der Situation aber auch wieder angenehm. Ich muss ja nicht mit ihr [einer Verwandten] reden“ (IP B2, Absatz 424).

IP C3 hat sich nicht getraut, Therapieangebote wahrzunehmen, weil sie dachte, das stünde ihr nicht zu: „Bis ich dann gemerkt habe, na eigentlich brauch ich’s eh und das steht mir zu“ (IP C3, Absatz 6). Erst als sie Hilfe annehmen konnte, waren auch positive und hilfreiche Erfahrungen möglich: „Dann hat’s angefangen positiv zu werden“ (IP C3, Absatz 16). Heute weiß sie, dass sie genügend hilfreiche Erfahrungen gemacht hat, um sich selbst zu helfen (IP C3, Absatz 106). Besonders die Tatsache, dass sie vom Alkohol weggekommen ist, macht sie stolz: „Ich bin jetzt 12 Jahre ohne Alkohol, da bin ich sehr stolz. Das kann ich mir nicht oft genug einreden, da muss ich mich selber loben“ (IP C3, Absatz 371 - 373).

IP D4 hat in der Therapie gelernt, sich selber an die erste Stelle zu stellen: „Und man sollte sich vielleicht, auch wirklich, die erste Zeit auf jeden Fall, an erster Stelle stellen. Alles andere ausblenden, vergessen, was auch immer“ (IP D4, Absatz 310).

IP E5 differenziert gute und schlechte Phasen – und sieht Erfolge, wenn sie sich um sich selber kümmert: „Also ich hab schon relativ früh autogenes Training und

Phantasie Reisen gemacht. Wenn ich das in einer Phase wo ich mich mehr um mich kümmere, viel anwende, klappt das auch sehr gut“ (IP E5, Absatz 102).

Atemtechniken, Langsamer-Werden

Bewusst zu atmen war für alle Interviewpartnerinnen zuerst einmal befremdlich und unangenehm. Letztendlich war es für einige hilfreich, für andere aber auch nicht, wie für IP A1, für die der Fokus auf den Atem gar nicht möglich war (IP A1, Absatz 229).

IP B2 hatte mit Atemübungen anfangs auch so ihre Probleme:

Also ich hab das wirklich alles ein bissl belächelt, aber bitte mit dem richtigen Atmen, das hab ich daheim sehr oft geübt, dass ich mich wirklich gerade hinsetz‘ und auch mit der Handbewegung immer [streicht die Arme von oben nach unten] und dann merk ich immer, dass ich wirklich Sauerstoff ins Hirn krieg, und dann wieder [atmet hörbar aus] jetzt bin ich wieder richtig da. (IP B2, Absatz 62)

Auch IP C3 nutzt Atemtechniken: „Die Füße am Boden, Hände, das kann ich ganz gut, das mach ich auch in der Bahn, ... oder wenn ich von der FREUNDIN mit der Bahn nach ORT fahre, da hab ich über 20 Minuten Zeit“ (IP C3, Absatz 250).

IP D4 hat langsames und überlegtes Sprechen zu einem Skill gemacht: „Ich glaub, das hab ich mir schnell angeeignet, weil ich eben immer das Gefühl gehabt habe, mir hört keiner zu, deswegen muss ich langsamer sprechen“ (IP D4, Absatz 296).

IP E5 hat über Biofeedback ihre optimale Atmung gefunden: „Für mich war ganz deutlich, dass ich da einfach einen Takt schneller atmen muss als ich glaube, bei Entspannungsübungen atmen zu sollen, um so eine Wohlfühlatmung zu kriegen“ (IP E5, Absatz 274 - 276).

Kreative Techniken, Schreiben

Kreativität lenkt den Fokus auf die jeweilige Tätigkeit, Schreiben bringt Inneres nach außen. Nicht immer ist alles für jeden hilfreich - es muss ausprobiert werden, welche Tätigkeit für die jeweilige Person als hilfreich erlebt wird.

Kalendereintragungen, um Termine wahrnehmen zu können, erlebt IP B2 als hilfreich, Tagebuchschreiben hat nur in den Anfängen ihrer Erkrankung geholfen – heute wirkt es eher aufwühlend für sie: „Es war am Anfang wichtig und gut eben für das Erkennen Jetzt ist es so mein Tod, wenn ich zu schreiben anfangen, weil ich dann natürlich wieder so drinnen bin, in der Situation, in dem Gefühl“ (IP B2, Absatz 126). Kreatives Arbeiten erlebt sie als förderlich: „... ich mach Schlüsselanhänger ... mit Epoxidharz gießen, Untersetzer, kreatives Arbeiten einfach, da kann ich versinken und alles ... für mich was zum Runterkommen, ich kann mich kreativ austoben“ (IP B2, Absatz 310).

IP C3 zeichnet gerne Mandalas und schreibt für die Zeitung eines Vereins (IP C3, Absatz 114 - 116).

Durch die Musiktherapie hat IP D4 wieder ihre Liebe zur Musik erfahrbar gemacht. Und eine neue Erkenntnis: „... weil ich selber ein Instrument gespielt habe und ich da eigentlich das erste Mal das Gefühl gehabt habe, hej, ich kann ja was“ (IP D4, Absatz 56).

Körperorientierte Übungen

Körperliche Impulse zur Ablenkung in einer unangenehmen Situation oder zur Veränderung der momentanen Gefühlswahrnehmung sind hilfreich, weil man den Körper immer dabei hat. In den Interviews wurden viele sehr kreative Techniken genannt.

IP B2 hat ein großes Repertoire an Ideen für körperliche Stimuli, ohne sich selbst dabei Schaden zuzufügen: „Dass ich ... die Anspannung ein bissl weg krieg, da geh ich dann meistens so durchs Geschäft (kratzt sich mit den Nägeln auf der Handinnenfläche) oder ... beim Autofahren ist es zum Beispiel, dass ich mir vielleicht nur so in den Oberschenkel reinzwicke“ (IP B2, Absatz 54). Ihr Credo ist: „Einfach einen anderen Impuls herbeiführen. Das ist das, was sich bei mir eigentlich am

meisten bewährt hat“ (IP B2, Absatz 56). Andere Impulse sind Stachelbälle, Magnesiumölspray nach dem Enthaaren, laute Musik im Auto und „einfach nur rausschreien, und wenn's nur ein kurzer Quietscher ist, ... aber man merkt einfach, dass da der Druck auf der Brust weg geht“ (IP B2, Absatz 66). Aber auch Übungen wie Anspannen-Entspannen oder mit Kopfhörern sechs Kilometer marschieren. Dabei merkt sie: „... ich nehm' es bewusst wahr, ich bin jetzt innerlich befreiter, was mir halt auch guttut“ (IP B2, Absatz 94). Außerdem kennt sie hilfreiche Klopfübungen und hat die Erfahrung gemacht, dass aggressives Schlagen und liebevolles Streicheln im Grunde die gleiche Bewegung ist, aber die Geschwindigkeit und Intensität den Unterschied macht (IP B2, Absatz 104).

IP C3 nutzt zu Hause: „... die Hände unters kalte Wasser halten, das ist so ein Skill, wenn ich zu Hause bin, kalt duschen“ (IP C3, Absatz 88) und hat in einem Verein Übungen zur Körperwahrnehmung gemacht: „Zum Beispiel: der was will, legt sich auf den Boden und auf einem großen Papier nachzeichnen“ (IP C3, Absatz 48). Dazu gehört auch die Körperhaltung: „... ja, ist ein Unterschied ob ich jetzt so geh [beugt sich nach vorne], oder ob ich mich aufrichte“ (IP C3, Absatz 222).

