



GLE International

Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse

SCHMERZ-HAFT

**Verständnis und Behandlung
der Borderlinestörung**

Nr. 2 / 2017
34. Jahrgang

ISSN 1024-7033
ISSN 2409-7306 (Online-Version)
Eduard Sueß Gasse 10
A-1150 Wien
Tel./Fax: (0043-1) 985 95 66
E-Mail: gle@existenzanalyse.org

KONGRESSBERICHT

ORIGINALARBEIT

Psychometrics in pursuit of existence: A new version of the Test of Existential Motivations (VLADIMIR B. SHUMSKIY, EVGENY N. OSIN, ELENA M. UKOLOVA)..... 123

PLENARVORTRAG

Ohne Fühlen? Bin ich nicht! – Vom verzweifelten Greifen des Menschen nach Leben (ALFRIED LÄNGLE) 4

Das verletzte Selbst – Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht (CHRISTOPH KOLBE) 19

„Alles viel zu intensiv – auch das Zuwenig“ (LILLO TUTSCH) 26

Multidimensionale Diagnostik und ätiopathogenetische Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zu Traumafolgestörungen (KARIN MATUSZAK-LUSS)..... 31

Beziehungsweise(n) – Grenzerfahrungen in der Gestaltung therapeutischer Beziehungen (MARKUS ANGERMAYR)..... 42

Die (SICHERE) Fahrt auf der Hochschaubahn (DORIS FISCHER-DANZINGER) 49

Ich blute, also bin ich. Zu Selbstverletzung und Suizidalität bei Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (RUPERT DINHOBL) 59

Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (ECKHARD ROEDIGER)..... 67

SYMPOSIUM PSYCHOTHERAPIE UND BERATUNG

Zerrissen zwischen Extremen – Die Not der Angehörigen von Borderline-Patienten (BARBARA JÖBSTL) 75

Männliche und weibliche Akzente im Phänotyp der Borderlinestörung (REINHARD PICHLER).... 80

Die Begegnung mit PatientInnen mit Borderline- und Ich-strukturellen Störungen – Eine Annäherung aus tiefenpsychologischer und existenzanalytischer Sicht (HANS-MARTIN ROTHE) 83

„Grenzen überschritten“ – Existenzanalytische Betrachtungen zur Situation inhaftierter Frauen mit Borderline-Symptomatik (WERNER GRUBER) 90

Supergeil und Verhasst – Borderline und Sexualität – Verhaltensanalysen (SUSANNE ADAMEK)..... 96

„Ich bin's, Anita, ganz persönlich!“ (ERIKA LUGINBÜHL) 101

Notfallpläne zur Rückfallprophylaxe suizidalen Verhaltens für die existenzanalytische Praxis (CLEMENS FARTACEK, ANTON NINDL, RUPERT DINHOBL & MARTIN PLÖDERL) 107

SYMPOSIUM PÄDAGOGIK UND PSYCHOEDUKATION

An-gefragt, statt ab-gefragt! (ESTHER KOHL)..... 112

„Bloß nicht die Nerven verlieren.“ Borderline-Dynamiken in der Schule (MARTIN HÖTZER) 118

Buchbesprechungen..... 139

Weiterbildungstermine 145

Homepage zur EXISTENZANALYSE..... 145

Subskription Online-Abo 145

Hinweise für Autoren..... 146

Impressum 58

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

- Karel BALCAR**
Prag (CZ)
- Boris BRATUS**
Moskau (RU)
- Renate BUKOVSKI**
Salzburg (A)
- Herbert CSEF**
Würzburg (D)
- Reinhard HALLER**
Feldkirch (A)
- Brigitte HEITGER**
Bern (CH)
- Derrick KLAASSEN**
Vancouver (CA)
- Christoph KOLBE**
Hannover (D)
- George KOVACS**
Miami (USA)
- Jürgen KRIZ**
Osnabrück (D)
- Janelle KWEE**
Vancouver (CA)
- Anton-Rupert LAIREITER**
Salzburg (A)
- Alfried LÄNGLE**
Wien (A)
- Mihaela LAUNEANU**
Vancouver (CA)
- Karin MATUSZAK-LUSS**
Wien (A)
- Fernando LLERAS**
Wien (A)
- Corneliu MIRCEA**
Temesvar (RO)
- Martin PLÖDERL**
Salzburg (A)
- Christian PROBST**
Graz (A)
- Heinz ROTHBUCHER**
Salzburg (A)
- Christian SIMHANDL**
Wien (A)
- Christian SPAEMANN**
Braunau (A)
- Michael TITZE**
Tuttlingen (D)
- Gabriel TRAVERSO**
Santiago de Chile (CHL)
- Liselotte TUTSCH**
Wien (A)
- Helmuth VETTER**
Wien (A)
- Beda WICKI**
Unterägeri (CH)
- Wasiliki WINKLHOFER**
München (D)
- Elisabeth WURST**
Wien (A)

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Schmerz-HAFT – im Schmerz unentrinnbar gefangen.


Ein Kongress zu Verständnis und Behandlung der Borderlinestörung ist eine Herausforderung, ruft dieses Erscheinungsbild doch in besonderem Maße eine emotionale Beunruhigung und Verunsicherung hervor, wie diesem heftigen Leid begegnen. Ihm haftet das Bild des Schwierigen an, des Bedrohlichen und manchmal Aussichtslosen – so erleben es Betroffene, aber auch TherapeutInnen sind in besonderer Weise gefordert der Intensität nicht nur Stand zu halten, sondern sie in eine Entwicklung zu lenken, in der Borderline Patienten sich aus der Haft des Schmerzes lösen können.

A. Längle nimmt den Leser ausführlich mit in ein Verständnis der inneren Vorgänge, da dies, wie er sagt, entängstigt und zu einem besseren Umgang mit den Menschen, die mit diesem Leiden leben, führen kann. L. Tutsch lässt die Schriftstellerin Brigitte Schwaiger zu Wort kommen und führt hinein in die schmerzhafteste Welt der Betroffenen und in den von ihr und anderen Künstlerinnen entdeckten Raum ihre Intensität auszudrücken und diese in einer gelebten Leidenschaft in ein Fließen zu bringen.

Dieser Kongressbericht spiegelt eine Fülle von Beiträgen des Kongresses wider. Sie geben neben der erfahrbaren Nähe zur Borderlinestörung auch Orientierung zur Persönlichkeitsstörung an sich (C. Kolbe), zur spezifischen Diagnostik (K. Matuszak-Luss), aber lassen auch Therapiesequenzen und spezielle Themen daraus unter einem existenzanalytischen Blick in großer Breite nachvollziehbar werden (von M. Angermayr, R. Dinobl, B. Jöbstl, H.-M. Rothe, R. Pichler, W. Gruber, S. Adamek, E. Luginbühl, C. Fartacek et al., E. Kohl und M. Hötzer). E. Roediger ergänzt das Existenzanalytische durch einen Blick in die Schematherapie.

Und die Kollegen V. Shumskiy, E. Osin und E. Ukolova aus Moskau stellen eine breit angelegte russische Forschung zum TEM vor.

So ist dieser Kongressbericht sehr umfangreich und inhaltsreich geworden und wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!



Silvia Längle
Chefredaktion



Astrid Görtz
Redaktion Kongressheft

im Namen des Redaktionsteams

INFOS ZUR GLE-INTERNATIONAL

Die GLE-Int. ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart.

Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zur Psychotherapie anerkannt.

HINWEISE

KONGRESSE GLE-INT.
Dresden, 27.–29.4.2018

**WACHSTUM
ERMÖGLICHEN**

Veränderungsprozesse
begleiten in Psychotherapie
und Beratung

Anmeldung und Programm:
www.existenzanalyse.org

Salzburg, 3.–5.5.2019

PSYCHE MACHT DYNAMIK
Freiheit finden im Getriebensein

AUSBILDUNGEN

- **ULG PSYCHOTHERAPIE**
SALZBURG/WIEN/
VÖCKLABRUCK (siehe S. 144)
- **ULG EXISTENTIELLE
PÄDAGOGIK** (siehe S. 144)
- **PSYCHOTHERAPIE**
- **BERATUNG**

WEITERBILDUNGEN

- Existenzielle Pädagogik
(Masterlehrgang)
- Teamsupervision,
Coaching; Fallsupervision
- Traumatherapie
- Persönlichkeitsstörungen
- Authentisch lehren
- Säuglings-, Kinder- u.
Jugend-Psychotherapie
- Paartherapie
- Psychosomatik

weitere Infos unter
www.existenzanalyse.at
www.gle-d.de
www.existenzanalyse.ch

VORSCHAU

auf die nächsten Ausgaben

Heft 1/2018
Themenheft
**EA BERATUNG IN IHRER
VIELFALT**
Erscheint im Juli 2018

Heft 2/2018
Kongressbericht
WACHSTUM ERMÖGLICHEN
Veränderungsprozesse in Psychotherapie und Beratung
Erscheint im Dezember 2018

ONLINE-ABO

Subskription siehe Seite 145

gle@existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.net

OHNE FÜHLEN? BIN ICH NICHT!

Vom verzweifelt Greifen des Menschen nach Leben

ALFRIED LÄNGLE

In dieser Arbeit soll dem Kern des Borderline-Geschehens phänomenologisch nachgegangen werden. Dazu wird die Störung eingangs auf der Symptomebene überblicksmäßig beschrieben und als Beziehungsstörung nach innen und außen verstanden. Ein phänomenologischer Zugang zum spezifischen Leiden der Borderline-Patienten zeigt in der Tiefe dieser impulsiven, intensiven und instabilen Persönlichkeiten einen unerträglichen Schmerz, der mit dem inneren Selbstverlust verbunden ist. Das Phänomen des Borderline erweist sich als ein grundlegendes Gespaltensein, das mit einem gespaltenen Weiterleben einhergeht. Aus dieser Spannung wird das Aufbäumen der psychodynamischen Gegenwehr als überlebenswichtig verständlich. Diese Dynamik kann daher in der Therapie ob der Bedrohlichkeit und Schmerzhaftigkeit der fehlenden und verletzten Ich-Strukturen nur langsam abgebaut und durch ein zunehmend personales Verhalten ersetzt werden. Zum Abschluss werden Grundzüge der Behandlung der spezifischen Problematik des Borderline-Geschehens vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline, Psychodynamik, Existenzanalyse, Spalten, Therapie

WITHOUT FEELING? I AM NOT THERE!

