

Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Beratung und Therapie mit betroffenen Jugendlichen

Heidrun Rust

Institut für Gesprächspsychotherapie
und Beratung
Stuttgart, Deutschland

Andrea Hammer

Vereinigung Rogerianische
Psychotherapie
Wien, Österreich

Jugendliche mit Borderline-typischen Symptomen sind in ihrer Entwicklung hochgradig gefährdet und benötigen rechtzeitige therapeutische Hilfe. Gleichzeitig stellt die therapeutische Beziehungsgestaltung eine besondere Herausforderung dar. Der hier vorgestellte Ansatz trägt besonders der Bedürfnislage junger Borderline-Betroffener Rechnung, bei denen weder eine tragfähige Therapiemotivation noch Vertrauen in das therapeutische Angebot vorausgesetzt werden kann. Es wird ein Therapiekonzept auf Grundlage des Personzentrierten Ansatzes unter Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Entwicklungspsychologie, Psychopathologie und Therapie sowie eigener Praxiserfahrungen vorgestellt. Ziel des Personzentrierten Vorgehens ist die Persönlichkeitsnachreifung durch korrigierende Beziehungserfahrungen. Insbesondere das Vorgehen gemäß der interaktionellen Therapie, einer Weiterentwicklung der Personzentrierten Therapie für Kinder und Jugendliche, ermöglicht angstfreies Erforschen von Erlebnis- und Sichtweisen und Erproben neuer Möglichkeiten. Auf der Grundlage des Personzentrierten, störungsspezifischen Verständnisses der Borderline-Problematik werden Handlungsleitlinien für die Diagnostik, Beratung und Therapie der betroffenen Jugendlichen sowie ihrer erwachsenen Bezugspersonen vorgestellt.

Schlüsselwörter: Borderline-Problematik im Jugendalter, therapeutische Beziehung, Personzentrierter Ansatz, interaktionelle Therapie, Handlungsleitlinien

Borderline Disorders-Therapeutic Guidelines for Person-centered Psychotherapy with Adolescents. Adolescents with Borderline-symptoms are at high risk and require therapeutic support. At the same time the therapeutic relationship poses a unique challenge. The approach introduced in this article focuses on the needs of young Borderline-clients in particular, for whom neither a reliable therapy motivation nor trust in the offered therapy can be expected. A concept derived from the person-centered approach is described, based on current scientific results on developmental psychology, psychopathology and therapy as well as practical experience. The aim of person-centered therapy is to assist a person in the maturing of his personality through rectifying experiences in the relationship. For adolescent clients the interactional approach, a new development in person-centered therapy with children and adolescents in particular, facilitates a fear-free exploration of cognitive and emotional perceptions and the testing of different options. Guidelines for diagnostics, counseling and therapy of adolescents and their support system are introduced based on the person-centered, disorder-specific understanding of the Borderline disorder.

Keywords: Borderline disorder in adolescence, therapeutic relationship, person-centered approach, interactional therapy, guidelines

Heidrun Rust, geb. 1957, Diplom – Psychologin, Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GWG), tätig in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Christophsbad Göppingen, Dozentin und Ausbilderin für Kinder- und Jugendlichentherapie am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung (IGB)

Andrea Hammer, Dr. phil, geb. 1956, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie,

Katathym-Imaginative Psychotherapie), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, langjährige Tätigkeit im Blindeninstitut in Wien. Ausbildungsleiterin der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP)

Korrespondenzadresse:

Heidrun Rust, Christophsbad Göppingen, KJPP1, Faurndauerstr. 6–28, 73035 Göppingen, Mail: heidrun.rust@christophsbad.de

Borderline-Klienten¹ gelten als schwierig zu behandelnde Patienten mit einem Bündel von Problemen. Die Leiderfahrung der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds sind hoch, ebenso auch die Kosten für das Gesundheitssystem. Nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand (z. B. in Bohus & Lieb, 2016) sind bei den Betroffenen oft schon im Kindesalter typische Auffälligkeiten sichtbar. Zumeist ab dem frühen Jugendalter zeigt sich die Symptomatik deutlich als Persönlichkeitsentwicklungsstörung, erreicht um Mitte Zwanzig den Höhepunkt und bildet sich allmählich zurück. Trotz Remission der Symptomatik wird eine befriedigende soziale Integration dennoch häufig nicht erreicht. Diagnostik und störungsspezifische Therapie werden in den gängigen Therapierichtlinien (ebenda) ab dem Alter von 15 Jahren empfohlen.

Rogers hat zwar im Rahmen des Wisconsin-Projekts therapeutisch mit Psychotikern gearbeitet (Rogers et al., 1967), es gibt jedoch keine Aussagen über Therapien mit Borderline-Klienten. Dies ist wohl darin begründet, dass diese Diagnose damals noch nicht gestellt wurde bzw. in diesem Ausmaß nicht vorkam. Es gibt von personenzentrierten Autoren kaum störungsspezifische Ansätze zur Arbeit mit Jugendlichen, die von einer Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung betroffen sind. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan verbindet kognitiv-verhaltenstheoretische und humanistische Therapieansätze mit Elementen des Zen-Buddhismus und wurde für Jugendliche als DBT-A weiterentwickelt (Miller et al., 1999, dt. Übersetzung Böhme et al., 2001; Fleischhaker & Schulz, 2010). Sie fokussiert in einem modularen und gestuften Vorgehen zunächst auf den Erwerb von Verhaltenskontrolle und Emotionsregulation, im Weiteren auf die Verbesserung sozialer Kompetenzen und Umgang mit traumaassoziierten Erfahrungen. Die Mentalisierungsbasierte Therapie MBT zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Bateman & Fonagy, 2006; Bolm, 2009, Taubner, 2015) legt den Fokus der Behandlung auf die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit im Rahmen und durch die therapeutische Beziehung. Insbesondere gilt das Augenmerk der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, d. h. der Fähigkeit, das eigene emotionale Erleben sowie das des Gegenübers angemessen zu erfassen, Erlebnishintergründe und Absichten zu erkennen und beides miteinander abzustimmen. MBT-A wurde aktuell von Taubner & Volkert (2017) vorgestellt. Die Transference Focussed Psychotherapy (TFP) nach Kernberg, stellt einen tiefenpsychologischen Ansatz zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderlinestörung dar und wurde als TFP-A für Jugendliche weiter entwickelt (Foelsch et al., 2008): Es wird vom Vorliegen einer Identitätsdiffusion ausgegangen, welche die

Weiterentwicklung der Persönlichkeit blockiert. Ziel ist die Integration des Selbstkonzepts und des Konzepts vom Gegenüber in Bezug auf sich selbst. Ebenso soll die Integration von früher dissoziierten Gefühlszuständen erreicht werden, damit Gefühle und Bedürfnisse angemessener erfahren und ausgedrückt werden können. Inzwischen wurde dieser Ansatz um systemische und verhaltenstherapeutische Ansätze AIT erweitert (Foelsch et al., 2013). Die Schematherapie nach Young stellt ebenfalls eine neuere Entwicklung zur Behandlung komplexer psychischer Störungen dar und wird auch bei Borderline Persönlichkeitsstörungen angewandt (z. B. Arntz & Van Genderen, 2010; Roediger, 2011). Sie setzt an den dysfunktionalen und automatisierten kognitiv-emotionalen Schemata an und versucht, diese im Rahmen der therapeutischen Beziehung bewusst zu machen und zu modifizieren. Sie ist bisher auf die Behandlung Erwachsener ausgerichtet. Der Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird besondere Bedeutung beigemessen. „Unabdingbar ist (...) die Entwicklung einer ausreichend sicheren und verlässlichen Beziehung, die sich von traumatisierenden, überwältigenden Erfahrungen der Vergangenheit abhebt“ (Streeck-Fischer & Freyberger, 2011, S. 267). Die von Rogers entwickelten Grundsätze für die therapeutische Beziehungsgestaltung werden dabei in allen genannten Therapieansätzen implizit aufgegriffen, aber selten explizit genannt oder zitiert.

Personenzentrierte Therapeuten arbeiten ebenfalls mit Borderline-Betroffenen und akzentuieren das Standardvorgehen entsprechend. Wie z. B. Eckert (2014) ausführt, benötigen besonders diese Klienten das Erleben von Akzeptanz und Bestätigung, gleichzeitig aber auch strukturierende und stützende Interventionen. Außerdem kommt dem Prinzip der Authentizität große Bedeutung zu. Therapeuten sollten bereit sein, sich auch beziehungsklärend selbst einzubringen und zu konfrontieren. Je jünger die Klienten/Patienten sind, desto wichtiger ist es, nicht nur auf verbaler Ebene in Dialog zu treten, sondern gemeinsames Erleben durch spielerisches Explorieren und Interagieren zu schaffen. Die Konzepte der interaktionellen Therapie mit Kindern und Jugendlichen (Behr, 2012) sind besonders geeignet, um sich spielerisch in einem angstfreien Kontext zu begegnen und korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Es erscheint sinnvoll, die vorhandenen Therapiekonzepte für Kinder und Jugendliche um eine Personenzentrierte Betrachtungsweise zu ergänzen und in Form einer Handlungsleitlinie diagnostisches und therapeutisches Vorgehen darzustellen. Das Vorgehen sollte in einer Vielzahl von Beratungs- und Therapie-settings und vor allem im Rahmen von Einzelkontakten einsetzbar sein.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir für Personen die Gattungsbezeichnung.

1. Erscheinungsbild

Das äußere Bild der Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung kann zunächst als schwere Form einer jugendlichen Reifungskrise erscheinen. Tatsächlich zeigt sich die beschriebene Symptomatik jedoch als ein tiefgreifendes Muster von Instabilität, das sich in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten zeigt. Außerdem ist eine deutliche Impulsivität kennzeichnend (z. B. Streeck-Fischer & Freyberger, 2011, Falkai & Wittchen, 2014). Charakteristisch ist die emotionale Labilität mit rasch wechselnden, extremen Stimmungslagen und mangelnder Impulskontrolle. Selbst- und Fremdwahrnehmung sind verzerrt. Es kann zu zeitweiligem Verlust des Realitätsbezugs und psychosenahen und dissoziativen Zuständen kommen. Zumeist besteht ein intensives Bedürfnis nach engen Beziehungen bei gleichzeitiger Unfähigkeit, diese aufrechtzuerhalten bzw. zu ertragen. Selbstschädigendes Verhalten in Form von exzessivem Suchtmittelkonsum, Selbstverletzungen (Ritzen, Brennen), Essstörungen (Binge-Eating, Bulimie), riskanten sexuellen Praktiken und Suiziddrohungen und -handlungen sind bei diesen Jugendlichen häufig. Sie werden vor allem als Mittel zur Bewältigung unerträglicher innerer Anspannung oder Unterbrechung von dissoziativen Zuständen eingesetzt. Häufig berichten die betroffenen Jugendlichen von erlittenen Misshandlungen und erlebter Vernachlässigung. Sie sind jedoch auch selbst im Rahmen explosiver Stimmungen zu Wut- und Gewaltausbrüchen in der Lage und werden von Menschen aus ihrem Umfeld, mit denen sie eine engere Beziehung eingehen, oft als quälend empfunden. Die betroffenen Jugendlichen sind in ihrer weiteren Entwicklung in hohem Maße gefährdet und stellen ihre soziale Umwelt vor beträchtliche Herausforderungen. Sie betrachten sich selbst jedoch weniger als „krank“ oder „unnormal“, sondern als leidend an ihren Daseinsbedingungen. Entsprechend geschieht Kontaktaufnahme zu psychosozialen Hilfsangeboten eher aus akuten Notlagen heraus und meist auf äußeren Druck.

