

Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Konzepte, Arbeitsmaterialien, Literatur

G. Lyon

Inhalt

1.		Zur Entstehung	3
	1.1	Symptome	
			4
2.		Zum pa Konzept: Objekt, Objektbeziehung	
3.		Zur pa Psychotherapie mit Borderline-Patienten (nach O. Kernberg)	5
	3.1	Voraussetzungen	
	3.2	Behandlungsvertrag	
	3.3	Auswahl des Gesprächsfokus	
	3.4	Ziele der Behandlung	
	3.5	Prognose	
4.		Gegen-Übertragung	7
	4.1	Was schwierige Patienten schwierig macht	
	4.2	Szenisches Verstehen	
	4.3	Gegen-Übertragungs-Fallen	
	4.4	Formen der GÜ	
	4.5	Haß in der GÜ	
	4.6	Werkzeuge um GÜ nutzbar zu machen	
	4.7	Empfehlungen für die Praxis	
5.		Diagnose	13
	5.1	Primäre strukturelle Kriterien	
	5.2	Secundäre strukturelle Kriterien	
	5.3	Das strukturelle Interview (nach O. Kernberg)	
6.		Epidemiologie	16
7.		Literatur	17

1. Zur Entstehung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Immer wieder treffen wir auf Menschen, deren Verhalten und Äußerungen völlig unverständlich, also „ziemlich krank“ erscheinen, aber nicht „offen psychotisch“. In Ihrem Verhalten und in dem, was sie über sich erzählen wirken sie auf uns wie „Grenzgänger“.

Dem späteren Borderline-Patienten fehlen ausreichend gute frühe Erfahrungen, des aufgehoben und geschützt und wertgeschätzt worden seins. Es handelt sich um eine frühe Störung in der Mutter-Kind-Beziehung, wo es um die Bildung von Urvertrauen geht. Häufig gab es schwerwiegende Entbehrungen, traumatische und andere entwicklungs-hemmende Erfahrungen in der frühen Kindheit. (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Alkoholmißbrauch, Scheidung der Eltern, Gewalt in der Familie, ...)

Zur Rolle der Väter : - stand er überhaupt zur Verfügung ?
 - welche Beziehung besteht/bestand zur Mutter ?
 - wie gingen Vater und Mutter mit Konflikten und Aggression um?
 - wie abrupt oder allmählich ging der Wechsel vor sich ?

Es müssen aber keine Traumatisierungen passiert sein, vielmehr kann auch ein Klima, das die

Entwicklung von Autonomie (2. und 3.Lebensjahr nach der Symbiose-Phase, also in der Subphase der Wiederannäherung (M. Mahler)) konflikthaft gestaltet, pathogen sein.

1.1 Symptome

- schwerwiegende **Beziehungsstörungen**
 der Partner wird entweder als zu nah oder zu distanziert erlebt. Zu große Nähe birgt die Gefahr von intensivem Neid, überwältigender Kränkung und Demütigung, auch paranoiden Ängsten , zu große Distanz führt zum Erleben von Trennungs- und Fragmentierungsangst.
- hochgespannte **Aggressivität** durch "narzißtische Wut"
 die strukturelle Ich-Schwäche geht einher mit mangelnder Angst- und Frustrationstoleranz, mangelhafter Impulskontrolle, unterentwickelter Fähigkeit zum Triebaufschub und Sublimierung.
- **übermäßige Ambivalenz**
 unerfüllte Wünsche nach Nähe und Wiedergutmachung und zugleich ganz große Angst enttäuscht zu werden.
- Die **Ängste** des Borderline-Patienten:
 - Angst verlassen zu werden, Objektverlust-Angst
 "ich bin zu schlecht, deswegen werde ich vom Anderen verlassen, der Andere ist zu schlecht, deswegen verlassen ich ihn"
 und das geht einher mit:
 - ⇒ Selbstabwertung "da ich uninteressant und minderwertig bin, hat der Andere nur recht, wenn er mich verläßt"
 - ⇒ Objektabwertung "im Grunde habe ich immer schon erwartet, daß er geht; er taugt eben nichts, er ist kalt und gemein".
 - Angst der fehlenden Existenzberechtigung;
 Angst, im Kern für schlecht gehalten zu werden, nicht erwünscht, nicht gewollt, nicht gemeint sein;
 keine positive Repräsentanz im Anderen haben; es fehlt die frühkindliche Erfahrung, daß der Andere Vertrauen in meine Entwicklung hat.
 - Angst, von Affekten überflutet zu werden
 Angst, die Ich-Kontrolle/Herrschaft zu verlieren

2. Zum pa. Konzept: Objekt, Objektbeziehung

Um eine Beziehung zur äußeren Realität und den von unserem Selbst klar getrennten bedeutungsvollen Anderen herzustellen, brauchen wir eine innere Abbildung der Außenwelt, eine Innenwelt der Außenwelt. Für die Fähigkeit allein zu sein, die wir erst allmählich in Anwesenheit der Mutter entwickeln, brauchen wir ein sicheres, verlässliches inneres Bild der Mutter.

"Je jünger das Kind ist, umso geringer ist seine Fähigkeit, die Vorstellung von einer Person in sich lebendig zu halten - dh., wenn es die Person nicht innerhalb von x Minuten (Stunden, Tagen) sieht oder einen handgreiflichen Beweis ihrer Existenz hat, ist diese Person für das Kind tot."