Auch IP D4 hat gute Erfahrungen mit Klopfübungen gemacht. Sie nutzt die Übungen, um gute Glaubenssätze „einzuklopfen“:

Da hab ich diese Klopfübungen auch, die sind sehr gut, mit tief einatmen, tief ausatmen hier genau (klopft Schultern) und Kopf und Stirn und überall, ja, und dann klopfe ich mir quasi ein, ich bin achtsam, ich achte auf mich und ich mag mich und solche Sätze. (IP D4, Absatz 250 - 254)

Ähnlich wie IP C3 hat IP E5 in der Therapie mit Körperbildern gearbeitet:

Ja, wir hatten da in ORT eine tolle Kunsttherapeutin, die uns halt immer, ganz grob ein Thema vorgegeben hat. Also, weiß ich nicht, heute mal ein Selbstbild, oder was zur letzten Therapiestunde. Um dann zu besprechen, was man da gemacht hat, was das für einen bedeutet, hat mir oft Sachen klar werden lassen. (IP E5, Absatz 256)

Soziale Kontakte, Internet-Foren, Kirche

Mit anderen Menschen in Kontakt zu sein, akzeptiert und angenommen zu werden, so wie man ist, sind wichtige Voraussetzungen, um ein Ich-Gefühl zu entwickeln. Borderline-Persönlichkeiten tun sich oft schwer damit, sich selbst zu definieren, eine Identität zu spüren. Hier ist der Therapieraum gleichzeitig ein Übungsraum, wo im Austausch mit dem Therapeuten/der Therapeutin wichtige neue Erfahrungen möglich sind. Im sozialen Umfeld können diese Erfahrungen dann umgesetzt werden, wie zum Beispiel bei IP B2 und IP D4, die engen Kontakt zur Familie haben.

IP A1 hat hier wichtige Erfahrungen mit Ihrem Psychotherapeuten gemacht: „Also ich find es wichtig, dass, also auch da mein ich jetzt keine Vermischung, aber dass ein Therapeut auch auf dieser persönlichen Ebene spürbar ist“ (IP A1, Absatz 76).

IP A1 gibt ihre Erfahrung in Internet-Foren weiter (Absatz 144) und auch IP E5 nutzt ein Borderline-Forum und fühlt sich dadurch sehr unterstützt: „Das hilft mir sehr gut ... da wird, ja, reflektiert miteinander umgegangen. Das ist sehr gut moderiert, dass da eingegriffen wird bevor's hochkocht“ (IP E5, Absatz 190 – 192).

Für IP C3 sind soziale Kontakte wichtig (IP C3, Absatz 56). Aber auch die kirchliche Gemeinde gibt ihr den notwendigen Halt in schwierigen Situationen: „... also im vorigen Jahr, hab ich ja vier Todesfälle, wirklich auf so einen Schlag gehabt. ... wenn ich da die Messe nicht gehabt hätte, oder das Gebet gesucht hab, dann weiß ich nicht, aber das war mir sehr hilfreich“ (IP C3, Absatz 192).

Achtsamkeit, Natur beobachten

Achtsamkeitsübungen sollen helfen, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Im Langsamer-Werden, Spüren, Beobachten und Mit-allem-Sinnen-Wahrnehmen schult man das Sich-Spüren. Achtsamkeit bedeutet, „präsent zu sein“ (Santorelli & Weber, 2015, S. 47), hinzuschauen auf das, was ist. Oft dauert es, bis spürbar wird, was hilfreich ist.

IP A1 weist darauf hin, dass Achtsamkeitsübungen sehr herausfordernd für Borderline-Patient*innen sind:

Und wenn Sie sich dann vorstellen, dass [das] bei Borderline-Patienten noch andere Ebenen, also andere Gefühlsebenen betrifft, die viel existenzieller sind, da hat's dann nochmal zusätzlich eine andere Qualität als wenn's jetzt um diese Ebene geht, was möchte ich essen oder will ich mich jetzt da hinsetzen oder bleib ich lieber stehen. ... da braucht diese Entwicklung ... auf der Ebene entsprechend natürlich viel, viel länger, da dürfen Sie ruhig ein paar Jahre ansetzen. Und das ist am Anfang auch bei Borderline-Patienten möglich, ich denke auch hilfreich, auf dieser ungefährlichen Ebene erstmal sowas zu üben, um sich dann später den anderen anzunähern, die dann gefühlt viel gefährlicher sind. (IP A1, Absatz 251)

IP B2 mag Bachplätschern und Meeresrauschen „... das ist für mich mein Seelenheil. Also da such ich mir dann auch mein Platzerl, dass ich da in den Wald gehe, meistens ohne Handy, dass ich da auch keine Ablenkung hab“ oder „sonst mit Handy oder Kamera und ich mach dann Landschaftsfotografie“ (IP B2, Absatz 94).

Und IP C3 stellt sich die Natur vor „... genau Gerüche vorstellen, ich bin auf einer Blumenwiese vorstellen, also das sind so Sachen“ (IP C3, Absatz 112).

IP E5 hatte zu Beginn ihrer Therapie gerade für Achtsamkeitsübungen nicht viel übrig: „Ja, ich hab's selbst am Anfang echt für Schwachsinn gehalten ... in der Klinik das verhassteste Fach (lacht), jeden Tag Achtsamkeitsübungen, und noch mal und noch mal“ (IP E5, Absatz 108 - 114). Aber mit der Zeit hat sie herausgefunden, was gut hilft:

So eine drei Minuten Atem-Übung-Meditation hab ich, die ich ganz gerne mache, wenn ich Zeit habe. Unwahrscheinlich gern die Baum-Übung von der Reddemann, weiß nicht ob die Ihnen etwas sagt ... ja, ansonst also grade wenn's eine Stressphase ist im Büro, ich nutz zum Beispiel immer - ich koch mir ja sehr regelmäßig Tee - immer die Zeit während der Wasserkocher kocht, bis er kocht, aus dem Fenster gucken, Vögel zählen, so eine äußere Achtsamkeit oder mich drauf konzentrieren: was hör ich grade alles. (IP E5, Absatz 116 - 124)

Die sogenannte „Baum-Übung“ ist eine häufig angewandte Imaginations-Übung nach Luise Reddemann (2013, S. 48–49). Hierbei wird die Vorstellung angeregt, innerlich Kontakt mit einem Baum aufzunehmen. Zu spüren, wie es ist, ein

Baum zu sein. Man nimmt wahr, wie die Wurzeln Nährstoffe aus dem Boden aufnehmen. Gleichzeitig tanken die Blätter Kraft aus der Sonne und dem Licht. In der Identifikation mit dem Baum kommt der/die Patient*in in das Gewahrsein von Genährt-Werden aus dem Boden und Kraft-Tanken aus der Sonne.

Etwas Gutes daneben stellen

IP A1 hat es sich zur Gewohnheit gemacht „etwas Gutes daneben zu stellen“, wenn es einmal nicht so läuft wie geplant:

Dass ich versuche, für mich immer wieder etwas Gutes daneben zu stellen - aber wirklich daneben, also nicht da drüber oder abdeckend - also ich gestehe mir zu, das funktioniert heut nicht ... und das frage ich mich gar nicht mehr aktiv, sondern das läuft bei mir mittlerweile wirklich automatisch, mir was Positives daneben zu stellen. (IP A1, Absatz 227)

PERSÖNLICHES

Als letzten Punkt des Interviews wurde nach „Wünschen ans Universum“ und dem Erleben der Interview-Situation gefragt. IP A1 wünscht sich, dass die Krankenkassen die Behandlungskosten übernehmen (IP A1, Absatz 178), „schnell verfügbare Hilfe“ (IP A1, Absatz 179) und „auch, also im Wunschdenken, von Anfang an zu wissen, dass diese Hilfe längerfristig bleibt“ (IP A1, Absatz 181).

Bei IP A1 liegt der Beginn der Erkrankung über 30 Jahre zurück. Für sie war es daher wichtig, Erfahrung weiterzugeben: „Ich denke, ich erzähle Ihnen was anderes als Patienten, die noch nicht so erfahren sind“ (IP A1, Absatz 253 - 257).

„...aber, wie gesagt es hat mir Spaß gemacht und ich profitiere insofern davon, dass ich einmal das Gefühl habe, ich darf einmal kompetent sein.“ (IP A1, Absatz 267)

IP B2 interessiert sich dafür: „was die anderen so machen“ (IP B2, Absatz 436 - 438), um eventuell neue Ansätze für den eigenen Umgang mit der Krankheit zu finden. Vier von fünf Interview-Partnerinnen zeigten sich interessiert an der Studie und ersuchten nach Fertigstellung um Zusendung eines Exemplars.