On human's reaching out for life

The task of this work is to phenomenologically uncover the core of Borderline. In order to achieve this, the disorder is first described on the level of symptoms in an overview and understood as a relationship disorder both inwardly as well as outwardly. A phenomenological approach to the specific suffering of Borderline patients reveals, in the depth of this impulsive, intense and unstable personality, an unendurable pain connected to the inner loss of self. The phenomenon of Borderline proves to be a fundamental being split accompanied by a split experience of the world. In this tension, the rearing up becomes comprehensible as a psychodynamic struggle essential for survival. Due to the painfulness and threat of these lacking and injured ego-structures this dynamic can only slowly be dismantled in therapy and replaced by increasing personal behavior. Finally, main features of treatment of the specific problems of Borderline happening are presented.

KEYWORDS: Borderline, psychodynamics, Existential Analysis, Splitting, therapy

Borderline ist ein Fach-Begriff, der zunehmend auch unter Laien geläufig ist. Meistens wird damit etwas Schwieriges und Bedrohliches verbunden, das selbst bei Therapeuten¹ Ängste und Ambivalenzen hervorrufen kann. Umso wichtiger ist es, ein Verständnis der inneren Vorgänge zu haben, da dies entängstigt und zu einem besseren Umgang mit den Menschen, die mit diesem Leiden leben, führen kann.

Hierzu kann die Existenzanalyse mit ihrem Strukturmodell und dem phänomenologischen Zugang einen wesentlichen Beitrag leisten. Ausgehend von der Symptomebene wird ein Verständnis von Borderline als Beziehungsstörung ausgearbeitet und mit dem tiefen Schmerzerleben der Patienten in Verbindung gebracht. Das Verständnis der psychodynamischen Gegenreaktionen und die Grundzüge therapeutischen Vorgehens ermöglichen dann den Brückenschlag in die psychotherapeutische Praxis.

1. Das Problem von Borderline und seine Symptome

Als zentrales Verarbeitungsproblem im Borderlinegeschehen imponiert der *fehlende Zugang der Patienten zu sich selbst*, wie weiter unten ausgeführt wird. Die Patienten können sich nicht fassen, „haben sich nicht“ aus sich heraus – in der Existenzanalyse wird das als ein *Defizit in der dritten Dimension der Existenz* verstanden, der Dimension des Selbst-Seins (Längle 2016). Psychopathologisch spricht man bei einem solchen Befund von einer Schwäche der Ich-Strukturen². Das Ich ist nicht in der Lage, auf das eigene Wesen, also das Personsein, beständig und verlässlich zuzugreifen (vgl. zum Verhältnis von Ich und Person Längle 2014; Dorra 2014; Kolbe 2014; Steinert 2014). Diese Strukturschwäche des Ichs verhindert, dass der an Borderline Leidende an sein eigenes Sein und inneres Erleben herankommt. Der Patient kommt sich in seinem Wesen abhanden und erlebt sich in

¹ Der leichteren Lesbarkeit halber wird hier das generische Maskulinum verwendet.

² Die Ich-Strukturen sind spezifische Fähigkeiten des Menschen, die es ihm ermöglichen, sich selbst sein zu können; die dem Leben den Charakter der Ichhaftigkeit verschaffen. In der Existenzanalyse bezeichnen wir hiermit die Fähigkeiten: Selbstbeachtung, sich gerecht werden und sich wertschätzen können. Diese drei zentralen Fähigkeiten des Menschen im inneren Umgang mit sich selbst, sind entwicklungspsychologisch betrachtet von außen angestoßen („induziert“) worden. In weiterer Folge sind sie im Inneren selbständig aufzubauen, um zu einer autonomen, authentischen und wirksamen Persönlichkeit werden zu können. Dieses Ich-Sein-Können ermöglicht in der Folge das Person-sein-Können durch die Fassung des Eigenen mithilfe dieser Fähigkeiten.

einem personfernen, psychodynamischen Modus gefangen, der nicht nur konfliktreich, sondern auch existenziell unbefriedigend ist. Als Gegenreaktion suchen Betroffene daher Anreize, Stimuli von außen. Aufgrund der Schwierigkeit, die beträchtliche innere Distanz und Schwelle zu überwinden, brauchen sie *intensive* Reize.

Das Angewiesensein auf äußere Reize ist etwas, das alle extrovertierten Persönlichkeitsstörungen gemeinsam haben: der histrionische Patient braucht Publikum, der narzisstische Objekte und Bewunderung, der paraexistentielle Ziele, der paranoide Beobachter, der antisoziale die geordnete, besitzende Gesellschaft (Längle 2002). Sie alle operieren mit dem „Außen“, um die Brüchigkeit im Inneren zu stabilisieren.

Was ist nun das Spezifische beim Borderline-Patienten? Welche Reize braucht er, bzw. was macht ihm am meisten zu schaffen – und warum gerade das? Wenn wir dies verstehen, können wir an die spezifische Dynamik des Borderline-Geschehens herankommen und gewinnen so auch Ansatzpunkte für ihre Behandlung. Zunächst aber soll ein kurzer Blick auf die Symptome geworfen werden, in denen sich die Störung äußert.

Die Symptombildung

Im DSM 5 wird das Borderlinegeschehen als eine Störung beschrieben, die Probleme in der Ausübung der „Persönlichkeitsfunktionen“ hat: Die Betroffenen haben einen schlechten Umgang mit sich selbst, kaum ein Selbstbild und keine stabilen Ausrichtungen und Ziele, und damit naturgemäß auch einen schlechten Umgang mit den anderen, keine Empathie und instabile, konfliktreiche Beziehungen, ständig verbunden mit der Angst verlassen zu werden (vgl. Matuszak-Luss 2017). Interessant für die Existenzanalyse ist in dieser neuen Darstellung, dass die grobe Clusterung der Symptome einem Grundmodell folgt, das dem existenzanalytischen Verständnis des Menschen als doppeltes Bezogen-Sein entspricht (Längle 2016, 57f).

Dazu kommen spezifische Züge der Persönlichkeit, auf die das ICD 10 mehr verweist: die Instabilität der Gefühle (viele Ängste und auch Depressivität) und die mangelnde Impulskontrolle, oft von gewalttätigem Verhalten begleitet, das sich vielfach mit selbstschädigendem Verhalten und Suizidversuchen gegen sich selbst richtet. Kurz gesagt handelt es sich bei der Borderline Symptomatik um *intensive, impulsive, instabile und destruktive* Persönlichkeitsstrukturen.

2. Das Phänomen Borderline

In der Folge soll dem schmerzlichen Erleben von Borderline-Patienten möglichst nahegekommen und es aus ihrem inneren Erleben heraus verstanden werden. Die Methode der Wahl dazu ist die hermeneutische Phänomenologie (Heidegger 1927; Längle 2016, 127ff), in der sich die Therapeuten von dem Erleben der Borderline-Patienten selbst so berühren lassen, dass sie das innere Geschehen im Gegenüber bei sich selbst im Wesentlichen auffinden und nachzeichnen können.

2.1 Borderline-Störung ist Beziehungs-Störung

Als Hauptangst der Patienten gilt allgemein jene vor dem Verlassen-Werden. Doch warum entwickeln diese Patienten diese Angst, die ja bei den anderen extrovertierten Persönlichkeitsstörungen so gut wie nicht vorkommt? Hierbei handelt es sich einerseits um eine realistische Angst, andererseits um eine durch den vorhandenen Schmerz und die spezifischen Defizite übertriebene Angst. Realistisch ist diese Angst deshalb, weil diese Menschen nicht wirklich in Beziehung treten können, und zwar gleichermaßen weder nach innen zu sich selbst wie nach außen zum anderen, in den sie sich nicht einfühlen können. Auf der Grundlage dieser Unfähigkeit ist die Befürchtung durchaus realistisch, dass sie sich so verhalten, dass sie ein Verlassenwerden provozieren.

Hier kristallisiert sich das Spezifische der Borderline-Störung heraus: Die *Ich-Schwäche äußert sich vor allem als Beziehungsschwäche*³. Bezugnahme auf andere ist erst dann Beziehung, wenn sie vom *Gefühl* getragen ist. Genau das kann dieser Mensch mit Borderline-Störung nicht wirklich: fühlend in Beziehung sein. Und zwar scheitert er wieder in beide Richtungen: weder zu anderen, noch zu sich selbst gelingt es ihm aus sich heraus beziehungsweise zu sein. Wenn er aber in einer zwischenmenschlichen Beziehung steht, so erfährt er eine gewisse Erlösung aus diesem Defizit, weil er sich nun selbst zu spüren beginnt. Doch dieses ansatzweise Erleben von „Ich“ stammt nicht aus dem Inneren, sondern aus der Kraft der Beziehung von einem anderen Menschen. Ohne Beziehung erlebt er sein Ich nicht. Stattdessen erlebt er nur die Leere, die innere Taubheit, das Defizit des Ichs. Dann ist das Leben stumpf und gefühllos. Das heißt, wenn er die äußere Beziehung verliert, löst sich sein Ich auf. Es verschwindet, und er bleibt wie ohne Ich zurück und ist nur mehr unpersönlich zugegen. Es gibt ihn nicht mehr, weil er nicht fühlt, weil er *sich* nicht fühlt.

³ Hinsichtlich der Wechselwirkung von Bindung und Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung fand man, dass unsicher gebundene Menschen ein höheres Risiko haben für die maladaptiven Persönlichkeitszüge der Borderline-Störung (Leichsenring et al 2011; Buchheim 2011).