(D. Winnicott, 1963)

Erst wenn das kleine Kind stabile, integrierte Selbst- und Objektrepräsentanzen entwickelt hat, kann es zwischen vorübergehender Abwesenheit und Nichtexistenz, zwischen getrennt sein und verlassen sein unterscheiden (**Objekt Konstanz**). Wir internalisieren unsere Beziehungserfahrungen und konstruieren daraus Vorstellungen, die in der Regel ausreichend gut zur äußeren Welt passen und auch unsere eigenen Einstellungen ihr gegenüber beinhalten. Daraus entstehen individuelle Selbst- und Objektbilder, die einen persönlichen Wahrnehmungsraum ergeben, in dem aber auch die Außenwelt ihren Platz hat. Die inneren Bilder, die wir uns von unseren Objekten machen, sind keine photographischen Abbilder sondern eine innere "phantastische" Kreation, mitgeprägt von unseren Wünschen, Einstellungen und Phantasien über das Objekt. Ohne innere Bilder (Repräsentanzen) des Anderen und die dazugehörigen Gefühle (Besetzungen) gibt es keine Beziehung.

(siehe M. Dümpelmann, 2000, 82)

Es klingt zunächst befremdend, daß die PA von den bedeutsamen Anderen, die für die psychosexuelle und soziale Entwicklung so unentbehrlich wichtig sind, als Objekte spricht, weil Objekt ja auch für Ding steht. Als ob damit eine Verdinglichung gerade des persönlich-einmaligen Du gemeint wäre. Der Objektbegriff der PA bezeichnet aber gerade nicht ein Ding, das unabhängig vom Subjekt existiert und immer dasselbe bleibt. Sie verwendet den Begriff im Sinn des dem Subjekt Entgegenstehenden, vom Selbst Getrennten aber immer auf das Selbst Bezogene. Objekt bezeichnet in der PA nicht die Person, wie sie ist, sondern wie das Selbst sie erlebt. Objektbeziehung ist kein Synonym für zwischen-menschliche Beziehung oder Interaktion im sozialpsychologischen Sinn, sie ist lediglich die Interaktion aus der Erlebnisperspektive des Subjekts und seiner Wünsche an den Anderen.

(siehe H. Müller-Pozzi, 1991)

Die Triebe lehnen sich nicht nur an lebenswichtige Körperbedürfnisse an (Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Körperpflege), sondern an die Beziehung in deren Rahmen sie befriedigt werden.

"Die lang hingezogene Hilflosigkeit und Abhängigkeit des kleinen Menschenkindes ... schafft das Bedürfnis, geliebt zu werden, das den Menschen nicht mehr verlassen wird."

(Freud, 1926, Zur Frage der Laienanalyse).

„Liebe und Anhängigkeit bleiben das ganze Leben hindurch siamesische Zwillinge. Wir sind immer in Gefahr, von den Menschen, die wir lieben, abhängig zu werden und uns in jene, von denen wir abhängig sind, zu verlieben.“

(E. Falzeder, 1986)

3. Zur pa Psychotherapie mit Borderline-Patienten (nach O. Kernberg)

3.1 Voraussetzungen:

- Diagnose, auf Grund von Interviews, wenn möglich auch psychologischen Tests.
- Veränderungswunsch des Patienten an sich selbst, nicht nur an der äußeren Realität.
- Durchschnittliche Intelligenz und die Fähigkeit aus Erfahrung zu lernen.
- Einigung zwischen Therapeut und Patient über:
 - Therapie - Ziel(e)
 - " - - Methode
 - " - - Dauer und Frequenz
 - " - - Kosten und Verrechnungsart
 - " - - Termin- und Ausnahmeregelungen
 Klärung der Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

<u>des Patienten</u> :	<u>des Therapeuten</u> :
Einhalten der Vereinbarungen einschließlich der Ausnahmeregelungen	Schutz des therapeutischen Rahmens.
Aufrichtigkeit der Kommunikation Information über alle Lebensereignisse, Konflikte, Schwierigkeiten	Aufklärung über den Unterschied von Alltags- und Therapiegesprächshaltung des Therapeuten; "das Unbekannte in Ihnen verstehen helfen"
Verantwortung des Patienten im Sinn von: nicht nur die Therapiestunde entscheidet über Erfolg, sondern die psychische Arbeit, die der Patient zwischen den Sitzungen leistet.	Verschwiegenheitspflicht

3.2 Behandlungsvertrag:

Da wir als Therapeuten mit wochen- bis monatelang dauernden Phasen der Irritation, Konfusion, Unsicherheit rechnen und diese aushalten müssen, ist der Schutz des therapeutischen Rahmens und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Grundhaltung so wichtig.

- Ziel des Vertrages :
Schutz des therapeutischen Rahmens vor destruktiven Handlungen des Patienten insbesondere bei Alkoholikern
Anorexie-Patienten
Suizidgefährdeten
Selbstschädigenden Pat. (zB Schulden, Medikamente horten, etc.)

3.3 Kriterien der Auswahl des Gesprächsfokus :

1. Äußere Realität (insbes. jede Selbst- und Fremdgefährdung)
2. Schutz des therapeutischen Rahmens
3. die Affekt-Ladung des Themas, Inhalts
4. Übertragung
5. Gegen-Übertragung

3.4 Ziele der Behandlung (nach O.Kernberg)

1. die primitiven, gespaltenen, verzerrten Selbst- und Objektrepräsentanzen erkennen und deren Anerkennung und Aneignung fördern;
2. langsam die Fähigkeit entwickeln, Spaltungen zu überwinden;
3. realistischere, stabilere, integrierte Vorstellungen von sich und bedeutsamen Anderen zu entwickeln.

Zwei besondere Gefahren:

- die Verwechslung von Behandlungsziel und Lebensziel
- daß die therapeutische Beziehung zum Ersatz für fehlende Beziehungen im Leben des Patienten wird.