Für IP E5 war es: „interessant, dass sich überhaupt Leute damit beschäftigen, und ja auch für mich jetzt ist es eine Art, sich selbst zu reflektieren, was tut mir gut, was nicht. Hatte ich so vorher noch nie darüber nachgedacht, glaub ich“ (IP E5, Absatz 299 - 300).

DISKUSSION

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der Empirie mit der Theorie zusammengeführt und die Forschungsfragen beantwortet werden. Ein primäres Anliegen dieser Arbeit war es, herauszufinden, in welcher Weise Psychotherapie bei der Erkrankung der Borderline-Persönlichkeit hilfreich sein kann. Dass störungsspezifische Psychotherapie das Mittel der Wahl bei gerade dieser Erkrankung – noch vor einer Behandlung mit Medikamenten – ist, wurde bereits in Studien (Simonsen et al., 2019; Stoffers, Winterling et al., 2020) nachgewiesen. Die vorliegende empirische Untersuchung sollte aber auch zeigen, was und warum Unterstützungsangebote nicht als hilfreich oder wirksam erlebt wurden. Laut Bohus und Schmal (2006) sind es immerhin 50 bis 60 Prozent der Patient*innen, die die Behandlungen als nicht wirksam erleben.

Die Diskussion wird aus der Perspektive eines ganzheitlichen Verständnisses in der Integrativen Gestalttherapie geführt. Dabei wird der Mensch als bio-psycho-soziale Einheit „im Kontext der Umwelt und im Kontinuum des Lebens“ (Klampfl, 2016, S. 102) gesehen. Das Krankheitsverständnis in der Integrativen Gestalttherapie geht von Kontaktunterbrechungen aus, die aufgrund mangelnder Stütze zur Selbstregulieren notwendig waren und zu fixierten Gestaltbildungen geführt haben. Diese fixierten Gestalten blockieren das Erleben und verunmöglichen die Assimilation neuer Erfahrungen. Dysfunktionale Bewältigungsmuster werden daher als Versuch der Selbstregulation gesehen. In der Therapie ist es ein Anliegen, „ein dynamisches Gleichgewicht mit bestmöglichen Wechselbeziehungen zu schaffen“ (Klampfl, 2016, S. 103).

KRANKHEITSERLEBEN

Der Erkrankungsbeginn aller Interviewpartnerinnen lag im Alter zwischen neun und sechzehn Jahren. Dies deckt sich mit einer Studie aus dem Jahr 2021, nach der der Erkrankungsgipfel der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen in der späten Adoleszenz liegt (Steinmair, Prevendar, Milic, Hochgerner & Löffler-Stastka, 2021).

Das Krankheitserleben und die Bewältigungsstrategien in schwierigen Situationen sind wichtige diagnostische Hinweise für Integrative Gestalttherapeut*innen. Die Fähigkeit, schwierige und leidvolle Situationen auszuhalten, zu reduzieren oder zu vermeiden, wird in der Integrativen Gestalttherapie als kreative Anpassung verstanden und gewürdigt. So ist zum Beispiel Wut „in gewisser Weise eine Form der Selbstregulation“ (Spagnuolo Lobb, 2016, S. 609). Aggression, die gegen den eigenen Organismus gerichtet wird, wird in der Integrativen Gestalttherapie als Retroflexion verstanden. „Der Körper wird zu einem Gegenstand, zu einem Feind, der schlecht behandelt oder angegriffen wird“ (Klampfl, 2016, S. 96).

Alle Interviewpartnerinnen berichteten direkt oder indirekt von Komorbiditäten, allen voran die depressive Störung. Auch hier findet sich eine Übereinstimmung mit der vorhandenen Literatur (Wilfer et al., 2020; Wöller, 2014, S. 69). Diagnostische Abgrenzungen zu affektiven Erkrankungen sind auch aus neurobiologischer Sicht herausfordern und bedürfen daher einer genauen Abklärung.

BINDUNGSERLEBEN

Wie im Kapitel BINDUNGSTHEORIE ausgeführt, haben Personen mit Borderline-Erleben oft desorganisierte Bindungserfahrungen. Durch gleichzeitige Aktivierung von Bindungs- und Bedrohungssystem muss der Organismus – um überleben zu können – die entstehenden Gefühle voneinander trennen. „Bindungsbedürfnisse und Schutzimpulse gegenüber der gleichen Person sind nicht kompatibel und müssen im Erleben getrennt werden“ (Wöller, 2014, S. 20). Dieser Spaltung ist sich der/die Patient*in nicht bewusst. „Er erlebt andere Menschen entweder als fürsorglich, liebend oder ablehnend und verletzend. In jeder dieser Polaritäten ist es ihm nicht möglich, auch die andere Polarität wahrzunehmen“ (Yontef, 1999, S. 125). Besonders bei nahen Beziehungen wird dieses Muster auch beim Erwachsenen wieder aktiv und verunmöglicht stabile, wichtige Beziehungen. IP A1 und IP B2 berichten über Schwierigkeiten in nahen oder Liebesbeziehungen, IP B2 und IP C3 auch über Probleme innerhalb der Familie. Dennoch war bei den Interviews mit IP B2 und IP C3 spürbar, wie wichtig das Familiengefüge erlebt wird. Aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie ist die Anstrengung zu würdigen, die es erfordert, ständig zwischen Verschmelzung mit dem geliebten Objekt und

gleichzeitiger Angst vor Autonomieverlust zu pendeln. Im therapeutischen Rahmen wird dieses Muster bei guter therapeutischer Beziehung aktiviert. Für den/die Patient*in kann die Erfahrung, dass therapeutische Hilfe nicht Verschmelzung sein muss und trotzdem Autonomie bedeuten kann, einen Entwicklungsschritt bedeuten (Yontef, 1999).

Das störungsspezifische Therapiemodell des „Offenen Dialogs“ (Giertz & Aderhold, 2020, S. 153–160) könnte ein optimaler Zugang für Patient*innen in Ausbildung oder Studium darstellen, weil hier besonderes Augenmerk auf die Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit oder Lehre gelegt wird. Das Konzept des multiprofessionellen Teams, das auch das direkte Umfeld in die Behandlung mit einbezieht, stärkt das Vertrauen in die Wirksamkeit und Ehrlichkeit der Helfer*innen. Nur wenn Patient*innen das Gefühl der Authentizität und verlässlichen Verbindlichkeit bei den Helfer*innen wahrnehmen und zusätzlich darauf vertrauen können, dass auch in Krisen Hilfe erreichbar sein wird, kann sich ein stabiler und sicherer Boden bilden, der den nötigen Halt geben kann. Wie auch bei anderen Helfersystemen sollten diese Strukturen über mehrere Jahre verfügbar sein und nur im gegenseitigen Einvernehmen langsam gelockert werden. Eine Nachsorge bei Bedarf sollte regelmäßig auch weiterhin angeboten werden. Das Konzept eines offenen Tageszentrums, Gruppengespräche mit therapeutischer Unterstützung oder eine Reaktivierung von Einzelpsychotherapie wären Möglichkeiten einer derartigen Nachsorge. So könnten Erfahrungen, wie sie IP A1, IP B2 und IP D4 während der Ausbildung gemacht haben, in Zukunft hintangestellt werden.

HELFERSYSTEME

Wie Kontakte mit Helfersystemen von Patient*innen erlebt werden, wird in der Literatur und auch in Veröffentlichungen unzureichend dargestellt. Tatsächlich fehlen auch oft Orientierungshilfen für betroffene Personen. Für Patient*innen ist oft nicht einmal klar, ob Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen die richtigen Ansprechpersonen sind. Noch schwieriger wird es, wenn eine bestimmte psychotherapeutische Methode gewählt werden soll. Richtungsweisende Hilfe bekommen Betroffene oft erst in einer akuten Notsituation, und auch dann in Einzelfällen, noch nicht wirklich spezialisiert, wie die Interviews von IP B2 und IP D4 zeigen und wie auch Dulz und Ramb (2011) bemerken: „Immer noch werden ...