Darum sucht er mit aller Macht zwischenmenschliche Beziehungen. Denn in der Beziehung fließt das *Leben*, da gibt es etwas zu fühlen, und in diesem Lichte ersteht ihm sein Ich. Außerdem gibt es in der Beziehung ein Gegenüber, das ein *eigenes Ich* hat, das ihm Kristallisationspunkt für sein schwaches, unbeständiges Ich sein kann. Das verschafft zwar aufs Erste Erleichterung, aber er ist natürlich auch abhängig von Beziehungen im Außen. Und so wird verständlich, dass Beziehungsverlust geradezu als tödlich erlebt wird. Denn sein Ich ersteht wie ein *Hologramm* im Laserlicht des anderen und löst sich in nichts auf, wenn das Licht erlischt⁴.

Beziehung ist für Borderline-Patienten lebensnotwendig. Dadurch erhält das ganze Geschehen eine ungeheure *Intensität*. Es herrscht eine regelrechte *Gier nach Leben* vor, die keine Grenzen kennt. So wie sich ein Kind, das hungrig ist, zu viel auf den Teller schöpft, holt sich der Borderline-Patient zu viel von dem, wonach er sich am meisten sehnt, von Beziehung. Er wird verschlingend und schöpft sich in seiner Gier auch nicht vom Richtigen, Gesunden, so dass die Wirkung früher oder später ins Gegenteil kippen muss, wie beim Erbrechen nach zuviel oder schädlichem Essen. Bleibt die Gier aber ungestillt und er erhält nicht, was er so verzweifelt sucht, so nimmt er das als vitale Bedrohung wahr, was zu Aggression, Vorwürfen und Selbsthass führt. Hinter diesen massiven Reaktionen bleibt verborgen, nach dem er eigentlich sucht, nämlich nach dem Gefühl: *weil ich das Leben fühle, fühle ich mich*. Damit hätte er sich, wenn auch nur scheinbar. Wenn er die Beziehung und das Gefühl hat, dann *klammert* er sich mit aller Kraft daran. Er will sichere, intensive Beziehungen; natürlich klammert er sich z.B. auch an den Therapeuten, will ihn jederzeit für sich verfügbar haben. Dieses Begehren zeigt sich aber auch in den anderen Lebensbereichen und so sucht er alles, was Leben anstößt und ein bisschen Ich konfigurieren könnte: Beziehungen, Kicks wie Drogen, Nähe, Körpererleben, auch Schmerz wie Schneiden...

Das Borderline Leiden ist ein not-wendiges⁵ Aufbäumen, um über den *Griff nach Leben zu einem Ich(Ersatz)* zu kommen. Daher sind die Betroffenen hochempfindlich und gleichsam sofort im innersten Nerv getroffen – und reagieren daher entsprechend heftig und auch aggressiv – wenn der Faden zum Leben abreißt oder in Gefahr gerät. Dann gerät beim Borderline-Patienten nicht nur *ein* Aspekt seines Daseins in Mitleidenschaft, sondern es ist für ihn ein totales, umfassendes Geschehen, das ihn im Tiefsten trifft: sein *Ich löst sich auf*, es gibt ihn wie nicht mehr, er geht sich verloren, ist wie bei lebendigem Leibe tot.

Zusammenfassung des existentiellen Erscheinungsbildes

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine *Störung der Selbstfindung*, die mit der aktuellen *Störung des Beziehungserlebens* und *Gefühlslebens* (der Lebensgefühle) verbunden ist, aber ihren Ursprung in entsprechenden biografischen Vorerfahrungen hat (s.u.). Als Lösungsversuch wird die Selbstfindung auf derselben Ebene, nämlich durch Beziehungserleben und Aufsuchen von Lebensgefühlen („Kicks“), gesucht. Von ihnen wird eine Kompensation erwartet, weil das Leiden von dort auch ausgegangen ist und aktuell darin besteht.

Erlebtes Leiden und Defizite führen zu einer Ich-Schwäche, die es dem Borderline-Patienten erschweren oder verunmöglichen, an seine Gefühle heranzukommen. Durch diese Kombination von 3. und 2. Grundmotivation „*hat er sich nicht* (3. GM), *weil er sich nicht fühlt* (2. GM)“. Auf dieser Grundlage entsteht im *Beziehungserleben* eine starke Dynamik und Instabilität. Denn er kann seine Gefühle nicht selbständig aus sich heraus hervorbringen durch Gedanken, inneres Gespräch oder Vorstellungen und kann sich auch nicht in eine Situation versenken. Er hat keine „sicheren inneren Objekte“. Er kann sich auch nicht in andere hineinversetzen, kann nicht „mentalisieren“. Er hat kein stabiles Bild von sich (3. GM) und darum hat er auch kein stabiles Bild von sicheren, tragenden Beziehungen, die in Abwesenheit der realen Person halten könnten. Dies zieht weitere Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung nach sich. Die Instabilität betrifft nicht nur die Beziehungen zu anderen, sondern auch das *Bild* der Patienten von sich *selbst*. Das Erleben und Verhalten ist geprägt von großem Mangel, der eine unstillbare Bedürftigkeit erzeugt. Dadurch kommt es leicht zur *Sucht*. Die Sucht kommt dem spezifischen Borderline-Mangel deshalb entgegen, weil es in der Sucht darum geht, mehr vom Leben haben zu wollen. Es ist ein bodenloses Erleben, begleitet von großer *Gier*, die nicht satt wird, sondern sich immer wieder „überfrisst“ und die Dosis steigert. Man könnte von einer „*psychischen Reiz-Bulimie*“ sprechen, maßlos und weder auf das *Passende* (Qualität) noch auf die Menge (Quantität) achtend.

Im Unterschied zur *Depression* geht der Borderline-Patient *den Mangel aktiv* an. Im Gegensatz zu dieser mehr passiven Störung sucht der an Borderline Leidende gierig nach Leben, während sich der Depressive vom Leben schon abgewandt hat, weil es ihm nicht als gut erscheint. Es kann schon erstaunen, dass der Borderline-Patient trotz seines Leidens nicht resigniert und sich nicht vom Leben abwen-

⁴ In der Sprache der Existenzanalyse können wir sagen, dass die 2. Grundmotivation als Kompensation dient, und einen Lösungsversuch für das Leid auf der 3. Grundmotivation bietet.

⁵ Das heißt: es ist unverzichtbar und mit der Hoffnung verbunden, dass es die Not (ab)wenden kann.

det, nicht lebensmüde wird und Leben nur noch als Last und hoffnungslos empfindet, sondern unermüdlich um Leben kämpft, obwohl es ihm immer wieder abhandenkommt.

Mit seinem Versuch, sich mithilfe aller Mittel, die Leben versprechen und Gefühle wecken können, zu fassen zu bekommen, geht ein *Verlust von Distanzierungsfähigkeit* einher. Von dem, was sie erleben, können sie schwer Abstand nehmen, sodass auch ein Gespräch darüber *in* der Situation gar nicht und *nach* der Situation nicht immer möglich ist. Gerade in dieser nicht distanzierbaren Erlebnisweise liegt das Unverständliche der Heftigkeit der Borderline Dynamik begründet. Dies ist jedoch ein Charakteristikum von Persönlichkeitsstörungen allgemein, dass manche, auch gleichsam neutrale Situationen eine unverständlich große Bedrohung darstellen, die zum unmittelbaren Zusammenbruch der ohnedies schwach ausgebildeten Ich-Funktionen führen. Um die Gefahren und Schmerzen dieser Einbrüche abzufangen, setzen die heftigen Coping-Reaktionen ein, über die der Betroffene ob ihrer Heftigkeit keine Kontrolle mehr hat.

2.2 Woher die Struktur-Defizite des Ichs?

Die Defizite der Ich-Bildung entstehen durch ein komplexes Zusammenspiel von genetischen Voraussetzungen und Erfahrungen im Austausch mit der Welt (vgl. auch Buchheim 2011, 167). Es sind im Prinzip immer diese Strukturen, die den Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen:

1. Anlage, angeborene Disposition
2. Traumatisierungen, psychisches Leid und Deprivation
3. Lernerfahrungen, die die Coping-Reaktionen ausbauen

Ad 1. Anlage, angeborene Disposition⁶

Die Beobachtung von Borderline-Persönlichkeiten zeigt oft eine Schwäche bzw. Unfähigkeit, ohne äußere Hilfsmittel das innere Bezogensein auf sich aufrechtzuerhalten und über die Zeit konstant zu bewahren. Es findet sich immer wieder das Phänomen des „*Fading*“, des Wegdämmerns und Verblässens des inneren Bezugs, der von den Patienten selbst schwer bemerkt wird. Dieses Sichverloren-Gehen rechtzeitig zu bemerken, muss erst gelernt werden, wird aber oft nicht zu einem dauerhaften,

natürlichen Wahrnehmen.

Solche Beobachtungen und auch andere, bereits im Kindesalter auftretende Borderline-Züge verweisen auf einen im Einzelfall unterschiedlich hohen Anteil an einer *angeborenen Schwäche (Disposition) in der Affekt-Kontrolle* bzw. den *Ich-Funktionen*.

