

Annette Jessinghaus

# Personzentrierte Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

## Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Ambulanz

**Zusammenfassung:** Die Arbeit zeichnet den Prozess einer Therapiestunde in der personenzentrierten Behandlung einer Klientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach. Anhand der Fallskizze werden das störungsbezogene Vorgehen sowie das konkrete Beziehungsangebot in der therapeutischen Begegnung veranschaulicht. Die konkreten Interventionen der Autorin werden im Hinblick auf die Verwirklichung eines optimalen Beziehungsangebotes sowie den Therapieerfolg diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Kasuistik, störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, therapeutisches Beziehungsangebot

**Abstract:** **Person-centered therapy of persons with a borderline personality disorder. A case presentation from a psychiatric outpatient clinic.** The author describes the process of one therapy session in a person-centered therapy with a client diagnosed with a borderline personality disorder. The disorder specific therapy process and the offered therapeutic relationship are demonstrated in the case history. The author's concrete interventions are discussed in regard of the realization of an optimized relationship and the outcome of the therapy.

**Key words:** Case-presentation, disorder specific person-centred therapy, borderline personality disorder, therapeutic relationship

## 1. Problemstellung und Therapietherorie

### 1.1. Problemstellung

Die Behandlung von Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen stellt aufgrund der krankheitsimmanenten Suizidalität und Selbstverletzungen, häufiger Therapieabbrüche sowie der Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung hohe Ansprüche an uns Psychotherapeuten. Psychotherapie-schulenübergreifend besteht mittlerweile Konsens, dass ein anerkennendes, akzeptierendes Beziehungsangebot sowie eine aktive therapeutische Haltung für die Behandlung essentiell sind. In Abgrenzung zu anderen, ebenfalls empirisch wirksamen Psychotherapieverfahren (der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan, 1991; der übertragungsfokussierten Psychotherapie der Kernberg-Gruppe, 1999; der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf, 2004 oder der „Mentalisierungsbasierten Therapie“ von Bateman und Fonagy, 2004, um die wichtigsten Beispiele zu nennen) sollten neben den personenzentrierten Grundhaltungen auch die Besonderheiten des personenzentrierten Vorgehens beschrieben werden. Üblicherweise

werden Falldarstellungen im Personenzentrierten Ansatz als Prozessanalyse dargestellt mit detaillierter Beschreibung des Therapieprozesses und Veranschaulichung der konkreten Interventionen anhand kürzerer Gesprächsausschnitte. Solche Kasuistiken mit Interventionsbeispielen finden sich auch für die Behandlung von Borderline-Patienten (Finke, 2004; Finke & Teusch, 2001). Hierbei beschränken sich die Beispiele allerdings auf die Konkretisierung einzelner Therapeuteninterventionen oder kürzerer Gesprächsausschnitte.

Im Kontrast zu diesem üblichen Vorgehen habe ich mich in der vorliegenden Arbeit auf die Beschreibung einer einzigen Therapiestunde konzentriert. Mit der Darstellung eines längeren Gesprächsausschnittes möchte ich die Entwicklung von Therapiethemen und den Prozess der therapeutischen Beziehung in einer einzigen Sitzung aufzeigen. Ziel meiner Arbeit ist es, einen Einblick in das konkrete Vorgehen und die therapeutische Begegnung zu geben und diese im Hinblick auf das verwirklichte Beziehungsangebot und den Therapieprozess kritisch zu diskutieren. Veranschaulicht wird dies anhand einer Falldarstellung einer schwer erkrankten Klientin, die ich über mehrere Jahre ambulant behandelt habe.

## 1.2. Störungstheoretische Überlegungen

Schon 1961 beschrieb Rogers sehr treffend Klienten mit schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in den Funktionsbereichen der Selbstwahrnehmung, der Situationserfahrung sowie der Beziehungsgestaltung und Kommunikation. Die grobe, pauschale Gefühlswahrnehmung, Selbsthass und Selbstentfremdung, die mangelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion, Gefühle der Selbstunwirksamkeit, Projektion und Beziehungstests sind Kriterien, mit denen wir auch heute eine Borderline-Persönlichkeitsstörung beschreiben würden. Die mangelnde Fähigkeit der Patienten, destruktive und positive Empfindungen gegenüber einer Person zu integrieren, weil die aggressiven Anteile zu stark sind, führt auch in der therapeutischen Beziehung oft zunächst zu überhöhter Idealisierung. Die unvermeidliche Enttäuschung der überzogenen Beziehungserwartungen an den Therapeuten schlägt dann in Hass und Entwertung um und hat oft genug einen Beziehungsabbruch zur Folge.

Das Selbstkonzept der betroffenen Patienten ist diffus, chaotisch und instabil. Einige Gesprächspsychotherapeuten gehen davon aus, dass eine Störung der Selbstkonzeptentwicklung in erster Linie für die Entstehung der Erkrankung ursächlich ist (Eckert & Biermann-Ratjen, 2007). Sie nehmen an, dass Borderline-Patienten zwar emotionale Erfahrungen in der frühen Interaktion mit Bezugspersonen in ein erstes Selbstkonzept integrieren, dass sie dann aber in einer zweiten Phase ihre subjektiven Selbsterfahrungen zu selten mit einer wichtigen Person teilen konnten. In der Folge erleben die Patienten dann besonders häufig Inkongruenz – d. h. sie machen Erfahrungen, die nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbar sind und daher als Bedrohung erlebt werden.

Die bei Borderline-Patienten zu beobachtenden Störungen der psychischen Funktionen wie die verminderte Fähigkeit zur präzisen Wahrnehmung bzw. Symbolisierung der eigenen Emotionen, der Mangel an Selbstkontakt und die Inkohärenz des Selbstkonzeptes, die Störung der Fremdwahrnehmung und der Empathiefähigkeit sind sicherlich nicht allein durch das personenzentrierte Inkongruenzmodell zu erklären. Speierer (1994) beschreibt die reduzierte Fähigkeit, die Auswirkung von Emotionen auf das Erleben und Verhalten zu bewältigen, d. h. zu begrenzen und zu kontrollieren, als „verminderte Inkongruenztoleranz“.

Zwillingsstudien haben für die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen gezeigt, dass genetische Einflüsse bei der Entstehung des Störungsbildes eine große Rolle spielen (Übersicht: Maier et al., 2000). Daneben sind auch psychosoziale Risikofaktoren (weibliches Geschlecht, frühe Erfahrung von sexueller oder körperlicher Gewalt, Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen sowie Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter) für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung empirisch gesichert (Zanarini et al., 1997). Auch das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit bietet, die sich in die Wahrnehmung der Betroffenen

einfühlt und deren Emotionen teilt, scheint von Bedeutung zu sein (Heffernan et al., 2000).

Finke (2004) geht davon aus, dass sowohl biologische als auch lebensgeschichtlich erworbene Faktoren zu einer Schädigung der gesamtorganismischen Tendenz führen. Der fehlende Zugang zum eigenen organismischen Erleben ist demnach im Sinne einer Erstarrung wie auch einer Desorganisation zu verstehen, eben nicht nur als inkongruenzbedingte Blockade, wie wir es bei „neurotischen“ Störungen beobachten.