2. Diagnose und Differenzialdiagnose

2.1 Leitsymptome und Epidemiologie

Zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung müssen folgende diagnostische Kriterien erfüllt sein, (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, Remschmidt et al., S. 249–250):

- „1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungsmuster und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt

deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ab. Diese Abweichung äußert sich in mehreren Bereichen: Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und/oder Beziehungsgestaltung.

2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder unzweckmäßig ist.
3. Es bestehen persönlicher Leidensdruck oder nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt.
4. Die Abweichung ist stabil und hat im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen.
5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung erklärt werden.
6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache ausgeschlossen werden.“

Die Diagnosestellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (F30.31) verlangt, dass von den folgenden Eigenschaften mindestens drei vorliegen (zitiert nach Remschmidt et al., 2012, S. 253):

- „1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Unbeständige und unberechenbare Stimmung.“

Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Charakteristika festgestellt werden müssen für die Diagnose „Borderline-Typus“ vorliegen:

- „1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. Anhaltende Gefühle von Leere“ (ebenda).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wird hier nicht vor dem 16.–17. Lebensjahr empfohlen. Die aktuellsten Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2009) sehen jedoch eine solche Diagnosestellung ab dem Abschluss des 14. Lebensjahres für sinnvoll und

möglich an, wenn sich die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge durchgängig seit der Kindheit oder frühen Adoleszenz zeigen. Spiel und Spiel (1987) führten den Begriff „Persönlichkeitsentwicklungsstörung“ in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein. Im vorliegenden Artikel wird dieser Begriff übernommen, der auch dem Entwicklungsaspekt gerade bei den jungen Menschen Rechnung trägt.

2.2 Diagnostische Abgrenzung und Komorbiditäten

Emotionale Störungen, Suchterkrankungen, Essstörungen sind häufige Komorbiditäten der Borderlinestörung. Besonders häufig sind depressive Erkrankungen und Angststörungen. In einer Langzeit-Follow-up-Studie von Zanarini et al. (2003) über 6 Jahre berichteten 96 % der befragten erwachsenen Borderlinepatienten auch an depressive Erkrankungen und 88,5 % an Angsterkrankungen, vor allem an sozialen Phobien und PTBS zu leiden oder gelitten zu haben, 64 % gaben Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit an, 53 % Essstörungen. Als stärkster Prädiktor für eine schlechte Remission der Borderlineproblematik erwies sich das Vorliegen eines zusätzlichen Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeit. Zwischen ADHS und Borderline gibt es sowohl Überschneidungen in der klinischen Symptomatik als auch häufige Komorbidität. Retrospektive Befragungen erwachsener Borderline-Patienten ergaben, dass sich 59,9 % (Fossati et al., 2002) bzw. 41,5 % (Philipsen et al., 2008) an ADHS-typische Probleme in der Kindheit und Jugend erinnern. Beide Syndrome haben offenbar gemeinsame anlagebedingte Wurzeln. In einer aktuellen Zwillingsstudie fanden Distel et al. (2011) eine hohe Korrelation zwischen Borderline-Persönlichkeitszügen und ADHS ($r = 0,59$). Diese ließ sich zu 49 % aus genetischen und zu 51 % aus Umweltfaktoren erklären. Es gibt Hinweise, dass Kinder mit ADHS ein erhöhtes Risiko haben, durch traumatisierende Einflüsse eine Borderline-Störung zu entwickeln (Philipsen et al., 2008). Borderline-Betroffene haben erhebliche Probleme im Sozialen, unterscheiden sich jedoch von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens. Störungen des Sozialverhaltens sind durch erworbene antisoziale Strategien charakterisiert, durch welche die betroffenen Kinder und Jugendlichen versuchen, ihre Situation zu kontrollieren und ihren Selbstwert zu stabilisieren (z. B. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012). Die Einflussnahme von Borderline-Betroffenen auf ihre soziale Umwelt ist jedoch kaum strategisch, kalt und berechnend, sondern vor allem emotional und chaotisch. Die Stimmungswechsel bei einer bipolaren Erkrankung unterscheiden sich von den Stimmungswechseln Borderline-Betroffener durch ihren phasischen Verlauf. Bei Borderline-Betroffenen ist der Zusammenhang mit Beziehungsbedürfnissen und Beziehungsängsten deutlich erkennbar.

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Am Anfang steht das ausführliche Gespräch über die Situation des jungen Menschen, seine persönliche Sicht auf die Problemlage, seine Hoffnungen und Erwartungen. Bedeutsam zur Abklärung einer Borderline-Problematik sind Informationen über die Häufigkeit krisenhafter Situationen, von Beziehungsabbrüchen und inkonsistenter Lebensplanung. Ebenso wichtig sind Berichte über das Erleben extremer Stimmungsschwankungen, heftiger Wutausbrüche, sowie schnell hochfahrender Anspannung, die sich nur langsam zurückbildet. Auch dissoziative Zustände sind zu erfragen. Auf jeden Fall ist bereits im Erstkontakt die genaue Abklärung von Risikoverhalten, insbesondere Suizidalität, Suchtmittelkonsum und anderen Gesundheitsgefährdungen notwendig. Diese Thematik sollte auch bei weiteren Kontakten immer wieder offen angesprochen werden. Ergänzend werden sozialanamnestische und biografische Daten erfragt. Dazu gehört unbedingt auch die Erfassung des bereits beteiligten Helfersystems. Wichtig ist der Blick auf die Ressourcen. Die Borderline-Störung manifestiert sich im Bereich der Beziehungsgestaltung, während gute Fähigkeiten auf anderen Gebieten (intellektuelle, kreative, handwerkliche, sportliche) oft durchaus vorhanden sind. Ziel der Diagnostik ist zum einen die Gewinnung möglichst reliabler Daten. Zum anderen ist der diagnostische Prozess selbst Teil des Beziehungsaufbaus bzw. vonseiten der Betroffenen eine Beziehungstestsituation. Verwiesen werden soll an dieser Stelle auf Konzepte der psychosozialen Diagnostik, die eine ganzheitliche Sicht auf die „Person im Kontext“ erlaubt (Gahleitner et al., 2012). Jugendliche sollten die Möglichkeit haben, allein oder im Beisein selbstgewählter Begleiter zu sprechen. Ihr Bedürfnis nach eher expressionistischer Darstellung muss berücksichtigt werden, ebenso auch Abneigungen gegen bestimmte Themen, möglicherweise aufgrund traumatischer Einflüsse. Ein zu frühes Drängen auf Detailgenauigkeit und Vollständigkeit ist hier beziehungs-schädlich. Auch das Einholen fremdanamnestischer Angaben durch Beteiligung von Eltern, Lehrern, Jugendämtern und anderen sollte in Absprache mit den Jugendlichen geschehen, um das Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden.

Als standardisierte Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung können übliche Screeningverfahren wie CBCL 6–18R, TRF/6–18R und YSR/6–18R (Döpfner et al., 2014) eingesetzt werden, um Ausmaß und Vielfalt der psychischen Störungen zu erfassen. Stark auffällige Profile mit Angaben zusätzlicher Probleme wie Selbstverletzung, Essstörungen und Unsicherheit bezüglich der sexuellen Orientierung können Hinweise auf eine Borderline-Problematik sein. Spezifische Instrumente zur Diagnose der Borderline-Störung gibt es für den Kinder- und Jugendbereich nicht. Eventuell können für

Jugendliche Instrumentarien aus dem Erwachsenenbereich hinzugezogen werden, wie SKID II (Wittchen et al., 1997). Salbach-Andrae und Kollegen (2015) fanden, dass sich das Muster der Borderline-Problematik auch bei jugendlichen Befragten hierin recht gut abbildet. Je nach Problemlage kommen auch störungsspezifische Testverfahren zu Sucht, Essstörungen, Schlafstörungen, PTBS und Depression in Betracht. Hinweisen auf intellektuelle Einschränkungen sollte durch entsprechende Testverfahren nachgegangen werden, um Fehldiagnosen auszuschließen. Ebenso sollten auch Teilleistungsstörungen abgeklärt werden. Sonst steht eine Leistungsdiagnostik hier nicht im Vordergrund.

Personzentrierte Diagnostik beinhaltet insbesondere die Erfassung von Selbstkonzept und Selbststruktur, wobei das Selbstkonzept die Sichtweise meint, die eine Person von sich selbst hat. Unter Selbststruktur versteht man die Beschreibung der inneren Organisation von einem äußeren Blickpunkt. Insbesondere Kongruenz bzw. Inkongruenzen sind von Bedeutung, ebenso Symbolisierungslücken. Es geht darum festzustellen, wo eigene und fremde Gefühlszustände nachvollziehbar benannt werden und welche Erfahrungsbereiche nicht repräsentiert sind. Parallel ist die aktuell erlebbare Beziehungsgestaltung von Bedeutung. In der Regel wird ausgeprägtes Leiden an der Welt beschrieben. Schilderungen emotionaler Zustände werden in drastischen Worten gegeben, jedoch ergeht keine Einladung zu einem gemeinsamen Betrachten oder Erforschen. Persönlichkeit und Anliegen erscheinen inkonsistent und schwer zu erfassen. Korrespondierend erlebt sich der Therapeut selbst kaum als Person mit Eigenschaften angesprochen, sondern wird von einer ausgeprägten emotionalen Bedürftigkeit unkritisch „verschlungen“ und idealisiert. Die Brüchigkeit des Selbstkonzepts bzw. der Selbststruktur und die Unsicherheit des Beziehungsaufbaus sind oft bereits im Erstkontakt spürbar und erkennbar.

Psychosoziale Konzepte der Diagnostik versuchen darüber hinaus nicht nur die Person an sich, sondern auch ihr soziales Umfeld miteinzubeziehen und ermöglichen so menschliches Erleben und Verhalten aus der jeweiligen Biografie und Lebenswelt heraus zu erkennen und zu verstehen (Gahleitner et al., 2012).