3 Ziele für "Die Psychotherapie der Charakterstörungen" (nach D. Winnicott, 1963)

1. die verborgene Krankheit bloßzulegen, was eine Zeit braucht, in der der Betroffene ermutigt wird, Patient zu werden: krank zu werden, statt seine Krankheit zu verbergen.
2. sich mit der antisozialen Tendenz auseinanderzusetzen, sie als Hilferuf, als Ausdruck des Leidens zu verstehen.
3. zu einer Analyse zu kommen, die sowohl die Deformierung des Ich in Betracht zieht wie auch den Mißbrauch, den der Patient im Zuge seiner Selbstheilungsversuche mit seinem Triebleben gemacht hat.

3.5 Prognose:

- je mehr erhaltene Objektbeziehungen desto günstiger;
- je mehr sekundärer Krankheitsgewinn desto ungünstiger.
- je mehr anti-soziale Züge desto ungünstiger

4. Gegenübertragung

„Die gängigste Form der Gegenübertragung ist ein Zustand, in dem ich erfahre ohne zu wissen. Ich weiß, daß ich gerade eine Erfahrung durchlebe, doch ich weiß noch nicht, worin sie besteht, und muß unter Umständen für geraume Zeit in diesem Nichtwissen ausharren Eine unserer wichtigsten therapeutischen Pflichten gegenüber dem Patienten besteht darin, diese notwendige Ungewißheit zu ertragen und ihren Wert anzuerkennen.“

(Bollas 1997,213)

„Der Analytiker fängt die Projektionen des Patienten in dem Sinne in sich auf, daß er bereitwillig zu dem Objekt des Patienten wird, seinen Platz in der inneren Welt des Patienten entdeckt und der gemeinsamen Erfahrung auf eine solche Weise Sinn und Wort verleiht, daß der Analysand sie in sich aufnehmen, darüber nachdenken und mit der Zeit allgemein die Fähigkeit internalisieren kann, über seine Situation selbständig nachzudenken“

(Schoenhals 1993,102)

„Deshalb muß jeder Analytiker, der mit der Gegenübertragung arbeitet anstatt gegen sie anzugehen, darauf gefaßt sein, daß er in manchen Situationen von psychischen Störungen erfaßt wird.“

(Bollas 1997, 214)

4.1 Was "schwierige" Patienten schwierig macht

- a) bestimmte unbewußte (destruktive, entwertende, manipulative, provokative, grandiose) Einstellungen von Patienten zur Therapie und TherapeutIn, z.B.:

"ich kann Alles tun was ich will, ohne negative Folgen";

"ich brauche Nichts zu tun, weil die Behandlung ohnehin wertlos ist".

"ich brauche nur zu erscheinen, und Sie werden mich heilen".

"ich mißtraue allen Menschen zutiefst. Wenn mir jemand etwas anbietet oder freundlich zu mir ist, vermute ich böse Absichten dahinter. Der muß mir erst einmal beweisen, daß er es ernst meint, bevor ich mich auf irgendetwas einlasse".

„Diese Gruppe von Patienten kann im Grunde nicht glauben, daß der Analytiker anders ist als sie selber, daß er nicht genauso gespalten, genau so wenig konsistent ist wie sie, und sie versuchen, Bestätigung für diese projektive Objektwahrnehmung zu finden. Sie sind auch nicht in der Lage und bereit zu erkennen, daß es in der Weise des Erkennens von psychischer Realität Unterschiede zwischen ihnen selbst und dem Analytiker gibt. Bions Verständnis der projektiven Identifizierung als früheste Kommunikation und als Weg, auf dem der Säugling und später der Patient herauszufinden versucht, wie das Innere der Mutter bzw. des Analytikers beschaffen ist und wie der Analytiker - psychisch - funktioniert, war ein wichtiger Fortschritt. Er eröffnete neue Deutungsmöglichkeiten in solchen Situationen, in denen die Funktion des Analytikers nicht akzeptiert wird.“

(Krejci 1999, 36)

„Als realistische Aktivität sind projektive Identifizierungen ein Verhalten, das sinnvoll darauf abzielt, in der Mutter diejenigen Gefühle hervorzurufen, die das Kind loszuwerden wünscht. Wenn das Kind fühlt, daß es stirbt, so kann es in der Mutter die Furcht wachrufen, daß es sterbe. Eine ausgeglichene Mutter kann dieses Gefühl akzeptieren und therapeutisch darauf reagieren: d.h. in einer Art und Weise, daß das Kind fühlt, daß es seine angsterfüllte Persönlichkeit zurückerhält, aber in einer nunmehr erträglichen Form - die Ängste werden für die kindliche Persönlichkeit tragbar. Wenn die Mutter diese Projektionen nicht tolerieren kann, dann ist das Kind gezwungen, die projektive Identifizierung mit wachsender Stärke und Häufigkeit fortzusetzen.“

(Bion 1967, dt. 1990, 230)

- b) Die Quelle dieser unbewußten Einstellungen von Patienten gegenüber Therapie und TherapeutIn, - der frühe Mangel an ausreichend guten Erfahrungen bzw. die Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen -, führen zu:

- verzerrten Selbst- und Objektrepräsentanzen
 - Urmißtrauen
 - verletztem Selbstwertgefühl
 - sowie Neid und Haß auf die vergleichsweise meist wohlsituierten Helfer
- c) die Ich-(Identitäts)-Diffusität,
daß sie selbst oft nicht wissen, wer und was und wie sie sind.
„Ein Kind kann also einer tief in sein Selbst eingreifenden Erfahrung ausgesetzt sein, ohne daß es imstande wäre, diesen Seinszustand mit irgendeinem Objekt in Verbindung zu bringen. Freilich sind solche Selbst-Zustände nicht in jene symbolische Ordnung übersetzbar, in der eine Objektrepräsentanz gründet. Vielmehr gehen aus ihnen Identitätsempfindungen hervor, das heißt, sie halten fest, wie das Kind sein Selbst oder sein Dasein empfindet, und nicht, was es mit Hilfe von Phantasien oder Objektrepräsentanzen davon versteht. Ein Kind durchlebt ganz im verborgenen Selbst-Erfahrungen, denen sein Symbolisierungsvermögen nicht gewachsen ist, so daß der entsprechende Seinszustand als konserviertes anstatt als verwandeltes (symbolisiertes) Phänomen fort dauert Nicht eine Repräsentanz der Erfahrung, sondern die Erfahrung selbst wird gespeichert. Das Kind aber weiß um etwas, selbst wenn sich dieses Wissen nicht durch Denken im engeren Sinne gebildet hat Die Vorstellung, daß man Schwierigkeiten im Leben durcharbeiten kann oder daß die Zeit sie lösen hilft, ist dem Kind noch unbekannt, da es ein Trauma nicht als ein Ereignis unter anderen im Laufe seines Lebens empfindet, sondern als etwas, das sein Leben von Grund auf definiert.“
(Bollas 1997, 122)
- d) das Schwarz-Weiß-Denken,
die emotionalen Heiß-Kalt-Wechselbäder in der Beziehungsgestaltung,
das häufige und abrupte Wechseln von
- | | | |
|---------------|----------------|-----------------------------|
| Wertschätzung | Entwertung | von sich selbst und Anderen |
| Über- | Unterschätzung | |
| Idealisierung | Dämonisierung | |
- „Ein Patient macht sich den Analytiker also zunutze, indem er Zwang auf dessen Innenleben ausübt, ganz ähnlich wie ein Säugling oder ein kleines Kind sich an die Eltern wendet, indem es innere Reaktionen bei ihnen wachruft und sie so in die Lage versetzt, durch Einfühlung das Richtige zu tun.““*
(Bollas, 1997,260)
- d) die ausgeprägte Angst und Frustrationsintoleranz
„Bei den Neurosen entwickelt sich die Übertragung als Abkömmling der konflikthafter Liebe des Kindes zu den Eltern, ohne daß die Konstitution der Selbst- und Objektrepräsentanzen gefährdet wäre. Liebe ist stärker als Haß. Im Gegensatz dazu haben wir es bei den frühen Pathologien mit einem Überwiegen von Haß, Mißtrauen, Neid und Angst in der Welt der inneren Objekte zu tun, d.h. mit defensiven Strukturen im Ich selbst, um dieses wenigstens partiell vor den angstmachenden, Verzicht heischenden Forderungen der Realität abzuschirmen. Frustrationen werden vom frühen Ich wie Strafen erlebt, was es dem schwachen Ich zusätzlich erschwert, sie auszuhalten. - Die defensiven Strukturen stabilisieren innere Gegensätze, ohne sie einer Bearbeitung zuzuführen. Sie dienen der Vermeidung einer als unerträglich ängstigend empfundenen Wahrnehmung der Realität.“
(Krejci 1999, 33)
- e) daß die frühen(=unreiferen) Abwehrformen (zB projektive Identifikation, Spaltung) sich in der Interaktion mit dem Therapeuten/Betreuer zeigen, inszeniert, agiert werden "müssen"
Das Agieren fordert die Helfer heraus und nicht selten kommt es zu heftigen Gegenreaktionen und Überforderungen . Dies ist auch ein Grund dafür, daß Patienten mit symptomneurotischen Problemlösungsversuchen leichter den Status von Kranken bekommen, während sogenannte persönlichkeitsgestörten Menschen nur ungern die Krankenrolle zugibt wird. Eher trifft sie der Vorwurf moralischen Versagens - genau dieser Umgang mit dem Patienten und dieser

Diagnose ist aber schon Teil der Störung. ("mad or bad?!")

- f) die Ich-syntonie einiger der wesentlichen Symptome
 "Charakter" - würde bedeuten, daß die Konfliktverarbeitung weniger über Symptome, sondern mehr über die Entwicklung bestimmter Attituden und Verhaltensmuster verläuft, die sich schließlich zu Charakterzügen entwickeln und als ich-synton erlebt werden.
 Viele Verhaltensweisen von persönlichkeitsgestörten Patientent können unter bestimmten Perspektiven als "Kompetenz" verstanden werden, waren früher als Überlebensstrategie notwendig; die erlernten, übernommen Rollen bietet unter anderem auch Sicherheit und Schutz.
 Übergänge zwischen sozial akzeptierten und nicht akzeptierten Abweichungen sind kontextbezogen; so kommt es häufig auch erst bei Kontextwechsel zu krisenhaften Dekompensationen und negativen Entwicklungen.
„Bei einer Charakterstörung liegt eine verborgene Krankheit bei intakter Persönlichkeit vor. Charakterstörungen beziehen auf bestimmte Weise und in gewissem Grad aktiv die Gesellschaft ein. Charakterstörungen lassen sich nach folgenden Kriterien einteilen: Erfolg oder Scheitern beim Versuch der Gesamtpersönlichkeit, das Krankheitselement verborgen zu halten. Erfolg bedeutet in diesem Zusammenhang, daß es der - wenn auch verarmten - Persönlichkeit gelungen ist, die Charakterverformung so zu sozialisieren, daß sie Ersatzbefriedigung ermöglicht oder in ein gesellschaftliches Muster paßt. Scheitern bedeutet: Die Verarmung der Persönlichkeit geht einher mit dem Scheitern des Versuchs, eine Beziehung zur Gesellschaft insgesamt zu entwickeln, weil das verborgene Krankheitselement dem entgegensteht.“
 (Winnicott., S 308,309)
- g) Wenn wir eine Behandlung anbieten, die auf Veränderung der Persönlichkeitsstruktur abzielt, müssen wir mit einer entsprechend langen Zeit rechnen, in der der Pat. ermutigt werden muß, wirklich krank zu werden statt seine Krankheit zu verbergen.