## 1.3. Therapeutische Folgerungen

Aus der oben beschriebenen Schädigung der organismischen Tendenz resultiert ein Mangel an emotional-intentionalen Fertigkeiten mit einem hohen subjektiven Leidensdruck, der an uns personenzentrierte Therapeuten besondere Anforderungen stellt. So scheint das klassische personenzentrierte Vorgehen mit vorwiegenden Interventionen aus der Alter-Ego-Position nicht sinnvoll, da es den Klienten konsequent auf sich selbst zurückverweist, was aufgrund der Verunsicherung des Identitätserlebens und Störung der Selbst- und Fremdwahrnehmung irritierend wirkt (Swildens, 1991). Aufgrund des oben beschriebenen Abwehrmechanismus der Spaltung ist der Therapeut daher häufig schon in einer frühen Therapiephase aufgefordert, durch Beziehungsklären die Beziehungserwartungen und –wünsche des Patienten aufzugreifen, aber auch seine eigenen Grenzen in akzeptierender und wertschätzender Weise deutlich zu machen. Neben den wichtigen und notwendigen Interventionen des einführenden Verstehens ist das Therapieangebot der Dialogbeziehung von großer Bedeutung (Finke, 2004). Der Therapeut soll als der bedeutsame Andere real zugegen sein und eine Begegnung „von Person zu Person“ ermöglichen (Rogers, 1977). Dies bedeutet, dass der Therapeut sich mit seinen persönlichen Einstellungen und Emotionen transparent macht, sich als Person ansprechen lässt und zum greifbaren Gegenüber wird. Ergänzend zu den Interventionen aus der Alter-Ego-Position wird der Therapeut also seine eigene Sichtweise verdeutlichen, zum Verhalten des Patienten Stellung nehmen ohne zu entwerten, die bisherige Anpassungsleistung des Klienten positiv wertschätzen, sich solidarisieren und ermutigen, Anteilnahme bekunden, durch Information aufklären und beruhigen, aktiv bei der Problemlösung unterstützen, Ratschläge geben sowie die eigene emotionale Resonanz mitteilen (Finke, 2004). Therapie bedeutet also gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten nicht nur „dem Klienten zu folgen, ihm zur Seite zu stehen und, Hand in Hand, in dieselbe Richtung zu schauen und sich in dieselbe Richtung zu bewegen, sondern auch, ihn anzublicken und ihm ins Gesicht zu schauen, ‚von Angesicht zu Angesicht (face to face)‘“ (Schmid, 2008, S. 25).

## 2. Falldarstellung

### 2.1. Symptomanamnese

Frau C., eine knapp vierzig Jahre alte Einzelhandelskauffrau, kommt nach mehrmonatigem stationärem Aufenthalt zur weiterführenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu mir in die Institutsambulanz einer psychiatrischen Krankenhausabteilung.

Die Patientin berichtet, dass sie seit über 15 Jahren in den Abendstunden zum Supermarkt gehe, um große Mengen an Lebensmitteln zu kaufen, die sie anschließend wahllos in sich hineinstopfe. Danach erbreche sie alles. Sie fühle sich dann schlecht, jedoch auch auf eine gewisse Weise erleichtert und zufrieden. Den ganzen Tag sei sie zwangsartig mit dem Essen beschäftigt, zähle die Kalorien jeder Mahlzeit, eigentlich könne sie nur Salat bei sich behalten. Viele Jahre habe sie dies als Eigenart hingenommen, erst ein Bekannter habe sie darauf gebracht, dass es sich um eine Erkrankung handeln könnte.

Sie habe sich in den letzten Jahren sehr verändert. Sie lebe sehr zurückgezogen, habe kaum noch Interessen und verlasse selten die Wohnung, berichtet sie. Es falle ihr schwer, Kontakt zu Anderen aufzunehmen. Sie fühle sich innerlich schlecht, wolle dies jedoch nicht zeigen. Sie bemühe sich um eine lustige Fassade, obwohl sie sich innerlich oft wünsche, tot zu sein. Sie habe sich in der Vergangenheit häufiger oberflächlich am Unterarm geschnitten, um sich Entlastung zu verschaffen.

Wenn sie Alkohol trinke, vor allem Wein und Bier, gehe es ihr besser. Auch das Erbrechen trete dann in den Hintergrund. Früher sei sie gern rasant Auto gefahren, habe auf der Autobahn bei hoher Geschwindigkeit das Steuer losgelassen. Jetzt bekommt sie Panik, wenn sie im Dunkeln Autofahren muss. Auch längere Strecken und Autobahnfahrten vermeidet sie, wenn es möglich ist. Sie sei lustlos, könne sich zu Nichts aufraffen, schaffe den Haushalt kaum noch.

Bis vor 3 Jahren habe sie viel gearbeitet und sich kaum um ihre Gesundheit gekümmert. So habe sie einen Abszess an der rechten Gesäßhälfte lange ignoriert, bis sie kaum noch sitzen konnte. Schließlich musste sie operiert werden. Der Abszess verheilte aber nicht, weil sie immer wieder daran manipuliert hatte, sodass weitere acht Operationen folgten. Im Krankenhaus habe sie sich wohl gefühlt. Sie habe den strukturierten Alltag dort genossen, man sei nett zu ihr gewesen und sie habe sich um andere Patienten kümmern können. Außerdem habe sie erstmalig das Gefühl gehabt, dass ihr Vater sich für sie interessiere, da er ihr immer Lebensmittel vorbeibrachte.

Auf Anraten eines Bekannten begibt sich die Patientin schließlich vor 2 Jahren erstmals in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Es folgten mehrere, zum Teil mehrmonatige stationäre und teilstationäre Aufenthalte, während derer die psychotherapeutische Arbeit immer wieder durch suizidale Krisen,

Lügen und Nicht-Einhalten von Stationsregeln, massives bulimisches Verhalten (mit Erbrechen der Psychopharmakotherapie) oder Alkoholkonsum erschwert und unterbrochen wurde. Im Rahmen des ersten stationären Aufenthaltes kommt es zu dem bisher einzigen Suizidversuch durch Intoxikation mit niedrigpotenten Antipsychotika. Während der stationären Behandlungen erfolgte eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum (Fluoxetin) sowie verschiedener niedrig- und mittelpotenter Antipsychotika zur Unterstützung bei der Spannungsregulation mit insgesamt wenig bis mäßigem Erfolg.

Mit wenig spürbarer emotionaler Beteiligung gibt Frau C. an, sich ihrer Situation sehr zu schämen, sich als „Therapieversager“ zu fühlen. Während der stationären Behandlungen habe sie sich phasenweise besser gefühlt, aber das habe nach der Entlassung nie lange angehalten.

### 2.2. Biographische Anamnese

Frau C. wird als älteste von drei Töchtern geboren. Der Vater arbeitet als Ausbilder in einem Bergwerk, die Mutter ist Hausfrau. Die Kindheit verläuft in der Erinnerung der Patientin sehr nüchtern, körperliche Kontakte finden unter Familienmitgliedern kaum statt. Ihre Mutter beschreibt die Patientin als kühl und abweisend. Sie versorgt die Patientin wohl oberflächlich, zeigt aber kaum emotionale Regung und auch Zärtlichkeiten gibt es nicht. Ihren Vater empfindet die Patientin als sich selbst ähnlich. Er arbeitet viel und verdient recht gut. Daneben ist er oft impulsiv, neigt zu Wutausbrüchen und kommt nach der Arbeit meist betrunken nach Hause. Im Alkoholorausch wendet er sich seiner Tochter zu, was sie dann meist als ekelig und abstoßend empfindet. Manchmal belohnt er sie materiell für gute Leistungen in der Schule, ein anderes Mal fühlt sie sich durch Nichtbeachtung gestraft. Frau C. bringt keine Freunde zum Spielen mit nach Hause, weil sie sich für die Atmosphäre in der Familie so schämt. Sie verhält sich zu Hause sehr angepasst, vermeidet Konflikte indem sie häufig lügt.