3. Personzentrierte(s) Störungsverständnis/Genese

3.1 Entwicklungspsychologie und Entwicklung der Persönlichkeit

Als Ursachen für eine schwierige und unvollständig verlaufende Persönlichkeitsentwicklung müssen biologische, intrapsychische und soziale Faktoren in Betracht gezogen werden

(vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2013). Konstitutionelle (biologische) Voraussetzungen bestimmen schon von Beginn an die Art, in der das Kind in Dialog mit seiner Umwelt tritt. Im Dialog wiederum, insbesondere mit den ersten Bindungspersonen, bildet sich das Selbst- und Weltvertrauen. Das Gelingen dieses Dialogs wird sowohl vom Verhalten der Bindungspersonen als auch von den Verarbeitungsmöglichkeiten durch das Kind bestimmt. Die Entwicklung einer Borderline-Symptomatik wird aus dem komplexen Zusammenwirken des anlagebedingten Temperaments mit schwierigen Kindheitserfahrungen und diskreten neurologischen und biochemischen Dysfunktionen erklärt (siehe z. B. Streeck-Fischer & Freyberger, 2011).

3.1.1 Körperliche Ebene

Die körperliche Grundlage der Borderline-typischen Schwierigkeiten liegt offenbar im gestörten Zusammenwirken frontolimbischer Netzwerke, die bei der Affektregulation eine entscheidende Rolle spielen (Hughes et al., 2012). In aktuellen Zwillingsstudien (Distel et al., 2008; Distel et al., 2011) wurde der Einfluss genetischer Faktoren bei 42 % – 45 % gefunden. Prä- und perinatale Einflüsse bestimmen außerdem die neurobiologische Vulnerabilität mit. Dabei gibt es immer eine Interaktion zwischen sozialen und biologischen Faktoren. Stressbelastungen der Mütter wirken z. B. auf das ungeborene Kind und verändern neurobiologische Strukturen, die für die Affektregulation zuständig sind (z. B. Becker et al., 2007; Bergmann et al., 2007).

3.1.2 Soziale Ebene

Der zweite große Einflussfaktor in der Entwicklung einer Borderline-Symptomatik wird in ungünstigen Beziehungserfahrungen in der Kindheit gesehen. Da der Personzentrierte Therapieansatz vor allem die Nachreifung der Persönlichkeit ermöglichen will, wird hier zunächst das zugrundeliegende Konzept der Persönlichkeitsentwicklung dargestellt.

3.1.2.1 Bindungs- und Persönlichkeitsentwicklung

Rogers' Theorie über die Entwicklung der Persönlichkeit (Rogers, 1973/1989) wird heute durch die empirische Säuglingsforschung (Stern, 1985, dt. 1992, 2000; Dornes, 2004) bestätigt. Die Entwicklung der Persönlichkeit geschieht von Anfang an in und durch Beziehung. Der angeborene Drang des Kindes nach Entfaltung wurde von Rogers *Aktualisierungstendenz* genannt. Die primären Empfindungen (*organismische Erfahrungen*), die das Kind durch sein Lebendig-Sein hat, werden unter Einsatz des ganzen körperlichen, mimischen und vokalen Repertoires vom Kind ausgedrückt und von seinen primären Bezugspersonen aufgenommen und beantwortet. Das Kind erhält auf seine Äußerungen *Resonanz*. Als förderlich für eine gesunde

Entwicklung wird ein *feinfühliges* Eingehen auf die kindlichen Signale angesehen. Dabei sind sowohl Zeitnähe als auch der erkennbare Bezug zur Qualität der kindlichen Lebensäußerungen wichtig, wie durch die Bindungsforschung belegt ist (Ainsworth et al., 1974). Durch ihr Mit-Freuen und Mit-Leiden signalisieren die Bezugspersonen Verstehen (*Empathie*) und Anerkennung (*Wertschätzung*). Das Erleben des Kindes wird durch diese Resonanz bestätigt und wird als Erfahrung *symbolisiert*. Wichtig ist dabei, dass die Bezugspersonen gleichzeitig in Übereinstimmung mit ihrem eigenen Erleben (*authentisch, kongruent*) reagieren (Biermann-Ratjen, 2006). So werden sie einem schmerzlich weinenden Kind neben Verständnis und Mitgefühl für seine Lage auch ihre Ruhe und Zuversicht vermitteln, die sie als Erwachsene aufgrund ihrer reiferen Lebenserfahrung und ihrer Handlungsmöglichkeiten haben.

Stern (1985, dt. 1992, 2000) beschreibt den Prozess der Selbstentwicklung ausdrücklich als Ergebnis der Interaktionserfahrungen, beginnend mit dem Empfinden eines auftauchenden Selbst aufgrund des ersten Erlebens von Zusammengehörigkeit verschiedener Wahrnehmungsinhalte und einer ersten Subjekt-Objekt-Differenzierung. Ab dem Alter von drei Monaten beginnt der Säugling dieses Selbst-Empfinden durch zunehmend intentionalere Kontaktsuche (soziales Lächeln, Halten von Blickkontakt, Lautäußerungen und Bewegungen) zu konsolidieren. Durch die Interaktionserfahrung mit einem feinfühligem, resonanten und gleichzeitig als andere Person erlebbaren Gegenüber wird sich das Kind seiner selbst als beständige Ganzheit gewahr (Stern, 1985, dt. 1992, 2000).

Das Kind entwickelt im Dialog kognitives und affektives Wissen über die eigene Person und die Welt. Gefühle werden durch immer feineres Verstehen dessen, was geschieht, für das Kind zum Anlass, die eigenen Reaktionen flexibler und angepasster zu steuern.

3.1.2.2 Bindungsstörungen, Bindungstraumata und Selbststrukturstörung

Interpersonelle traumatische Erfahrungen werden von Borderline-Betroffenen häufig berichtet. In einer Studie von Zanarini (2000) hatten 70 % der Befragten sexuelle Gewalt, 60 % körperliche Gewalt und 40 % Vernachlässigung erfahren. Es ist anzunehmen, dass die schweren, psychostrukturellen Störungen bei Borderline-Betroffenen nicht allein durch traumatische Einzelereignisse entstehen. Vielmehr wirken gewaltsame Übergriffe besonders im Zusammenhang mit einem allgemein vernachlässigenden, invalidierenden Erziehungsklima psychostrukturell zerstörend. Unkontrollierbarem Stress ausgesetzt zu sein, ohne dass regulierende Hilfe geboten wird, löst unerträgliche Spannungen aus. Anhaltender Stress führt wiederum zu einem erhöhten Cortisolspiegel im Blut, wodurch die Entwicklung neuronaler Strukturen im präfrontalen Cortex

gehemmt wird, jenem Teil des Gehirns, der für die Hemmung überschießender Impulse und für besonnenes, geplantes Handeln zuständig ist (z. B. Hüther, 2005). Soziale und biologische Faktoren greifen unmittelbar ineinander.

Dauerhaft unangemessene Reaktionen der frühen Bezugspersonen auf die kindlichen Signale stören den Prozess der Selbstentwicklung grundlegend. Indem seine Gefühlsäußerungen missachtet werden, wird dem Kind die Möglichkeit genommen, diese kennen und regulieren zu lernen. Sowohl Unterstimulierung (mangelnde Resonanz) als auch Überstimulierung (Überwältigen des Kindes durch Emotionen und Bedürfnisse der Bezugsperson) bewirken beim Kind Verwirrung hinsichtlich der Unterscheidung zwischen eigenem und fremdem Erleben. Hufnagel und Fröhlich-Gildhoff (2002) bringen eine gestörte Entwicklung des Kernselbst (Entwicklungsphase von 3 bis 7/9 Monaten) mit der Borderline-typischen Persönlichkeitsstruktur in Verbindung. Sie sprechen vom „Aufbau generalisierter Erwartung, dass eigene Handlungsimpulse oder eigene Affektsteuerungs-Versuche unwirksam werden“ und von „Konfusion hinsichtlich der Unterscheidbarkeit eigener und fremder Handlungs-, Impuls- bzw. Affektanteile“ (ebd., S. 61). Erfahrungen werden unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert, dass das Kind von einer anderen Person empathisch verstanden, bedingungslos positiv anerkannt wird und dass die Person dabei kongruent ist (Biermann-Ratjen, 2006). Organismische Erfahrungen, die in der frühen Entwicklung nicht ausreichend empathisch rückgekoppelt werden, können nicht zu eigen gemacht werden. Sie sind auch später der Gewahrwerdung unzugänglich, im Selbsterleben nicht repräsentiert. Brandt und Heinerth (2006) benutzen hier das Konzept der „versperrten Symbolisierung“. Die später erlebbare emotionale Instabilität resultiert aus dem Wechsel zwischen elaborierten Bereichen des Selbsterlebens und unvollständig symbolisierten Erfahrungsräumen.

Das Konzept der Mentalisierung von Fonagy (z. B. in Bateman & Fonagy, 2006) kann den personenzentrierten Ansatz hier ergänzen. Mentalisierung meint die Fähigkeit, sich und andere zu verstehen durch das Erschließen ihrer mentalen Zustände, die hinter dem offenbaren Verhalten liegen und es bedingen. Mentalisierungsfähigkeit beruht auf Empathiefähigkeit, der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel bzw. zur Selbstreflexivität und der Fähigkeit zur kognitiven Perspektivenübernahme („Theory of Mind“). Sie entwickelt sich durch die Interaktionserfahrungen, die das Kind im Lauf seiner frühen Lebensjahre im Rahmen einer sicheren Bindungssituation macht. Etwa ab dem Alter von fünf Jahren kann ein Kind verschiedene Perspektiven einnehmen und beginnt immer besser zu verstehen, dass Menschen unterschiedlich fühlen und denken. Bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitszügen ist diese Entwicklung als Folge ungünstiger früher Bindungserfahrungen

gestört. Sie greifen auf Vorstufen des Mentalisierens zurück. Die früheste Form, der teleologische Modus, setzt erlebte Wirkung und Absicht des Handelnden gleich. Im Äquivalenzmodus wird das eigene Erleben als einzige gültige Realität empfunden. Im Als-ob-Modus sind Innen- und Außenwelt entkoppelt.

3.1.2.3 *Transgenerationale Perspektive und soziokultureller Kontext*

Die Familiengeschichte ist von Bedeutung. Traumatische Erfahrungen von Eltern beeinflussen das Erziehungsverhalten erheblich. Angst, Anspannung, Wut, aber auch Hoffnungslosigkeit und Depression lassen feinfühligem und assertivem Umgang mit den Kindern nicht zu. Was bei den Eltern als traumatische Erfahrung lebt, wird an die Kinder durch ein gestörtes Erziehungsklima weitergegeben. Es hat bei den Kindern strukturbildende Wirkung.