4.2 Szenisches Verstehen

Das logische Verstehen ist auf den sachlichen Gehalt von Kommunikation und Interaktion ausgerichtet. Psychologisches Verstehen zielt auf den emotionalen Beziehungsgehalt. Szenisches Verstehen zielt auf Szenenmuster, welche gleichsam als Organisiator bisher verstreuter Lebensäußerungen hervortreten.

In der therapeutischen Beziehung werden Szenen nicht nur erzählt sondern in der bewusst-unbewussten Beziehungsgestaltung zum Therapeuten wieder-inszeniert. Beim Erkennen und verstehen der in diesen Szenen verborgenen Wünsche, Ängste und Abwehrvorgänge spielt die Wahrnehmung von allen möglichen non-verbalen, körpersprachlichen, mimisch-gestischen Signalen einschließlich der Gefühlsreaktionen des Therapeuten (Gegenübertragung) eine wichtige Rolle.

Das hermeneutische Konzept des Szenischen Verstehens wurde von Alfred Lorenzer ausgearbeitet. In diesem Konzept wird die Subjektivität prinzipiell als dramatisch organisiert aufgefaßt. Das Lebensdrama der Individuen, ihre bewusst-unbewußten dramatischen Entwürfe sind zentraler der Gegenstand der Psychotherapie.

In der verbal-diskursiven Symbolsprache, die unsere Alltagskommunikation dominiert, können wir die Element gleichsam wie auf der Wäscheleine aufgereiht wahrnehmen. Darüber hinaus verfügen wir aber über eine reiche, ganzheitlich-bildhafte, präsentative Symbolisierungsfähigkeit, in der die Entwürfe der Menschen und ihre sinnlichen Regungen viel deutlicher spürbar erscheinen. In dieser präsentativen Symbolik kommt es zu einer Vernetzung, zur gegenseitigen Erläuterung und Komplettierung von Szenen und szenischen Entwürfen, die das Individuum mehr oder weniger bewußt vorstellt.

Impulsive und manipulative Verhaltensweisen der Patienten erweisen sich häufig als Externalisierungen, als unbewußte Inszenierungen von früheren und oder aktuellen Konflikten in der Außenwelt.

"Ob wir die an uns gerichtete Botschaft zu entschlüsseln vermögen, hängt wesentlich davon ab, ob es uns gelingt, eine angemessene emotionale Distanz zu den Klienten einzuhalten, dort, wo nötig, konstruktive Grenzen zu setzen, und uns durch ihr Handeln, selbst wenn es noch so provokativ ist, nicht persönlich kränken zu lassen. Wenn wir unsere Interaktion miteinander im "szenischen Verstehen" mit einer gewissen Gelassenheit zu betrachten vermögen, werden wir feststellen, daß die Externalisierung der inneren Konflikte nicht hinderlich und lästig ist (vorausgesetzt, es handelt sich nicht um ausgesprochen selbst- oder fremdgefährliche Aktionen), sondern eine äußerst wichtige Informationsquelle, für uns darstellt, die wir zum Verständnis der KlientInnen wie kaum eine andere ihrer Äußerungen therapeutisch nutzen können."

(U. Rauchfleisch, 1996, S 176)

Es geht also darum., das Verhalten der KlientInnen/PatientInnen als Ausdruck ihrer spezifischen innerseelischen Dynamik, als Folge ihrer lebensgeschichtlichen Erfahrungen und als Abbild unserer Interaktion miteinander „szenisch“ zu verstehen.

„Wenn es ihm (dem Empfänger) gelingt, die induzierten Gefühle zu behalten, ohne sie kurzerhand wieder beim Projizierenden zu deponieren, kann es zu einer Verlagerung der Beziehung zwischen Projizierendem und Rezipienten kommen, die zu psychischem Wachstum führt."

(Ogden 1995,26)

4.3 Gegenübertragungs-Fallen

- Viele Schwierigkeiten und Reibungen bei der häufig nötigen inter-institutionellen Zusammenarbeit können meiner Ansicht nach gewinnbringend aus der Sicht der GÜ verstanden werden. Wenn zB bei Überweisungen oder Zuweisungen Patienten "nicht ankommen" oder bisher geleistete therapeutische oder Betreuungsarbeit zu wenig dokumentiert ist oder nicht gewürdigt wird, spielen oft auch „Vorurteile“ übereinander eine große Rolle, die dann im Zusammenhang mit dem "schwierigen Patienten" und der (komplementären oder konkordanten, siehe H. Racker) GÜ aktualisiert und wirksam werden können.
- sich mit dem vom Schicksal tatsächlich schwer benachteiligten Klienten auf eine unkritische Weise solidarisieren, mit oder gar für sie einen Kampf gegen die "böse" Welt oder gegen kalte, Institutionen oder enttäuschende Personen führen.
- als drittes möchte ich auf eine Gefahr hinweisen, die U. Rauchfleisch die „*Culpabilisierung*“ der realen Eltern unserer Patienten nennt. Angesichts der oft gleichsam psychisch vergifteten Kindheitsatmosphären und den schweren Traumatisierungen , die uns in der Betreuungsarbeit zu Ohren kommen, kann es schon vorkommen, daß wir unbewußt in die Rolle der „besseren Mutter“ oder des „besseren Vaters“ geraten. Und wenn sich Familienangehörige von adoleszenten Patienten in der TK zB im Rahmen der Familiengespräche dann noch dazu als schwierig erweisen, kann diese Gefahr sehr schnell ziemlich ansteigen.
„Denn selbst bei desolatesten frühkindlichen Beziehungskostellationen haben die Klienten die Bilder ihrer Eltern ja introjiziert, und die Beziehungserfahrungen sind damit Bestandteil ihrer eigenen Persönlichkeit geworden. Deshalb ist der ‚Angriff‘ auf die Elternfiguren immer auch ein ‚Angriff‘ auf die Klienten selbst und insoferne eine Verletzung, die wir ihnen zufügen.“
(U. Rauchfleisch, 1996, 72)