Ad 2. Traumatisierungen, psychisches Leid und Deprivation

Für die Entwicklung von Borderline-Störungen sind spezifische Traumatisierungen, vor allem Beziehungstraumatisierungen zu beobachten. Die wichtigsten sind:

- a) **Aufwachsen in Spannungsmilieu:** Die Patienten berichten häufig von Situationen, in denen sich maßgebliche andere Menschen konträr und widersprüchlich ihnen gegenüber verhalten haben. Was die eine wichtige Person für gut hieß, hat die andere getadelt und bestraft; was für eine Person in dem einen Moment richtig war, war in dem anderen falsch, was nach außen vertreten wurde, wurde nach innen nicht gelebt (z.B. Ablehnung von Gewalt). Sie fühlten sich wie auf einer Kutsche mit zwei Pferden, die in verschiedene Richtungen ziehen.
- b) **Schmerz durch Beziehungsverlust bzw. Beziehungsmangel:** Viele der schmerzhaften Erfahrungen von Borderline-Patienten hatten mit dem Verlassen-Werden zu tun. Sie erlebten dabei, dass sie sich selbst entrissen wurden, weil sie gefühlsmäßig eins waren mit dem anderen (symbiotisch verschmolzen). Dadurch geht sich der Borderline-Patient auch in der Gegenwart selbst verloren, wenn der andere geht. Mit dem Weggehen des anderen wird sein Ich mitgenommen und es bleibt nur die leere Hülle zurück. Das ist ein unbeschreiblicher Schmerz, weil man gleichsam „bei lebendigem Leib von sich getrennt wird“. Oft erleben die Patienten aber zwischendurch eine *Scheinharmonie* in Beziehungen, die sie als hohl und trügerisch empfinden und die daher auch nicht verlässlich ist. Zu oft haben sie bereits den Schmerz des Verlassen-Werdens erlebt, weshalb sie sich vor ihm schützen und sich abschotten.

⁶ Als Beleg für einen hohen genetischen Anteil an der BPS gilt die Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000), bei der genetische Faktoren ca. 69% der Varianz erklären. In dieser Studie wurden die Konkordanzraten von 92 monozygoten und 129 dizygoten Zwillingen, von denen ein Zwilling die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung aufweist, verglichen.

Eine chinesische Zwillingsstudie lieferte vergleichbare Ergebnisse: Die Erblichkeitsrate lag für Cluster B Persönlichkeitsstörung bei 65%, Borderliner wurden jedoch nicht separat erfasst (Ji et al., 2006). In einer neueren norwegischen Zwillingsstudie kamen Kendler et al. (Kendler 2009) zu dem Ergebnis, dass Persönlichkeitsstörungen zu 20–41% erblich bedingt sind. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die Persönlichkeitscluster A, B und C weniger stark genetisch prädisponiert sind und stattdessen dem Einfluss spezifischer Umweltfaktoren unterliegen. Drei im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen relevante genetische Faktoren wurden in dieser Studie identifiziert: Der erste Faktor ist unspezifisch und markiert eine Vulnerabilität für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung, der zweite Faktor hat Einfluss auf die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und für die antisoziale Persönlichkeitsstörung, der dritte Faktor ist bedeutsam hinsichtlich schizoider und vermeidender Persönlichkeitsstörung. Es gibt bislang nur wenige Zwillingsstudien, die die Heritabilität der Borderline-Störung untersuchten. Die Befunde weichen zwar voneinander ab, doch weisen sie in dieselbe Richtung und lassen keinen Zweifel daran, dass die Borderline-Störung einen bedeutsamen genetischen Anteil hat. Die der Borderline-Störung zugrundeliegenden Persönlichkeitsmerkmale können als vererbbar angesehen werden (Livesley et al., 1998; Livesley & Jang, 2008).

- c) **Eltern, die kindliche Gefühle nicht gut aufnehmen können:** Die Patienten erlebten oft, dass ihre kindlichen Affekte von den Eltern nicht gut aufgenommen und in ihrer pathologischen Wirkung daher nicht „entgiftet“ wurden. Anstatt zu erleben, dass ihre überwältigenden Gefühle contained und ihnen beruhigend begegnet wurde, erfuhren sie Willkür, Bedrohung oder Vorspielen falscher Realität, sodass sie sich wie im „falschen Film“ fühlten.
- d) **Anpassungszwang:** Das Motto in den Familien war vielfach: „Wenn du ruhig bist und nichts brauchst, bist du gut. Wenn du etwas brauchst, bist du böse und schlecht.“ Die erlebten Beziehungen waren geprägt von Manipulationen und Double-binds.
- e) **Schmerz durch Gewalt:** Vor allem in den ersten und engsten Beziehungen ist in der Biographie von Borderline-Patienten regelmäßig Gewalt anzutreffen. Die Verletzungen geschehen durch nicht respektierende Nähe wie z.B. Missbrauch durch nahe Bezugspersonen, verletzende Familienverhältnisse, Vergewaltigung, Freiheitseingrenzungen, etc. 25–70% der Patienten erlebten sexuellen Missbrauch, aber auch durch physische Gewalt kommt es zu massiven Traumatisierungen (30–40% der Patienten erlebte körperliche Misshandlungen) (Herpetz & Saß 2011, 39).⁷

Durch die Betäubung des erlebten Schmerzes finden sich die Betroffenen nicht mehr im eigenen Gefühl auf und finden sich dadurch auch nicht mehr selbst als Person. Weitere Themen der 2. und 3. Grundmotivation, wie z.B. Grenzverletzungen oder Entwertungen tauchen auf, wenn diese Beziehungstraumatisierungen bewusst oder unbewusst angerührt werden.

Ad 3. Lernerfahrungen, die die Coping-Reaktionen ausbauen

Den gelernten Defiziten in der Ich-Bildung liegen vor allem zwei Schienen zugrunde: Zum einen lernen die Betroffenen aus eigener Erfahrung am *Erfolg* ihrer Reaktionen, dass sie leichter bekommen, was sie wollen, wenn sie wieder nach einem gewissen (borderlinigen) Muster reagieren, weil es einen Schutz oder gar eine Dominanz in der Umgebung bewirkt.

Zum anderen lernen sie aus der *Umgebung*: Sie bekamen als Kinder und Jugendliche keine Anleitung bzw. hatten keine Vorbilder, die eine konstante *Selbst-Zuwendung*

vermitteln hätten können. Vielmehr war die familiäre Atmosphäre von nüchternem, ausbeutendem, funktionalem Umgang miteinander und mit sich selbst geprägt – oftmals lediglich dem Nützlichkeitsideal verpflichtet. Neben dieser rohen Sachlichkeit war mangelnde Pflege und Sorge füreinander und für sich selbst gang und gäbe.

2.3 Der zerreiende Schmerz

2.3.1 Das schwache Innenleben

Auf sich allein gestellt ist der Mensch mit einer Borderline-Störung sehr hilflos in seinem Innenleben, vergleichbar einem verlorenen, einsamen Kind, wenn es nicht Stützung von außen erfährt. Denn aus sich heraus, alleine, fühlt er sich nicht. Er fühlt kaum eine Beziehung zu sich, und so kommt er sich abhanden. Dann wird es *tödlich leer* in ihm. – Welches Gefühl liegt diesem Vorgang zugrunde? Wie erlebt sich der Borderline-Mensch selbst? Auf einer mehr oberflächlichen Ebene der Betrachtung nimmt sich der Betroffene als innerlich taub und leer wahr, da er sich aus sich heraus nicht erleben kann, sondern dazu das Außen braucht. Neben diesem *Taubheitsgefühl* und der inneren Leere ist stets auch eine *Spannung* zugegen. Solche Gegensätzlichkeit durchzieht das gesamte Innenleben des Borderline-Menschen. Er ist nie einheitlich, er hat es stets mit zwei entgegengesetzten Polen zu tun, die in ihm eine Spannung erzeugen und eine innere *Zerrissenheit* erzeugen.

Tiefer liegen die drei Ursachen der Struktur-Defizite des Ichs: die Veranlagung (geht mit dem Gefühl einher: „so bin ich“); die traumatischen Erfahrungen und die Lernprozesse, die beide zusammen die gefühlte Lebensgeschichte ergeben. Unter der scheinbaren Leere und inmitten der Spannung liegt ein großer *Schmerz* verborgen. Jener stammt ursprünglich aus der Erfahrung des Nicht-Wahrgenommen- und Nicht-gesehen-Seins als Person, als der, der er ist (3. GM). Die Patienten erlebten kaum Einfühlung und Mitgefühl, sondern vor allem uneinheitliche und widersprüchliche Behandlung verbunden mit Gewalt (2. GM), Unterdrückung des Eigenen, zum Mitspieler gemacht werden (3. GM), Realitätsentzug (1. GM), Orientierungsverlust (4. GM) usw..

2.3.2 Die tiefste Wurzel ist der Schmerz

Das alles trifft auf die sensible Veranlagung und wird in der Folge von schützenden Coping-Reaktionen abgefän-

⁷ Andere Quellen berichten, dass sich bei 65% der Betroffenen sexuelle Gewalterfahrung, ca. 60% körperliche Gewalterfahrung und ca. 40% Vernachlässigung finden (Bohus & Schmah, 2007). Damit ist offensichtlich, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine zentrale Rolle spielen. Es liegen empirische Hinweise vor, dass die Schwere der Borderline-Störung mit der Schwere der sexuellen Traumatisierung korreliert (Zanarini et al., 2002; Silk et al., 1995). Dies impliziert jedoch nicht, dass sexueller Missbrauch oder das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) eine notwendige oder hinreichende Bedingung für die Entwicklung einer Borderline-Störung darstellt oder dass die Borderline-Störung eine chronische Form der PTBS darstellt, wie es von manchen Klinikern (z.B. Driessen et al., 2002) postuliert wurde.

gen. Ihr erfolgreicher Einsatz ummauert das schmerzliche Erleben so mächtig, dass der Schmerz darunter verschüttet und nicht mehr gespürt wird. Als tiefste Ursache des Borderline-Erlebens ist daher der *Schmerz* anzusehen. Es ist der ursprüngliche Schmerz des Erlittenen in Verbindung mit dem darauffolgenden Schmerz des Verlustes der *Beziehung zu sich selbst*: nämlich sich nicht zu haben und sich nicht vor sich selbst präsent und fühlbar halten zu können.

Aus dem phänomenalen Gehalt des Erlebens wird der Inhalt des Schmerzes verständlich. Er besteht darin, dass er immer wieder erleben musste, dass sein Sosein – er, der er ist und wie er ist (3. GM) – nicht gemocht wird. Dass er zu wenig wohltuende Nähe erfahren hat, an der er sich hätte wärmen können (2. GM). Und dass er auf dieser Erfahrungsgrundlage auch sich selbst nicht mag.