Die Bedingungen, unter denen Eltern sich um ihre Kinder sorgen können, werden zudem von soziokulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst, etwa dem Vorhandensein von entlastenden und unterstützenden Angeboten, der Mitverantwortungsübernahme durch weitere Familienangehörige, harmonische Paarbeziehung der Eltern, unterstützende Geschwisterbeziehungen usw. Hingewiesen werden soll aber auf zahlreiche Schutzfaktoren, die trotz vorhandener Risikofaktoren im Umfeld des Kindes seine Entwicklung mitbedingen. Lange Zeit beschäftigte sich die Forschung vor allem mit der Betrachtung von Risikofaktoren (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Die Resilienzforschung legt den Fokus auf die Bewältigung dieser und ebnet damit einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise, wie sie dem Personenzentrierten Ansatz entspricht, den Weg (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009). Schutzfaktoren im Umfeld, die sich positiv auf Kinder auswirken, sind Erfahrungen mit kompetenten und fürsorglichen Erwachsenen außerhalb der Familie, positive Peerkontakte und Freundschaftsbeziehungen, sowie positive Erfahrungen in Bildungseinrichtungen (Opp et al., 1999).

3.1.3 *Intrapsychische Ebene: Borderline-typisches Selbst- und Welterleben*

Die Interaktionserfahrungen, die das Kind im frühen, vorschulischen Entwicklungsalter macht, werden „einverleibt“, wirken also unmittelbar konstituierend, strukturbildend auf das sich entwickelnde Selbst und sind später handlungsleitend für die eigene Art der Weltbegegnung und Beziehungsgestaltung. Die früh veranlagten Muster werden von den Betroffenen als Ich-synton wahrgenommen, d. h. sie erleben diese als zu ihnen gehörig und nicht als fremd (Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 1997). Diese Muster können daher einer späteren bewussten Neubewertung und Veränderung nur sehr schwer

zugänglich gemacht werden. Affektives wie kognitives Verstehen von eigenem sowie fremdem Erleben entwickelt sich auch im Weiteren unzureichend. Der vorherrschende Affekt ist existenzielle Unsicherheit und Angst. Das steht im Widerspruch zu der Auffassung von Kernberg (2000), der die Wut als zentralen Affekt ansieht. Aus bindungstheoretischer Sicht scheint jedoch die Wut eine Folge von Trennungsangst zu sein. Diese Wut kann als fordernde, zwingende, bindende Angstqualität gesehen werden, was sich in der dadurch ausgelösten Hilflosigkeit und Ohnmacht der Bezugspersonen widerspiegelt. Ob diese Wut zu aggressiven Durchbrüchen oder selbstdestruktivem Verhalten führt, hängt von der Verstärkung in sozialen Interaktionen ab (Hammer, 2010). Angst schränkt die Fähigkeit zur erfahrungsoffenen Begegnung ein oder macht sie unmöglich. Es entwickelt sich ein unsicherer Bindungsstil, meist als ambivalent-verstrickter oder desorganisierter Typ, der auch im späteren Leben bestimmend für die Gestaltung von Beziehungen bleibt (Hammer, 2010).

Die eingeschränkte, verzerrte Wahrnehmung vor allem von Beziehungssituationen führt zu häufigen Fehlinterpretationen, die weitere ungünstige Beziehungserfahrungen nach sich ziehen. Es fehlt vor allem die Fähigkeit, das Gemeinte zu erschließen. Das beruht zum einen auf der psychostrukturellen Störung und eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit. Zum anderen verhindert die rasch hochfahrende Erregung, vor allem die Angst in Beziehungssituationen das erfahrungsoffene, spielerische Explorieren und damit die Weiterentwicklung der unvollkommenen Erklärungsmuster. Die Wahrnehmung sozialer Signale erfolgt hochsensibel, jedoch ungenau, das Verstehen von Interaktion ist oberflächlich und grob gerastert. Nuancen werden nicht erfasst, auch offensichtliche Widersprüche nicht aufgelöst. Erforschen und Spielen mit verschiedenen Möglichkeiten fehlt weitgehend. Komplexes Verhalten kann schlecht eingeordnet werden. Das Verstehen gemischter Gefühle gelingt nur schwer. Erfahrungen, die das Selbstkonzept bedrohen, werden durch Leugnen, Projizieren, Spaltung in Gut und Böse, Schwarz-Weiß abgewehrt, um das brüchige Selbst zu stabilisieren. Die Richtigkeit der eigenen Selbst- und Weltsicht wird kaum hinterfragt. Die Aufmerksamkeit richtet sich vornehmlich auf das Außen. Chaos wird äußeren Umständen zugeschrieben. Die Frustrationstoleranz ist äußerst gering. Eigene Verantwortlichkeit wird kaum gesehen, aus Fehlern folglich schlecht gelernt. Grenzen der eigenen Person sowie anderer Menschen werden unzureichend wahrgenommen. Dadurch werden wiederum Übergriffe begünstigt oder in selbstzerstörerischer Art sogar provoziert (Hammer, 2010).

3.2 Inkongruenzkonstellation

Zusammenfassend soll noch einmal die Borderline-typische Art der Inkongruenz dargestellt werden: Erfahrungen werden nach Biermann-Ratjen (2006) unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert, dass ein Kind von einer anderen Person empathisch verstanden und bedingungsfrei positiv anerkannt wird und dass die andere Person dabei kongruent ist. Jugendliche mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erleben hauptsächlich Ablehnung, Nichtannahme und Nichtanerkennung ihrer Affekte und inneren Bewertungen (Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 1997), was zu einem brüchigen, labilen Selbstkonzept führt. Finke (2010) beschreibt das Selbstkonzept als inkonsistent und inkonstant, es beinhaltet widersprüchliche Eigenschaften, wechselnde Selbstbeurteilungen und schwankendes Selbstwerterleben. Das organismische Erleben wird oft von heftigen und abrupt wechselnden Emotionen geprägt, die nur ungenügend symbolisiert werden können (ebenda). Daneben besteht eine Sehnsucht nach Beziehung, starke Zuwendungs- und Abhängigkeitswünsche bei gleichzeitiger Angst vor Nähe und Zurückweisung, was aber zu wenig im Selbstkonzept repräsentiert wird. Nach Finke (2010) steht einem Selbstkonzept von Autonomie, Dominanz und Durchsetzungsfähigkeit ein nur verzerrt symbolisiertes Bedürfnis nach uneingeschränkter Anerkennung und grenzenloser Nähe gegenüber. Diese Art der Inkongruenzkonstellation ist vor allem Ergebnis von sehr widersprüchlichen und traumatischen Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Zur vollständigen Erklärung bedarf es jedoch eines mehrperspektivischen Entwicklungsmodells, wie es z. B. Adam und Peters (2003) und Fröhlich-Gildhoff (2013) mit dem bio-psycho-sozialen Modell beschrieben haben.

4. Therapieplanung

4.1 Therapieziele

Durch die Therapie soll es den jungen Klienten ermöglicht werden, sich selbst und andere besser zu verstehen und selbstbewusst, ohne Angst Beziehungen einzugehen und erhalten. Es geht um die Entwicklung von Identität und Beziehungsfähigkeit.

Wichtige Teilziele sind dabei:

Verbesserung von Emotionsregulation und Impulskontrolle, vor allem Kontrolle von Stressreaktionen: Dazu gehören die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit für die unterrepräsentierten Bereiche organismischer Erfahrung, insbesondere das Bemerkens, Differenzieren und Einordnen von Spannungszuständen

und das Entwickeln flexibler Ausdrucksweisen bzw. Bewältigungsstrategien. Gleichzeitig geht es um die Auflösung von Inkongruenz zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild.

Entwicklung einer differenzierten Selbst- und Fremdwahrnehmung: Dazu gehört die Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit, das Tolerieren interpersoneller Verschiedenheit, Bewusstsein für eigene und fremde Grenzen, Umgehen mit Nähe und Distanz.

Identitätsentwicklung: Dazu gehört das Verstehen eigener innerer Vorgänge (wiederum Mentalisierungsfähigkeit), das Verstehen wichtiger biografischer und sozialer Einflussfaktoren, das Erkennen von persönlichen Ressourcen und eigenen Zielen und Werten, ebenso die Entwicklung von Selbstachtung und Selbstwirksamkeitserwartungen.

4.2 Beziehungsaufbau, Abbau von Angst und Vereinbaren von Rahmenbedingungen

Das, was Jugendlichen mit einer Borderlinestörung fehlt, ist eine gute haltende Beziehung, in der sie korrigierende Beziehungserfahrungen machen können. An neuen Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten können sie so die Ungültigkeit ihrer bisherigen Beziehungserfahrungen erleben (Finke, 2010).

Ziele für die Anfangsphase sind der Aufbau einer ersten Vertrauensbasis, der Abbau von Angst und das Eingehen einer ausreichenden Verbindlichkeit. Am Anfang sind vor allem verstehende, akzeptierende und unterstützende Interventionen wichtig. Fürsorgliche Gesten (Decke, Tee) können hilfreich sein, auch konkrete Informationen zur Bewältigung aktueller Problemlagen, wie Strategien und Skills zum Umgang mit Stress oder Adressen von unterstützenden Stellen. Im Umgang mit Terminvereinbarungen und den zu erwartenden Unzuverlässigkeiten sollten Therapeuten ein gewisses Maß an Flexibilität zeigen und Nachsicht walten lassen. Das Ermöglichen kurzer Kontakte zu ungeplanten Zeiten und Nachgehen bei Fernbleiben wirkt sich auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung positiv aus und wird von den Jugendlichen in der Regel nicht ausgenutzt (siehe dazu auch Hammer, 2010). Bei Androhung oder Eintreten von gravierender Selbst- oder Fremdgefährdung sollte klar besprochen werden, wo und wann der Therapeut aus seiner Verantwortung und Fürsorglichkeit Grenzen setzen muss und gegebenenfalls andere Stellen (Sorgeberechtigte, Polizei, Psychiatrie) einschalten wird. Das Angebot, im Kontakt zu bleiben und die begonnenen Gespräche nach der Krisenbewältigung wieder aufzunehmen, wird meist gut angenommen.

4.3 *Explorieren, Erweitern und Verankern des Selbst- und Weltverstehens, Interaktionelle Therapie*

4.3.1 *Grundlagen der Beziehungsgestaltung*

Durchgängiges Thema der weiteren Zusammenkünfte bleibt das Selbst- und Weltverstehen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf den gemeinsamen Verstehens-Prozess. Die Grundhaltung der Personzentrierten Psychotherapie ist von essenzieller Bedeutung und wird hier noch besonders konturiert.