Borderline-Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern – mehr oder weniger vereinzelt – auf Stationen mit Schwerpunkt Psychosentherapie „mitbehandelt“ (S. 585). Sind Patient*innen aber einmal an der richtigen Stelle gelandet, werden die Hilfsangebote durchaus als hilfreich erlebt. Es gilt zu bedenken, dass Betroffene gerade in einer psychisch eingeschränkten Situation mit der sehr schwierigen Suche nach der richtigen Hilfe schlichtweg überfordert sind. IP A1 hat tieferen Einblick in das Online-Angebot und kann diese Erfahrung aus vielen Anfragen bestätigen. Dennoch sind Online-Angebote und Suchmaschinen im WorldWideWeb wahrscheinlich gerade für junge Menschen in der Anfangsphase dieser Erkrankung ein erster, die Orientierung unterstützender Zugang zum Helfersystem.

Was die Finanzierung der Hilfe für Borderline-Erkrankte betrifft, sind sich Betroffene und Helfersystem einig: Die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln ist unzureichend (Dulz & Ramb, 2011, S. 587; Hutterer-Krisch et al., 2007, S. 274), und verstärkt bei den Betroffenen die Angst, oder wie IP B2 es ausdrückt: „Ich hab ein bisschen Stress, weil ich weiß, wir haben nur mehr zwei Stunden“ (IP B2, Absatz 174).

Der Anreiz an dieser Studie mitzuwirken war für alle Interviewpartnerinnen jener, über ihre positiven Psychotherapieerfahrungen zu berichten. Trotz einiger Umwege haben daher alle interviewten Frauen letztendlich gute Erfahrungen gemacht, durften diese integrieren und konnten in den Interviews darüber berichten. Der reflexive Umgang mit der eigenen Entwicklung war ein wichtiger Wachstumsschritt und für diese Arbeit ein besonders wertvoller Input. Auch um zu zeigen, dass der Weg zu einer Verbesserung der Lebensumstände ein langer, aber durchaus lohnender sein kann.

WENIG HILFREICH ERLEBTE HELFERSYSTEME

In dieser Arbeit sollte es vor allem um hilfreiche Unterstützungserfahrungen im Rahmen einer Psychotherapie gehen. Um jedoch beide Polaritäten – im Sinne gestalttherapeutischen Denkens – abzubilden, wurde in den Interviews auch nach weniger hilfreichen Erfahrungen gefragt. Da alle Interviewpartnerinnen derartige Erfahrungen gemacht hatten, wurde diesem Aspekt im Empirieteil der entsprechende Raum geboten.

Um den Erfahrungen von IP A1 (Absatz 219) betreffend eines als negativ erlebten Gefühlsgefälles zwischen Therapeut*in und Patient*in mit einer positiven Haltung zu begegnen, soll ein Zitat von Gary Yontef stellvertretend für die Haltung der Integrativen Gestalttherapie stehen: „Mein Bild von Gestalttherapie geht von einer Beziehung auf gleicher Ebene aus. So weit möglich, begegnet der Therapeut dem Patienten von gleich zu gleich“ (Yontef, 1999, S. 49). Diese Begegnung auf Augenhöhe wird durch die dialogische Orientierung der Integrativen Gestalttherapie ermöglicht. Dialogisch meint auch den „inneren Dialog des Therapeuten“ (Schmidt-Lellek, 2004, S. 60), der Bestandteil des dialogischen Geschehens ist. Auf die subjektorientierte, intersubjektive Grundhaltung der Integrativen Gestalttherapie verweisend bezieht sich Schmidt-Lellek (2004) auf Bubers (2014) „Ich-Du“-Haltung: „Wenn also die ... Beschädigung der Seele in erlebten Beziehungen entstanden ist, dann muss auch die Heilung ... dieser Verletzung im Erleben von Beziehungen stattfinden“ (S. 59).

IP A1 (Absatz 108) nannte die Erfahrung einer Psychoanalytischen Therapie, bedingt durch die eher abstinente Haltung, die Schmidt-Lellek (2004) als Bubers „Ich-Es“ Haltung beschreibt (S. 59), als wenig hilfreich. Den Wunsch nach langfristiger, an die stationäre Therapie anschließender psychotherapeutischer Betreuung von IP A1 (Absatz 181) und IP D4 (Absatz 50) können auch Hutterer-Krisch, Riedler-Singer und Singer (2007, S. 274) nachvollziehen, wobei sie zusätzlich auch eine leistbare Finanzierung fordern.

THERAPEUTISCHE HALTUNG

Das Gefühl, vom Therapeuten/von der Therapeutin empathisch begleitet und unterstützt zu werden, wird von allen Interviewpartnerinnen als besonders wichtig angegeben. Erlebnisorientierte Therapieangebote gehen nicht von einem auf Objektivität begründeten Erfahrungsbegriff aus (wie zum Beispiel kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden), sondern unterstützen die unmittelbare Erfahrung mit persönlichem Erleben (Holm-Hadulla, 2000). Durch die dialogische und erfahrungszentrierte Haltung in einem gestalttherapeutischen Prozess kann der/die Patient*in reale Erfahrungen machen und assimilieren. Der/die Therapeut*in werden – anders als in der Psychoanalyse – für den Patienten/die Patientin auch als Mensch

sichtbar. Beide bringen ihr phänomenologisches Erleben in die Therapiesituation ein und profitieren voneinander (Yontef, 1999, S. 134).

Alle von den Interviewpartnerinnen gemachten Äußerungen zum positiven Erleben in der Therapie sollten in jeder Psychotherapie selbstverständlich sein. Für IP A1 ist es wichtig, sich durch den Therapeuten/die Therapeutin nicht bewertet zu fühlen (Absatz 114) und klare Botschaften zu bekommen. Sowohl Verlässlichkeit als auch das wertungsfreie Angenommen-Werden sind für alle Interview-Partnerinnen, aber ganz besonders für Borderline-Patient*innen unabdingbar. Die in der klassischen Psychoanalyse geforderte Abstinenzregel wird in der Integrativen Gestalttherapie durch eine Haltung der „selektiven Offenheit“ (Hochgerner & Schwarzmann, 2004, S. 319) ersetzt.

Staemmler (2009) hat in diesem Zusammenhang den Begriff der „kultivierten Unsicherheit“ (S. 83) des Therapeuten/der Therapeutin eingeführt. Damit ist gemeint, dass der/die Therapeut*in davon ausgeht, dass das, was er/sie vom Patienten/von der Patientin erfährt, für ihn/sie völlig neu und nicht in ein Schablonenregister einordenbar ist. Er/Sie muss sich jedes Mal aufs Neue auf die Situation mit den Patient*innen einlassen und die Einmaligkeit dieser Situation zulassen. Die Wahrnehmung und Wirklichkeit des Patienten/der Patientin ist Gegenstand im Hier und Jetzt und der/die Therapeut*in muss offen sein dafür, sich vom Patienten/von der Patientin „gegebenenfalls auch korrigieren zu lassen“ (S. 83). IP A1 fand es wichtig, dass genau diese Erfahrung bei ihrem Therapeuten möglich war (Absatz 211).

IP A1 hat im Rückblick erkannt, wie wichtig es für sie war, trotz ihrer Borderline-Gefühle als „in Ordnung“ (Absatz 163) wahrgenommen zu werden. Diese Sichtweise entspricht der Ganzheitlichkeit in der Integrativen Gestalttherapie. Hier wird der Mensch als einheitliches Organismus-Umwelt-Feld wahrgenommen und in seinem So-Sein akzeptiert.