Die Patientin wird frühzeitig mit knapp sechs Jahren eingeschult. Sie ist eine durchschnittliche Schülerin, beteiligt sich kaum am Unterricht und beschreibt sich als faul. In der Schule verhält sie sich unangepasst und frech, beleidigt Lehrer und gerät durch häufiges Lügen mit Mitschülern in Konflikte. Sie habe schon damals gemerkt, dass sie nicht in die Gesellschaft passe.

Nach dem Realschulabschluss absolviert sie eine Lehre zur Einzelhandelskauffrau. Danach arbeitet sie 10 Jahre als Dekorateurin. Sie schätzt diese Tätigkeit aufgrund der kreativen Anforderung und arbeitet viel, fühlt sich jedoch häufig innerlich leer und angespannt. In der Freizeit berauscht sie sich mit Alkohol, um sich besser aushalten zu können. Unter Alkoholeinfluss verspürt sie weniger Kontrollwünsche und kann Gefühle besser ausdrücken. Außerdem konsumiert sie Amphetamine, um aktiver und leistungsfähiger zu sein,

sowie sporadisch Ekstase. In der ersten längeren Partnerschaft kann sie sich wenig öffnen, sie bleibt hinter ihrer kühlen, frechen Fassade und kann ihre Wünsche nach Geborgenheit nicht zeigen. Als die Beziehung nach 4 Jahren in die Brüche geht, entwickelt die Patientin erstmals bulimisches Verhalten.

Des Alltags überdrüssig, reist sie nach einer betriebsbedingten Kündigung ein Jahr in der Welt herum. In dieser Zeit fühlt sie sich recht gut. Mit Anfang dreißig findet sie eine Anstellung als Kauffrau in einem Renovierungsbetrieb, wo sie sich innerhalb einiger Jahre zur Chefsekretärin hocharbeitet, sich aber schließlich total verausgibt. In diese Zeit fällt auch eine weitere mehrjährige Partnerschaft, in der sie sich wiederum kaum fallen lassen kann und sich in die Arbeit flüchtet. Nach der Trennung muss sie aufgrund des Gesäßabszesses ins Krankenhaus und beginnt, an sich selbst zu manipulieren. Die operativen Eingriffe sowie die nachfolgenden psychiatrischen Behandlungen führen schließlich zur dauerhaften Arbeitsunfähigkeit.

### **Aktuelle Situation**

Mittlerweile bezieht die Patientin eine Erwerbsminderungsrente. Nach den stationären Aufenthalten in der Psychiatrie beginnt sie eine neue Partnerschaft. Der Partner ist tolerant und akzeptierend in seiner Haltung und sie kann sich erstmalig etwas vertrauensvoller öffnen. Schließlich zieht sie mit ihm in eine gemeinsame Wohnung. Dort kommt es zu etlichen Beziehungskrisen, da sie die Nähe kaum erträgt, andererseits aber auch Geborgenheit sucht und sich geradezu abhängig fühlt von der Anwesenheit des Partners. Er toleriert ihren episodischen Alkoholkonsum, das bulimische Verhalten verheimlicht sie so gut es geht. Das Verhältnis zu den Eltern ist sehr oberflächlich. Sie pflegt sporadische Kontakte zu ihren Schwestern und ein bis zwei ehemaligen Mitpatientinnen, ansonsten lebt sie sehr zurückgezogen und verlässt kaum das Haus. Im Verlauf der Behandlung kann sie zu einer ambulanten Ergotherapie motiviert werden.

### **Fremdbilder und Selbstbild**

Den Vater beschreibt die Patientin als leistungsorientierten und trotz seines Alkoholkonsums erfolgreichen Angestellten. Materiell sorgt er gut für die Familie, aber seine Zuwendung zur Patientin ist durch den Alkoholkonsum wechselhaft und widersprüchlich. So sehnt sich die Patientin einerseits nach der Anerkennung und Nähe des Vaters, andererseits empfindet sie oft Ekel und Abscheu, wenn er betrunken ist und sich ihr annähert. Auch wenn sich der Vater in der Kindheit der Patientin gegenüber nicht missbräuchlich verhält, so erlebt sie seine Wutausbrüche und Impulsivität doch als bedrohlich. Gleichzeitig empfindet sie aufgrund der Ähnlichkeit zwischen ihr und dem Vater ein irritierendes Gefühl der Nähe.

Ihre Mutter erlebt die Patientin als kühl und „herzlos“ – neben einer oberflächlichen Versorgung kann sich die Mutter weder

emotional noch körperlich zuwenden. Ob dies durch eine depressive Erkrankung der Mutter bedingt ist, lässt sich nicht eindeutig klären, ist aber zu vermuten. Dafür spricht die Interaktion der Eltern untereinander, in der es trotz des massiven Alkoholkonsums und des impulsiven Verhaltens des Vaters zu keinen, für die Patientin wahrnehmbaren Streitigkeiten oder Auseinandersetzungen kommt. Die Klientin assoziiert ihr inneres Bild von der Mutter mit Gefühlen von Gleichgültigkeit, innerer Leere und Ablehnung.

Selbsterleben und Selbstbeurteilung der Klientin sind einem ständigen Wechsel unterworfen: so fühlt sich die Patientin einmal autonom, leistungsfähig und unabhängig, dann wieder kindlich, verletzlich und hilflos. Wünsche nach Zuwendung sind ebenso wie Ängste vor Nähe und vor Zurückweisung kaum im Selbstkonzept repräsentiert. Durch das daraus resultierende Verhalten (Lügen, Verheimlichen, intransparentes oder abweisendes Verhalten, Überidealisation) verstrickt sich die Patientin häufig in Konflikte mit Mitmenschen, mit denen sie in engerem Kontakt lebt.

## **2.3. Psychischer Befund und Inkongruenz- und Beziehungskonstellation**

### **Psychischer Befund**

Die Patientin ist trotz ihres vom Alkoholkonsum leicht gedunsenen Gesichtes attraktiv. Sie ist immer jugendlich und modisch gekleidet, im Auftreten forsch und etwas kumpelhaft. Ihr Gesicht und die langen Haare verbirgt sie oft unter einer jungenhaften Kappe. Die Körperhaltung ist betont lässig, wirkt aber trotzdem verkrampft und gezwungen; eine innere Anspannung und Unruhe ist zu spüren. Frau C. berichtet offen über ihre Probleme, häufig getrieben von einem starken Mitteilungsbedürfnis. Dabei wirkt sie emotional eher unbeteiligt und nüchtern, fast als berichte sie über eine fremde Person. Der formale Gedankengang ist phasenweise etwas ungeordnet und sprunghaft, subjektiv besteht eine starke Grübelneigung. Die Stimmung wechselt zwischen hoffnungslos, resigniert, beschämt, anklagend, optimistisch und läppisch. Der Antrieb ist reduziert, die Patientin lebt sehr zurückgezogen. Die Psychomotorik ist sehr angespannt und unruhig mit zeitweise stereotypem Verziehen des Mundes. Die Impulskontrolle ist stark reduziert (Bulimie, Alkoholkonsum). Neben Selbstverletzungen (sich kneifen, mit dem Kopf gegen die Wand schlagen) kommt es immer wieder zu lebensmüden Gedanken und Suizidimpulsen.

