

Alice Sendera · Ma

Skills-Training und Posttrauma Belastungsstö

3. Auflage



 SpringerWienNewYork

Alice Sendera

Martina Sendera

Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung

Dritte, überarbeitete und erweiterte Auflage

SpringerWienNewYork

Mag. Dr. Alice Sendera
Dr. Martina Sendera, MAS
Perchtoldsdorf, Österreich

Das Werk mit beigepackter CD-ROM ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photo-mechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch/wissenschaftlichen Werk erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

© 2005, 2007 und 2012 Springer-Verlag/Wien

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von
Springer Science + Business Media
springer.at

Umschlagbild: © iStockphoto / Life Buoy on the sea
Typographische Gestaltung, Satz: Ekke Wolf, typic.at
Druck: Strauss GmbH, 69509 Mörlenbach, Deutschland

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier
SPIN 80074164

Mit 66 Abbildungen

Additional material to this book can be downloaded from [http:// extras .springer .com](http://extras.springer.com) .

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-211-71784-4 2. Aufl. SpringerWienNewYork
ISBN 978-3-7091-0934-2 SpringerWienNewYork

Der Panther

Sein Blick ist vom Vorübergehn der Stäbe
so müd geworden, dass er nichts mehr hält.
Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe
und hinter tausend Stäben keine Welt.

Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte,
der sich im allerkleinsten Kreise dreht,
ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte,
in der betäubt ein großer Wille steht.

Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille
sich lautlos auf – Dann geht ein Bild hinein,
geht durch der Glieder angespannte Stille –
und hört im Herzen auf zu sein.

Rainer Maria Rilke

Ein ehrgeiziges Ziel haben sich die Autorinnen dieses Buches gesetzt. Denn es gibt wohl eine ganze Reihe von Störungen, mit denen sich viele Psychotherapeuten nicht gerne auseinandersetzen. Doch an der Spitze aller ungeliebten Bilder steht zweifellos das Boderline-Syndrom. Der unscharfe Grenzverlauf, der schon in seiner Bezeichnung angesprochen wird und der seinerzeit das Motiv für die Wortwahl war, gilt nämlich nicht nur für die damals postulierte Nachbarschaft dieser Störung zu psychotischen Bildern. Er charakterisiert auch die Unschärfe der Empfehlungen von zielführenden Interventionen. Denn die gewählte Methode muss auf die hohe Komorbiditätsrate Bedacht nehmen und daher auch für affektive Störungen, Angsterkrankungen und Substanzmissbrauch als die häufigsten Begleiter einsetzbar sein sowie nicht zuletzt auch der Tatsache Rechnung tragen, dass sehr oft schwere Traumatisierungen die kritischen Auslöser waren.

Vor allem stellen uns aber die Leitsymptome dieser Störung vor das schwierige Problem, die Beherrschung der Emotionalität zu verbessern und Techniken zu vermitteln, mit deren Hilfe Kognitionen kontrolliert werden können, die als „automatische Gedanken“ auftauchen und das Verhalten nachhaltig beeinflussen. Denn besonders hilflos macht uns, was ohne die Möglichkeit einer willentlichen Steuerung in unseren Vorstellungen auftaucht. Gibt es ein Therapiekonzept, mit dessen Hilfe diese vielfältige Problematik beherrscht werden kann?

Die Antwort dieses Buches lautet: Nein – nicht nach *einem* Konzept darf gesucht werden, um eine Basis für eine zielführende Therapie zu finden, sondern nur eine mit Augenmaß vorgenommene *Auswahl von Methoden* wird zum gewünschten Ziel führen. Hiefür müssen freilich auch die Gräben zwischen verhaltensorientierten und psychodynamischen Verfahren überbrückt werden. Der Leser wird daher sowohl mit Otto Kernbergs dynamischer auf die Ich-Entwicklung ausgerichteten Trans-

ference Focused Therapy wie auch mit Marsha M. Linehans Dialektisch-Behavioraler Therapie und dem Skills Training vertraut gemacht. Letzteres stellt selbst wieder eine Auswahl von verschiedensten Strategien dar, durch deren Kombination eine wirksame Verhaltensformung erzielt werden kann.

Bemerkenswert, dass ein Leitgedanke des Skills-Trainings die schon vor mehr als zweieinhalb Jahrtausenden verkündete zentrale Meditationsübung des frühen Buddhismus ist: das „Aufrechthalten der Achtsamkeit“ Satipatthana. Sie wird bereits im Pali-Kanon als einziger Weg „... zur Überwindung von Kummer und Klage, zum Schwinden von Schmerz und Trübsal ...“ angeführt und führt in einfachen Worten in Techniken ein, die weder Bildung noch Fachkenntnisse voraussetzen und überaus erfolgreich eingesetzt werden können, um Gedanken und Gefühle zu kontrollieren. Das Beobachten des Bewusstseinsablaufs und das laufende Einschätzen der Angemessenheit der auftauchenden Gedanken und Gefühle für die gegebene Situation erzeugt Einstellungsänderungen, durch die eingefahrene Gewohnheiten durchbrochen werden und ein hohes Maß von Selbstkontrolle erreicht werden kann. Der entscheidende Schlüssel zum Erfolg ist dabei das Auffinden derjenigen Mittel, die einer Person *individuell* zur Verfügung stehen, die aber nicht nur erkannt und verstanden, sondern in praktischen Übungen bis zur automatisch ablaufenden Umsetzung geübt werden müssen.

Diese Einführung, in der eine vorzügliche Balance zwischen theoretischer Grundlage und praktischer Umsetzung gefunden wurde, sollte Therapeuten für diese interessante Methode begeistern, wird aber auch für Patientinnen, Patienten und deren Angehörige, denen die Verfasserinnen in ihrem Geleitwort dieses schöne Werk widmen, ein wertvoller Wegweiser sein.