WAS HILFT WEM

Die Interview-Partnerinnen brachten eine Fülle von hilfreichen Methoden und Skills ein, die teilweise aus der Literatur stammen und teilweise kreativ angepasst wurden. Als besonders wertvoll wird in den Interviews das hilfreiche Erleben angegeben. Im Ausprobieren und Experimentieren in der therapeutischen Situation

kann sowohl mit kreativen Techniken als auch mit Körperübungen das eigene Repertoire erweitert und damit neue Erfahrungen der Selbstwirksamkeit gemacht werden. Jeder Mensch ist besonders in seinem einzigartigen Organismus-Umwelt-Feld – keiner gleicht dem anderen. Der phänomenologische und erfahrungszentrierte Ansatz der Integrativen Gestalttherapie trägt diesem Umstand Rechnung, indem gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin experimentell kreative Erfahrungen gemacht und integriert werden. Welche Therapierichtung und welche therapeutische Intervention bei welchem Menschen als hilfreich erlebt wird, kann auch durch viele Studien nicht vorhergesagt werden. Trotzdem wird – besonders durch die umfangreiche Psychotherapieforschung im Bereich der Borderline-Erkrankung – genau diesem Umstand sehr viel Aufmerksamkeit gezollt. Zu nennen wäre an dieser Stelle daher für Therapeut*innen das „Interaktive Skills Training für Borderline-Patienten“ von Bohus und Wolf-Arehult (2013), das sich am Trainingsprogramm von Marsha Linehan für die Dialektisch-Behaviorale Therapie orientiert. Anhand der sinnesbezogenen Zugangskanäle Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und Spüren werden Skills wie Chilischoten zu kauen, Kopf ins kalte Wasser zu halten oder kalt zu duschen (wie IP C3, Absatz 88) oder die Atmung zu verändern, wie IP E5 (Absatz 116-124) vorgeschlagen. Auch ein Gummiringel am Arm, das bei Anspannung gezupft wird, wurde der Autorin von IP C3 nach dem Interview als Skill gezeigt.

Was für wen und wann als hilfreich erlebt wird, variiert, wie IP B2 (Absatz 126) anhand ihrer Tagebucheintragungen bemerkt hat. Was ursprünglich hilfreich war, wurde in einer späteren Phase als belastend erlebt. Rauchfleisch (2019) hält dazu fest, dass Patient*innen in der Literatur immer aus „*unterschiedlichen Phasen der Behandlung*“ beschrieben (S. 46) werden und auch nicht klar gesagt werden kann, ob „spezifische“ (S. 46) Wirkfaktoren einer Therapiemethode oder nicht doch zum Beispiel die therapeutische Beziehung wirksam waren.

INTEGRATIVE GESTALT THERAPIE UND BORDERLINE

Die Integrative Gestalttherapie versteht den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit mit seinem Umweltfeld. „Der Prozess des Erlebens und Handelns im Organismus-Umweltfeld folgt den Prinzipien der *Selbstorganisation*, der *schöpferischen Anpassung* und der *Tendenz zur guten Gestalt* ...“ (Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr, 2001, S. 637). Integrative gestalttherapeutische Diagnostik sieht

den Menschen daher immer in seinem Versuch, sich kreativ und seinen Möglichkeiten entsprechend, den Herausforderungen seines Umwelt-Feldes anzupassen. „Störungen der kreativen Anpassung als Folge von massiven Erschütterungen in der Entwicklung haben Auswirkungen auf die organismische Selbstregulierung und die Selbstregulierung der Ich-Grenzen“ (Klampfl, 2016, S. 103).

Die Borderline-Persönlichkeit hat aus ihrer Geschichte heraus eine Reihe an Mechanismen, Fertigkeiten und Verhaltensweisen entwickelt, um einem unaushaltbaren Gefühl nicht mehr begegnen zu müssen: dem Gefühl der existenziellen Angst. Angst davor, sich aufzulösen, Angst vor dem wegbrechenden Boden, Angst vor dem Verlust des Ichs, der eigenen Identität. Inadäquate, aber bewährte Strategien wie Selbstbestrafung, Selbstverletzung oder Unterwerfung erscheinen als Auswege. Das Abspalten und Isolieren von aggressiven Gefühlen wird in der Integrativen Gestalttherapie als kreative Lösung in einer unaushaltbaren Situation gesehen. Selbstverletzungen sind nach Petra Klampfl (2016) dysfunktionale Entlastungs- und Stabilisierungsmaßnahme zur Spannungsregulierung. Der/die Patientin reinszeniert negativ erlebte Beziehungserfahrungen am eigenen Körper.

Alle Interview-Partnerinnen haben in ihren Therapien, unabhängig vom Therapiemodell, letztendlich gute Erfahrungen gemacht. Wie aus den Interviewergebnissen deutlich hervorgeht, ist die therapeutische Haltung ein maßgeblicher Faktor für positive Erfahrungen im Therapie-Erleben der Patient*innen. In der Integrativen Gestalttherapie und dabei besonders bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeit hat das Kontakt-Support-Modell von Laura Perls (2005) besondere Bedeutung. Was dem/der erwachsenen Patienten/Patientin (hier und heute) in der Kindheit (dort und damals) fehlte – und daher auch im Hier und Jetzt nicht zur Verfügung steht – ist Stütze, ein Gehalten-Werden, ein Angenommen-Sein. Laura Perls' (2005) primäre therapeutische Haltung war: halten, stützen und annehmen.

CONCLUSIO

Diese Arbeit konnte aufzeigen, dass störungsspezifische Ansätze bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl von Patient*innen als auch von Helferseite als am hilfreichsten erlebt werden, wenn es sich um integrative, also schulenübergreifende, Ansätze handelt.

Borderline-Erkrankte können von ihrem Umfeld als besonders schwierig erlebt werden und es kann für Patient*innen daher oft Sinn machen, in einem ersten Schritt in einer klinischen Einrichtung Stabilisierung zu erfahren. In multiprofessionellen Teams kann die oft herausfordernde Behandlung und Betreuung geteilt und die Belastung und Überforderung einzelner Behandler*innen reduziert und gestreut werden. Wichtig wäre aus Sicht der Autorin eine langfristige ambulante Weiterbetreuung durch niedergelassene Psychotherapeut*innen, die bereits durch die Psychiatrische Abteilung vorbereitet wird. Zum Wunschdenken gehörend, aber trotzdem eine Forderung, wäre eine vorausschauende Finanzierung der immer langfristig notwendigen Weiterbehandlung.

Die in dieser Arbeit vorgestellten störungsspezifischen Therapieansätze haben gemeinsam, dass sie nachweislich als wirksam erlebt wurden. Als Einschränkung muss erwähnt werden, dass trotzdem 50-60 Prozent der Patient*innen nicht auf die angebotenen Behandlungen ansprechen (Bohus & Schmahl, 2006). Um diese Zahl zu reduzieren, erscheint es wichtig, mehr auf integrative Ansätze zu vertrauen. Dazu gehört aus Sicht der Autorin eine klare therapeutische Haltung, die Struktur und Halt gibt und gleichzeitig Stabilität und Verlässlichkeit ausdrückt. Ehrliches Interesse, Anerkennung des Patienten/der Patientin in seinem/ihrem So-Sein aber auch Aushalten und Containen schwieriger Momente sind Anforderungen an Therapeut*innen.

Für die Autorin hat die Studie deutlich gemacht, wie wichtig die stützende therapeutische Haltung besonders für Borderline-Patient*innen ist. Der intersubjektive, dialogische Zugang der Integrativen Gestalttherapie, Anerkennung und empathische Akzeptanz ermöglichen den Patient*innen eine neue Wahrnehmung von sich selbst und fördern eine hilfreiche Entwicklung. Ein Ausbau integrativer Behandlungsansätze, in denen unterschiedliche therapeutische

Haltungen und Methoden zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel traumatherapeutische Ansätze wie jener von Luise Reddemann (2012), körperorientierte Klopf- und Entspannungstechniken, Skills-Training aber auch Techniken wie EMDR würden der Komplexität dieser Erkrankung entsprechen und den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden. Auch die Nutzung moderner Medien und Computerprogramme könnte als hilfreiche Zusatzoption bei der Behandlung gesehen werden. Studien im Bereich moderner Medien, zum Beispiel zu Psychoedukation oder Achtsamkeitsübungen, könnten auch dieses Feld weiter für Betroffene öffnen.