### **Inkongruenz- und Beziehungskonstellation**

Die Fähigkeit, eigene Gefühle zu symbolisieren und zu differenzieren, ist deutlich eingeschränkt. So hat die Patientin kaum Zugang zu ihrem organismischen Erleben, welches durch abrupt wechselnde Emotionen von Wut, Trennungsangst oder innerer Leere bestimmt ist. Ihr Selbstbild wirkt desorganisiert, wenig kohärent

und konturiert. Die Fähigkeit zur Emotionsregulation und Impulskontrolle ist erheblich eingeschränkt, resultierend in Bulimie, Alkohol- und Drogenkonsum, Selbstverletzungen und der Schwierigkeit, Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen.

Ihr Selbstkonzept ist von scheinbarer Autonomie, Unabhängigkeit und Kontrolle geprägt, während Wünsche nach Anerkennung und massive Verlassenheitsängste nur sehr verzerrt symbolisiert sind.

Diese basalen Funktionsstörungen im psychischen Erleben und Verhalten sehe ich in Anlehnung an Finke (2004) als Folge einer Störung des gesamtorganismischen Erlebens. Neben einer biologischen Vulnerabilität (zu vermutende konstitutionelle Störung der Emotionsregulation und Impulskontrolle, die auch beim Vater vorliegt) hat vermutlich auch das Fehlen einer empathischen Mutterbeziehung zu einer Schädigung der organismischen Tendenz geführt. Mit dieser daraus resultierenden verminderten „Inkongruenztoleranz“ (Speierer, 1994) ist die Patientin im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung mit der Integration widersprüchlicher Beziehungserfahrungen in ihr Selbstkonzept überfordert. Solche Widersprüche erlebt die Patientin insbesondere in der Beziehung zu ihrem Vater, wo die Suche nach Anerkennung und Geborgenheit in starkem Kontrast zu Ekel, Scham und Hilflosigkeit steht.

Starke organismische Wünsche nach uneingeschränkter Geborgenheit und Nähe, massive Ängste vor dem Verlassenwerden und ein Selbstkonzept von scheinbarer Autonomie stehen völlig unverbunden nebeneinander. Die dadurch bedingte massive Inkongruenz und Überflutung von Emotionen bewältigt die Patientin über viele Jahre, indem sie in einer beruflichen Pseudoautonomie lebt sowie Alkohol und Drogen konsumiert. Engere Bindungen vermeidet sie; wenn sie ihre Partner nicht mehr auf Distanz halten kann, kommt es zur Symptomverschlechterung (bulimisches Verhalten, verstärkter Alkohol- u. Drogenkonsum) und schließlich zur Trennung.

Erstaunlich und beachtenswert ist, dass die Patientin trotz der schweren Symptomatik über so viele Jahre „funktioniert“ und ihren Alltag bewältigt hat.

Auslöser der aktuellen Krise ist vermutlich zum einen das Wegbrechen eines wichtigen Stabilisierungsfaktors, der beruflichen Tätigkeit (durch völlige Verausgabung). Zum anderen entsteht eine massive Irritation, als der Vater (nach einer Alkoholentgiftung vor einigen Jahren und darauf folgender Abstinenz) im Krankenhaus Kontakt zur Patientin sucht. Dies bringt die bis dahin durch Abspaltung und Leugnung mäßig bewältigte Inkongruenzsituation wieder an den Rand der Gewährwerdung und löst eine Überflutung mit Emotionen aus, die letztendlich zur Verschlimmerung der Symptomatik und zur Vorstellung in der Psychiatrie führen.

## 2.4. Das therapeutische Vorgehen – Gesprächsausschnitt

Die Patientin befindet sich nunmehr seit 4 Jahren bei mir in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Sie

kommt alle 4 Wochen zum Gespräch, phasenweise auch etwas häufiger. Es gibt aber auch Zeiten, in denen sie selbst die monatlichen Termine nicht einhalten kann, vorwiegend dann, wenn der Alkoholkonsum zunimmt. An der Psychopharmakotherapie habe ich auf Wunsch der Patientin bisher kaum etwas geändert. Sie hält daran fest in der Überzeugung, eine gewisse Stütze dadurch zu erfahren, ist aber misstrauisch gegenüber jeglicher Änderung oder Neuerung. Seit über einem Jahr besucht sie erfreulicherweise mehr oder weniger regelmäßig eine ambulante Ergotherapie, wo sie auch Unterstützung in der konkreten Alltagsbewältigung erhält.

Beispielhaft schildere ich einen Ausschnitt aus einem therapeutischen Gespräch, das nach ca. 3 Jahren Behandlung stattfand. Die therapeutische Beziehung ist zu diesem Zeitpunkt schon gefestigt, was an der mitunter etwas flapsig wirkenden Kommunikation sowie der beiderseitigen Offenheit gegenüber Ironie und Humor zu erkennen ist. Bewusst habe ich das Gespräch weitgehend in Umgangssprache festgehalten, um mein konkretes Vorgehen so anschaulich wie möglich zu machen. Die nonverbale Kommunikation, der aufgrund der krankheitsimmanenten Störung von Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Therapie eine besondere Bedeutung zukommt, wird in der Schriftform erwartungsgemäß nicht ausreichend wiedergegeben. Um diesen Mangel etwas zu reduzieren, habe ich teilweise „Regieanweisungen“ eingefügt in der Hoffnung, dem Leser den Bedeutungskontext der gesprochenen Intervention näher zu bringen.

Die Auswahl der Therapiestunde erfolgte bewusst aus einem späteren Abschnitt der Behandlung, da sich hier die Besonderheiten des personzentrierten Vorgehens bei Patienten mit einer Borderline-Störung gut zeigen lassen. Trotz der schon angesprochenen Festigung der therapeutischen Beziehung ist die Therapiestunde immer noch durch rasche Wechsel von Idealisierung und versteckter Entwertung der Therapeutin durch die Patientin gekennzeichnet (allerdings in deutlich abgeschwächten Maß im Vergleich zum Beginn der Therapie). Im Unterschied zur Behandlung von weniger schwer erkrankten Klienten, bei denen mit Fortschreiten der Therapie der Selbstkontakt, der Zugang zum inneren Erleben und die Empathiefähigkeit der Klienten zunehmen, hat diese Patientin immer noch große Defizite in der Selbstwahrnehmung und Symbolisierungsfähigkeit, oberflächliche Affekte wechseln mit emotionaler Aufgewühltheit und innerer Leere ab. Andererseits ist die therapeutische Beziehung in dieser fortgeschrittenen Therapiephase vertrauensvoll genug, dass Momente der therapeutischen Begegnung häufiger realisiert werden können, während die Patientin zu Beginn der Therapie diesen Begegnungen aus Angst vor zu viel Nähe und Kontrollverlust in viel stärkerem Maße ausgewichen ist. Die Wiedergabe eines längeren Gesprächsausschnittes soll die Besonderheiten und Schwierigkeiten der Anpassung des therapeutischen Beziehungsangebotes an das wechselnde Erleben und die kontrastierenden Bedürfnisse der Patientin verdeutlichen.