Univ.-Prof. Dr. Giselher Guttman

Das Bewusstsein für das Vorhandensein der Diagnose Borderline-Störung bei Patienten in stationären, teilstationären und ambulanten Institutionen ist in den letzten Jahren vor allem auch durch die neuen Therapiemöglichkeiten (Dialektisch-Behaviorale Therapie nach *Linehan*, Schema-Therapie nach *Young*, Übertragungsfokussierte Therapie nach *Kernberg* und Mentalisierungsbasierte Therapie nach *Bateman* und *Fonagy*) stark angestiegen und es besteht bei Therapeuten und Betreuern aus verschiedensten Berufsgruppen ein großes Bedürfnis, Strategien im Umgang mit solchen – oft als schwierig angesehenen – Patienten zu erlernen.

Das Skills-Training ist eine wichtige Basis, um die für die Bewältigung von Alltagsanforderungen notwendige Stabilisierung zu erreichen. Diese Stabilisierung ist auch die Voraussetzung für alle weitergehenden Therapien wie die Bearbeitung von zugrunde liegenden Traumatisierungen.

Die Autorinnen geben in dem vorliegenden Buch einen guten Überblick nicht nur über das Skills-Training und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), sondern auch generell über Borderline-Störung (BLS) und Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und dazugehörige Problembereiche.

In der neuen Auflage des Buches wird überdies auch auf Bewältigungsstrategien bei chronischem Schmerz und auf spezielle Strategien der DBT im Umgang mit Sucht eingegangen, zwei wichtigen Erweiterungen zur Behandlung häufiger Komorbidität bei PTSD und BLS.

Damit gibt dieses Buch wichtige Informationen nicht nur für Therapeuten, Betreuer und andere fachlich Interessierte, sondern auch für Betroffene und deren Angehörige.

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz

Vorwort der Autorinnen zur dritten Auflage

Da die Forschung nie still steht, gibt es auch neue Ideen zur Borderline-Thematik sowie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie. Vor allem die Bindungstheorien werden aufgegriffen und die Schema-Therapie in die Arbeit mit Borderline- Patienten integriert.

Der Kinder- und Jugendbereich gewinnt immer mehr an Raum und die Diagnose wird immer früher gestellt, sodass wir, abgesehen von unserem 3. Buch, das speziell Kindern und Jugendlichen gewidmet ist, auch hier die Thematik aufgegriffen und den Skills-Bereich entsprechend erweitert haben.

Auf der CD-ROM gibt es neue Arbeitsblätter und wir laden alle unsere LeserInnen ein, diese zu verwenden, ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen anzupassen und Eigenes einzubringen, damit wir gemeinsam für unsere PatientInnen aus *Zitronen Limonade machen* können.

Unser spezieller Dank geht auch wieder an unsere Kinder, die inzwischen erwachsen sind und uns immer neu beweisen, dass das Leben einen Sinn hat und wir alles tun müssen, um den Menschen zu helfen, die ihn verloren oder nie gekannt haben.

Alice und Martina Sendera

Vorwort der Autorinnen zur ersten Auflage

Wir schreiben dieses Buch für unsere Patientinnen* und Patienten und deren Angehörige und für alle Menschen, die mit Borderline- und traumatisierten Patientinnen arbeiten. Wir haben viele Jahre Erfahrung gesammelt, wurden immer wieder von unseren Patienten ermutigt und von Kolleginnen ersucht, diese zu Papier zu bringen und weiterzugeben.

In diesem Sinn haben wir versucht im Theorieteil einerseits Basiswissen, andererseits auch aktuelle Forschungsergebnisse zu vermitteln sowie im Praxisteil unsere Erfahrungen als Information, Begleiter und vor allem als Anregung, selbst die Methodik zu erlernen und weiterzuverbreiten, wiederzugeben.

Viele unserer Patientinnen haben Beiträge geleistet, ohne die es nicht möglich gewesen wäre dieses Buch – an der Front und praxisbezogen – zu schreiben, sodass wir sie gerne zu Wort kommen lassen möchten, um damit anderen Mut und Hoffnung zu machen. Denn wer könnte das besser als die Betroffenen selbst, die die Hölle überlebt und es geschafft haben, zuversichtlich und sicher im Leben zu stehen? Die Stellungnahmen der Betroffenen sind mit deren Einverständnis in den Text übernommen worden.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie und das störungsspezifische Skills-Training mit einem konkreten Angebot an Hilfestellungen werden in der Darstellung besonders hervorgehoben.

Erfreulicherweise finden sich immer mehr Menschen, die daran Interesse zeigen, sich ausbilden lassen und dafür sorgen, dass immer mehr Betroffene Zugang zu dieser störungsspezifischen Therapieform finden.

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet und alternierend die männliche und weibliche Form verwendet. Das andere Geschlecht ist dabei immer mitgemeint.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Marsha M. Linehan wurde in mehrfach kontrollierten Studien als wirksam nachgewiesen. Die DBT beinhaltet Bereiche der kognitiv behavioralen Therapie, der Sozialpsychologie, der Neurobiologie sowie Aspekte aus der fernöstlichen Meditation des Zen. Marsha M. Linehan bezeichnet die DBT als eine Werkstätte (factory), in die ständig neues Wissen fließt und weiterentwickelt werden kann.

Wir führen seit vielen Jahren ambulante Skills-Gruppen in Wien und in Perchtoldsdorf und halten Fortbildungsveranstaltungen und Kurse für interessierte Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter und interessiertes Pflegepersonal. Im Rahmen unserer Tätigkeit als Skills-Trainerinnen begegneten wir immer wieder Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen, konfrontiert mit der eigenen Hilflosigkeit und mit der Hilflosigkeit professioneller Helfer. Bei dieser Begegnung stießen wir selbst unzählige Male an unsere eigenen Grenzen und Defizite. Die dargestellten Modelle sowie die prozedurale Entwicklung der Skills-Gruppen spiegeln unsere Erfahrungen und Erkenntnisse wider und es werden Möglichkeiten der Umsetzung sowie der Anwendung aufgezeigt. In diesem Sinne möchten wir uns bei Martin Bohus (Mannheim), Harald Richter (Freiburg/Brsg.) und Christian Stiglmayr (Berlin) bedanken, von denen wir lernen durften und die uns stets mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Wir bedanken uns bei Marsha M. Linehan, die uns ihr Wissen und ihre Erfahrung weitergegeben und mit ihrer Empathie für das Erleben von Borderline-Patientinnen beeindruckt hat.