Nachfolgend sollen die Forschungsfragen nochmals kompakt beantwortet und Limitationen der Untersuchung aufgezeigt werden. Ein Ausblick auf weitere interessante Fragestellungen, die sich im Zuge der Arbeit ergeben haben, soll Anreiz für weitere Untersuchungen sein.

BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN

Diese Arbeit beschäftigt sich mit drei Fragestellungen:

Was erleben Personen mit als schwierig definierten Krankheitsbildern wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung als hilfreich in der Psychotherapie?

Sowohl in den persönlichen Interviews als auch in der Theorie wird die therapeutische Beziehung als wichtigster hilfreicher Faktor genannt. Das Gefühl, von dem Therapeuten/der Therapeutin akzeptiert und angenommen zu werden, reduziert Therapieabbrüche und stärkt das Vertrauen in den Therapieverlauf. Im sehr vielschichtigen Bild der Borderline-Persönlichkeitsstörung muss das therapeutische Vorgehen auf die unterschiedlichen Therapiephasen abgestimmt werden. So stehen in der ersten Therapiephase Verlässlichkeit, Sicherheit, Stabilität und Nutzung von Skills im Vordergrund, um in den weiteren Therapiephasen Themen wie Bindung, Beziehung, Identität, Selbstwert und Selbstfürsorge zu festigen.

Was sind die tatsächlichen Wirkfaktoren, was wird im Alltag genutzt?

Auch bei dieser Fragestellung sind die Person und Haltung des Therapeuten/der Therapeutin ein zentraler Faktor. Im gemeinsamen Austausch ist neues Erleben möglich, kann neues soziales Verhalten gelernt und ausprobiert werden. Gemeinsam mit körperorientierten Skills, imaginativen Techniken, Klopf- und Atemübungen, Achtsamkeitsbasierten Naturerlebnissen sowie kreativem Schreiben, Malen und Arbeiten erlernen und erleben die Interviewpartnerinnen neue selbstwirksame Fähigkeiten im Umgang mit sich selbst und mit anderen. Diese können gut in den Alltag integriert werden und regen dazu an, neue, persönliche Lösungen für sich zu entdecken.

Wie weit sind diese hilfreichen Faktoren im Konzept der Integrativen Gestalttherapie bereits enthalten oder können integriert werden?

Die dialogische, erfahrungszentrierte, experimentelle, phänomenologische Haltung der Integrativen Gestalttherapie ermöglicht die Integration einer Fülle von stützenden, stabilisierenden Interventionen. Besonders im Bereich der frühen Störungen, also im Bereich der Vorsprachlichkeit, zu denen Borderline zählt, kann durch Stützen, Halten und Verlässliches Da-Sein ein Boden geschaffen werden, auf dem es möglich ist, neue, selbststützende Erfahrungen zu machen. Im integrativen Ansatz finden sich körperorientierte, kreative, erfahrungszentrierte und experimentelle Methoden, die Patient*innen Entwicklung und Wachstum ermöglichen. Gleichzeitig ist er offen für Weiterentwicklung. Jede/r Integrative Gestalttherapeut*in bringt sich selbst mit seiner/ihrer Erfahrung und seiner/ihrer Kreativität in die Therapiesituation ein und ermöglicht so jedem Patienten/jeder Patientin die Erfahrung von Authentizität, Zuwendung und Selbstwirksamkeit.

LIMITATIONEN UND AUSBLICK

Als Limitation dieser Arbeit kann das doch nur sehr kleine Sample gesehen werden. Auch wurden konkrete Fragen nach traumatischen Ereignissen, Erfahrungen in der Kindheit und zu Suizidalität bewusst ausgeklammert, um Retraumatisierungen und Flash-Backs auszuschließen. Ein breiterer Zugang wie er derzeit im Rahmen der POPP-Studie (Prozess und Outcome in Psychotherapeutischen Praxen) der Donau-Universität Krems im Gange ist, wäre auch für die Borderline-Forschung spannend

und könnte beide Seiten – jene der Patient*innen und jene der Therapeut*innen – sowohl in qualitativen als auch quantitativen Zugängen beleuchten und beide Blickwinkel gegenüberstellen.

Als weitere Einschränkung ist zu nennen, dass sich ausschließlich weibliche Personen für die Befragung gemeldet haben. Hier wird, angelehnt an Wöller (2014, S. 3), als mögliche Ursache vermutet, dass weibliche Erkrankte sich eher an psychiatrische oder psychotherapeutische Einrichtungen wenden und männliche Erkrankte aufgrund delinquenten Verhaltens eher im Strafvollzug anzutreffen sind. Dadurch konnten Unterschiede zu den Erfahrungen von betroffenen männlichen Personen nicht abgebildet werden. Eine weiterführende Studie, die besonders diesen Aspekt beleuchtet, kann als möglicher Ausblick gesehen werden.

Im Zuge dieser Arbeit ist auch deutlich geworden, dass die therapeutische Arbeit mit Borderline-Persönlichkeiten ein langer und herausfordernder Prozess, sowohl für Therapeut*innen als auch für Patient*innen, ist. Bei zukünftigen Forschungsarbeiten wäre es daher auch interessant darzustellen, in welcher Phase der Behandlung die Befragung stattfindet, wie das beispielsweise in einer ähnlichen Studie im asiatischen Raum durchgeführt wurde (Ng, Townsend, Miller, Jewell & Grenyer, 2019). Diese Studie unterschied die Anfangsphase des Feststeckens in der Krankheit, die zweite Phase der Diagnosestellung und als letzte Phase das Erleben der Verbesserung.

Ein interessantes weiteres Forschungsgebiet wäre die Wirksamkeitsforschung zu digitalen Medien, Handy-Applikationen (zum Beispiel für Entspannungstechniken) oder psychoedukativen Computerprogrammen, da besonders junge Patient*innen mit diesen Medien bereits vertraut sind.

LITERATURVERZEICHNIS

- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2016). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arbeitskreis OPD. (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 566–575). Stuttgart: Schattauer.
- Boeckh, A. (2015). *Gestalttherapie. Eine praxisbezogene Einführung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bohus, M. (2011). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 619–639). Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In *Deutsches Ärzteblatt 2006* (Bd. 49). Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/53738/Psychopathologie-und-Therapie-der-Borderline-Persoenlichkeitsstoerung>
- Bohus, M. & Wolf-Arehullt, M. (2013). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Brisch, K. H. (2013). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (12. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2015). Mentalisieren in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 14–22.

- Buber, M. (2014). *Das dialogische Prinzip. Ich und Du* (13. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave Study. *Psychiatry*, 164, 922–928.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg) (2011). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10 : DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR* (1. Nachdruck der 5. Aufl. von 2010). Bern: Hans Huber.
- Dreizel, H. P. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP.
- Dulz, B. (2011). Faksimile des Originalartikels von C.H. Hugues. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 3). Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B., Herpertz, S. C., Kernberg, O. F. & Sachsse, U. (Hrsg.), (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B. & Ramb, C. (2011). Haltende Funktion, technische Neutralität und persönliche Sympathie in der Beziehungszentrierten Psychodynamischen Psychotherapie. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.) (S. 584–609). Stuttgart: Schattauer.
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H. & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70, 1, 46–59. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Fuhr, R. & Gremmler-Fuhr, M. (2002). *Gestalt-Ansatz. Gestaltkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive*. (2. Aufl.). Bergisch-Gladbach: EHP

- Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (2001). Gestalttherapeutische Diagnostik und klinische Gestalttherapie - Eine Einführung. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Aufl.) (S. 635–646). Göttingen: Hogrefe.
- Gahleitner, S. B., Schmitt, R. & Gerlich, K. (Hrsg.). (2014). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Coburg: ZKS.
- Giertz, K. & Aderhold, V. (2020). Der Offene Dialog in der Behandlung von Patient_innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Forum*, 24, 3-4, 153–160. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00148-z>
- Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 4, 490–495. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>
- Hochgerner, M.[Markus]; Schwarzmann, M. (2004). Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 307 - 330). Wien: Facultas.
- Holm-Hadulla, R. M. (2000). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 45, 2, 124–136. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s002780050211>
- Hutterer-Krisch, R., Riedler-Singer, R. & Singer, R. R. (2007). *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*. Wien: Springer.
- Irle, E., Lange, C., Sachsse, U. & Weniger, G. (2011). Neurobiologische Veränderungen bei posttraumatischen Zuständen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.) (S. 134–141). Stuttgart: Schattauer.