### Gesprächsabschnitt 1

- P: Mir geht es echt gut im Moment. Mit Stefan klappt es super. Ich glaube, ich konnte noch keinen Mann so nah an mich ranlassen. Mit ihm geht das aber prima.
- T: Sie sind selbst etwas überrascht, dass das so gut klappt.
- P: Ja klar! – *sie zuckt mit dem Mund u. streckt den Nacken zurück, wirkt emotional unbeteiligt und vermeidet Blickkontakt* – ich weiß auch nicht wieso! Wir verstehen uns halt gut. Er meckert auch nicht, wenn ich trinke.
- T: Das hilft Ihnen, dass er Sie so akzeptiert, wie Sie sind.
- P: Selbst wenn ich kotzen gehe, sagt der nix! – *wieder verzieht sie den Mund.*
- T: Hört sich so an, als hätten Sie mit dem Mann 'nen echten Glückstreffer gelandet – *ich lächele u. meine das ehrlich.*
- P: *guckt mich erstmalig an* – Finden Sie, echt?
- T: *Ich muss wieder lächeln* – Ja, hab ich ehrlich gemeint. Die Partnerschaft scheint Ihnen gut zu tun.
- P: *lächelt ein bisschen stolz*

In diesem ersten Gesprächsabschnitt teilt die Patientin zunächst Oberflächliches mit, wirkt emotional unbeteiligt und fast gelangweilt. Sie geht aus dem Beziehungskontakt, bewegt sich in ihrer gewohnt lässigen und unnahbaren Fassade. Dieser kurze Ausschnitt ist beispielhaft für zahlreiche Gesprächsverläufe in der Vergangenheit. Es ist wichtig, auch oberflächliche oder widersprüchliche Gefühle der Patientin zu akzeptieren. Ich habe allerdings die Erfahrung gemacht, dass vertiefendes Einfühlendes Verstehen in diesen Situationen nur dazu führt, dass wir uns im Kreis drehen und die Patientin in ihrer oberflächlichen Fassadenhaftigkeit bleibt, selbst wenn sie inhaltlich Dramatisches schildert. Ich merke dies mittlerweile daran, dass ich in mir eine gewisse Langeweile spüre. Daher interveniere ich frühzeitig mit Selbstöffnen, indem ich zum Verhalten der Patientin Stellung nehme oder meine emotionale Resonanz mitteile, so wie in diesem Abschnitt. Dies führt dazu, dass die Patientin wieder mit mir in Kontakt tritt.

### Gesprächsabschnitt 2

- P: – *wird nachdenklich* – Hmm. Wissen Sie, manchmal tut der Stefan mir schon ziemlich leid, weil ich so gereizt bin. Er kriegt das alles ab.
- T: Eigentlich wollen Sie das gar nicht.
- P: Nee, aber ich halt' es dann nicht aus. Ich weiß nicht, ob Sie das kennen, aber manchmal, wenn wir beim Essen zusammensitzen, kann ich sein Kauen kaum ertragen. – *Sie macht das Kauen nach, verzieht wieder den Mund* – Sie finden das bestimmt total bescheuert, aber ich geh' dann echt auf die Palme.
- T: Also, ich kenne das auch, dass ich solche Geräusche von Anderen nicht so gut haben kann. Meistens ist es mir dann auch

unangenehm, das anzusprechen, weil ich den Anderen nicht verletzen will.

- P: Ja, so geht's mir auch. – *sie seufzt erleichtert* – Ich bin dann total gereizt, und dann geh' ich kotzen.
- T: Anders ist es für Sie nicht auszuhalten!
- P: Keine Ahnung, warum ich das so ätzend finde. Aber ich werd' wahnsinnig dabei.
- T: Das macht Sie richtig verrückt!
- P: Ja. Dabei ist das auch total bescheuert, weil dem Stefan ja bestimmt auch viele Sachen an mir nicht passen, aber der kann das wohl besser aushalten.
- T: Er ist viel toleranter als Sie, das macht Ihnen ein schlechtes Gewissen.
- P: Mann, das ist echt kacke! Und ich hab' überhaupt keine Ahnung, warum ich das so ätzend finde.
- T: Manchmal findet man solche Kleinigkeiten so schlimm, weil sie einen an etwas Ekeliges erinnern.
- P: Hm. – *sie verzieht wieder den Mund, verdreht die Arme.*
- T: So was Ekeliges, was einem auch zu nah kommt.
- P: Dieses Kauen, das ist so laut, und der Mund, und ich seh' das dann und hör' das, uaaarrrrh – *sie schüttelt sich.*
- T: Das laute Kauen ist es, was Sie so ekelig finden.
- P: Ja, und Schlürfen! Schlürfen und Schmatzen ist auch ganz schlimm. Mein Vater hat früher auch so geschlürft. Wenn der von der Arbeit nach Hause kam, war der immer schon betrunken. Dann stank der furchtbar, schlang das Essen in sich rein und schlürfte total laut. Uaaarrrrh.
- T: Das war total abstoßend!
- P: Ja. Meine Schwestern und ich, wir mussten das einfach aushalten – wir konnten da gar nicht weg.
- T: Damals konnten Sie nicht abhauen.
- P: Nee, durften wir nicht. Wäre ich aber am liebsten.

Die Interventionen des Konkretisierenden Verstehens und des Verstehens des lebensgeschichtlichen Kontextes helfen dabei, Gefühle und körpernahes Erleben genauer zu differenzieren und Erfahrungen, die an die Struktur der Vergangenheit gebunden sind, verstehbar zu machen. Hier ist kurzfristig auch ein Zugang zum organismischen Erleben möglich, aber es ist spürbar, wie bedrohlich die Erinnerung an das körpernahe Erleben in der Kindheit auf die Patientin wirkt. Viel häufiger als ich es im Gesprächskontakt mit Klienten mit „neurotischen“ Störungen tun würde, unterstütze ich die Patientin in ihrer Selbstexploration durch Mitteilen von eigenem Erleben („ich kenne das auch“) und Anteilnahme. Da ich in dieser Gesprächsphase Zusammenhänge des aktuellen Erlebens mit dem lebensgeschichtlichen Kontext vermute, ermutige ich die Patientin zu weiterführenden Gedanken und zur Auseinandersetzung mit ihrer Vergangenheit. Das genaue Differenzieren ihres Ekels und dessen Ursprünge sind in dieser Situation entlastend für die Patientin. Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass ein frühzeitiges

Drängen von Klienten zur Auseinandersetzung mit einer möglicherweise traumatisierenden Vergangenheit zu erheblicher Irritation führen kann und deshalb möglichst im späten Therapieverlauf und mit großer Vorsicht erfolgen sollte.

### Gesprächsabschnitt 3

- T:** Wenn jetzt Ihr Freund so laut kaut, dann kommt das gleiche ekelige Gefühl. Und dann flüchten Sie.
- P:** Ja, weil's so ekelig ist. Ich geh ja sowieso nach dem Essen oft kotzen, das ist dann 'ne gute Gelegenheit. – *sie grinst.*
- T:** Dann haben Sie gleich 'nen guten Grund zum Erbrechen. – *sage ich auch mit einem Grinsen.*
- P:** Das haben Sie mal gut erfasst!
- T:** Da bin ich ja froh, dass ich auch mal was kapiere! – *sage ich mit einem Lachen, die Patientin lacht etwas schelmisch mit* – Nein, im Ernst, vielleicht haben Sie ja manchmal das Gefühl, dass ich Sie nicht so richtig ernst nehme.
- P:** Nee, nee, Frau Jessinghaus, ich nehm's Ihnen nicht übel, wenn Sie mal 'nen Scherz über mich machen. Ich kau' ja auch immer die gleiche Leier, das ist ja wirklich nicht zum Aushalten. Ich wunder' mich, dass Sie nicht schon total genervt sind.
- T:** Na ja, genervt bin ich nicht. Aber manchmal komm ich mir so hilflos vor, weil Sie so viele Probleme haben – der Alkohol, die Bulimie, die Panik – und wenn eins davon weniger wird, wird das Andere wieder stärker. Dann weiß ich auch oft nicht weiter.
- P:** Dann sind Sie auch mit Ihrem Latein am Ende, was?
- T:** Ja, irgendwie schon. Das macht mich auch traurig.
- P:** Dass Sie mir nicht helfen können? – *sie zuckt wieder nervös mit dem Mund.*
- T:** Ja, genau – *sage ich mit einem Lächeln* – das glauben Sie mir wohl nicht? Stimmt aber!
- P:** *Windet sich etwas auf ihrem Stuhl, zuckt mit dem Mund* – Na ja, der Stefan hält mich ja auch aus – dann können Sie das auch mal tun, so oft bin ich ja nicht hier – *sie grinst.*
- T:** Sie können das gar nicht glauben, dass ich Sie ganz gut aushalten kann.