Wir bedanken uns bei Giselher Guttmann, der bereits die Dissertation zu diesem Thema begleitet und uns anschließend zu diesem Buch ermutigt hat.

Unser besonderer Dank gilt unseren Patientinnen, von denen wir laufend lernen, die uns immer wieder motivieren weiterzumachen und zeigen, dass unsere Arbeit Sinn macht.

Last, not least, danken wir unseren Kindern, Gerald, Sandra, Sonja und Stephan, die unsere Arbeit mit Verständnis und Interesse unterstützen und am Entstehen dieses Buches mitgearbeitet haben.

Alice und Martina Sendera

Inhaltsverzeichnis

1	Geschichte der Psychopathologie	1
1.1	Borderline-Störung (BLS)	2
1.2	Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	5
1.3	Theoretische Grundlagen der Borderline-Störung	9
1.4	Ursachen (Ätiologie) der Borderline-Störung	12
2	Beschreibung der Problembereiche	19
2.1	Probleme bei der Emotionsregulation	22
2.2	Störungen des kontextabhängigen Lernens und der kognitiven Verarbeitung	26
2.3	Bindungsstörung	27
2.3.1	Sichere Bindung	29
2.3.2	Unsicher-vermeidende Bindung	29
2.3.3	Unsicher-ambivalente Bindung	30
2.3.4	Unsicher-desorganisierte Bindung	31
2.4	Dissoziative Phänomene	32
2.5	Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen	33
2.6	Beziehungen und Störung der Interaktion	41
2.7	Problembereich Verhaltensebene	46
2.8	Selbstbild und Identität	48
2.9	Erinnerungsdruck und Vermeidung	49
2.9.1	Flashback	49
2.9.2	Intrusionen	49
2.9.3	Pseudohalluzinationen	51
2.9.4	Patients out of hell (Linehan)	51
2.10	Somatoforme Störungen	56
2.11	Chronischer Schmerz	57
2.11.1	Physiologie des Schmerzes	57
2.11.2	Schmerz und Emotion	60
2.11.3	Chronifizierung von Schmerzen	61

3	Behandlungsansätze – Komorbidität	63
4	Von der Topographie zum Neuronalen Netzwerk	67
4.1	Historischer Rückblick	67
4.2	Morphometrie und anatomische Grundlagen	69
4.2.1	Das limbische System	69
4.2.2	Der Mandelkern (Nucleus Amygdalae)	70
4.2.3	Der Hippokampus	71
4.2.4	Der präfrontale Kortex	72
4.3	Hirnforschung	73
5	Kognition, Emotion, Gedächtnis und Wahrnehmung	79
5.1	Kognition und Emotion	79
5.2	Emotionsforschung	80
5.3	Gedächtnis	86
5.4	(Sinnes-)Wahrnehmung	87
6	Therapiekonzepte	91
6.1	Otto F. Kernberg und die Transference Focused Therapy (TFP)	94
6.1.1	Konzepte der Transference Focused Psychotherapy (TFP)	98
6.1.2	Die Therapiemethode	100
6.1.3	Strategische Prinzipien in der TFP	101
6.1.4	Kontraindikation für die Anwendung der TFP	105
6.2	Die Schematherapie	105
6.3	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie	108
6.3.1	Die biosoziale Theorie und das neuro-behaviorale Entstehungsmodell	112
6.3.2	Die Grundannahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)	117
6.3.3	Beziehungsgestaltung in der DBT	118
6.3.4	Das Therapiekonzept	121
6.3.5	DBT-Behandlungsstrategien	123
6.3.6	Das DBT-Gesamtkonzept	132
7	Psychopharmakotherapie	141
8	Skills (Fertigkeiten) zur Problembewältigung	145
8.1	Was sind Skills?	146
8.2	Das Skills-Training	150
8.2.1	Struktur	153

8.2.2	Strategien	160
8.2.3	Weitere Gestaltungshilfen	160
8.3	Module des Skills-Trainings	170
8.4	Innere Achtsamkeit	171
8.4.1	ZEN	173
8.4.2	Achtsamkeit in der Gruppentherapie	176
8.4.3	Übungsbeispiele	182
8.5	Emotionsregulation	187
8.5.1	Der bewusste Umgang mit Gefühlen	191
8.5.2	Arbeit an Gefühlen in der Skills-Gruppe	204
8.5.3	Umgang mit Schmerz	231
8.6	Stresstoleranz	247
8.7	Zwischenmenschliche Skills	256
8.8	Selbstwert	267
8.9	DBT-Werkstätte	271
8.9.1	Tiergestützte Therapie	271
8.9.2	DBT-A für Kinder und Jugendliche	275
8.9.3	DBT-S	279
8.9.4	DBT im Strafvollzug – Skills-Training mit jugendlichen Straftätern	283
8.9.5	DBT der Posttraumatischen Belastungsstörung	285
8.9.6	DBT-geleitete stationäre Depressionsbehandlung	287
8.10	DBT for emotionally over-controlled Disorders	290
8.10.1	Skills-Training in der Pädagogik	292
9	Patiententexte	297
10	Erkenntnisse und Ausblick	305
	Literaturverzeichnis	307
	Sachverzeichnis	313