4.4 Formen der Gegenübertragung in der Arbeit mit Borderline-Patienten

(nach H.W. Koenigsberg, 2000)

- Diskrepanz zwischen Affekt-Intensität und Inhalt/Thema
- Schuldgefühle des Therapeuten/Betreuers
 - als Ausdruck unbewußter Feindseligkeit des Th./Betr., die eine Reaktion auf die vom Pat.

Projizierte Wut sein kann.

- Langeweile des Therapeuten/Betreuers
 - ev. als unbewußte Reaktion auf eine im Therapeuten ausgelöste sexuelle Erregung
- Faszination
 - ev. als unbewußte Abwehr von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Handlungen
 - zB. die Verschreibung bzw. die Verabreichung einer Monatspackung von bestimmten Antidepressiva als Reaktion auf Suizidäußerungen des Pat.

4.5 Haß in der Gegenübertragung mit suizidalen Patienten - Möglichkeiten der Abwehr (nach J.T. Maltzberger u. D.H. Buie, 1974)

- vage Angst und oder Langeweile
 - als Ausdruck von unbewußtem, verdrängtem Haß
- Schuldgefühle, Gefühl von Inkompetenz
 - als Ausdruck einer "masochistischen" Wendung unbewußten Haßes auf sich selbst
- (Über-) fürsorgliches Bemühen
 - als Reaktionsbildung auf unbewußten Haß
- den Patienten als selbsthassend erleben
 - als Folge der Projektion des eigenen Haßes
- Entwertung des Patienten als "hoffnungslosen Fall"
 - insbes. "narzißtische" Therapeuten/Betreuer neigen zu dieser Rationalisierung des eigenen unbewußten Haßes.

4.6 Werkzeuge, um Gegenübertragung nutzbar zu machen

1. Selbst-Containing, dem Bion'schen Konzept entsprechend sind dazu zwei Fähigkeiten wichtig:
 - die sog. „negative capability“: gemeint ist das aushalten des Noch-Nicht-Verstehen/Wissen/Einordnen-Könnens, mit dem Ziel, Verwirrung, Desorientierung, Unklarheit vorübergehend zu ertragen.
 - "reverie" - gemeint ist die Bereitschaft, über das Erlebte, Erfahrene, Gehörte und "Unerhörte" zu meditieren, nachzudenken.
2. Intervision
 - dazu gehören auch ausreichend gute Voraussetzungen wie:
 - ein Team
 - die erforderliche Zeit
 - eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Konzepte, Modelle, Theorien
3. Supervision

4.7 Empfehlungen für die Praxis:

- Unklarheiten und Verwicklungen im Umgang und in der Gesprächssituation nicht übergehen sondern ansprechen und zu klären versuchen.
- Das „Chaos“ ordnen
zB mit Hilfe von schriftlichen Protokollen, Intervention, Fallbesprechung, Supervision.
- Aggressionen nicht ignorieren - weder tatsächliche noch auch „nur verbale“.
- für sichere Rahmenbedingungen sorgen.
- die eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen auf die Verhaltensweisen des Klienten beachten.
- Verwirrung, Schuld- und Insuffizienzgefühle auch als komplementäre GÜ-Reaktionen verstehen lernen: so könnte sich vielleicht auch der Klient fühlen.
- sich nicht von Idealisierungen verführen lassen: zB also Ziele auf ein realistisches Maß herunterschrauben.

5. Diagnose

Die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ hat vielleicht mehr noch als andere psychiatrische Diagnosen etwas Stigmatisierendes an sich, weil dabei die Person als Ganzes bzw. der Kern eines Menschen gemeint ist.

Im DSM IV ist die Rede von *„... ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, ... das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umwelt abweicht, tiefgreifend und unflexibel, im Zeitverlauf stabil ist ...“*.

Im ICD 10 heißt es *„... tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen ... zeigen...“* und *„...schwere Störungen der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens ..., die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betreffen.“*

Dazu ein Zitat vom Philosophen und Psychiater Karl Jaspers *„Menschlich aber bedeutet die Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht“*.

Die Ich-syntonie der Symptome, das breite Spektrum von „unangepasstem Verhalten“, die Fülle von psychischen und realen sozialen Defiziten und Problemen, die oft chaotische bis ausbeuterische Art der Beziehungsgestaltung, die natürlich auch in der Beziehung mit den HelferInnen wirksam wird, sind aber da und damit müssen wir irgendwie umgehen. Wir brauchen auch Diagnosen als Orientierungshilfe.