Hier zeigen sich bei der Patientin deutlich ihr Gefühl der Selbstunwirksamkeit, ihre Verunsicherung des Selbsterlebens und die verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung. Auf die recht flapsigen, eher oberflächlichen Beziehungsansprachen der Patientin reagiere ich teilweise scherzhaft, aber ich teile auch meine emotionale Resonanz in Bezug auf die Patientin und unsere Beziehung mit. Es wird spürbar, dass der Patientin dies unangenehm und eigentlich zu nah ist. Ich versuche, ihr genug Raum für Humor (und damit Distanzierung) zu lassen, so dass sie frei entscheiden kann, wie weit sie sich auf die therapeutische Beziehung einlassen möchte. Solche Momente der realen Begegnung „person to person“ sind in der Therapie mit dieser Patientin immer nur kurz möglich, sehr schnell geht

sie wieder aus dem Kontakt. Gerade bei Patienten mit mangelnden Fähigkeiten, eigenes Erleben wahrzunehmen und zu symbolisieren, ist es aber besonders wichtig, dass der Therapeut als Gegenüber, als ein anderes „Ich“ für den Klienten erfahrbar wird.

### Gesprächsabschnitt 4

- P:** Na ja, eigentlich bin ich ziemlich nett – also, ich meine, zuhause – *sie grinst wieder* – ich mag keinen Streit, dann krieg ich echt zuviel, also halte ich immer meine Klappe, auch wenn mich was stört.
- T:** So wie mit dem lauten Kauen vom Stefan, das Sie nicht gut haben können.
- P:** Dass Sie daran jetzt noch gedacht haben! Hatte ich schon ganz vergessen, dass wir vorhin darüber gesprochen haben.
- T:** Das Kauen war Ihnen ja ganz ekelig.
- P:** Ja, total! Deswegen geh ich ja dann kotzen.
- T:** Immerhin können Sie jetzt rausgehen und kotzen, früher zuhause mussten Sie das aushalten.
- P:** Ja, stimmt – so hab ich das noch gar nicht gesehen. Kotzen gehen ist vielleicht besser als das in mich rein zu fressen.
- T:** Wenn Sie das ekelige Gefühl schon etwas früher merken würden, könnten Sie vielleicht einfach rausgehen ohne zu erbrechen, und das würde dann reichen.
- P:** Hmm. Dafür müsste ich das eher merken, ne?
- T:** Das ist gerade das Schwierige für Sie, solche Sachen bei sich zu spüren.
- P:** Ja genau. Ich schluck erst Alles runter, was mich stört, und sag nix, bevor ich dann merke, dass ich total genervt und gereizt bin. Und das lass ich natürlich dann auch schön beim Stefan ab!
- T:** Also, Sie merken schon, dass Sie etwas stört – nämlich an Ihrer Gereiztheit.
- P:** Wenn ich jetzt so drüber nachdenke, merk ich eigentlich schon früher, dass ich mich ekele. Uaarrhh. – *sie schüttelt sich* – Aber ich sag nichts, weil der Stefan ja auch nichts dafür kann.
- T:** Sie möchten ihn nicht verletzen.
- P:** Ja klar! Ich meckere schon genug rum. – *sagt sie mit leicht gereiztem, vorwurfsvollem Unterton.*
- T:** Aber dafür gehen Sie dann kotzen! – *sage ich etwas provozierend.*
- P:** Das ist eben der Preis! – *sagt sie schnippisch und etwas trotzig.*
- T:** Ich glaube nicht, dass der Stefan so stark verärgert wäre, wenn Sie ihm sagen, dass Sie das Kauen so stört, weil es Sie an Ihren Vater erinnert.
- P:** Meinen Sie? Hmm ... also Sie meinen, ich soll's einfach sagen? Ist das nicht total gemein?
- T:** Sie fürchten, dass Sie ihn total kränken damit!
- P:** Na ja ... also, wenn *mich* jemand auf so was anspräche – ich würde mich nicht mehr trauen, überhaupt noch was zu essen.

Aber der Stefan ... der hat schon ein dickeres Fell als ich. Außerdem ist der selbst immer so direkt, der sagt sofort, wenn ihm was nicht passt.

T: Also, wenn ich der Stefan wäre, wäre ich froh, wenn Sie offen sagen, was Sache ist, statt total gereizt zu sein und dann zu erbrechen.

P: Hm, tja, wenn Sie's so sehen ... käme mal auf einen Versuch an.

T: Sie müssten sich trauen, das mal auszuprobieren.

P: Ja, puhhhh ... das ist ganz schön anstrengend!

T: Stimmt, was Neues auszuprobieren, ist anstrengend.

In diesem Abschnitt zeigt sich deutlich, wie grob und pauschal die Patientin ihre Gefühle wahrnimmt. Daneben fällt die Schwierigkeit auf, sich selbst aus der Perspektive Anderer zu sehen oder sich in das Erleben Anderer einzufühlen. Hier scheint es mir wichtig, die aktuelle Anpassungsleistung der Patientin trotz ihrer Dysfunktionalität positiv wertzuschätzen, um der Neigung zur Selbstentwertung, die auch im nächsten Gesprächsabschnitt massiver deutlich wird, entgegenzuwirken. Das einführende und konkretisierende Verstehen helfen bei der genauen Differenzierung der Gefühle. Aufgrund der Schwierigkeiten in der Fremdwahrnehmung schlüpfte ich immer wieder in die Perspektive des Freundes und verdeutliche meine Vermutungen über dessen Wahrnehmung, allerdings mit einer deutlichen Ich-Botschaft („wenn ich der Stefan wäre ...“). Diese Anregung zur Auseinandersetzung mit der Perspektive Anderer soll die Patientin in ihrer Empathiefähigkeit sowohl für sich selbst als auch für Andere unterstützen. Sie stellt eine Hilfe zur „inneren Kommunikation“ dar, die Klienten mit einer weniger stark beeinträchtigten Persönlichkeitsentwicklung in einem akzeptierenden und wertschätzenden Klima meist auch ohne diese Hilfe entfalten. Klienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen dagegen würden durch ein konsequentes Intervenieren aus der Alter-Ego-Position heraus in irritierender und verunsichernder Weise auf sich selbst zurückverwiesen (Finke, 2004). Daher erfordert die Behandlung ein häufiges Oszillieren zwischen den therapeutischen Beziehungsangeboten, wie es in dem vorangehenden Gesprächsabschnitt angedeutet ist. Daneben kann eine aktive Unterstützung bei der Problemlösung hilfreich sein, wobei der Direktivität von Verhaltensanleitungen die Schärfe genommen wird, wenn der Therapeut gleichzeitig Verständnis und Akzeptanz für Widerstände oder das Scheitern der Klienten an den gewünschten Verhaltensänderungen zeigt. Dieses Vorgehen lässt an die „Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung“ denken, wie sie in der dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen nach Marsha Linehan praktiziert wird, auch wenn in diesem Behandlungskonzept sicherlich ein größerer Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Aspekten liegt (Bohus, 2007).