1. Geschichte der Psychopathologie

Zu allen Zeiten, in allen Kulturen und Gesellschaften finden sich Aufzeichnungen über und Erklärungen für psychisches Leid. Menschen mit psychischen Problemen werden im Allgemeinen anders beurteilt als Menschen mit körperlichen Erkrankungen. Sie werden stigmatisiert, gelten als unzurechnungsfähig und erleben soziale Zurückweisung. Die Symptombeschreibung klingt oft wie eine Auflistung schlechter Eigenschaften und Fehlverhaltensweisen¹. Kulturübergreifend werden Menschen als abnormal bezeichnet, wenn sie unvorhersehbar und anders als üblich handeln, nicht mit anderen kommunizieren oder in disharmonischer Beziehung zur jeweiligen Gesellschaft stehen². Die Entscheidung, Menschen für psychisch gestört zu halten, unterliegt dem jeweiligen Zeitgeist und wissenschaftlichen Paradigmen. Jahrhundertelang wurden geistige Krankheiten als Folge von Besessenheit oder moralischer Verfehlung (MORAL INSANITY) gesehen. Die Begriffe *gesund* und *krank* entzogen sich der menschlichen Einsicht und abweichendes Verhalten galt als böse und schlecht. Bis ins 19. Jahrhundert wurden psychisch Auffällige nicht als Kranke gesehen, sie erhielten keine medizinische Behandlung und keine adäquate Betreuung, meist wurden sie interniert oder lebten am Rande der Gesellschaft. Bis heute werden Menschen, die auffällig im Beziehungs- und Leistungsbereich sind, die zu Regel- und Normverletzungen neigen, im allgemeinen Sprachgebrauch als Psychopathen und Verrückte bezeichnet. Der Umgang mit diesen Menschen unterliegt einer eigenen Dynamik, die Skala reicht von Ablehnung bis Überbehütung.

1 Fiedler P (1997) Persönlichkeitsstörungen, 3. Auflage. Beltz, Weinheim

2 Zimbardo PG (1995) Psychologie, 6. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo. Original (1988), Psychology and Life, 12th edn. Inc. Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois

1.1 Borderline-Störung (BLS)

Die Borderline-Störung als psychiatrische Diagnose ist ein junger Begriff, der seine Wurzeln in der Psychoanalyse und Psychopathologie hat. Menschen, die in diesem Grenzbereich leben, wird ein Krankheitsbild zugeordnet, das bereits vor mehr als einhundert Jahren mit dem Begriff Hysterie beschrieben worden ist. Es inkludiert in seiner ursprünglichen Bedeutung alle Störungen, die durch emotionale Konflikte ausgelöst werden. Durch den verfälschten umgangssprachlichen Gebrauch des Wortes Hysterie wird dieser heute nur vorsichtig verwendet. Breuer und Freud veröffentlichten Falldarstellungen von Patientinnen, die nach heutiger Sicht als Borderline-Patientinnen diagnostiziert werden können³.

Die Vielfalt der Symptome mit ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen führte dazu, dass der Psychoanalytiker Stern am Ende der Dreißigerjahre den Begriff Borderline für ein Krankheitsbild einführte, das weder der psychiatrischen Gruppe der Neurosen noch der der Psychosen zugeordnet werden konnte⁴. Nach dem Verständnis der damaligen Krankheitslehre galten Psychosen als Geisteskrankheiten und Neurosen als entwicklungsbedingte Krankheiten. Zu erwähnen ist, dass Persönlichkeitsstörungen damals den Psychopathien zugeordnet wurden.

Die Zuordnung des Begriffes unterlag ab da einem regen Wandel und die Erklärung der unterschiedlichen Phänomene des Störungsbildes erfuhren laufend Änderungen und Ergänzungen. In den Siebziger- und Achtzigerjahren wurde der Borderline-Begriff als Sonderform der schizophrenen Psychose verstanden. Es entstanden Variationen wie Borderline-Organisation, Borderline-Schizophrenie, präpsychotische Schizophrenie, pseudo-neurotische Schizophrenie, pseudo-psychopathische Schizophrenie und Ähnliches. Anfang der Neunzigerjahre gab

3 Breuer J, Freud S (1893/1955) Studies on hysteria. In: Strachey H (ed. and trans) Complete psychological works of Sigmund Freud (standard edn, vol 2), Hogarth Press, London

4 Stern A (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in Borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 7: 467–488

Tabelle 1 DMS-IV (BLS)

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein	
1	Verzweifelt Bemühen, ein tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die im Kriterium 5 enthalten sind)
2	Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet
3	Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4	Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
5	Wiederholte suizidale Handlungen, Suiziddrohungen oder -andeutungen oder selbstverletzendes Verhalten
6	Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z. B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, üblicherweise wenige Stunden bis (selten) wenige Tage anhaltend)
7	Chronisches Gefühl der Leere
8	Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
9	Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

es 32 verschiedene Bezeichnungen⁵, von denen sich einige bis heute noch hartnäckig halten. Die heute ebenfalls gleichzeitig verwendeten Begriffe wie Borderline-Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsorganisation und emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typus lassen erkennen, dass es eine große Spannbreite von Erklärungsmodellen gibt. Dazu kommen Grenzfälle, Überschneidungen und Komorbiditäten, die zu erkennen

5 Saß H, Koehler K (1983) Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandsland? Zur klinisch-psychiatrischen Relevanz von Borderline-Diagnosen. Nervenarzt 54: 221–230

notwendig sind, um Betroffenen neue Behandlungsperspektiven zu eröffnen.

Das Bemühen um empirische Validierung der Störung wurde gegen Ende 1970 vorangetrieben und 1980 wurden mit der Aufnahme als Borderline-Persönlichkeitsstörungen in das DSM-III (1980) neue Weichen gestellt. Basierend auf den Arbeiten von Spitzer und Endicott⁶ wurde der Begriff Borderline-Schizophrenie bzw. Pseudoneurotische Schizophrenie durch zwei abgrenzbare Störungsbilder, die Schizotypische Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ersetzt.

Die Einführung von Kriterien, die sich auf wiederholt beobachtbare Interaktionsmuster beziehen und die Einführung des Begriffes der Komorbidität veränderten die Diagnostik grundlegend. Das ICD-10⁷ charakterisiert die „emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus“ durch die „... deutliche Tendenz, Impulse auszuagieren, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen und wechselnder launenhafter Stimmung. Die Fähigkeit vor auszuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können oft zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen. Zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und ‚innere Präferenzen‘ unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen. ...“

Laut DSM-IV (1994)⁸ kann die Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ anhand eines Kriterienkataloges von neun Kriterien gestellt werden, wobei für eine Diagnosestellung fünf Kriterien erforderlich sind:

Zwischen den beiden Klassifikationssystemen gibt es bedeutsame Unterschiede (Herpertz, Saß 2002). Laut ICD-10 steht die Impulsivität im Mittelpunkt der diagnostischen Kriterien, im DSM-IV dagegen die Instabilität von Affekt, Verhalten und der Beziehungsgestaltung.