- Jacob, G., Lieb, K. & Arntz, A. (2011). Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 640–651). Stuttgart: Schattauer.
- Jawad, M. Y., Ahmad, B. & Hashmi, A. M. (2021). Role of oxytocin in the pathogenesis and modulation of borderline personality disorder: A review. *Cureus*, 13, 2, e13190. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.7759/cureus.13190>
- Jeung-Maarse, H. & Herpertz, S. C. (2020). Neues zur Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen – Änderungen in ICD-11. *Der Nervenarzt* [New insights into diagnostics and therapy of personality disorders-Changes in ICD-11], 91, 9, 863–871. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00936-7>
- Jovev, M., Whittle, S., Yücel, M., Simmons, J. G., Allen, N. B. & Chanen, A. M. (2014). The relationship between hippocampal asymmetry and temperament in adolescent borderline and antisocial personality pathology. *Development and Psychopathology*, 26, 1, 275–285. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1017/S0954579413000886>
- Kaya, S., Yildirim, H. & Atmaca, M. (2020). Reduced hippocampus and amygdala volumes in antisocial personality disorder. *Journal of Clinical Neuroscience : Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 75, 199–203. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.01.048>
- Kernberg, O. F. (2019). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategie* (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kind, J. (2011). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 20–34). Stuttgart: Schattauer.

- Klampfl, P. (2016). Selbstzerstörung und Selbstfürsorge bei Menschen mit strukturellen Störungen. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (1. Aufl.). (S. 75–123). Wien: Facultas.
- Kramer, U., Grandjean, L., Beuchat, H., Kolly, S., Conus, P., Roten, Y. de ...
Despland, J.-N. (2020). Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 1, 335.
Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4229-z>
- Lapomarda, G., Grecucci, A., Messina, I., Pappaianni, E. & Daddomo, H. (2021). Common and different gray and white matter alterations in bipolar and borderline personality disorder: A source-based morphometry study. *Brain Research*, 1762, 147401. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2021.147401>
- Lieb, K. & Stoffers-Winterling, J. (2020). Die neuen S3-Leitlinien: Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Forum*, 24, 3-4, 87–88.
- Margreiter, S. (2020). „Psychotherapie im Tageszentrum für Borderlinestörung“
Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderlinestörung, Psychosoziale Dienste in Wien. *Psychotherapie Forum*, 24, 3-4, 115–122. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00155-0>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mitmansgruber, H. (2020). Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung:
Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11. *Psychotherapie Forum*, 24, 3-4, 89–99. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00151-4>
- Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M. & Grenyer, B. F. S. (2019). The lived experience of recovery in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 10. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0107-2>

- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P. ... Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 32, 1, 44–56. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1521/pedi_2017-31_285
- Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10-Diagnostik* (1. Aufl.). Wien: Facultas.
- Perls, F. S. (2012). *Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalttherapie ; Sinneswachheit, spontane persönliche Begegnung, Phantasie, Kontemplation* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1991). *Gestalttherapie: Grundlagen*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie* (3. Aufl.). Bergisch Gladbach: Andreas Kohlhaage.
- Polster, E. & Polster, M. (2009). *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie* (3. Aufl.). Wuppertal: Hammer.
- Rauchfleisch, U. (2019). *Diagnose Borderline. Diagnostik und therapeutische Praxis* (1. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. Verfügbar unter: http://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_product.php?product=978-3-17-035996-3
- Reddemann, L. (2014). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual ; ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2012). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (16. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Reed, L., Fitzmaurice, G. & Zanarini, M. (2012). The course of positive affective and cognitive states in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Psychiatry research*, 196, 96–100. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.026>
- Regenbogen, Verein zur gegenseitigen Hilfe (2016). Statuten. Verfügbar unter: <https://regenbogenhaus.at/verein/statuten/>
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Santorelli, S. & Weber, U. (2015). *Zerbrochen und doch ganz. Die heilende Kraft der Achtsamkeit* (6. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Arbor Verlag.
- Schindler, A., Neshatrooh, P. & Krog, K. (2020). Integrierte Versorgung für Borderline-Patient*innen. *Psychotherapie Forum*, 24, 3-4, 131–138. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00156-z>
- Schmidt-Lellek, C. J. (2004). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 53–76). Wien: Facultas.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A. ... Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline personality Disorder and Emotion dysregulation*, 6, 9. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0106-3>

- Soff, M., Ruh, M. & Zabransky, D. (2004). Gestalttheorie und Feldtheorie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 13–36). Wien: Facultas.
- Spagnuolo Lobb, M. (2016). Borderline: Die Wunde der verletzten Grenze. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 583–615). Gevelsberg: EHP.
- Staemmler, F.-M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen - Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steinmair, D., Prevendar, T., Milic, B., Hochgerner, M. [Marian] & Löffler-Stastka, H. (2021). Psychotherapie-Outcome-Studien bei Psychosen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. *psychopraxis. neuropraxis*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00739-021-00696-2>
- Stiglmayr, C. (2017). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date*, 11, 02, 151–164. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/s-0042-123718>
- Stiglmayr, C. (2020). Das ambulante Borderline-Netzwerk in Berlin. *Psychotherapie Forum*, 24, 3-4, 139–145. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00152-3>
- Stoffers, J. & Lieb, K. (2011). Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.) (S. 854–864). Stuttgart: Schattauer.
- Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., Simonsen, E. & Lieb, K. (2020). Störungsspezifische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Psychotherapeut, 65, 5, 344–350. Verfügbar unter:

<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00443-9>

Stone, M. H. (2011). Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 57–65). Stuttgart: Schattauer.

Votsmeier, A. (2001). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Aufl.). (S. 715–732). Göttingen: Hogrefe.

Votsmeier-Röhr, A. & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie* (Wege der Psychotherapie). München: Ernst Reinhardt.

Wilfer, T., Armbrust, M., Aalderink, T. & Spitzer, C. (2020).

Kindheitstraumatisierungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Psychotherapeut, 65, 6, 487–494. Verfügbar unter:

<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00452-8>

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative*

Sozialforschung, 1,1, Art.22. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/FQS-1.1.1132>

Wöller, W. (2014). *Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) ; mit 4 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.

Yeomans, F. E. & Diamond, D. (2011). Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) und Borderline Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollständig überarbeitete und erw. Aufl.). (S. 543–558). Stuttgart: Schattauer.

Yontef, G. M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: Andreas Kohlhage.

Zanarini, M. C. & Hörz, S. (2011). Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl.). (S. 44–56). Stuttgart: Schattauer.

Zimmermann, J., Brakemeier, E.-L. & Benecke, C. (2015). Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 60, 4, 269–279. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0033-8>

TABELLENVERZEICHNIS

	Seite
Tabelle 1. Darstellung der Grundbedürfnisse und Affekte nach Rudolf (2013, S. 40 zusammengefasst von Graf-Gabriel, 2021)	19
Tabelle 2. Übersicht Interviewpartnerinnen (alle weiblich)	51

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

	Seite
Abbildung 1. Kontaktwelle, Graf-Gabriel, 2021, nach Vorlage Fuhr und Gremmler-Fuhr (1995, S. 96)	41

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GAF	Global Assessment of Function
ICD 10	International Classification of Mental and Behavioural Disorders – Tenth Edition
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Therapie
PITT	Psychodynamische Imaginative Therapie
POPP	Prozess und Outcome in Psychotherapeutischen Praxen
REHA	Rehabilitation
RPT	Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie
SASP	Standardized Assessment of Personality Disorder
SEFP	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit
USB	Universal Serial Bus

ANHANG

Intervieweinladung

Gesucht werden InterviewpartnerInnen mit hilfreichen Psychotherapie-Erfahrungen zum Zustandsbild ‚Borderline- oder emotional instabile Persönlichkeit‘.