51. Primäre strukturelle Kriterien (nach O. Kernberg)

- A Identitätsdiffusion
chronisches Gefühl der Leere,
widersprüchliche Selbstwahrnehmungen,
Unfähigkeit, dem Interviewer etwas von sich und den bedeutsamen Beziehungen zu vermitteln.
- B Abwehr
Spaltung
dient dem getrennt halten widersprüchlicher Ich-Zustände
zeigt sich im wechselnden Ausdruck von komplementären Seiten des Konflikts, kombiniert mit offener Verleugnung und mangelndem Betroffen-
sein von dem Widerspruch im Verhalten und in der inneren Erfahrung
Verleugnung
zeigt sich im „Vergessen“, im Sinn einer gründlichen Austilgung von
Erinnerungsspuren aus dem Bewusstsein
Folgen: nichts von dem was bearbeitet, vereinbart wurde bleibt präsent,
Beeinträchtigung der Lernfähigkeit
Idealisierung,
projektive Identifizierung,
Omnipotenz und Entwertung.
- C Ich-Funktion der Realitätsprüfung ist erhalten
(Unterscheidungsfähigkeit von Selbst/Nicht-Selbst, von äußeren/inneren Reizen,
Wahrnehmungen, Gedankeninhalten, Gefühlen)
in regressiven Zuständen, z.B. unter Alkohol- und Drogeneinfluß und auch in der
Übertragungsdynamik kann es zur vorübergehenden Einschmelzung
dieser Ich-Funktionen kommen, dann werden:
innere und äußere Realität nicht mehr klar genug unterschieden – wie bei einem
Kind, daß sich die Augen zuhält und damit sich oder Andere vorübergehend zum
Verschwinden bringt.

psychische Phänomene so behandelt, als wären sie konkrete Dinge.

5.2 Sekundäre strukturelle Kriterien:

- A unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche :
mangelhafte Impulskontrolle – das Ich wird mit starken Affekten „überschwemmt“
erhöhte Angst bei unterentwickelter Frustrationstoleranz
und Sublimierungsfähigkeit,
- B Über-Ich-Pathologie:
unreife Wertsysteme;
widersprüchliche moralische Forderungen;
antisoziale Züge (Stehlen, Lügen, Drogen etc.);
überhöhtes Ich-Ideal "zum Scheitern verurteilte Programme"
innere Bilder „von nur guten, wahren und schönen Menschen" ;
grausam (selbst-)entwertend und (selbst-)verurteilend;
häufiges Kippen von Selbst(un)-wertgefühlen in unrealistische
Größenvorstellungen.
- C Objekt-Beziehungen:
chronisch-chaotische und (selbst-)ausbeutende Beziehungen,
Neigung zur Selbstbeschädigung (Drogen, Schneiden, schlechte Ernährung ...)
Die „inneren Objekte“ sind entweder „ganz gut“ oder „ganz böse“,
Das Erleben ist paranoid gefärbt
Angst muß bestehen bleiben, weil diese das Gefühl des Lebendig-seins ermöglicht
Innere Objekte werden „eingefroren“, Trauerarbeit verweigert und an einer
unrealistischen „Hoffnung auf eine bessere Vergangenheit“ festgehalten.
Die äußeren Objekte bleiben schattenhaft und werden als Projektionsfiguren der
Kämpfe mit den inneren Objekten funktionalisiert.
Das dem inneren Drama ausgeliefert-sein geht einher mit dem Verlust am Interesse
an den äußeren Objekten.

5.3 Das strukturelle Interview_ (nach O. Kernberg)

Mit diesem Interview will Kernberg keine psychogenetische sondern eine deskriptive und strukturelle Diagnose erstellen. Dabei wird nicht vom Symptom, sondern von der Struktur auf die Persönlichkeitsstörung geschlossen. So wird zB selbstverletzendes oder anorektisches Verhalten nicht unbedingt als Zeichen für eine Borderline-Störung interpretiert, sondern kann auch als Symptom einer Pers.Störung auf neurotischem oder narzißtischem Strukturniveau verstanden werden.

1. Fragen nach allen Krankheitszeichen, Beschwerden, Beeinträchtigungen
z.B. depressive Stimmungen
Angst
Schlafstörungen etc.

SYMPTOME

2. "Erzählen Sie mir über sich als Person und über Ihr tägliches Leben, über Ihre Arbeit, Ihre Familie, Ihr Sexualleben, Ihre Interessen, Ihre Freizeit, Sport, kulturelle Interessen etc."
(Als Therapeuten sollten wir mit so großem Interesse fragen, als ob wir mit dem Patienten ein Jahr allein auf einer Insel verbringen würden.)

PERSÖNLICHKEIT

3. Bitte um eine kurze Beschreibung von Ihnen selbst,
eine kurze SelbstCharakterisierung,
"was ist es, das Ihre Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit ausmacht?"
4. Bitte um eine kurze Beschreibung der wichtigsten Person in Ihrem Leben,
- was diesen Menschen von allen Anderen unterscheidet, unverwechselbar,
einmalig macht und Ihre Beziehung zu dieser Person.
5. Untersuchung der Realitätsprüfungsfunktion des Patienten
- indem wir auf das was uns im Verlauf des Interviews als:
am merkwürdigsten,
unangemessensten,
verrücktesten
widersprüchlichsten beeindruckt hat.
und zwar sowohl inhaltlich,
als auch im Affekt
und im Verhalten hinweisen, nachfragen, klären.