## Gesprächsabschnitt 5

P: Ach wissen Sie, es ist ja doch immer die gleiche Leier mit mir. Ich fühl' mich schlecht, dann muss ich trinken, davon werd' ich fett, dann muss ich wieder kotzen. Es ist nicht auszuhalten.

T: Sie stecken in 'nem Teufelskreis.

P: Das ist noch gelinde gesagt! Ich fühl mich wie in der Hölle. Ich hasse mich, uaarhh, der ganze Speck hier – *sie fasst sich an den Bauch* – und mein Gesicht ist so aufgedunsen. In unserer Wohnung hab ich den Spiegel weggestellt, das geht gar nicht.

T: Es gibt nichts, was Sie an sich gut finden, alles ist kacke!

P: Ja, total scheiße, gucken Sie mich doch an, so kann man gar nicht aus dem Haus gehen. Deswegen hab' ich ja immer die Kappe auf – *sie zuckt wieder mit dem Mund*.

T: Also, Ihr Gesicht ist wirklich gedunsen vom Alkohol, ja, das sehe ich auch – aber sonst finde ich, sind Sie 'ne ziemlich attraktive Frau.

P: Das sagte mein früherer Therapeut auch immer – ich soll mir mal nicht solche Gedanken machen.

T: Sie glauben nicht, dass ich das ernst meine, sondern dass ich Sie nur trösten will.

P: Ja klar, Sie sind die Psychiaterin, Sie müssen mich aufbauen, das ist Ihr Job!

T: Ja stimmt. – *sage ich mit einem Lachen* – Sie gehen davon aus, dass ich sowieso nur was Positives sagen würde, um Sie nicht noch mehr runter zu ziehen. Da hab ich mich ja selbst schön reingeritten.

P: Da sehen Sie, wie es ist, wenn man in der Scheiße sitzt! – *sie grinst*.

T: Ich mache auch Fehler – *sage ich wieder etwas ernster*.

P: Nee, das geht aber nicht, Frau Jessinghaus! Ich denk immer, Sie sind so perfekt, Sie sind so schlank, Sie können bestimmt alles essen. Und dann machen Sie hier diesen tollen Job, Sie haben's echt geschafft.

T: Manchmal sind Sie neidisch auf mich, weil ich schlanker bin und arbeiten kann. Und dann fühlen Sie sich noch mehr als Versagerin.

P: Ja. Mein Therapeut früher war ziemlich schnodderig und unordentlich, das fand selbst ich – aber das machte es einfacher, da fand ich mich selbst gleich nicht mehr so furchtbar. Aber bei Ihnen ist das ganz schön schwierig.

T: Das muss ziemlich ätzend für Sie sein.

P: Allerdings! – *sie wendet sich ab, meidet Blickkontakt*.

T: Vielleicht hilft es Ihnen zu wissen, dass ich auch nicht Alles essen kann, worauf ich Lust habe, und immer viel Sport mache, um mein Gewicht zu halten.

P: Na ja – das tröstet ein bisschen. – *sie grinst kurz* – Wenn ich mich mal zum Sport aufraffen könnte, wär' ich auch schon weiter – *sie seufzt* – das Laufen fällt mir schwer, am liebsten geh' ich schwimmen, aber ich trau mich nicht. Badeanzug mit meiner

Figur, das geht gar nicht!

- T:** Sie müssten schwimmen, um abzunehmen, aber bevor Sie sich ins Schwimmbad trauen, müssten Sie erst abgenommen haben – wieder so ein Teufelskreis, da kann man ja gar nicht rauskommen.
- P:** Ja, es ist echt verhext. Ich finde mich so hässlich, ich hasse alles an mir, alles ist schwabbelig und fett – *sie zupft an ihren Hüften und am Bauch.*
- T:** Es gibt gar nichts, was Sie an Ihrem Körper mögen.
- P:** Nein, der ist ekelig.
- T:** Aber gibt's nicht Abstufungen, also vielleicht etwas, was etwas weniger ekelig ist als andere Körperteile? Zum Beispiel Ihre Arme oder Ihre Haare, könnten Sie die vielleicht etwas weniger hässlich finden als den Rest?
- P:** Ach Sie immer mit Ihren Vorschlägen! – *sie blickt genervt.*
- T:** Ich merk' schon, ich nerve Sie wieder.
- P:** Ja! Aber komisch, dass Sie das mit meinen Armen gesagt haben – meine Arme fand ich früher immer schön. Jetzt sind sie etwas schlabberiger, aber die gehen noch im Vergleich zum Rest.
- T:** Also, die Arme sind ganz annehmbar für Sie.
- P:** Ja, die sind ganz okay – *sie verzieht den Mund* – Und meine Haare, da kümmerge ich mich nicht drum, ich müsste mal mehr damit machen. Aber wenn die platt sind, dann setze ich einfach die Kappe auf, dann sieht's keiner. Der Stefan sagt häufig, ich soll mal zum Friseur gehen, ich hätte eigentlich schöne Haare, würde die aber vergammeln lassen. Da hat er wohl recht.
- T:** Also, Ihre Haare könnten mit 'nem Friseurbesuch wieder schön werden und Ihre Arme sind schon jetzt ganz schön.
- P:** *Etwas gereizt* – Jetzt übertreiben Sie mal nicht, ich hab gemeint, die sind annehmbar, schön ist was Anderes!
- T:** Na gut, Sie finden Ihre Arme und Haare nicht schön, aber akzeptabel – damit kann ich leben! – *ich lächle die Patientin an.*
- P:** *Grinst zurück.*

An dieser Stelle werden Selbsthass und das negative Selbstbild der Patientin sehr deutlich. In der therapeutischen Beziehung klingen die für das Störungsbild typischen Gefühle wie Neid, Entwertung, Ablehnung, Angst vor Zurückweisung und Angst vor Nähe an, die sich sehr schnell abwechseln und ein langes Verweilen erschweren. Üblicherweise versuche ich, wenn ein Klient direkt oder indirekt die therapeutische Beziehung anspricht, durch geduldiges Beziehungsklären das Gefühl (hier z. B. Neid auf die Therapeutin) möglichst genau zu differenzieren, da dies oft entscheidend für den weiteren Therapieprozess ist. Dies war zu Beginn der Behandlung der Klientin auch erforderlich, da es (wie bei dieser Störung zu erwarten ist) zu massiven Entwertungen mir gegenüber kam, die ohne häufige Klärung vermutlich zum Therapieabbruch geführt hätten. Viel häufiger jedoch sah ich mich mit einem raschen Wechsel von innerem Erleben und Beziehungsthemen der Klientin konfrontiert, der vorangehende Gesprächsausschnitt zeichnet daher ein typisches Bild.

Ich habe mich im Verlauf der Therapie auf dieses Klientenverhalten eingestellt und verzichte häufig darauf, auf ein bestimmtes Thema intensiver einzugehen. So versuche ich, auf die inneren Sprünge der Patientin einführend und als reales Gegenüber zu reagieren. Das Oszillieren zwischen den Beziehungsangeboten von Alter-Ego- und Dialogbeziehung, das ich bereits im vorangehenden Gesprächsausschnitt hervorgehoben habe, wird hier erneut deutlich.