6 Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M (1979) Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. Arch Gen Psychiatry 36: 17–24

7 Dilling H, Mambour W, Schmidt, MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD. Huber, Bern

8 APA – American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). APA, Washington, DC

Außerdem werden im ICD-10 die dissoziativen oder paranoiden Erlebnisse nicht angeführt. Das DSM-IV hingegen unterscheidet nicht zwischen dem impulsiven Typ und dem Borderline-Typus.⁹

1.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurden in den Achtziger- jahren Erklärungsmodelle geschaffen über Pathogenese, Trauma-Verarbeitung so wie Regulations- und Kompensationsmöglichkeiten, neurobiologische und gedächtnispsychologische Ursachen aber auch therapeutische Interventionsmöglichkeiten.

Ursprünglich galt die Auffassung des Stoikers Epiktet:

„Es sind nicht die Ereignisse, die die Menschen beunruhigen, sondern die Vorstellung von den Ereignissen.“

Demnach können Menschen auch schreckliche Ereignisse verkraften, wenn sie diese nur wieder richtig betrachten.

Lang andauernden subjektiv belastenden Phänomenen, wie Erinnerungsverlust, ständigem Wieder-Erleben traumatischer Erlebnisse, Impulsdurchbrüchen, sozialem Rückzug und chronischen Erschöpfungszuständen, stand man einerseits hilflos, andererseits abwertend gegenüber. Der deutsche Psychiater Kraepelin stellt 1899 verschiedene nervöse und psychische Erscheinungen unter der Bezeichnung Schreckneurose dar, die sich in Folge heftiger Gemüterschütterungen, plötzlichen Schrecks oder großer Angst zeigt. In seinem Lehrbuch weist Kraepelin auf ein Zwischengebiet zwischen krankhaften Zuständen und persönlichen Eigenheiten hin¹⁰.

Heute ist bekannt, dass traumatische Ereignisse zu psychischen Störungen führen können. Psychische Reaktionen auf schwere Belastungen werden mit dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung be-

9 Herpertz S, Wenning B (2002) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg). Persönlichkeitsstörungen. Thieme, Stuttgart

10 Kraepelin E (1903) Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 7. Auflage. Barth, Leipzig

zeichnet (PTSD). Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV wird zwischen akuten Belastungsreaktionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen unterschieden. Das ICD-10 beschreibt die Posttraumatische Belastungsstörung als

„eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“

Im DSM-IV kommen bereits bei der akuten Belastungsstörung die dissoziativen Symptome dazu, die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung kann laut DSM-IV nach folgendem Kriterienkatalog gestellt werden (Tabelle 2).

Fachleute versuchen immer wieder, dieses Krankheitsbild in der Vielfalt seiner Beschwerden und Symptome zu verstehen, zu beschreiben und von anderen Störungen abzugrenzen. Die Hauptsymptome: Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und vegetative Übererregbarkeit treten nach Traumatisierungen unterschiedlichster Genese auf, abhängig von Schwere und Art des Traumas. Das Spektrum reicht von Verkehrsunfällen, Scheidungen, Mobbing am Arbeitsplatz bis zu Missbrauch und Gewaltverbrechen. Unabhängig vom jeweiligen Auslöser sind die Dauer des Traumas und der lebensgeschichtliche Zeitpunkt von Bedeutung sowie die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur und Komorbiditäten. Nach Meinung der Autorinnen muss jedoch in jedem Fall von Theorien und Postulaten Abstand genommen werden, die meinen, über Ausmaß und Schwere eines Traumas urteilen und die Folgeerscheinungen als *angepasst* oder *unangepasst* bezeichnen zu können.

Die Notwendigkeit der Klassifizierung ist für viele Traumaopfer sowohl aus gutachterlicher Sicht wichtig, um Folgen von politischen und persönlichen Traumata geltend machen zu können, als auch aus therapeutischer Sicht, um entsprechende Hilfestellungen geben zu können. Erst seit Ende der Siebzigerjahre wird über sexuellen Missbrauch und Gewalterfahrung offen gesprochen und auch geforscht, wobei der Symptombereich immer mehr erweitert werden muss und immer neue Diagnosekriterien hinzu kommen wie z. B. dissoziative Symptome, Formen von Selbstverletzungen und selbstschädigendem Verhalten.

Tabelle 2 DSM-IV (PTSD)

-
- A** Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- 1 Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - 2 Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
-
- B** Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- 1 Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
 - 2 Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
 - 3 Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehre (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
 - 4 Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - 5 Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
-
- C** Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome müssen erfüllt sein:
- 1 Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen
 - 2 Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
 - 3 Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
 - 4 Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
 - 5 Gefühl der Losgelöstheit und Fremdheit von anderen
 - 6 Eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
 - 7 Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben)
-
- D** Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen erfüllt sein:
- 1 Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen

- 2 Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - 3 Konzentrationsschwierigkeiten
 - 4 Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
 - 5 Übertriebene Schreckreaktionen
-

E Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern

Bestimme, ob:

mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

In über 80 % bestehen komorbide Störungen, was die Frage aufwirft, inwieweit durch Traumatisierung eine verminderte Belastbarkeit besteht. Eine mögliche Differenzierung wird von Leonore Terr¹¹ vorgeschlagen, die als Typ I Trauma Traumatisierungen nach einmaligen kurzdauernden Ereignissen bezeichnet und als Typ II den Zustand nach langandauernden und/oder extremen Traumatisierungen, die zu einer Erschütterung existentieller Grundschemata führen. Die amerikanische Forscherin Judith Herman¹² beschreibt den Begriff der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, der auch im deutschsprachigen Raum bereits verwendet wird¹³ und zu kontroversen Diskussionen¹⁴ geführt hat.