Darum ist das Verlassen-Werden so schwer für ihn, denn es bestätigt das Gefühl, nicht gesehen, nicht gemocht zu werden und nicht liebenswert zu sein – auf der Grundlage dieser gravierenden Vorerfahrungen erlebt er das gleichsam als tödlich. Denn es amputiert die Gefühle für sich selbst und für die anderen. Er aber möchte leben! Darum ist der Schmerz so aufbäumend und mobilisiert die Coping-Reaktionen so massiv.

Gleichzeitig ist die Sensibilität so hoch, dass der Schmerz des Beziehungsverlustes schon durch Kleinigkeiten ausgelöst werden kann, wenn etwa der Borderline-Patient an einer Teamsitzung teilnimmt und etwas nicht versteht. Sofort entsteht der Schmerz: „Ich gehöre nicht dazu, die wollen mich nicht, ich bin denen ja doch egal.“ Dann geht er hinaus und schneidet sich. Es muss noch nicht einmal ein Verlassen sein, es genügt schon, dass sich der andere abwendet, dass er das Gefühl hat „du nimmst mich mir“. Abwendung und Verlassenwerden sind *schmerzlicher* als wenn man nur nicht angenommen wird. Wenn eine schmerzliche Trennung geschieht, so ging ihr stets eine Beziehung voraus, die als positiv erlebt wurde; darum ist der Verlust größer, als wenn noch gar keine Beziehung bestanden hätte. Nicht nur, dass einen Verlassenwerden *entwertet* (hier taucht die generische Nähe zum Narzissmus auf), sondern es bedeutet noch viel mehr: denn es nimmt dem Borderline-Patienten die *Beziehung zu sich selbst*. Er hat das Gefühl: „Du nimmst mich mir weg. Ich verliere mich und das Leben in mir versiegt“. Denn wir brauchen das Selbst, um das Ich zu konstituieren.

Durch Abwendung und Verlassenwerden *zerfällt* der Patient regelrecht. Dann fühlt er: „Ich bin entzweigehauen, eben gespalten, dann gibt es mich nicht mehr, denn das Ich gibt es nur einmal, nicht zweimal oder gespalten. So löst es mich auf in die zersplitterten Teile und ich verliere das

Gefäß (die Schale), die das Leben fasst!“ Das Grundgefühl des Borderline-Erlebens ist ein Gespaltensein, eine innere Zerrissenheit, die diese Klienten ständig in sich tragen. Dieses Erleben geht an die Grenze des *Psychotischen*.

Der Patient steht in der größten Not, denn das Zusammengehaltenwerden kann er aus sich heraus nicht leisten. Er braucht eine andere *Person, die ihm das Gefäß* ist durch ihre Beziehung, damit er ein „Ich“ im Ansatz spürt und Leben fühlen kann. Doch schlummert hier gleich die Gefahr: denn wenn die Person anders ist als das Bild, das er von ihr hat, dann kann sie das „Gefäß“ nicht sein – er würde sich an „Unbekannt“ ausliefern. Dazu wird weiter unten noch mehr gesagt. Aber es macht schon gleich das *Klammern* verständlich: weil er sich nicht aus sich heraus zusammenhalten kann und somit den anderen braucht, um sein zu können.

Das macht deutlich, dass es dem Borderline-Patienten mit seinen intensiven, instabilen, explosiblen und gewaltsamen Affekten nicht um Aufsehen geht, nicht um Beachtung, nicht um Wertschätzung, nicht um ein ungehindert-hemmungsloses Leben oder um eine verbissene Ziel-Orientierung wie bei der histrionischen, narzisstischen, antisozialen oder paraexistenziellen Persönlichkeitsstörung, sondern um Fühlung zum Leben und um Beziehung zu sich selbst. Sein Motto ist: „Ich bin [ich], wenn ich fühlen kann!“

Seine *Not* ist: psychisch überleben zu können in der fehlenden Beziehung zu sich selbst, in dieser fehlenden Verbindung der einzelnen Erlebnisaspekte, die er nicht zusammenbringt (des Guten und Schlechten, des Instabilen, Impulsiven usw.). Er leidet, weil er (in sich) kein Gefühl für sich bekommt und daher nicht Ich sein kann. Doch ist er in einem großen Dilemma. Denn würde er ein Gefühl für sich bekommen, würde ihn dieser große Schmerz, den er in sich trägt, beinahe töten. Daher darf er nicht aus sich heraus ein Gefühl für sich bekommen. Auch hier liegt wieder dieses Gespaltensein vor. Hätte er ein wirkliches Gefühl für sich selbst und für sein Leben, so würde ihn das auch nicht zusammenbringen, denn der Schmerz, den er dann fühlen würde, wäre unerträglich.

2.3.3 Beziehungen sollen Linderung verschaffen

Um seine Not zu lindern, verschafft sich der Borderline-Patient also Beziehungen. Denn Beziehungen erzeugen Gefühle, die von außen angeregt werden, und daher nicht so bedrohlich sind wie das eigene Fühlen. Allerdings ist er so auch abhängig von außen und muss sich daher Beziehungen „besorgen“. Er holt sich Beziehungen, auch wenn sich andere gar nicht auf ihn einlassen wollen, indem er sie *verwickelt*, sodass sie nicht auskommen. Er versucht es beim Therapeuten, beim therapeutischen

Team, am Arbeitsplatz, in der Familie. Selbst dann, wenn man sich auf eine Beziehung mit ihm einlässt, entstehen schnell Verwicklungen, in denen man erlebt, dass man nicht mehr frei ist im Umgang mit ihm. Man erlebt sich manipuliert, in die falsche Ecke gedrängt, zu Unrecht beschuldigt, kommt sich selbst „wie im falschen Film vor“, weil man nicht mehr versteht, was da läuft. Das Verwickeln entsteht durch den ausbeuterischen und symbiotischen Charakter seiner Art, Beziehungen zu leben. Er kann den anderen nicht sein lassen – sondern nur benutzen. Um das zu bekommen, hat er eine große Fähigkeit, sich bei anderen Beziehung zu holen, ob sie wollen oder nicht: sie müssen sich mit ihm beschäftigen.

Das Verwickeln ist eine sehr geschickte Art, Beziehung zu haben, ohne sich einzulassen. Er verschafft sich dadurch einerseits Erleichterung und baut andererseits zugleich einen *imposanten Selbstschutz* auf. Denn durch diese spezielle Art der Verwicklung hat er zwar Beziehung, hält den anderen aber zugleich von sich fern, so dass er ihm nicht zu nahekommt. Denn der andere wird durch die Verwicklung sogleich mit sich selbst beschäftigt, weil er sich nicht mehr auskennt, wie er derart in den affektiven Sog des Borderline-Menschen geraten konnte. So kann dieser gefahrlos am Innenleben des anderen partizipieren, wie ein Blutsauger aus geschützter Distanz, was eigentlich ein Schmarotzer ist.

Dies hat zwei tragische *Folgen für das Ich-Verständnis* bzw. für das Ich-Bild. Der Borderline-Patient verwechselt sein Ich entweder mit den Affekten (a) oder mit den monologisierenden inneren Stimmen (b):

a) Kommt ein *Stress in der Beziehung* auf, so ist damit sogleich ein intensiver Schmerz verbunden, der seine Seele zu zerreißen droht (weil es an alle Erfahrungen des Verlassenwerdens anrührt, die Schmerzbetäubung aufhebt und ihn sich selber entreißt, sodass sich sein Ich auflöst). Erlebt er Gewalt oder Beziehungsabbruch, wird ihm brennheiß und er mobilisiert alle Kräfte dagegen. Wird er dann verlassen, wird ihm eiskalt, weil alles in der Spaltung von ihm abgetrennt wird. Im Beziehungs-Stress spricht nur noch Schmerz in ihm, der ummantelt ist von Psychodynamik. Der Ansatz von Ich-Erleben, den zuvor die Beziehung ihm verschafft hat, wird nun im Stresserleben weitergeführt. Das Ich ist dann nur noch Psychodynamik, nur noch Schmerz und vitaler Lebensschutz, ist überschwemmt vom Affekt, von den negativen Übertragungen und Projektionen. So wie der Patient, von dem Markus Angermayr (2017) sprach: „Wenn Sie wirklich zu mir stehen, dann helfen Sie mir, dass ich endlich vergewaltigen kann.“ Das hält er für sein Ich.

b) Besteht kein Beziehungs-Stress oder ist er alleine, so sprechen in ihm die erinnerten Außenbeziehungen (also jene Du's, an denen das Ich hätte werden sollen). Sie ersetzen die Person und besetzen den Platz, wo der *innere Dialog* stattfinden sollte (es kann projektive Identifikation sein, oder einfach auch ein Greifen und Festhalten am anderen oder weiterhin besetzt sein vom anderen). Diese Stimmen der Anderen reden in ihm, als ob er es selbst wäre, und er kann sich nicht dagegen wehren. Das schwache Ich kann ihnen nichts entgegenhalten, es ist ein Monolog statt Dialog. So entwickeln sie eine innere Diktatur, weil das Ich als Person nicht funktioniert. Dadurch entsteht Instabilität, und der Klient schwankt zum Beispiel in den Außenbeziehungen zwischen Zärtlichkeit und Aggressivität, zwischen Sentimentalität und Härte, weil ihm das Gefühl für sich fehlt, an dem er sich (für den anderen mitfühlend) orientieren könnte.

Hier kommt das Dilemma mit dem Fühlen noch erschwerend hinzu. Um Beziehung leben zu können, braucht man das *Fühlen*. Doch Fühlen ist immer auch sich selbst fühlen. Der Borderline-Patient aber kann sich nicht selbst fühlen. Und die Beziehung zum anderen fühlt er nur, wenn sie *intensiv* ist. Die harmonische Beziehung gibt nichts her für ihn, ihr Leben versickert in seiner zerrissenen Persönlichkeitsstruktur. Was sofort wieder zu heftigen Gegenreaktion führt.