Neben Selbstöffnen und Beziehungsklären begegne ich dem brüchigen Selbstbild und der Selbstentwertung der Klientin außerdem mit aktiver Unterstützung bei der Selbstakzeptanz. Klienten mit derartigen Störungen, wie ich sie im einleitenden Abschnitt beschrieben habe, benötigen den Therapeuten nicht nur als Gegenüber, sondern auch als „Hilfs-Ich“, das die defizitär entwickelten Funktionen für eine gewisse Zeit unterstützt und „Lernen am Modell“ ermöglicht.

### 3. Diskussion

#### 3.1. Betrachtung von Verlauf und Ergebnis der Therapie

Da ich aus Gründen der Anschaulichkeit die Analyse und Diskussion des Therapieprozesses in der beschriebenen Stunde bereits im vorigen Abschnitt vorgenommen habe, möchte ich mich jetzt auf eine allgemeine und umfassende Beurteilung des Therapieverlaufs beschränken.

Auf der Symptomebene ist es seit Beginn der ambulanten Behandlung zu einer Verbesserung der depressiven Verstimmung sowie einer deutlichen Rückbildung von Selbstverletzungen und Suizidimpulsen gekommen. Schwere Selbstverletzungen oder Selbstmanipulationen traten gar nicht mehr auf, die Beschäftigung mit Suizidgedanken und deren Umsetzung hat deutlich abgenommen. Die Symptome der Impulskontrollstörung, also bulimisches Verhalten und Alkoholkonsum, sind im Wesentlichen unverändert, d. h. sie wechseln sich in Intensität und Frequenz weiterhin ab. Zweimal konnte ich die Patientin im Verlauf der Behandlung zu einer stationären Alkoholentgiftung motivieren, der Erfolg der ersten Behandlung hielt leider nur kurzfristig an. Die zweite Entgiftungsbehandlung liegt noch nicht lange zurück, aber ich bin skeptisch, ob sich eine dauerhafte Abstinenz erreichen lässt.

Die Häufigkeit der stationären Aufenthalte hat sich seit Aufnahme der regelmäßigen ambulanten Therapie deutlich reduziert – bis auf die beiden kurzen Alkoholentgiftungsbehandlungen war die Patientin nicht mehr in stationärer Behandlung. Dies ist angesichts der vorangehenden drei Jahre, die die Patientin fast ununterbrochen zunächst in somatischen und danach in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken verbrachte, als Erfolg zu werten.

Die psychosoziale Anpassung hat sich insofern stabilisiert, als die Patientin seit nunmehr knapp vier Jahren in einer festen Partnerschaft lebt und durch den Partner deutliche Unterstützung

erfährt. In dieser Partnerschaft ist sie offener als bisher; ihre früheren „Ausweichmanöver“ wie Lügen und Verheimlichen haben deutlich abgenommen. Sie bezieht immer noch eine Erwerbsminderungsrente, schafft es aber in guten Phasen, über mehrere Wochen kleinere Nebenjobs, z. B. im Wachdienstbereich, zu übernehmen. In diesen Phasen gelingt es ihr auch, den Alkoholkonsum deutlich zu reduzieren.

Das Selbstwerterleben ist immer noch brüchig und inkohärent. Zu ihrem organismischen Erleben (Gefühle von Wut, Ekel, Verlassenheit) findet sie manchmal kurzfristig einen Zugang (siehe Gesprächsausschnitt 2), häufig ist dies aber noch zu bedrohlich und irritierend. Hier fehlen der Patientin sicherlich noch etliche Fertigkeiten in der Emotionsregulation (außerhalb ihrer eigenen Strategien: Bulimie und Alkohol), die ihr in solchen Situationen mehr Sicherheit gäben. Aus meiner Sicht wäre ein begleitendes Training in Fertigkeiten der Emotionsregulation und Stresstoleranz (sog. Skills-Training in der DBT-Behandlung; Linehan, 1993) bei dieser schwer erkrankten Patientin hilfreich. Die Umsetzung scheitert daran, dass die Patientin ein so durchstrukturiertes Programm nicht durchhalten würde; oftmals schafft sie es ja nicht einmal, unsere monatlichen Termine einzuhalten.

Selbstkritisch möchte ich hier allerdings anmerken, dass das häufige Oszillieren zwischen Alter-Ego- und Dialogbeziehung möglicherweise dazu führt, dass das vertiefende und ausführliche einführende Verstehen, das der Klientin erleichtern soll, ihre übermächtigen Gefühle wie Angst und Wut zu tolerieren, im Therapieprozess etwas zu kurz kommt. Die Selbstwahrnehmung der Patientin ist immer noch wenig differenziert und verzerrt. Auch hier kann das geduldige Aufgreifen und Konkretisieren der Gefühle der

Patientin helfen, diese besser wahrzunehmen, zu benennen und zu unterscheiden. Auch wenn ich häufig Interventionen aus der Alter-Ego-Position anwende, so entbehrt der häufige Wechsel zwischen den Beziehungsangeboten oftmals den Tiefgang im „Miteinander-Erleben“, den ich in Therapien mit anderen Klienten erlebe. Die Betonung der zwischenmenschlichen Begegnung erfordert eine hohe Konzentration auf die Beziehungsebene und die Gefühle, die in mir selbst durch die Patientin ausgelöst werden. Schmid (2008) beschreibt dies als „personale oder dialogische Resonanz“ und betont die Notwendigkeit, die emotionale Reaktion auf den Klienten und das gemeinsame Erleben von der Selbstresonanz, also der Reaktion auf eigenes Erleben, zu unterscheiden (welches der Therapeut natürlich beiseite stellen soll). Mitunter fällt es mir schwer, aus dem dialogischen Prozess, der so eine große innere und äußere Aufmerksamkeit erfordert, wieder in eine geduldige Alter-Ego-Position zu wechseln. In den Anmerkungen zu den einzelnen Gesprächsabschnitten habe ich Erklärungen für mein jeweiliges therapeutisches Verhalten bereits aufgeführt: Sorge vor einem möglichen Therapieabbruch durch die Klientin, versteckte oder offene Entwertungen, Neid oder übermäßig distanziertes Verhalten der Klientin, aber auch schwere Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung erfordern ein häufiges Intervenieren aus der Dialogposition.

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen benötigen jedoch sicherlich Beides: einen Therapeuten, der sich einführt und verstehend mitvollzieht – und ein Gegenüber, das in der Begegnung greifbar und transparent ist. Beide Beziehungskonzepte in jeder Therapiesituation angemessen zu verwirklichen bleibt aus meiner Sicht weiterhin eine große Herausforderung an uns Psychotherapeuten.

## Literatur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder—mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Bohus, M. (2007). Die dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Störungen – ein störungsspezifisches Behandlungskonzept. In G. Damman & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy of borderline personality disorder*. New York: Wiley.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2007). Gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Damman & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1990). Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozess. In: R. Sachse, J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 54–75). Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2001). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Damman & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Heffernan, K. & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse—Etiological and clinical characteristics. *Nervous Mental Dis*, 188, 589–595.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maier, W., Linz, M. & Hawellek, B. (2000). Genetik der Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 4, 182–192.

- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In: *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *PERSON*, 1, 22–34.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell, Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
- Zanarini, M. C., Williams, A., Lewis, R. & Reich, R. (1997). Reported pathological childhood experiences associate with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 1101–1106.

**Autorin:**

Annette Jessinghaus, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, leitet als Oberärztin die Psychiatrische Institutsambulanz der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus in Castrop-Rauxel. Sie engagiert sich im Rahmen der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) für die psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung von Ärzten.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Annette Jessinghaus  
D-44229 Dortmund, Galoppstraße 82 a  
a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de