11 Terr L (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10–20

12 Herman JL (1993) Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In: Davidson JR, Foa EB (eds) *Posttraumatic Stress Disorder – DSM IV and beyond*. American Psychiatric Press, Washington

13 Sack M (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75: 451–459

14 Schweiger U, Sipos V, Hohagen F (2005) Kritische Überlegungen zum Begriff der „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“. *Nervenarzt* 76: 344–347

Die Vielfalt der Beschwerden kann erst verstanden werden, wenn die Symptome als Strategien, um zu überleben, sich anzupassen und zu bewältigen gesehen werden. Negative Beziehungserfahrungen, gestörtes Selbstbild, Impulsdurchbrüche, schwer steuerbare Affekte, Flashbacks und Intrusionen lassen Menschen mit PTSD ein sehr belastetes und schwieriges Leben führen.

Ein weiterer, immer öfter Erwähnung findender Ausdruck ist die sogenannte Verbitterungsstörung (*Posttraumatic Embitterment Disorder/PTED*). Diese betrifft Menschen, die nach erlittenem Unrecht, wie zum Beispiel Mobbing, Kündigung, Scheidung usw. nicht aufhören können, sich mit Rachegeanken zu quälen und Schlafstörungen, Depressionen und Phobien entwickeln sowie zu unkontrollierten Aggressionsausbrüchen neigen. Dies führt zu sozialem Rückzug, oft Antriebsschwäche, Resignation und Verbitterung. Beschrieben wurde dieses Störungsbild erstmals von Michael Linden¹⁵. Dieser beschreibt die Patienten als meist uneinsichtig und schwer therapierbar, da es sich um Menschen handle, die in einem besonders engen Wertesystem erzogen wurden.

1.3 Theoretische Grundlagen der Borderline-Störung

Wir wissen heute, dass ca. 70 % der Borderline-Patienten einschneidende traumatische Erfahrungen haben. Zanarini et al. (2002) untersuchten 290 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, 62,4 % gaben sexuellen Missbrauch, 86,2 % andere Formen des Kindesmissbrauchs und 92,1 % Vernachlässigung an. Die gegenwärtige Forschung orientiert sich bei der Definition des Traumas meist an objektivierbaren Vorgaben. Doch wir müssen die Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren, hervorgerufen durch Stress und schwere Irritationen im Beziehungs- und Bindungssystem, ebenso berücksichtigen. Kinder reagieren oft durch Übererregung und bei fehlender Beruhigung von außen mit Dissoziation, um sich vor den Außenreizen zu schützen (siehe: Dissoziation).

15 Linden M et al (2004) Die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). *Nervenarzt* 75: 51–57

Es konnte jedoch kein direkter Nachweis erbracht werden, dass Traumata *per se* ausreichend für die Entwicklung einer BLS sind.¹⁶ In unserem Buch über die Sekundäre PTSD berichten wir genauer über den Stressverarbeitungsmechanismus bei Menschen mit BLS und die dadurch vorhandene Prädisposition zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Wichtig zu erwähnen ist, dass kulturelle Unterschiede im Erleben dazu führen, dass die Störung bei Migranten spät oder gar nicht diagnostiziert wird. Die veränderten Lebensumstände können bei Migranten zu Verhaltensweisen führen, die den Symptomen der Borderline-Störung ähnlich sind. Zudem besteht häufig eine sprachliche Hürde bei Fachärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, und es gibt wenige muttersprachliche Hilfsangebote und Konzepte mit der erforderlichen Kulturkompetenz im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich.

Die Borderline-Störung galt und gilt teilweise noch immer als schwer zu behandelnde chronisch verlaufende Persönlichkeitsstörung. Studien¹⁷ zu Folge ist die Wahrscheinlichkeit, die oben angeführten Kriterien einer Borderline-Störung zu erfüllen, relativ hoch und liegt bei Erwachsenen bei ungefähr 2 %, nach einer amerikanischen Untersuchung von Grant et al. beträgt die Lebenszeitprävalenz (Krankheitshäufigkeit) sogar ca. 5,9%.¹⁸ Die bisherige Annahme, dass mehr Frauen betroffen sind, kann nicht mehr gehalten werden. Die Geschlechterverteilung gilt als gleich hoch, wobei noch immer angenommen wird, dass die männlichen Borderline-Patienten eher zur Fremdaggression und die weiblichen zu Selbstverletzungen neigen. Durch die mit der Krankheit in Zusammenhang stehende chronische Suizidalität und den enormen Leidensdruck ist die Suizidraterate hoch, in Zahlen ausgedrückt wird sie

- 16 Fossati A, Madeddu F, Maffei C (1999) Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Department of Neuropsychiatric Sciences, University of Milan, Milano, Italy
- 17 Stone MH (2000) Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart
- 18 Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ (2008) Prevalence correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Clin Psychiatry 69 (4)

unterschiedlich angegeben und liegt im Durchschnitt bei 8%. Es lässt sich nämlich nicht immer eindeutig feststellen, ob es ein eindeutiger Suizidversuch oder eine tödlich ausgehende Selbstverletzung war.

Nach wie vor ist es schwer, das Alter der Erstmanifestation zu definieren. Laut DSM-IV versteht man unter Persönlichkeitsstörungen, denen auch die Borderline-Störung zuzuordnen ist, ein tief verwurzelttes Fehlverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten. Die Auswirkungen sind den Betroffenen bewusst, vor allem wenn es wegen der Störung zu sozialen und beruflichen Einschränkungen kommt. Die Auffälligkeiten lassen sich bis in die Kindheit und Jugend zurückverfolgen und zeigen ein Muster, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Nach ICD-10 ist die Diagnose Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 16.–17. Lebensjahr zu stellen, obwohl festgehalten wird, dass störungsspezifische, stabile und anhaltende Verhaltensmuster bereits in der Kindheit auftreten können. Sowohl beim DSM-IV als auch beim ICD-10 gehen die Diagnosekriterien davon aus, dass ein kontinuierlicher Verlauf der Problematik von der Kindheit über die Jugend ins Erwachsenenalter hinein gegeben ist. Häufig kumulieren die Symptome der Borderline-Störung jedoch in der frühen Adoleszenz.