Empathie ist als aktives Engagement gefragt. Exploration und Resonanz müssen sich gleichermaßen auf Beobachtungen, emotionale Erlebnisinhalte sowie kognitive Konzepte beziehen. Bei Borderline-Betroffenen ist es wichtig, dass der Therapeut seinen Wunsch zu verstehen auch durch Fragen bzw. Angebote („Bist du jetzt wütend, weil du ...?“) zum Ausdruck bringt. Dabei geht es besonders um den Zusammenhang zwischen emotionalem Erleben und Bedürfnissen (organismusbezogenes Verstehen) und emotionalem Erleben und persönlichen Bewertungsmustern (selbstkonzeptbezogenes Verstehen). Aktives Erforschen wirkt der Flüchtigkeit und Unverbindlichkeit entgegen, durch die die Betroffenen sonst nicht zu einer korrekten Wahrnehmung und Symbolisierung ihres Erlebens gelangen. Borderline-Betroffene benötigen die Erfahrung, dass ihre Bedürfnisse hinter den Gefühlsäußerungen gehört und beantwortet werden.

Bedingungsfreie positive Beachtung der subjektiven Erlebniswelt ist ebenso Voraussetzung. Sie schließt auch die Akzeptanz von Widersprüchen ein. Es geht ausdrücklich darum, zuerst ohne Urteil anzunehmen und zu spiegeln, was das Gegenüber zum Ausdruck bringt. Dadurch wird es für den jungen Menschen auch annehmbarer Teil seines Selbst, kann wahrgenommen, mit dem tatsächlichen inneren Erleben abgeglichen und modifiziert werden. Das Aufzeigen von Widersprüchen auf intellektuell-logischer Ebene kann zu unsinnigen Diskussionen führen und ist zumeist beziehungsschädlich.

Kongruenz des Therapeuten ist dabei unabdingbar. Fehlwahrnehmungen und Mentalisierungsbrüche werden nicht stehen gelassen. Der Therapeut bringt sich mit seiner Verwunderung ein und stellt seine andersartigen Sicht- und Erlebnisweisen dar, humorvoll und neugierig auf die Reaktion. Solche Selbstauskunft unterscheidet sich von Kritik, weil sie persönliche Betroffenheit offenlegt. Das lädt zum gemeinsamen Explorieren der Verschiedenheit ein, wirkt beziehungsklärend und fördert Mentalisierungsprozesse. Es ist eine ungemein wichtige Erfahrung für Borderline-Betroffene, dass es Unterschiede zwischen eigenem und fremdem Erleben gibt und dass diese Unterschiede verstehbar und aushaltbar sind, am Ende sogar fruchtbar werden können. Die Grenzen zwischen Ich und Du dürfen nicht verschwimmen, gerade auch aufgrund des fragilen Selbstkonzepts der betroffenen Jugendlichen.

„Einschmeichelndes“ Verhalten von Therapeuten weckt bei Borderline-Betroffenen eher Angst vor Überwältigung und Ich-Verlust. Nur die konturierte Andersartigkeit des zugewandten Erwachsenen ermöglicht dem jugendlichen Gegenüber, sich als eigene Person zu finden.

4.3.2 *Umgang mit Beziehungsverwicklungen, therapeutisches Rollenspielen*

Es erscheint sinnvoll, die Konzepte für die interaktionelle Therapie mit Kindern und Jugendlichen (Behr, 2012) und insbesondere die Konzepte für das therapeutische Rollenspiel auf die Arbeit mit Borderline-Betroffenen zu übertragen. Begegnungen mit Borderline-Betroffenen sind gekennzeichnet von Beziehungsverwicklungen. Indem der Therapeut sich spielerisch auf „Rollen“ einlässt, die ihm je nach Laune des Jugendlichen zugewiesen werden, begreift er das Geschehen als freilassendes Probandeln und Ausloten von Erfahrungen. Die Möglichkeit zu humorvoller Distanzierung besteht jederzeit. Entwicklungsmöglichkeiten sind nach allen Seiten offen. Der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit abwechselnd auf das Erleben des jugendlichen Gegenübers und das eigene Erleben in der Rolle, jedoch immer wieder auch auf die Metaebene, das Skript. Es geht ausdrücklich nicht um ein bloßes Ausagieren, sondern um ein ernsthaft interessiertes und gleichzeitig spielerisch freilassendes Abtasten der Bedeutungsgebungen und deren angemessener Reflexion.

Indem der Therapeut über sein Erleben in der Rolle Auskunft gibt, zeigt er modellhaft, was im Innern eines Menschen zwischen Reiz und Reaktion geschieht. Es geht hier um das Erlebbarmachen von eigenen Mentalisierungsvorgängen, was eine ungemein wichtige Lernmöglichkeit für schlecht mentalisierende Borderline-Betroffene bietet. Das Aussprechen von Zweifeln, das Bedauern von Irrtümern gehört dazu. Sehr wirkungsvoll kann es dazu sein, sich mit einem imaginären Dritten über die Situation zu beraten. Wie sich bei gesunden Kindern die Mentalisierungsfähigkeit, das affektive und kognitive Verständnis für Interaktion, wesentlich durch ausgiebiges Rollenspielen entwickelt, so kann therapeutisches Rollenspiel die Nachreifung dieser Fähigkeiten ermöglichen. Im therapeutischen Prozess kommt dabei dem Selbstöffnen und Beziehungklären des Therapeuten besondere Bedeutung zu (Finke, 2010).

4.3.3 *Entwicklungen in Abhängigkeit von der bestehenden Sicherheit in der Beziehung*

Mit zunehmender Sicherheit in der Beziehung kann sich die Begegnungshaltung von einem vorwiegend bestätigenden und unterstützenden Stil zu interessiert explorierendem, klärendem und auch spielerisch herausforderndem Vorgehen entwickeln. Die Entwicklung der therapeutischen Beziehung ist

dabei kein linearer Prozess. Mit Einbrüchen, erneutem Auftreten von Angst und Wut und belastenden Beziehungsprüfungen, die eine Rückkehr Zwischen- oder Ausgangspunkte erfordern, muss immer wieder gerechnet werden.

Beispiele:

Anfang der Therapie

Hier steht der Beziehungsaufbau im Vordergrund. Bedingungsloses Annehmen der Zuschreibung und Versuche, den emotionalen Hintergrund zu verstehen, sind vorrangig:

Klaus (14 J.) kommt (verspätet) zur verabredeten Therapie- stunde und ruft schon beim Hereinkommen mit wütendem Ausdruck: „*Sie sind ein Schwein!*“

T.: „*Ich bin ein Schwein. Das ist hart. Du scheinst mächtig wütend auf mich zu sein.*“

Klaus: „*Ja, Du hast mit Frau Becker über mich geredet.*“

T.: „*Ich habe mit Frau Becker über dich geredet. Das ist eine Sauerei. Wer ist denn Frau Becker?*“

Klaus: „*Meine Lehrerin. Die Tusse hat mir verboten, in der Pause zu Verena zu gehen.*“

T.: „*Bringt dich so richtig in Rage, dass sich da jemand in deine Beziehung mit Verena reinmischt.*“

Klaus: „*Verena ist meine Braut. Da hat die Becker gar nichts dazu zu sagen.*“

T.: „*Also auf Frau Becker bist du richtig sauer und auf mich auch, weil du meinst, ich hätte mit ihr geredet. Über was hätte ich denn mit ihr reden können?*“

Klaus: „*Na, das mit dem Autoklau. Und dass mein Alter abgehauen ist und so was. Über mich reden doch alle nur schlecht.*“

T.: „*Alle reden schlecht über Dich. Du traust keinem mehr. Und Verena ist dir ganz wichtig.*“ ...

usw.

Die Therapeutin nimmt die Rolle, die Klaus ihr zuweist, zuerst an, spielt mit und lässt offensichtliche Fehlannahmen und Widersprüche zunächst stehen. Durch Fragen nach dem Skript des Stücks („Wer ist denn Frau Becker?“ „Was könnte ich denn geredet haben?“) macht sie nebenbei deutlich, dass sie sich in eine Rolle einfindet und selbst als Person noch jemand anderes ist. Klaus ist es recht. Es geht ihm nicht um präzise Wahrnehmung, sondern darum, seine Aufgeregtheit loszuwerden. Er bringt seine Ängste zur Sprache, sein pauschales Misstrauen gegenüber Erwachsenen, sein Bedürfnis nach Liebe und vieles mehr, was ihn kennzeichnet. Im Verlauf des Gesprächs macht er neue Beziehungserfahrungen. Ein erwachsener Mensch interessiert sich für seine Sichtweisen, bemüht sich, sein inneres Erleben kennenzulernen. Dieser Mensch bleibt trotz der Vorwürfe in sich ruhend, urteilt nicht, stellt nichts in Frage. Erst wenn Klaus dieses Erlebnis ausgekostet hat,

sollte sich die Therapeutin als die Person zu erkennen geben, die sie wirklich ist:

T.: „*Ich sehe schon, du hast es ganz schön schwer mit Erwachsenen. Du weißt wohl gar nicht, wie du die einschätzen sollst. Aber habe dir schon am Anfang versprochen, dass ich über dich mit niemandem rede, ohne dass du dabei bist. Mit Frau Becker habe ich nicht geredet. Es wäre mir wichtig, dass du mir das glaubst. Kannst Du mir das jetzt glauben?*“

Klaus: „*Na, gut. O.k.*“

In einer späteren Therapiephase

Wenn genügend Sicherheit in der Beziehung besteht, sollte die Therapeutin sich auch über ihr Befinden in der zugewiesenen Rolle äußern und Einblicke in ihr Innenleben geben. Damit könnte sich der Dialog etwa in folgender Art entwickeln:

Klaus: „*Sie sind ein Schwein*“

T.: „*Ich bin ein Schwein. Uff. Das trifft mich jetzt schwer.*“

Klaus: „*Brauchst gar nicht heulen. Du hast mich bei Frau Becker verraten.*“

T.: „*Verraten! Das ist ja noch schlimmer. Wo wir doch verabredet hatten, dass ich dir helfe. Versprechen nicht einhalten finde ich ganz mies.*“ ...

Hier führt der Dialog rascher zu einer Beziehungsklärung. Klaus wird dazu herausgefordert, sein Gegenüber als Menschen mit Eigenschaften und persönlichen Motiven wahrzunehmen. Sein Fehlurteil wird weiterhin nicht kritisiert, sondern als seine persönliche Art des Ausdrucks von Misstrauen akzeptiert.

Noch später

Bei noch weiter gefestigter Vertrauensbasis erfolgt auch die Auseinandersetzung mit den Rollenvorgaben. Die Therapeutin spielt nicht mehr nur mit. Sie wird herausfordernder, erfragt jetzt die Gedanken, aus denen heraus Klaus seine Stütze schreibt.