IDENTITÄT**REALITÄT****Strukturelle Diagnose-Kriterien** (nach O. Kernberg)

	Neurose	Borderline	Psychose
Abwehr	*späte,"reife" Verdrängung, Rationalisierung etc.	** frühe, „unreife“ Formen Spaltung, projektive Identifikation, Verleugnung etc.	*** archaische Formen schützen vor Desintegrations-, Fragmentierungs-, Verschmelzungsangst
Identität	integriert	diffus	Selbst/ObjektVorstellungen sehr mangelhaft abgegrenzt
Realitätsprüfung	intakt	prinzipiell intakt in belastenden Situationen vorübergehend nicht intakt	verlorengegangen

- * Verdrängung, Verschiebung, Intellektualisierung, Rationalisierung, Affektisolierung, etc.
** primitive Idealisierung, Verleugnung, Omnipotenz und Entwertung
*** psychotische Introjektion, Spaltung, wahnbildende Projektion, halluzinatorische Externalisierung, Katatonie, autistischer Rückzug

„reife“ Abwehrformen zeigen sich als intrapsychische Konflikte und werden im Inhalt untersucht
"unreife" und „archaische“ Abwehrformen zeigen sich in der Interaktion und werden meist inszeniert und agiert

6. Zur Epidemiologie der „Persönlichkeitsstörungen“

a) allgemein (nach P.Fiedler, S 376-38)

Frühere Studien, bis zur Einführung 5 des DSMIII, also noch in der Zeit als die Dg „Psychopathie“ aktuell war, kommen ziemlich übereinstimmend zu Prävalenzraten zwischen 5 – 10% für das Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Das Ehepaar Dohrenwendt (Dohrenwendt u. D., 1980), schätzen die durchschnittliche Prävalenzrate auf 7%. Die Verteilung unter den Geschlechtern scheint etwa gleichhoch. Im höheren Alter finden sich weniger hohe Prävalenzzahlen. Es gibt ein Stadt-Land-Gefälle. Und es finden sich jeweils höhere Angaben bei Personen mit niedrigem Sozialstatus und Einkommen. Auch die aktuellen Studien, die seit Beginn der 80-iger Jahre durchgeführt wurden scheinen die frühen allgemeinen Prävalenzzahlen zu bestätigen.

In einer WHO-Studie ist von beträchtlichen kulturellen Unterschieden die Rede; das einzig mitgeteilte Detail: nur in Indien wurden weder Borderline- noch die selbstunsicher-vermeidende PersönktsStörg diagnostiziert, die in anderen Ländern fast durchgängig die höchsten Prävalenzraten unter den Pers.Störungen aufweisen.

b) zur Häufigkeitsverteilung der Dg-Kategorien Neurose/Psychose/Persönlichkeitsstörung im Beratungszentrum:

bei den im Jahr 1998 im BZ insgesamt 513 betreuten Menschen war die Verteilung so:

neurotische Störungen	12,9
psychotische Störungen	33,3
Persönlichkeitsstörungen	10,4

damit liegen die Zahlen hier im oberen Bereich der in den meisten Studien angegebenen Zahlen.

bei den 1998 in der Tagesklinik des BZ behandelten 36 Patienten war die Verteilung folgendermaßen:

neurotische Störungen	2,8
psychotische Störungen	80,5
Persönlichkeitsstörungen	5,6

in der Tagesklinik des BZ stellt diese Kategorie also eine vergleichsweise kleinere Gruppe dar.

7. Literatur:

J. Betty, 1994, Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung, Klett-Cotta, Stuttgart

W.R. Bion, 1967, Eine Theorie des Denkens, dt. in E. Bott-Spillius (Hg): Melanie Klein Heute, Bd1, München-Wien, Verlag Internat. Psychoanalyse, 1990

Ch. Bollas, 1997, Der Schatten des Objekts – Das ungedachte Bekannte. Zur PA der frühen Entwicklung, Klett-Cotta, Stuttgart

M. Dümpelmann, 2000, Wahn und Beziehung – Wahn in Beziehung, in: St. Mentzos, A. Münch (Hg), Die Bedeutung des psychosozialen Feldes und der Beziehung für Genese, Psychodynamik. Therapie und Prophylaxe der Psychosen, Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen

E. Falzeder, 1986, Zur Dialektik von Entwicklung, in: E. Falzeder, A. Pabst, Wie PAS wirksam wird, Festschrift für Sepp Schindler Eigenverlag der Univ. Salzburg

P. Fiedler, 1997, Persönlichkeitsstörungen, 3.Auflage Psychologie Verlags Union, Weinheim

O.F. Kernberg, 1993, Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten Hans Huber, Bern

O.F. Kernberg, 1988, Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt a.M.

O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg), 2000, Handbuch der Borderline-Störungen Schattauer, Stuttgart, New York

E. Krejci, 1999, Zusammenkommen und Zerfallen In Forum der PA, 25-41

A. Lorenzer, 1983, Interaktion, Sprache und szenisches Verstehen in Psyche 37.Jg, Februar 1983, Klett-Cotta, Stuttgart

H. Müller-Pozzi, 1991, Psychoanalytisches Denken Hans Huber, Bern

Th. H. Ogden, 1988, Die projektive Identifikation, in Forum der PA. 4-21

Th. H. Ogden, 1995, Frühe Formen des Erlebens, Springer-Verlag, Wien

U. Rauchfleisch, 1991, Begleitung und Therapie straffälliger Menschen M.-Grünwald, Mainz

U. Rauchfleisch, 1996, Menschen in psychosozialer Not, Göttingen Vandenhoeck u. Ruprecht, Zürich

H. Schoenhals, 1993, Triangulärer Raum und Symbolbildung,

in Gutwinski-Jeggle & J.M. Rotmann (Hg): „Die klugen Sinne pflegend“, Psychoanalytische und kulturkritische Beiträge. Hermann Beland zu Ehren
Edition diskord, Stuttgart, 191-207

D.W. Winnicott, 1988, Aggression, Versagen der Umwelt und antisoziale Tendenz
Klett-Cotta, Stuttgart

D.W. Winnicott, 1974, Reifungsprozesse und fördernde Umwelt
Fischer, Frankfurt