Die Frage, ob es in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Störung gekommen ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Einerseits hilft uns eine präzisere Diagnostik, die Störung zu definieren und den Zugang zu störungsspezifischen Therapieformen zu erleichtern, andererseits sind nicht alle Phänomene der *Borderline-Persönlichkeit* im Kriterienkatalog des DSM-IV und/oder des ICD-10 erfasst. Wenn man die Zahl der hilfesuchenden Borderline-Menschen in den psychiatrischen Kliniken und psychotherapeutischen Praxen sieht, hat es den Anschein, dass es zu einer Zunahme von Borderline-Patienten gekommen ist. Man könnte annehmen, dass allein durch den Bekanntheitsgrad der Diagnose die Häufigkeit der Erkrankung zunimmt. Wie auch immer, es gibt noch nicht genügend Daten, die eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit untermauern, Fachleute tendieren jedoch dazu, die Zunahme von Borderline-Patienten zu bestätigen.

Ferner muss man die Kulturzugehörigkeit beachten, wobei wir kaum Vergleichsdaten aus allen Ländern und Kulturkreisen haben.

Inwieweit aversive Umweltfaktoren und veränderte soziale und familiäre Faktoren einen Einfluss haben, lässt sich ebenfalls nicht eindeutig beantworten. (siehe: Invalidierendes Umfeld)

Der Rückgang der Symptomatik (Remission) ist aufgrund von störungsspezifischen Therapieverfahren, wofür das Skills-Training sicher einen wichtigen Beitrag liefert, erfreulich hoch. Die Rückfallsrate liegt bei ca. 6%. Problematisch bleibt in vielen Fällen die soziale Integration, die Störungen der Affektkontrolle, viele Komorbiditäten aus dem Bereich der Affektiven-, Angst-, Ess- und Suchtstörungen, sogenannte Achse-I-Störungen (siehe auch: Komorbiditäten) und ein hoher Anteil an somatischen Problemen.

Außerdem hat sich die Auffassung, was Borderline-Störung bedeutet, in den letzten Jahren geändert. Als Verständnisgrundlage müssen wir folgende Komponenten beachten:

- Ätiologie
- Problembereiche
 - > Emotionsregulationsstörung
 - > Störungen des Lernens und der kognitiven Verarbeitung
 - > Bindungsstörung
 - > Dissoziative Phänomene
 - > Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen
 - > Beziehungen und Störung der Interaktion
 - > Erinnerungsdruck und Vermeidung
 - > Störung der Selbstwahrnehmung und Identität
 - > Problembereich Verhaltensebene
 - > Somatisierungsstörung und körperliche Erkrankungen
 - > Chronischer Schmerz

1.4 Ursachen (Ätiologie) der Borderline-Störung

Adolph Stern ist einer der Pioniere, der versucht die typischen Charakteristika von Borderline-Patienten zu beschreiben. Er weist bereits auf eine begrenzte Realitätsprüfung, psychotische Dekompensation, Phänomene wie Überidealisierung und Entwertung, Entwicklung starker Ängste und Projektionen hin. Stern erwähnt auch die Bedeutung der

Mutter in der Ätiologie von Borderline- Patienten und vermutet bereits eine frühe Störung in der Mutter-Kind-Interaktion.¹⁹

Seine Beschreibung der überbesorgten Borderline-Mutter (heute spricht man auch von der Haupt-Bindungsperson, die nicht zwangsläufig die Mutter sein muss), der es an spontaner Zuwendung fehlt, wird von **Masterson und Rinsley** dreißig Jahre später präziser untersucht. In ihrem Konzept heben sie die Bedeutung der emotionalen Verfügbarkeit hervor, die dem Kind nur dann zur Verfügung steht, wenn es sich regressiv an die Mutter bindet²⁰.

Für Masterson und Rinsley ist bedeutsam, wie die Borderline-Mutter auf das Autonomiebestreben (siehe: Bindung) ihres Kindes reagiert. Sie stellten fest, dass die Mutter-Kind-Interaktion nur dann funktioniert, wenn das Kind auf die Fürsorge der Mutter angewiesen bleibt. Entfernt sich das Kind, um seine eigenen Fähigkeiten und eine emotionale Autonomie zu entwickeln, reagiert die Mutter mit Unruhe und Angst. Nur bei regressivem Verhalten des Kindes reagiert die Mutter liebevoll und *liebt das Kind, weil es Kind bleibt*. Nach Masterson und Rinsley stabilisiert dadurch das Kind die Mutter.

Winnicott lenkt die Aufmerksamkeit auf die zentrale Rolle der Mutter, die er als „gut genug“ (*good enough*) bezeichnet. Die gelungene Anpassung an das Kind gibt diesem das Gefühl der Kontrolle und Allmacht. Es fühlt sich mit der Mutter eins (*symbiotisch*). Die Mutter hat die Aufgabe, dem Kind die Informationen über die äußere Welt zu vermitteln, ohne dessen Gefühlswahrnehmung und Phantasie zu unterdrücken. Nach und nach löst sich die Symbiose auf. Es kommt die Phase der relativen Abhängigkeit, dabei unterstützt die Mutter das Kind auf dem Weg in die Unabhängigkeit. Sobald es beginnt, zwischen *Ich* und *Nicht-Ich* zu unterscheiden, bekommen sogenannte *Übergangsobjekte* Bedeutung. So vermittelt z. B. der Geruch der Mutter das Gefühl, dass diese wirklich existiert und da ist.²¹ Die Mutter hat aber auch die Aufgabe, dem Kind

19 Stern A (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 7: 467–488

20 Masterson JF, Rinsley DB (1975) The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 56: 163–177

21 Winnicott DW (1965/1974/1984). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München

Informationen über die äußere Welt zu vermitteln, ohne seine eigene Gefühlswahrnehmung und/oder Phantasie zu unterdrücken. Nach Winnicotts Ansicht schützt eine gute Mutter ihr Kind auch vor Ängsten und unterstützt die Erfahrungsbildungen des Kindes mit anderen Personen und Situationen.²²

Das wahre *Selbst* entfaltet sich seiner Ansicht nach nur in einer hinreichend empathischen und fürsorglichen mütterlichen Umwelt. Im Falle eines Versagens dieser empathischen Versorgung entsteht ein *falsches Selbst*, das das *wahre Selbst* vor den destruktiven mütterlichen Einflüssen schützen soll. Das *falsche Selbst* ist eine Verteidigungsstrategie, eine Art Maske, die hilft, den Erwartungen anderer zu entsprechen. Borderline-Menschen nehmen seiner Meinung nach die realen Wesenszüge anderer nicht immer wahr. Sie entwickelten nicht die Fähigkeit zur Besorgnis und Empathie. Für den Erwerb dieser Fähigkeiten setzt Winnicott ein *Ich* voraus, das von der *Hilfs-Ich-Funktion* der Mutter unabhängig geworden ist.