Klaus: „*Sie sind ein Schwein.*“

T.: „*Ich bin ein also Schwein. Warum muss ich ein Schwein oder sonst ein Mistvieh sein, wenn du dich ärgerst?*“

4.4 Skills zur Stressbewältigung

Typisch ist für Borderline-Betroffene eine extrem niedrige Reizschwelle, ein rasches Hochfahren auf ein sehr hohes Erregungsniveau und ein nur langsames Abklingen (Sendera & Sendera, 2005). Dadurch entwickeln sich oft unerträgliche Spannungszustände, die häufig mit dissoziativen Zuständen einhergehen. Spannungszustände und dissoziative Phänomene sind massiv bedrohlich und kaum aushaltbar. Selbstverletzendes Verhalten oder Drogenkonsum werden eingesetzt, um den inneren Druck auszugleichen, es wird ein kurzes Glücksgefühl verspürt, das aber schnell abebbt und wieder zu Verzweiflung

und innerer Leere führt (Wiegmann, 2012). Die Folge sind Schuldgefühle und massive Scham, was wiederum nicht ausgehalten werden kann. Aus der Haltung anteilnehmenden Interesses und fürsorglichen Bemühens heraus sind konkrete Anweisungen und Übungen zum Umgang mit Stress für die Betroffenen deshalb wichtig. Es geht um eine gemeinsame Entwicklung von Fertigkeiten (Skills), die hilfreich sein könnten, den Stress zu reduzieren. Linehan (1993) definiert Skills „als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen“ (Bohus & Wolf, 2009, S. 2). Im Alltag benützt man sie, ohne sich dessen bewusst zu sein. Jugendliche mit einer Borderline-Störung haben die Tendenz, auf diese Fertigkeiten zu verzichten oder dysfunktionale Reaktionsmuster zu entwickeln.

Zur Kontrolle hoher Erregung und von Dissoziationsneigungen kann der „Notfallkoffer“ dienen. Dieser enthält erprobte Mittel, mit denen man sich starke, aber unschädliche Reize setzen kann. Beispiele für Utensilien im Koffer sind z. B. saure oder scharfe Bonbons, Pfefferminz- oder Chiliöl, harte Bürsten, Kieselsteine, die man bei Bedarf in die Schuhe legt, Gummibänder für das Handgelenk zum Schnippen, Coolpacks (Schwaighofer, 2012). Zur Distanzierung und Selbstberuhigung sind auch Übungen zum bewussten Lenken der Aufmerksamkeit hilfreich. Es kann geübt werden, die Aufmerksamkeit bei Angst und Anspannung bewusst auf neutrale Reize in der Umgebung zu richten, die Situation von außen zu betrachten, bei quälenden Gedanken innerlich laut „Stopp“ zu sagen. Ebenso sind Instruktionen zur Atemtechnik sinnvoll. Viele dieser Skills sind auch hilfreich beim Umgang mit traumatischen Erinnerungen. Die hohe Korrelation zwischen Borderline-Störung und posttraumatischer Belastungsstörung ist zu berücksichtigen. Das Imaginieren oder spielerische Erschaffen eines sicheren Ortes für die Betroffenen, eines Tresors für die belastenden Erinnerungen oder andere Bilder können helfen, das erlebte Grauen etwas besser in den Griff zu bekommen (Weinberg, 2005; Hüsson, 2009). Die Idee, dass Gefühle und Verhalten kontrolliert werden können, muss bei den betroffenen Jugendlichen meist erst reifen. Die Bereitschaft zu lernen und für sich selbst Verantwortung zu übernehmen schwankt, womit in der Therapie verständnisvoll umgegangen werden sollte.

4.5 Einsetzen kreativer und darstellender Methoden, Biografiearbeit

In der mittleren Therapiephase können auch Aufgabenstellungen zur Identitätsfindung angeboten werden, die schreibend, zeichnend oder gestaltend zu bearbeiten sind. Beispiele finden sich u. a. bei Weinberger und Papastefanou (2008) und

Rust (2009). Die Auseinandersetzung mit der Biografie, der gegenwärtigen sozialen Situation, den eigenen Interessen und Zielen kann dabei in portionierter und strukturierter Weise angegangen werden. Es können individuelle Formen der Darstellung gewählt werden, durch die das persönliche Erleben ausgedrückt wird. Bedeutsam sind die freilassende und gleichzeitig interessierte und stützende Begleitung durch den Therapeuten. Auftauchende Gefühle und Gedanken werden gemeinsam bewegt mit dem Ziel, affektives und kognitives Verstehen zu fördern, zu integrieren und den eigenen Standpunkt der jungen Klienten zu festigen.

4.6 Märchenarbeit

Märchen greifen allgemein menschliche Entwicklungsthemen auf. Sie bieten Bilder für Entwicklungsschwierigkeiten und traumatische Erfahrungen an und wirken durch die ausdrückliche Distanz zur Alltagsrealität dabei jedoch nicht bedrängend. Das Malen und Zeichnen zu Märchenthematen kann ebenfalls in der mittleren Therapiephase angeboten werden, um Identifikationsmöglichkeiten anzubieten, auch für unsagbare Erlebnisse. Personenzentrierte Arbeit mit Märchen verzichtet ausdrücklich auf Deutungen. Die gemeinsame Beschäftigung mit den Märchenfiguren und das aktuelle Erleben stehen im Fokus. Therapeutisch wertvolle Märchen für früh traumatisierte Menschen stellt z. B. Hadorn (2006) vor.

4.7 Gemeinsame Erlebnisse

Gemeinsam durchgeführte Aktivitäten auf Wunsch der Klienten (z. B. das Hören eines Musikstückes, das Ansehen eines Films, ein gemeinsamer Spaziergang) und das Sprechen über die damit verbundenen Erlebnisse vertieft die Beziehung, indem sich die Klienten ernst genommen fühlen und merken, dass sich der Therapeut für ihre Interessen und die damit verbundenen Gefühle interessiert. Das Aufnehmen und Spiegeln der gezeigten Affekte und der Austausch über Gefühle und Gedanken in Bezug auf die Welt ermöglicht das Erleben von primärer und sekundärer Intersubjektivität (Trevarten, 1979; Stern, 2007). Weinberger und Papastefanou (2008) geben Beispiele, wie kreative Methoden und gemeinsam durchgeführte Aktivitäten bei Jugendlichen zu einer stärkeren Erlebniszentrierung und damit zu einer Förderung der Selbstexploration und Selbstempathie führen können. Wesentlich ist hierbei auf die Grenzen der Jugendlichen, aber auch auf die eigenen Grenzen als Therapeut zu achten. Ein sehr sensibler Bereich ist vor allem der Umgang mit körperlicher Nähe. Hier ist es vor allem am Therapeuten, Halt und Grenzen zu bieten, aber auch Verständnis für den Wunsch nach Nähe zu signalisieren (Hammer, 2011).

5. Handlungsleitlinien

5.1 Therapieeingangsphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Bereitschaft zum Halten der Beziehung (Containing) auch bei Schwierigkeiten	Ermöglichung von variablem Setting, das sich so weit wie möglich an Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen des Klienten anpasst	Verdeutlichen, dass man den Jugendlichen und seine Schwierigkeiten wichtig nimmt, Verbindung von Strukturgebung und Elastizität vor allem in Bezug auf Setting
Ermöglichen von Vorhersehbarkeit und Sicherheit	Orientierung geben, Stellung beziehen, klares Setting verabreden	Kontrakt schließen, rechtzeitiges Ansprechen von Urlauben usw. Aufgreifen der dadurch ausgelösten Gefühle und Gedanken
Partnerschaftlichkeit	Einflussnahme ermöglichen (Partizipation), Erhöhung der Selbststeuerung, Verbesserung des Realitätsbezugs	Gemeinsame Planung des Settings, Umgang mit möglichen Krisensituationen besprechen (Selbst- und Fremdgefährdung, Telefonate, Mails, ...), Abstimmung über Bewältigungsmöglichkeiten
Akzeptanz und einführendes Verstehen für ambivalente bzw. negative Einstellung zur Therapie und damit auch zur Person des Therapeuten, Verständnis für provokatives, manipulatives Verhalten als Angst vor Nähe und Angst, verlassen zu werden	Akzeptierendes Auffangen und Umgehen mit Angriffen, Drohungen und Widersprüchen. Explorieren von Gedanken und Gefühlen im interaktiven Prozess	Annehmen unreflektierter Aussagen und Zuschreibungen als Einladung zum Rollenspiel. Spielerisches Explorieren, um emotionalen Hintergrund verstehen und erfahrbar zu machen. Echtes Interesse am Erleben des Gegenübers zeigen und sprachlich ausdrücken
Authentisch umgehen mit eigenen Belastbarkeitsgrenzen	Trennung von Wertschätzung der Person des Klienten und Billigung seiner Verhaltensweisen, die oft gegen sich und/oder andere destruktiv sind	Grenzen kurz und klar markieren ohne Moralisieren („Autsch“, „Stopp“). Gefühle und Bedürfnisse („Sicherheit, Respekt“) ansprechen. Eigenen Wunsch als Bitte aussprechen
Ermutigen	Wecken von Hoffnung und Aufbau von Veränderungs- und Therapiemotivation	Gemeinsames Erarbeiten von möglichen Zielen
Steuerung von Nähe und Distanz und Sensibilität im Umgang mit körperlichen Berührungen	Jugendlicher bestimmt, wie viel an Nähe und Distanz er braucht	Nähe-Distanz-Übungen (z. B. mit Seil, wie viel Abstand brauche ich, um ein gutes Gefühl zu haben)
Schutz	Gestalten des Therapieraums zu einem „sicheren Ort“	Vermeidung von Reizen und Situationen, die mögliche Trigger darstellen, Hinweis auf Schweigepflicht
Fürsorglichkeit	Therapeut hilft, Angst und Stress zu bewältigen	Informationen zum Störungsbild geben, soziale Hilfen (Adressen), Anbieten von Tee, Decke bei Bedarf
Ertüchtigung, Selbstwirksamkeit	Skills lernen	Aufklärung und reflektierende Gespräche über traumaspezifische Phänomene und Vermittlung von Skills zum Umgang mit Traumareaktionen
Präsenz, Wachheit	Freude an Begegnung ausdrücken. Zu abwartende oder neutrale Haltung wird als Abwertung missverstanden	Freudige Erwartungshaltung, Neugier
Lebensbejahende Haltung, eigene Lebensphilosophie	Vorstellung vom Sinn des eigenen Lebens entwickelt haben	Toleranz, Güte, Achtsamkeit, und Humor zeigen, auch und gerade bei Schwierigkeiten und Prüfungen

5.2 Mittlere Therapiephase

Da die Beziehung weiterhin brüchig ist, ist es wichtig, die Prinzipien der 1. Phase während des gesamten Therapieverlaufs im Blick zu haben.