Kommt jedoch ein *eigenes Fühlen* auf, kommt er nicht nur in die Nähe zu sich, sondern auch in die Nähe des Schmerzes. Das führt zu einem Pendeln und zu der genannten Instabilität: gelingt es ihm, den Schmerz abzuspalten, geht auch wieder die Fühlung zu sich verloren. Wenn es ihm nicht gelingt, den Schmerz abzuspalten, ist die Beziehung zu sich nicht aushaltbar.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: der Borderline-Patient *muss fühlen, aber er darf sich nicht fühlen*. Somit ist er mit dem Fühlen und mit den Beziehungen stets in einer Zwickmühle: Wie er es macht, passt es nicht. Er ist zerrissen und diese Zerrissenheit zieht sich in seinem inneren Leben durch. Diese Zerrissenheit und das Aufgespanntsein zwischen fühlen müssen und nicht fühlen dürfen sind Ausdruck seiner Gespaltenheit.

2.4 Die Entwicklung des Gespaltenseins: die geteilte Welt, das geteilte Selbst und das gespaltene Ich

Schon mehrfach ist das Phänomen des Gespaltenen-Seins in der Beschreibung der Borderline-Störung aufgetaucht. Wie kommt es zu dieser Entwicklung? Und welche Coping-Reaktionen entstehen daraus?

2.4.1 Spaltung durch Widersprüche im Außen

Den Anfang nimmt das Gespaltensein in der (phänomenologischen) Wahrnehmung der *äußeren* Wirklichkeit, die widersprüchlich und voller Ambivalenzen ist und den Menschen somit in seiner Ich-Entwicklung behindert bzw. diese zerstört. Die widersprüchlichen Botschaften erschweren oder verunmöglichen es ihm, sich für sich zu entscheiden, zu wissen, was er will oder wer er ist. Dabei geht es nicht unbedingt um offene oder ausgesprochene Widersprüche, sondern um phänomenale Inhalte bzw. Botschaften, die ihn aus der Beziehungswelt erreichen. Diese können so zusammengefasst werden:

„*Sei!* (D. h. „funktioniere, pass dich an“ bzw. „ich brauche dich für mich“ – verdrehte 3. GM) – *aber du darfst nicht leben!*“ (Verwehren der 2. GM.) Du darfst *deinen* Weg zum Leben nicht gehen! Du darfst nicht Du sein! (3. GM)

Diese äußere Selbst-Wahrnehmung (das soziale Selbst) ist bereits *in sich gespalten* (sei! – aber lebe nicht!). In diesen widersprüchlichen Botschaften findet sich die Urform des Gespaltenseins. Die internalisierten phänomenologischen Inhalte, die aus dem Ausgesetzt-Sein in einer in sich widersprüchlichen Beziehungswelt stammen (die selbst missbräuchlich und gewaltsam ist und die persönlichen Bedürfnisse des Kindes übergeht) sind der Anfang des uneinheitlichen Selbstbilds.

a) Gespaltensein durch die Diskrepanz von äußerer und innerer Wirklichkeit

Die autochthone, innere Wirklichkeit (das Selbst-Erleben) steht am Gegenpol zur äußeren und spitzt dadurch das Leiden des Gespaltenseins zu: da ist das eigene, innere Lebensgefühl, das der äußeren Botschaft entgegnet: „Ich möchte aber leben - ich möchte *ich* sein!“

Diese innere Wirklichkeit wird ständig niedergedrückt durch die äußere Realität: „Aber du darfst dir nicht trauen. Du darfst nicht sein, wie du bist. Du darfst deinem Gefühl nicht glauben. Du darfst eigentlich nicht leben!“ Und so wird das aufkommende Eigene immer wieder zerfetzt durch Missbrauch und Gewalt.

Die Gegensätzlichkeit zwischen äußerer und innerer Wirklichkeit ist die *nächste Spaltung*, die sich zur gespaltenen Welt dazugesellt. Sie ist begleitet von einem massiven, vitalen Aufbäumen gegen dieses Ersticken des Lebens. In diesem Aufbäumen wurzelt die *Impulsivität*, die das Verhalten des Borderline-Patienten prägt. Die Impulskontrollstörung kann verstanden werden als Reaktion auf die tiefe Erfahrung: „Das wird mir nicht gerecht! Das bin ich nicht!“ (3. GM)

b) Ständige schmerzhaft Spannung

Die Folge des Gespaltenseins ist: Es *gibt* ihn als Menschen, er ist da und weiß darum – aber er kann *sich nicht fühlen*. Es besteht ein inneres Geteilt-Sein.

Der Borderline-Patient *braucht* aber die Außenbeziehung, die oft so gewaltsam und verdreht ist, und die ihm nicht gerecht wird, für die Schienung der Innenbeziehung. Er geht daher auf sie ein, ist dabei aber ständig in Spannung und Angst. Denn einerseits ist er auf die Außenbeziehung angewiesen, andererseits kennt er ihre spaltende Wirkung nur zu gut. Die Kombination von Spannung und Angst erzeugt ein „*Geladensein*“, das sein Innenleben mit Intensität erfüllt. Die Beziehung, die er dabei lebt, ist Verwicklung, sowohl mit der Außenwelt als auch mit sich selbst. Zum Geladensein steht der Patient aber in einer Ambivalenz und so trägt es selbst noch eine Spaltung in sich: einerseits braucht er es, andererseits sehnt er sich danach, es loszuwerden. Denn dieses Geladensein ist nicht nur ein Ergebnis der gespaltenen Erfahrung, sondern auch ein Mittel, das ihm hilft zu überleben. Er braucht es, für eine doppelte *Funktion*:

- es lässt *Leben fühlen*; es ist eine *innere Realität*, die ihm nicht genommen werden kann. Das macht es zu einem Element der Stabilität. Er braucht diese Coping-Reaktion zum Überleben. Das Geladensein ist wie ein ständiger innerer „Kick“.
- Zugleich ist es ein *Schutz vor innerem Schmerz*, der sich über den Schmerz hinweg spannt ähnlich einer Brücke. In diesem Geladensein ist der Patient immer mit dem Äußeren und den *Beziehungen* beschäftigt, kommt nicht in Verbindung mit seinem Inneren und seinem Schmerz. Das Aufbäumen ist nach außen gerichtet. Er kann gar nicht in sich ruhen, es führt ihn weg von sich und sein schwaches Ich gibt sich damit ab („acting out behaviour“). Unter so viel Spannung kann er nicht ruhig sein und über sich und sein Leben nachdenken. Und gleichzeitig spürt er sich durch seine Spannung, ist „mit sich“ (d.h. mit seiner Spannung) beschäftigt⁸.

Er erlebt sich nur in der Spannung, die zwischen den gespaltenen Teilen in ihm besteht. Da er nur in der Spannung leben kann, bringt er diese Spannung immer mit sich und bringt er sie auch überall hinein. Das hat Auswirkungen auf die Umgebung. Die Spannung des inneren Geteiltseins macht ihn besonders sensibel für die Dynamik zwischen den einzelnen Menschen in einer Gruppe. Er spürt jeden Ansatz von Unterschiedlichkeit und so

⁸ Im Unterschied zu den anderen Persönlichkeitsstörungen dieser Gruppe wie etwa dem Hysteriker, der z.B. mit dem Gesehenwerden beschäftigt ist.

zerfällt ihm die Gruppe in seinem Erleben ebenso in diese beiden Teile. Als Folge *behandelt* er die Menschen in der Umgebung auch unterschiedlich. Damit überträgt er seine innere Spaltung und Spannung in die Gruppe, die ihre Zusammengehörigkeit verliert und eine Art „Aufstellungsarbeit“ für den Borderline-Patienten und seine unverbundenen Teile macht. Hier wird das Spalten aktiv als eine Schutzreaktion eingesetzt, die ihm aufgrund des inneren Gespaltenseins besonders naheliegt. Es kommt immer dann zum Einsatz, wenn das traumatische Primärgeschehen tangiert wird, also auch unabhängig von Gruppen. Das Spalten gilt im Verständnis der existenzanalytischen Schutzreaktionen als heftigste Schutzreaktion verstanden und der Kategorie der Totstellreflexe zugeordnet (z.B. Längle 2016).

Mit der Spannung einher geht aber auch eine *Sehnsucht* nach einer Ruhe. Es wäre Frieden, wenn er die Teile in sich zum *Verschmelzen* bringen könnte. Auch hier ist wieder dieses Gespaltensein in der Dynamik: er braucht die Spannung, aber will auch die Erlösung. Diese Sehnsucht wird ebenfalls in die Außenbeziehungen projiziert. Er möchte eine Einheit mit den Menschen in der Außenwelt, möchte sie aufs engste mit sich verbunden, wie „verlötet“ haben. Gelingt ihm dies, dann wird die Beziehung symbiotisch. Eine solche selbstauflösende Verschmelzung ist das höchste Glück für ihn.

Doch was würde geschehen, wenn die Spannung nachließ und er sich dabei nicht auflösen würde? Worauf würde er darunter stoßen? Es würde sofort der große innere Schmerz fühlbar, wenn er aus der sich aufbäumenden Spannung absinken würde, vergleichbar mit dem Sich-Niedersetzen und dabei auf einen Nagel treffen. „Ich möchte leben, aber was ich erlebt habe und was mir fehlt, lässt mich nicht mich sein und mich zusammenbringen; meine Welt erlaubt mir nicht zum Leben zu kommen“, ist sein Gefühl.

Der „Nagel“ steht für den Schmerz, nicht bei sich sein zu können, sich nicht zusammenzubekommen, nicht in Beziehung bleiben zu können mit sich. Er erlebt, wie gut das Leben manchmal ist, und dann wieder, wie schmerzlich es ist. Und er kann nichts dagegen machen. Dermaßen tief innerlich geteilt zu sein und sich nie ganz zu kennen, ist ein abgründiger Schmerz.