Das Konzept von **Margaret S. Mahler** ist von der entwicklungspsychologischen Perspektive aus zu betrachten. Während der Entwicklungsprozesse erlebt das Kind verschiedene Stadien der Loslösung von der Mutter. In Mahlers Objektbeziehungstheorie werden die Psyche und ihre Strukturen als etwas verstanden, das sich durch menschliche Interaktionen entwickelt. Während des Loslösungs- und Individuationsprozesses ist das mütterliche Verhalten durch Ambivalenz geprägt. So zeigt sich das Kind in seinem Autonomiebestreben einerseits mutig um Neues auszuprobieren, andererseits vorsichtig den mütterlichen Rockzipfel loszulassen. Wenn es Angst hat, die Mutter körperlich und emotional zu verlieren und das Kind zwar vordergründig unterstützt, emotional aber unter Druck gesetzt wird, gerät es in ein Dilemma.

Verzichtet das Kind auf die Autonomiebestrebung, kommt es später zu einer Borderline-Struktur, Mahler spricht von einer Fixierung im Rahmen der Symbiose-Separationstheorie.

22 Winnicott DW (1971/1973) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta
Winnicott DW (1965/1974/1984) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München, Kindler

Im Handbuch der Borderline-Störungen²³ versuchen die Autoren diesen Ansatz mit folgendem Kinderlied zu untermauern:

Hänschen klein ging allein in die weite Welt hinein,
Stock und Hut stehn ihm gut, ist gar wohlgemut.
Aber Mutter weinet sehr, hat ja nun kein Hänschen mehr,
da besinnt sich das Kind, kehret heim geschwind.
(Kinderlied)

Das Konzept der Mentalisierung von Fonagy und Target baut auf der Bindungstheorie und der Fähigkeit auf, das eigene und das Verhalten anderer Menschen vorauszusehen und zu erklären. Die Anlagen zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit sind uns angeboren. Mentalisierung dient der Selbstorganisation, der Impulskontrolle, der Affekt- und Gefühlsregulation und der Beziehungsgestaltung und setzt die Entwicklung von Selbstreflexionsfähigkeit und Selbsterkenntnis-Kompetenz voraus.²⁴

Die Mentalisierungsfähigkeit wird wesentlich durch interpersonelle Erfahrungen bestimmt und durch einen feinfühligem Abstimmungsprozess zwischen dem Kleinkind und seinen Bezugspersonen allmählich erworben. Eine entscheidende Bedeutung kommt der von John Bowlby entwickelten Bindungstheorie zu, weil eine sichere Bindung den Erwerb von Selbstreflexionskompetenz fördert. Das setzt voraus, dass mentale Zustände des Kindes von feinfühligem, liebevollen Bezugspersonen erkannt werden und darauf adäquat reagiert wird.

Mentalisierung bedeutet, die psychischen Zustände anderer und die dem Verhalten zugrunde liegenden mentalen Zustände zu erkennen (*mind reading*).

23 Dulz B, Herpertz SC, Kernberg O, Sachsse U (2011) Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart

24 Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart

Es bedeutet aber auch, Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche folgerichtig nachvollziehen zu können.

Beispiel:

Wie geht die Geschichte aus?

Franz hat Hunger und ist unzufrieden. Er geht bei einer Bäckerei vorbei ...

(Mentalisierungsprozess des möglichen Handlungsablaufes und Lösung: z. B. Franz kauft sich eine Semmel und ist zufrieden! Oder: Er hat kein Geld und geht traurig weiter!)

Durch affektarme und traumatisierende Entwicklungsbedingungen kann die Entwicklung zur Mentalisierung beeinträchtigt werden. Psychische Zustände können gedanklich nicht gefasst werden und es besteht kein psychischer Raum, in dem eine Reflexion der emotionalen Befindlichkeit oder eine Distanzierung von konflikthaftem Erleben möglich ist. Häufig ist die Wahrnehmung behindert, wodurch die Kinder Schwierigkeiten haben, interne und externe Stimuli zu unterscheiden. Zusätzlich können die betroffenen Kinder keine Frustrationen ertragen und werden von äußeren und inneren Stimuli überflutet.

Borderline-Menschen können zwar überdurchschnittlich gut die Gefühle anderer wahrnehmen, diese aber nicht nachvollziehen und in den richtigen Kontext setzen.

Die BLS wird auch als eine Störung der Mentalisierungsfähigkeit gesehen. Es wird angenommen, dass die Entwicklung in affektgesteuerten Beziehungen stattfand. Folge dieser *geladenen Atmosphäre* ist eine Mentalisierungshemmung auch ohne offensichtliches Trauma. Es ist daher wichtig, die gesunden wie auch pathologischen Aspekte dieser frühen Beziehungsmuster zu untersuchen.

Verbunden mit den verinnerlichten Beziehungserfahrungen sind mentale Repräsentationen dieser Muster, die die aktuellen Beziehungen beeinflussen und verzerren, da die Realität mit der mentalen Repräsentation der Kindheitserfahrung vermischt wird.

Die Art und Weise, wie die ersten Beziehungen erlebt wurden, hat demnach großen Einfluss auf alle weiteren Beziehungen. Als besonders bedrohlich wird das Auftauchen von Erfahrungsinhalten aus der Zeit vor