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Interesse am Geworden-Sein des Jugendlichen und Wertschätzung für seinen Weg und seine Bewältigungskompetenz	Festigung der Identität	Biographiearbeit, Einsatz verschiedener kreativer Methoden zur Darstellung des Erlebens, Validierung bezüglich des individuellen Entwicklungsweges. Anbieten von Verstehenshilfen für schwierige Erlebnisse durch Märchen
Authentizität und Transparenz bezüglich des eigenen Handelns als Therapeut	Aufbau bzw. Verbesserung von sozialer Kompetenz, Förderung von Mentalisierungsfähigkeit	Mehr Selbsteinbringung des Therapeuten auf der Basis gewachsenen Vertrauens, Zugeben von eigenen Beiträgen zu Missverständnissen in der Kommunikation
Konstanz und Gelassenheit des Therapeuten, Fürsorglichkeit	Stressreduktion, Aufbau von Vertrauen	Therapeut lässt auf verbaler und nonverbaler Ebene Zuversicht und Belastbarkeit erkennen und bietet Anleitung zu aktiver Entspannung und Achtsamkeitsübungen an
Strukturgebung und Grenzsetzungen, Selbsteinbringung	Erhöhung der Frustrationstoleranz, Verringerung des Agierens	Vereinbarung von größerer Verbindlichkeit bezüglich des Settings und in der Begegnung, persönliche und humorvolle Stellungnahme zu gemeinsam erlebten Interaktionen
Akzeptanz für „besondere“ Art der Beziehungsgestaltung	„Entidealisierung“, „Entdämonisierung“, Erhöhung der Flexibilität bezüglich Schwarz-Weiß-Denken, Erweiterung bezüglich verschiedener Wahrnehmungen und Hypothesenbildungen	Therapeut als Vorbild, dass jeder Mensch Stärken und Schwächen aufweist und dass es auch „Graustufen“ gibt, indem dieser Dinge von verschiedenen Seiten beleuchtet und Toleranz vorlebt.
Kongruenter Umgang mit Beziehungsfantasien	Differenzierung von beobachtbaren Tatsachen und innerer Bewertung, damit Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit	Unterstützung bei Selbst- und Fremdwahrnehmung, Explorieren von Gefühlen und Wahrnehmungen. Bedürftigkeit der Jugendlichen anerkennen und eigene Grenzen ansprechen
Authentizität, Selbstöffnung	Therapeut als Modell: Zeigen, was im Inneren eines Menschen zwischen Reiz und Reaktion vorgeht, Stärkung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	Innere Selbstgespräche laut werden lassen. Laut auch gemischte Gefühle und Zweifel mentalisieren
Sensibilität für und Einfühlung in die Heftigkeit der Gefühlswelt der betroffenen Jugendlichen, fürsorglicher Schutz	Milderung zerstörerischer Impulse, Verbesserung von Impulskontrolle, Modulation des Affekterlebens	Gemeinsames Erarbeiten von Maßnahmen, um heftige Gefühle kontrollieren zu können, z. B. Einrichtung von „Wuträumen“, Erarbeitung von Skills
Feinfühligkeit für Bedürfnisse der Jugendlichen	Möglichkeiten für gemeinsames Erleben schaffen	Aufgreifen von Interessen und Bedürfnissen der Jugendlichen: Gemeinsame Aktivitäten durchführen und über die damit verbundenen Erlebnisse sprechen
Wertschätzung für Person des Jugendlichen, Loyalität	Erhöhung der Selbstakzeptanz	Neugieriges Interesse an Stärken und Ressourcen der Jugendlichen

5.3 Therapieabschlussphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Die in den anderen Phasen beschriebene Grundhaltung wird aufrechterhalten	Neue Beziehungserfahrungen werden in den Alltag übernommen	Besprechung von Alltagssituationen und Förderung der Selbstreflexion in Gesprächen
Authentizität bezüglich der erreichten Entwicklungsschritte der Klienten	Bewusstsein wecken für Veränderungen	Bilanzieren, was wurde erreicht, was sind noch offene Themen
Empathie für Ängste, die durch ein Therapieende ausgelöst werden	Hilfestellung beim Sich-Lösen und Loslassen, internalisiertes Bild einer sicheren Beziehung bewahren	Besprechen von realen Beziehungen, die außerhalb der Therapie geknüpft wurden und die Halt und Schutz geben
Klarheit in Bezug auf Therapieende	Abschied muss lange vorbereitet werden, da wieder massive Trennungsangst aktiviert wird. Kein abruptes Ende, langsames Ausschleichen der Therapie mit Ermöglichung eines weiteren Kontakts bei Bedarf	Aktives Ansprechen des Therapieendes, Bearbeitung der dadurch ausgelösten Gefühle. Gespräche über Auswirkungen des Therapieendes auf den Alltag. Anbieten von „Übergangsobjekten“ als Möglichkeit der Wieder-Erinnerung an die Therapie

6. Arbeit mit Angehörigen

6.1 Therapieziele

Man muss hier unterscheiden zwischen Eltern, die Täter sind und bei denen es als Ziel der Therapie vor allem um Schutz des Jugendlichen geht, und Eltern, die als Partner bei der Persönlichkeitsentwicklung ihres Kindes miteinbezogen werden können. Bei Letzteren gilt wie bei allen Therapien mit Jugendlichen, dass sie nur situativ und im Beisein des Jugendlichen in die Therapie miteinbezogen werden sollen.

Mögliche Therapieziele im Umgang mit ihnen sind:

- Sie als Unterstützer des Arbeitsbündnisses für die Therapie mit dem Jugendlichen gewinnen
- Erwecken von Verständnis für die Probleme ihres Kindes durch Informationen über das Störungsbild
- Akzeptieren der Diagnose und der dysfunktionalen Verhaltensweisen ihres Kindes
- Eigenen Anteil bei Interaktionen reflektieren
- Erkennen von Fallen, z. B., dass sie in der Interaktion dieselbe Rolle einnehmen, die sie selbst als Kind hatten
- Erkennen der möglichen eigenen Verwicklung in der Beziehung zum Jugendlichen und Heraustreten aus der Opferrolle
- Achtsamer Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen
- Lernen von Grenzsetzungen, sich vor Grenzüberschreitungen schützen
- Erhöhung der Konfliktfähigkeit in schwierigen Auseinandersetzungen mit dem Jugendlichen
- Erlernen von Strategien zur Deeskalation

- Erhöhung der Selbstwirksamkeit, indem eigene Ressourcen und Grenzen der Eltern im Umgang mit Anforderungen und Krisen reflektiert werden
- Unterstützung der Eltern in konstruktiven Verhaltensweisen, vor allem in ihrer haltgebenden Funktion
- Stabilisierung der Persönlichkeit der Eltern, eventuell durch begleitende Therapieangebote

Aus diesen Zielen wird ersichtlich, wie verstrickt die Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen oft sein kann und wie wichtig es ist, die Familie als Gesamtheit zu sehen, um es den betroffenen Jugendlichen zu ermöglichen, nicht nur in der Therapie, sondern auch im Umfeld andere, positive Beziehungserfahrungen zu machen.

6.2 Zusammenarbeit mit Bezugspersonen

Auch bei von Borderline-Störung betroffenen Jugendlichen muss man von einer intensiven Bindung an die Eltern ausgehen. Es ist daher wichtig, diese miteinzubeziehen (Schmeck & Schlüter, 2009), auch wenn das System noch so dysfunktional erscheint. Studien zeigen, dass es bei der Therapie mit Jugendlichen mit einer Borderline-Störung verglichen mit anderen Störungsbildern höhere Abbruchraten gibt (Schmid & Libal, 2010). Gelingt es, das soziale Umfeld miteinzubeziehen und ist damit eine höhere Motivation und Verbindlichkeit für die Therapie herstellbar, kann dies die Abbruchrate verringern. Es müssen jedoch klare Rahmenbedingungen für die begleitenden Familiengespräche vereinbart werden. In der Therapieeingangsphase geht es vor allem um das Besprechen von Erwartungen

an die Behandlung und das Aufzeigen von Grenzen. Günstig ist es auch, mögliche Faktoren zu antizipieren, die zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch führen könnten. Der Therapeut sollte die Eltern auch schon auf kleine Veränderungen beim betroffenen Jugendlichen, bei ihnen selbst und im Familiensystem aufmerksam machen. Jugendliche, die an einer Borderline-Störung leiden, haben einen speziellen Behandlungsbedarf, deshalb dauert es oft lange, bis diese Veränderungen erkennbar sind. Von großer Bedeutung ist eine enge, gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Eltern und Therapeut.

Frühe Erfahrungen sind der Ausgangspunkt für die kindliche Entwicklung. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei Borderline um eine früh entstandene Beziehungsstörung. Dies wirft die Frage auf, ob die Bezugspersonen nicht ähnliche Interaktionsmuster aufweisen wie die betroffenen Jugendlichen. Nach Adam und Peters (2003) findet man jedoch ein breites Spektrum: Neben psychisch stabilen Eltern, die unter der Borderline-Störung ihrer Kinder leiden und sie nicht verstehen können, findet man auch Eltern, die selbst traumatisierende Erfahrungen durchgemacht haben, selbst von der Störung betroffen sind und mit den Anforderungen, die ihr Kind an sie stellt, überfordert sind.

Eltern von Jugendlichen mit einer Borderline-Störung sind sehr belastet. Sie fühlen sich verantwortlich und sorgen sich um ihre Kinder, die Symptome wie selbstverletzendes oder suizidales Verhalten zeigen. Sie müssen mitansehen, wie die Lebensgestaltung ihres Kindes misslingt und wie viel Leid damit verbunden ist. Daneben sind sie massiv mit eigenen Schuldfragen sowie Schuldzuweisungen und Vorwürfen aus dem Umfeld konfrontiert. Sie fühlen sich diskriminiert, schämen sich für das Verhalten ihres Kindes und können schnell in eine soziale Isolation geraten. Dies alles führt sie an ihre eigenen Grenzen, die bis zur Erschöpfung reichen, wobei sie dann aber ihrem Kind signalisieren, schuld an ihrem Unglück zu sein. Es sind massive emotionale Verstrickungen zwischen Eltern und Kind vorhanden, bei denen die Eltern oft in die Rolle von Marionetten geraten, an deren Schnüren das Kind zieht und damit die Kontrolle übernimmt.

Ähnlich wie Fröhlich-Gildhoff und Rose (2012) in ihren Handlungsleitlinien für die Arbeit mit Eltern von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens ausgeführt haben, gilt auch für die Eltern von Jugendlichen mit einer Borderline-Störung, dass sie in Bezug auf reale äußere und auf psychische, innere Faktoren oft schwerer zu erreichen sind als Eltern anderer Klienten. Die Beziehungsgestaltung zum Therapeuten ihres Kindes gestaltet sich oft schwierig. Angehörige übernehmen häufig das Gefühlschaos ihres Kindes und sind einem Wechselbad von Gefühlen wie Hilflosigkeit, Hass und Wut ausgesetzt. Diese Gefühle übertragen die Bezugspersonen auch auf die Helfer bzw. den Therapeuten ihres Kindes. Sie fühlen sich ähnlich

wie der betroffene Jugendliche miss- bzw. unverstanden. Sie erwarten vom Therapeuten zunächst Wunderdinge, was aber schnell kippt, wenn diese nicht eintreten. Dies entsteht aus ihrem Gefühl, selbst nie etwas richtig gemacht zu haben. Der Druck wird nach außen verlagert, und damit fühlen sie sich entlastet. Für den Fortbestand der Therapie mit dem betroffenen Jugendlichen ist dies aber eine große Belastung, denn es führt oft dazu, dass die Eltern die Therapie boykottieren oder ihr Kind aus dem Therapiesetting herausnehmen. Sie können auch ähnlich wie ihre Kinder dazu neigen, übergriffig zu werden in Form ständiger Telefonate, aber auch von Drohungen und Angriffen. Idealisierungen und Entwertungen können ähnlich wie bei ihren Kindern ständig wechseln. Wesentlich ist, dass der Therapeut gelassen damit umgeht, sehr klar Grenzen setzt, sich auch nicht in die Spaltungen hineinziehen lässt und so den Fortbestand der Therapie sichert.