Zusammengefasst: Wenn man *phänomenologisch* an die Biographien der Borderline-Patienten herangeht, stößt man auf eine „geteilte Welt“ (gut oder schmerzlich, d.h. ihn strukturierend oder auflösend) und auf ein „geteiltes Selbst“ (angewiesen auf Außenbeziehung – aber inneres Aufbäumen dagegen; Vorhandensein – aber sich nicht fühlen).

Das Grunderleben ist das Gespaltensein. Das ist der „Na-

gel“ und das Hologramm. Dem entspricht sein Empfinden, Reagieren und oft auch sein Handeln: alles ist von vornherein geteilt.

Das bedeutet aber auch, dass das *Spalten* ursprünglich *nicht als Grund für die Entstehung* der Borderline-Störung anzusehen wäre, sondern als Folge des noch tieferliegenden Grunderlebens, nämlich eines *primären* Erlebens von Gespaltensein. Erst in der Folge wird dieses primäre Erleben in Stresssituationen auch als Schutzreaktion eingesetzt, was Freuds Vorstellung von Spaltung entsprechen dürfte, wonach die „Ich-Spaltung nicht Vorgang, sondern Ergebnis“ ist (Kind 2011, 31; Freud 1940). Diese (auch existenzanalytische) Sicht differiert demnach von Kernberg's Verständnis, nach welchem bei Borderline-Patienten aktiv einsetzende Spaltungsprozesse aus einer frühkindlichen Fixierung heraus die Pathologie bestimmen. Dieses Verständnis war eine geschichtlich einflussreiche Theorie, die es erlaubte, erstmals von einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu sprechen (vgl. Kind 2011, 24, 26). Die phänomenologische Beschreibung geht nicht von der Entwicklung von Abwehrstrukturen aus, sondern vom Welt- und Selbsterleben. Da diese Sicht weitgehend phänomenologisch aus der Beobachtung abgeleitet ist, ist sie eigentlich als theorieunabhängig anzusehen.

Vielleicht mag zum Abschluss dieses Abschnittes der Vergleich mit dem gesunden Erleben hilfreich sein. Der nicht Borderline-gestörte Mensch kann widersprüchliche Informationen in sich halten und verarbeiten. Die Voraussetzung dafür ist, dass er die Beziehung zu sich selbst halten (2. GM), mit sich ins Gespräch treten, in Fühlung zu sich bleiben und ein Bild von sich (3. GM) aufrechterhalten kann. Dadurch bleibt ihm das Positive von sich in seiner Entschiedenheit für sich und die Haltung zu sich bestehen trotz des widersprüchlichen Erlebens. Es entreißt ihn nicht von sich. Denn er trägt das tief verankerte Gefühl in sich, *geliebt worden* zu sein als der, der er ist.

c) Schaffung von Bildern, besonders im Beziehungs-erleben

Ein weiteres Element der Borderline-Prozesse ist eine Coping-Reaktion im Sinne des Aktivismus. Sie dient der Bewältigung der widersprüchlichen Beziehung zur Welt: Einerseits braucht der Patient die Welt für seine Ich-Bildung. Andererseits fehlt ihm eine wirkliche Offenheit für die Welt aufgrund der defizitären Ich-Strukturen. Die Welt ist zu schmerzhaft und schlägt immer wieder in dieselbe Kerbe des schmerzlichen inneren Gespalten-Seins, wenn sie ihn mit widersprüchlichen Erfahrungen in Beziehungen konfrontiert. Als Schutz beginnt er nun *die Wahrnehmung durch Bilder zu ersetzen*. Er fährt gleichsam mit dem „Kino“ einer vorgetäuschten Wirklichkeit

fort, das er als Kind erlebt hatte. Er lebt mit seinen Konstrukten, die er für die Realität hält⁹. Da sie aber der Realität nicht entsprechen, kann zu Recht festgestellt werden, dass Borderline-Patienten nicht *mentalisieren* können (Fonagy et al 2004). Sie gewinnen damit ein Ausschalten des Störenden und Negativen im Erleben, weil es von den Bildern übertüncht wird. Denn in dem Bild vom anderen hat dieser immer die gleiche Meinung wie er, ist immer für ihn da, wie er es sich wünscht, hat er keine eigene Meinung, die zu einem Widerspruch führen könnte und eine bevorstehende Trennung ankündigen könnte... In seinen Bildern ist die Welt in Ordnung.

Als Coping-Reaktion haben diese Bilder eine vitale Bedeutung, denn sie stellen einen wichtigen Schutz dar. Bei allem Vorteil haben sie auch einen großen Nachteil. Sie machen den Menschen rigide: Denn nun „darf es nicht anders sein“ (3. GM), als sein Bild und so, wie er das Verhalten des anderen braucht, weil es ihm den Halt nehmen würde, und er sein Selbst darauf gründet.

Wir haben schon weiter oben gesehen, dass Borderline-Patienten das *Spalten* auch als *Coping-Reaktion* einsetzen: Alles, was das traumatische Primärgeschehen tangiert und in die alte Wunden schlagen könnte, wird abgespalten. Hier kommt nun eine weitere Erklärung für den Einsatz des Spaltens aufgrund der Funktion der Bilder dazu:

Wenn nämlich das konstruierte Bild durch die Realität bedroht wird, droht innerer Organisationsverlust. Konkret bedeutet das vor allem *innerer Beziehungsverlust*. Das hätte schwerwiegende Folgen. Durch diese Destabilisierung würde der Boden des Selbst und über diese Brücke die Verbindung zur „Realität“ verloren gehen.

Wie löst nun der Borderline-Patient das Dilemma? Konstruierte Bilder haben den Vorteil, dass ihre Konstruktion abgeändert werden kann. Er kann daher relativ leicht das Bild aufgeben und sich ein *Bild am Gegenpol* (Verteufelung oder Idealisierung) schaffen. Es soll so weit wie möglich entfernt vom aktuell bedrohten Bild sein, damit die Realität sicher keine Bedrohung mehr werden kann. Es soll auch möglichst aus jeder bestehenden Beziehung genommen werden, der störende, „reale andere“ soll „totgestellt sein“. Wenn wir uns dazu noch vor Augen halten, dass die psychische Grundkonfiguration das Gespaltensein ist, wird deutlich, dass allein schon von da her kaum eine andere Reaktion möglich ist: denn was nicht positiv ist, muss negativ sein...

Diese Prozesse weisen durchaus eine Parallele zur Psychose mit ihrem Realitätsverlust auf. Die Borderline-Störung wird auch als psychosenahe beschrieben (Frey-

berger 2011). Weil aber noch ein intakter Bezug zur faktischen (und eben nicht Beziehungs-) Realität gegeben ist, kommt es zu keiner psychotischen Entwicklung, sondern stellt eine Art Zwischenschritt dar.

Die Bildung der Bilder ist eine *Reaktion* auf den *Selbstverlust in der Welt*. Denn da er sich selbst „nicht hat“ aufgrund der defizitären und blockierten Ich-Struktur, kommt er nicht an die Realität des anderen heran. Steht er in Beziehung mit ihm, ist er im Grunde eben nicht bei ihm, sondern ist mit dem Bild von ihm in Kontakt. Er macht den anderen zu dem, was er braucht (da kommt das Manipulative der Borderline-Dynamik zum Tragen). Was Beziehungen betrifft, ist er immer eingepackt in seinen Bildern und kommt nur dann an die Realität heran, wenn starke Reize (Kicks) vorliegen. Gleichzeitig ist er hochempfindlich gegenüber Kleinigkeiten an den Stellen, wo er wund ist: ein etwas schiefer Mundwinkel kann genügen für eine Explosion.

Als Folge kann er es *nicht aushalten*, dass die Realität anders ist als sein Bild. Er kann die Beziehungs-Wirklichkeit nicht gut wahrnehmen und kann sie vor allem nicht annehmen. Darum hat der Borderline-Patient *keine Pufferkapazität* im Erleben, weil er bei Widersprüchen gleich den inneren Boden und das haltgebende Bild verliert. Nach Kernberg (1984) kann der Borderline-Patient nicht verdrängen, weil er in den unreifen Abwehrstrukturen verfangen ist. Aus unserer Sicht sieht es nun so aus, dass die Borderline-Patienten immer kämpfen müssen und so schnell reagieren, weil sie diese Erlebnisse nicht sein lassen (d.h. annehmen) können. Eine Selbst-Distanzierung ist ohne diese Basis des „Sein-Lassen-Könnens“ nicht möglich. Darum kann er sich auch von der Realität nicht korrigieren lassen. Lieber kämpft er noch für die Erhaltung des Bildes, denn es garantiert ihm Halt und eine gewisse Konstanz und vor allem Schmerzlinderung. Um sich sein Bild zu erhalten, wird er manipulativ, drängt er wie eine Katze die Maus in die Ecke, in der er sie haben will. Nur was in das Bild passt, ist für ihn real und gegeben; was nicht dazu passt, ist nicht real, ist abgespalten. Aus all diesen Gründen *hat das Bild Überlegenheit über die Realität* im Bereich der Emotionen (so wie man das auch aus der Verliebtheit kennt). Wenn er es der Realität nicht mehr anpassen kann (was eigentlich der normale Vorgang ist, dass man sich von der Realität „belehren“ lässt und lernt), muss er für das Umgekehrte kämpfen: er *zwingt* die Realität manipulativ, sich dem Bild unterzuordnen. Das Bild hat Recht, *er hat Recht*, nicht die Realität.

⁹ Was im Übrigen ein Hauptfokus der Transference Focussed Therapy (TFP) ist: nämlich die verdrehten mentalen Repräsentanzen von sich und den bedeutsamen anderen zu bearbeiten (Doering et al. 2010).