Im Allgemeinen

Ich bin integrative Gestalttherapeutin in Ausbildung unter Supervision und interessiere mich für wirksame Erfahrungen, die KlientInnen aus der Psychotherapie mitnehmen oder mitgenommen haben. Ich suche daher für meine Masterthesenstudie Personen, die sich bezüglich ihrer Erfahrungen mit Psychotherapie interviewen lassen möchten. Im Fokus steht das Zustandsbild ‚Borderline-Persönlichkeit‘ oder ‚emotional instabile Persönlichkeit‘

Voraussetzungen

Sie haben im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes oder über einen Facharzt für Psychiatrie oder über eine Psychotherapie eine Diagnose aus dem Bereich der Klassifikationsgruppe F 60.3x erhalten. Das entspricht dem Zustandsbild ‚Borderline-Persönlichkeit‘ oder ‚emotional instabile Persönlichkeit‘.

Sie haben eine Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie in Anspruch genommen und daraus Erfahrungen für Ihren Alltag gewonnen.

Ihre Erfahrungen können anderen Personen mit diesem Zustandsbild helfen. Ziel dieser Studie ist es sichtbar zu machen, welche Interventionen von den KlientInnen als hilfreich erlebt wurden.

Ablauf

Wenn Sie Interesse haben, sich für diese Studie interviewen zu lassen (Dauer ca. 60 bis max. 90 Minuten) melden Sie sich bitte bei mir unter 0664/492 81 70 (aus dem Ausland: 0043 664 492 81 70) oder per Mail unter integrative@gestaltpraxis-graf.com.

Wir vereinbaren dann einen Termin - je nach Corona-Situation – persönlich oder per Videotelefonie (Zoom). Persönliche Termine können an öffentlichen Plätzen (z. B. in einem Park) oder in meiner Praxis in Wien, in der Praterstraße 30, vereinbart werden.

Anmeldungen für Interviews sind von Mai bis Ende Juli möglich, Durchführung der Interviews bis Ende August 2021.

Ich würde mich freuen, Sie bei einem Interviewtermin kennen zu lernen.

Gabriele Graf-Gabriel
Psychotherapeutin Integrative Gestalttherapie
in Ausbildung unter Supervision

Wien, im April 2021

Begleitbrief für Institutionen

Begleitbrief zur Interview-Anfrage an Klientinnen und Klienten mit dem Zustandsbild ‚Borderline- oder emotional instabile Persönlichkeit‘.

Im Rahmen meiner Masterthese (Arbeitstitel: ‚Auf brüchigem Boden Halt finden – unterstützende Konzepte bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, unter besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie‘) würde ich gerne Klientinnen und Klienten mit obigem Zustandsbild für eine qualitative Studie interviewen. Der Fokus der Fragen soll auf hilfreichen und unterstützenden Erfahrungen durch die psychotherapeutische Arbeit liegen. Dabei interessiert mich - im Idealfall - ein möglichst breiter Zugang, über unterschiedliche Verfahren.

Ich würde Sie bitten, beiliegenden Aufruf zur Teilnahme an dieser Studie in Ihrer Praxis bzw. Ihrer Einrichtung auszuhängen bzw. Klientinnen und Klienten auf diese Studie aufmerksam zu machen. Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Interview-Leitfaden

- 1) Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nahmen?
- 2) Wie geht es Ihnen mit Ihrer Diagnose?
- 3) Wie haben Sie die Psychotherapie erlebt?
- 4) Welche Interventionen/Hilfestellungen haben Sie als besonders hilfreich erlebt?
- 5) Was davon nutzen Sie auch heute noch?
- 6) Was war weniger hilfreich? Gab es die Möglichkeit, das zu besprechen?
- 7) Haben Sie das Gefühl, dass wir alles Wichtige besprochen haben? Fehlt etwas, ist noch etwas zu ergänzen? Gibt es so etwas wie „Wünsche ans Universum“?
- 8) Wie ist es Ihnen beim Interview ergangen?

Darstellung der Kategorien mit zugehörigen Unterkategorien

1. Selbsterleben in der Krankheit
 - a. Krankheitsbeginn
 - b. Komorbiditäten
 - c. Selbstwahrnehmung, krankheitsbezogen
 - d. Trigger/ Überforderung
 - e. Bewältigungsstrategien
 - f. Medikation
 - g. Stigmatisierung

2. Kritischer Umgang mit dem Umfeld
 - a. Partnerschaft, Familie, Freunde
 - b. Berufliche Situation, Ausbildung
 - c. Coronasituation

3. Kontakte mit dem Helfersystem
 - a. Schwierige Suche
 - b. Krankenhaus/Psychiatrie
 - c. Kassenfinanzierung
 - d. Gruppentherapie
 - e. Hilfreich erlebte Therapiemethoden
 - f. Nicht hilfreich erlebte Kontakte

4. Therapeutisches Erleben
 - a. Selbsterfahrung/Selbstakzeptanz
 - b. Psychoedukation
 - c. Therapeutische Haltung
 - i. Therapieprozess
 - ii. Abgrenzung
 - iii. Zwischenmenschlichkeit
 - iv. Verlässlichkeit
 - v. Wertungsfrei ernstgenommen werden
 - vi. Begegnung auf Augenhöhe

5. Hilfreiche Interventionen für den Alltag
 - a. Hochstress-Skills
 - b. Situation verlassen
 - c. Raum geben für neues Erleben/Geduld lernen
 - d. Neues ausprobieren/gute Glaubenssätze
 - e. Selbstfürsorglich sein
 - f. Atemtechniken/Langsam werden
 - g. Kreative Techniken/Schreiben
 - h. Körperorientierte Übungen
 - i. Soziale Kontakte/Internet Foren/Kirche
 - j. Achtsamkeit/Natur beobachten
 - k. Etwas Gutes daneben stellen

6. Persönliches

Auszug aus dem Interview mit IP A1:

B: Und ich bin jetzt an einem Punkt, ich sage verhaltenstherapeutisch komm ich jetzt nicht mehr weiter. Ich finde verhaltenstherapeutische Ansätze am Anfang einer Behandlung sehr, sehr hilfreich, weil sie erstmal auf der Symptomebene viel Handwerkszeug an die Hand geben können #00:21:06-9#

I: hm (bejahend) #00:21:06-9#

B: Heute suche ich etwas Anderes, aber mein Dilemma ist, dass ich mit, Therapeuten, die aus der analytischen Richtung kommen menschlich nicht klar kommen. Also ich bräuchte eine sehr modifizierte analytische oder tiefenpsychologische Therapie. Ich hab' grade einen gescheiterten Versuch hinter mir, weil ich mich, ich hab eine Therapeutin hatte einen Platz, also erstmal für 12 Stunden, die aber das was ich vorher schon formuliert hatte, so gar nicht greifbar war. Bei mir ist nichts davon angekommen, was sie überhaupt von mir wahrnimmt #00:21:45-1#

I: hm (bejahend) #00:21:45-7#

B: und es war noch nicht mal klärbar mit wirklich konkret nachfragen - und das funktioniert für mich persönlich nicht #00:21:57-5#

I: hm (bejahend) #00:21:58-2#

B: und dann schwangen auch jede Menge Botschaften mit, die in meine Richtung gingen, die mir aber nicht wirklich gerecht werden. Ich bin wirklich mittlerweile - und ich denk, das ist für Sie auch spürbar - ich schaue sehr wohl bei mir und ich kann sehr wohl benennen und eingestehen wo meine Schwierigkeiten liegen und was ich nicht gut mache #00:22:18-8#

I: hm (bejahend) #00:22:18-8#

B: aber ich brauche dann nicht noch von außen Wertung dazu weil meine eigenen reichen schon. Und es ist einfach, ich finde diese Einstufung, die natürlich die Krankenkasse braucht für Finanzierung, was finanzieren wir, was zahlen wir, was wird nicht bezahlt. #00:22:41-9#