Therapeuten identifizieren sich oft mit ihren Klienten und deren negativen Gefühlen den Eltern gegenüber, wobei damit übersehen wird, dass die Eltern ebenfalls Betroffene sind und Unterstützung vor allem in ihrer erzieherischen Kompetenz benötigen (Adam & Peters, 2003). Im Zusammensein mit den betroffenen Jugendlichen gibt es immer wieder krisenhafte Situationen. Wenn das Verständnis der Eltern für die Schwierigkeiten, aber auch Ressourcen ihres Kindes und für die Rolle, die sie als Eltern dabei spielen, erhöht wird, hilft dies, mit den Krisen in konstruktiverer Weise umzugehen.

Ziele in der Zusammenarbeit mit den Eltern sind, wie in 6.1 erwähnt, der Aufbau deren Identität als Eltern, das Sich-Lösen aus dem Verwobensein mit ihren Kindern, das Wiederherstellen von Authentizität und das Lernen von Grenzsetzungen. Wenn dies mittels Elternberatung bzw. begleitender Therapie der Eltern gelingt, können diese ihrem Kind Stütze und Halt, Orientierung und Klarheit bieten (Fragner, 2008). Aufgrund der eigenen hohen Sensibilität erspüren die betroffenen Jugendlichen eine Änderung der inneren Haltung ihrer Eltern und können sich so möglicherweise leichter aus Verstrickungen lösen. Elterngespräche sollen jedoch nur in Absprache mit dem Jugendlichen und möglichst in seinem Beisein erfolgen. Häufigkeit und Inhalt der Elterngespräche werden mit dem Jugendlichen gemeinsam festgelegt.

6.3 Zusammenarbeit mit diversen Helfersystemen

Viele Jugendliche mit Borderline-Störungen kommen aus Elternhäusern, in denen sie kumulierter körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgeliefert waren, weshalb eine Herausnahme aus der Familie durch das Jugendamt und eine Fremdunterbringung erfolgte. In diesen Fällen gilt es, mit dem Helfersystem zu arbeiten, das durch die Symptomatik der Jugendlichen unter massiven Belastungen stehen kann. Die Fachkräfte, die

mit diesen Kindern konfrontiert sind, benötigen ebenfalls Beratung und Unterstützung, um die Problemlage des Jugendlichen besser verstehen zu können und ihre Handlungsstrategien dementsprechend zu gestalten. Wesentlich ist dabei aber größtmögliche Transparenz, niemals sollte ohne Einwilligung des Jugendlichen eine Kontaktaufnahme erfolgen, bzw. es ist vorzuziehen, Gespräche im Beisein des Jugendlichen zu führen. Nur wenn eine gute Kooperation zwischen Betreuungspersonen in Institutionen, Eltern und Therapeuten gelingt, ist eine Therapie mit den betroffenen Jugendlichen möglich.

Störungsspezifisches Wissen über Umgang mit Borderline-Betroffenen hilft sowohl Fachleuten als auch Bezugspersonen in der Begegnung mit diesen, nicht in diverse Beziehungsfallen zu tappen, deren Not zu verstehen und wertschätzend und authentisch mit ihnen umzugehen.

7. Schlusswort

Die Grundvoraussetzung für jegliche Art von Veränderung bei Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die haltende Beziehung in der Therapie. Durch das Gewinnen neuer Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten kann es zum Nachreifen von Persönlichkeitsanteilen kommen.

Zum Abschluss soll hier eine junge Frau zu Wort kommen. Sie beschreibt das für Borderline-Betroffene Lebensgefühl in nur wenigen, aber deutlichen Worten:

Es gibt zwei Fenster,
zwei Fenster zum Blick
in die Außenwelt

da draußen ist
Luft, bewegte Luft,
Lüftchen bis Wind.

da draußen ist
Frühling, Sommer, Herbst, Winter,
und manchmal ist dann wieder Frühling

da draußen sind Menschen,
darunter ein guter Freund.
Ab und zu ist der Freund auch
herinnen, dann sind wir beide ...

es gibt zwei Fenster,
zwei Fenster, sie lassen
sich nicht öffnen.

(My Riam, 2006)

Literatur

- Adam, A. & Peters, M. (2003). *Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of a reciprocal responsiveness to signals. In P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). London: Cambridge University Press.
- Arntz, A. & Van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Becker, K., Abraham, A., Kindler, J., Helmeke, C. & Braun, K., (2007). Exposure to Neonatal Separation Stress alters Exploratory Behavior and Corticotropin Releasing Factor (CRF) Expression in Neurons in the Amygdala and Hippocampus. *Developmental Neurobiology*, 67, 617–629.
- Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T., Modi, N. & Glover, Y. (2007). Maternal Stress During Pregnancy Predicts Cognitive Ability and Fearfulness in Infancy. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (11), 1454–1463.
- Behr, M., (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E. M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 73–92). Heidelberg: Springer.
- Böhme, R., Fleischhaker, Ch., Mayer-Bruns, F. & Schulz, E. (2001). *Arbeitsbuch Dialektisch – Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)*. Freiburg: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten im Set*. Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M. & Lieb, K. (2016) Borderline-Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6). In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen, STATE OF THE ART* (11. Auflage) (S. 367–379). München: Urban & Fischer.
- Bolm, Th., (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Brandt, C. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. *Person*, 1, 5–13.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hrsg.) (2009). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. S2 Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen*, Band 1. Berlin: Steinkopff –Springer.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Derom, C., Thiery, E., Grimmer, M., Martin, N. G. & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of Borderline Personality Features is similar across Three Countries. *Psychological Medicine*, 38, 1219–1229.
- Distel, M. A., Carlier, A., Middeldorp, C. M., Derom, C. A., Lubke, G. H., & Boomsma, D. I. (2011). Borderline Personality Traits and Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: A genetic Analysis of Comorbidity. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuro-psychiatric Genetics*, 156B, 817–825.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior: Checklist von Th. M. Achenbach, Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL/6–18R, Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6–18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R)*. Göttingen: Hogrefe.

- Dornes, M. (2004). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (11. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Eckert, J. (2014). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*, 237–246. Wien: Springer.
- Everett, C., Halparin, S., Volgy, S. & Wissler, A. (1989). *Treating the Borderline Family*. Northvale New Jersey: Allyn and Bacon.
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. (1. Auflage). (Original: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders – DSM 5 (2014)). Göttingen: Hogrefe.
- Fleischhaker, Ch. & Schulz, E. (2010). *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Foelsch, P.A., Odom, A.E., Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. & Kernberg, O.F. (2008) Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion: Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *Persönlichkeitsstörungen*, Vol. 12, 153–162.
- Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Arena, H.T., Borzutzky H.A. & Schmeck, K. (2013). *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT)-Ein integratives Therapiekonzept*. Berlin: Springer.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M. & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorders symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry* 43, 369–377.
- Fragner, B. (2008). *Liebe zwischen Schwarz und Weiß – Persönlichkeitsstörungen*. Wien: HPE-Österreich, Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hanne, K. (1996). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1 (2. Auflage), 297–321. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 1, 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C. & Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007–1030.
- Gahleitner, S., Hahn, G. & Gemser, R. (2012). *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit* 5. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Hammer, A. (2010). „Gibt es Dich noch?“ Beziehungsaufbau in der Therapie mit emotional instabilen Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.): *Die Erlebnis und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S.107–128). Norderstedt: Books on Demand.
- Hadorn, H. (2006). *Früh verletzte Seelen – Wie Märchen Halt geben*. Düsseldorf: Patmos.
- Hüsön, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 243–264). Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G (2005). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hufnagel, G. & Fröhlich – Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1 (2. Auflage) (35–79). Göttingen: Hogrefe.
- Hughes, A.E., Crowell, S.E., Uyeji, I., & Coan, J.A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 40 (1), 21–33.
- Kernberg, O.F. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45–56). Stuttgart: Schattauer.
- MyRiam (2006). *Gestalten einer Veranstaltung*. Wien: Eigenverlag.
- Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg.) (1999). *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Reinhardt.
- Philipsen, A., Limberger, M.F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Roemer, U., Barth, J., Schmahl, C. & Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 192. 118–123.
- Philipsen, A. (2013). Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Implikationen für die Behandlung., *CIP-Medien*, 18, (1), 151–159. München: CIP-Medien.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. & Truax, C.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C.R. (1989). *On becoming a person*. Dt. (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rust, H. (2009). Zeichnen mit Jugendlichen und darüber reden. Selbstkonzept und Lebensplanung in personenzentrierten Entwicklungsgesprächen mit lern- und geistigbehinderten jungen Menschen. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S.153–173). Göttingen: Hogrefe.
- Salbach-Andrae, H., Bürger, A., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Fydrich, T. & Lemkuhl, U. (2015). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter nach SKID II, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 117–125. Göttingen: Hogrefe.
- Schwaighofer, S. (2012). *Das Leben in Schwarz/Weiss. Die Borderline-Störung in der Adoleszenz*. Salzburg: Unveröffentlichte Abschlussarbeit der Sonderausbildung für Kinder- und Jugendpflege.
- Spiel, W. & Spiel, G. (1987). Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. In W. Spiel & G. Spiel (Hrsg.), *Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie* (S. 261–277). München: Reinhardt.
- Stern, D. (1992). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic. (Dt. Die Lebenserfahrung des Säuglings). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2000). *Mutter und Kind – Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (9. erweiterte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Schmid, M. & Libal, G. (2010). Zur familientherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die unter einer Borderlinepersönlichkeitsstörung leiden. *Kontext*, 41, 1, 12–43.
- Streck-Fischer, A. & Freyberger, H.J. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J.M. Fegert, A. Streck-Fischer & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Kompendium Adoleszenzpsychiatrie* (S. 254–269). Stuttgart: Schattauer.
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag

- Taubner, S. & Volkert, J. (2017). *Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trevarthen, C. B. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* (pp 321–348). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberger, S. (2008). Kreative Methoden in der Arbeit mit Jugendlichen. In S. Weinberger & C. Papastefanou (Hrsg.), *Wege durchs Labyrinth – Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen* (S.107–136). Weinheim und München: Juventa.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89–101.