3. Spezifische psychodynamische Gegenreaktionen zum zentralen Schmerz

Neben den schon genannten Coping-Reaktionen des Spaltens (Totstellreflex) und des Bilder-Schaffens (Aktivismus) ist das Bild der Borderline-Patienten von einer Reihe weiterer psychodynamischer Gegenreaktionen geprägt, die Schutzfunktion haben oder Defizite mildern sollen. Sie geben dem Borderline-Bild die ihm eigene Charakteristik.

Aggression

Wenn Gefahr besteht, dass der Patient sich wieder verliehen könnte und die empfindende Nähe zu seinen Gefühlen und zu seinem Körper zerreißen könnte, wenn also seine innere Beziehung wieder verloren gehen könnte, bäumt sich eine *gewaltige Woge von Wut* auf und rüttelt an allen bestehenden Beziehungen. Diese ungeheure Wut richtet sich nach außen – besonders auf den Nächststehenden oder den ihn Bedrohenden – sowie nach innen gegen sich selbst. Es geht ihm darum, die Nähe zu sich fühlbar zu halten. Sie wird gewaltsam ertrotzt, er schneidet sich, schlägt auf sich, was die Wut ins Unermessliche (und situativ auch nicht Einbremsbare) steigert, weil er dabei erlebt, dass er trotzdem fast nichts fühlt.

Andererseits ist Aggression auf andere auch eine *Form intensiver Beziehung*. Wut ist auch Zuwendung, die er gibt und die er sich vom anderen erpresst. Als Beziehungsform passt sie zum intensiven Beziehungstyp des Borderline-Patienten, der an den anderen Menschen nicht wirklich herankommt und sich ständig schützen muss.

Da sein Beziehungsleben intensiv und von verschmolzener Art ist, braucht er die Schubkraft der Aggression, wenn er sich lösen muss. Genau genommen kann er sich eigentlich gar nicht *lösen*; er muss den anderen gleichsam „töten“, um wieder frei zu kommen.

Intensität

Eine weitere Charakteristik des Borderline-Verhaltens ist die Intensität. Sie hat ihre Wurzel

- In seinem Kampf ums Leben
- im Nicht-Spüren der Grenzen – er kann sie nicht einhalten
- in der Gefühllosigkeit (Intensität hilft, überhaupt etwas spüren zu können) und in der
- Beziehungsarmut bzw. in der Angst vor Beziehungsverlust: der Borderline-Patient will im Gegenüber jene Gefühle erzeugen, die er sich als sicher für die Beziehung vorstellt – Gefühl also, die *er* haben will auf dem Hintergrund seiner *Idealisierung*. Nur wenn es diese Gefühle sind, sind es sicher „seine“, ihm gehörenden, weil von ihm hervorgerufenen und aus den

rigiden Bildvorstellungen erwachsenen. Er kann den anderen in einer so überlebenswichtigen Angelegenheit nicht frei geben, ihm die Autonomie nicht lassen. Er vernichtet daher das Selbstsein des anderen, und führt ihn somit in das Erleben, das er selbst in sich fühlt: ausgelöscht zu sein. Durch das Nicht-frei-Lassen des anderen erhält die Beziehung einen „symbiotischen Charakter“, ist mehr ein *Verschmelzen* als ein Miteinander. Das kann auch nur punktuell so der Fall sein, es muss nicht immer ein durchgängig gelebtes symbiotisches Muster sein. Gleichzeitig sind ihm diese Gefühle im anderen ein Ersatz für die fehlende Beziehung zu sich selbst – er fühlt *sich* im anderen. So hilft die Intensität auch, die innere Distanz zwischen den beiden Teilen in sich zu überbrücken.

Ständige Beziehungssuche

Die konstante, wärmende, verlässliche, treue Beziehung ist somit das Heilsamste für den Borderline-Patienten, weil sie die innere Beziehung schient, anbahnt, nährt. Aber die Gefahren sind groß: Welcher Partner kann eine solche erstickende Umklammerung durchhalten, so viel Manipulieren, Dominieren, Zwingen? Wie kann auf Dauer die Nähe gehalten werde, ohne verschlungen zu werden, die Konstanz in diesem Wechselbad von Gefühlen, Impulsen, Stimmungen, die Kraft in diesem Ausgenutztwerden?

Im privaten Rahmen mag das *Eltern* bei ihren Kindern noch eher gelingen als *Partnern oder Freunden*. Doch vielfach kann eine korrigierende Erfahrung nur im Rahmen einer therapeutischen Beziehung systematisch aufgebaut werden.

Instabilität

Die Instabilität hat mehrere Ursachen. Zum einen finden auf der personalen Ebene kaum persönliche Stellungnahmen statt, was viele Ursachen hat (wegen des starken Schmerzes und der Coping-Reaktionen; wegen zu schwacher Ich-Struktur; wegen des fehlenden Zugangs zu den Gefühlen). Dadurch „hat er“ sich nicht. Zum anderen hat er in seinen Eindrücken vorwiegend Affekte (die ja vom Auslöser abhängen, der aber ständig wechselt), und von denen er *überschwemmt* wird, verbunden mit *automatischen Gedanken* (Kommentatoren), denen er nichts entgegensetzen hat, weil sein Ich zu schwach ist.

Sonderform von Identifikation

Für die Ich-Findung und Stabilisierung dienen auch Identifikationen. Doch handelt es sich beim Borderline-Patienten nicht um eine wirkliche Identifikation, die ja ein funktionierendes Ich voraussetzen würde. Die Borderline-Identifikation hat *symbiotischen* Charakter. Der

andere bzw. das Objekt ist gewissermaßen identisch mit ihm, er „ist“ der andere auf der Ebene der Gefühle. Die Identifikation dient dem Beziehung-Haben und *sich* darin Erleben-Können – das geht beim Borderline-Patienten aber nur, wenn der andere so ist, wie er ihn sieht und haben will mit seinen Bedürfnissen und Bildern.

4. Grundzüge der Therapie

Die Borderline-Therapie geschieht am besten in Abschnitten. Vor einer tiefgehenden, ursachenbezogenen Psychotherapie brauchen Borderline-Patienten Entlastung in ihrer aktuellen Lebenssituation, um den alltäglichen Belastungen überhaupt gewachsen zu sein. Hier braucht es konkrete Interventionen für den Umgang mit Selbstverletzungen, Impuls-Durchbrüchen, Kontrolle der Spannungen und ihrer Abfuhr, zum Schutze naher Angehöriger und Kinder, usw. Hier braucht es konkrete Interventionen, Vorbeugungen, Nachbearbeitungen und Lernprozesse. Da die Patienten außerdem nicht wirklich beziehungs-fähig sind, sind sie auch noch nicht wirklich therapiefähig. Ihre Therapiefähigkeit ist zuerst in dieser Vorarbeit zu entwickeln, die zumeist mindestens mehrere Monate in Anspruch nimmt. Daher wird zwischen einer Vorbereitungsphase (oder Stabilisierungsphase) und der tieferen Therapie unterschieden.

Bevor diese im Detail dargelegt werden, noch ein Wort zur *Wirksamkeit* der Therapie. Immer wieder sind Zweifel zu hören, dass Borderline-Patienten überhaupt wirksam behandelt werden können. Tatsächlich lassen manche Therapieergebnisse zu wünschen übrig. Selbst als Studien angelegte Untersuchungen bleiben manchmal unbefriedigend. Manche werden erst gar nicht veröffentlicht: Cristea et al (2017) haben in ihrer Nachforschung sieben solcher unveröffentlichten Studien gefunden. Dennoch „kann festgestellt werden, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu den psychischen Erkrankungen mit der besten Evidenzlage für psychotherapeutische Behandlungsansätze gehört“ (Döring et al 2011, 852). Die nach strengen Evidenzkriterien durchgeführten Untersuchungen zeigen die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) als die am besten untersuchten und in ihrer Wirksamkeit gesichertsten Methoden (ebd.). Dennoch ist der Effekt von spezifischen Therapien für Borderline-Störungen (dialektische bzw. kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Behandlung) zwar signifikant, aber nur mäßig höher als die Wirkung unspezifischer psychotherapeutischer Behandlung, wie eine eben veröffentlichte Metaanalyse zeigt (Cristea et al 2017).

4.1 Vorbereitungsphase: Haltung und allgemeine Therapiemomente

Die *Haltung des Therapeuten* soll von Ruhe und *gelassener Offenheit* getragen sein. „Es ist nicht schlimm, es ist so. Es darf alles mal sein, und jetzt schauen wir drauf. Und wir schauen, ob wir vielleicht was Besseres für dich finden können?!“ Der Therapeut soll dabei achtsam sein auf eigene (unbewusste) Bewertungen des Patienten. Dieser erlebt das Elementarste der Beziehung: *angenommen* zu sein (1. GM), ankommen zu dürfen, so wie er ist – und wird darin begegnet von der Person des Therapeuten, die ihm offen und konstant entgegengehalten wird, sodass er auf eine Begegnungsfläche trifft.

Die Therapeuten sind dabei um ihre *Konstanz* bemüht, die darin besteht, *verstärkt bei sich selber zu bleiben* (vgl. auch Angermayr 2017; Fischer-Danzinger 2017). Dies besteht praktisch gesprochen darin, *innerlich die Beziehung zu sich zu halten* beim Zuhören und bei dem, was der Patient mit seinem Agieren mit dem Therapeuten macht (Konstanz der 2. GM). Das Halten des guten inneren Selbst-Bezugs ist zentral für Fortschritte in der Therapie. Es schafft eine Konstanz der Beziehung zum Borderline-Patienten, was ihm ermöglichen kann, eine eigene innere Beziehung zu sich aufbauen zu können.

Es ist ja überhaupt und grundsätzlich wichtig, dass Therapeuten *gut mit sich umgehen können*, auch *außerhalb* der Therapie, weil der innere Selbstbezug eine Grundhaltung ist und keine Methode und somit in die Therapie einstrahlt und die Effektivität jeder Therapie erhöht (Orlinsky 2003). Gerade unter dem Einfluss der Borderline-Dynamik ist es besonders schwer, authentisch bleiben und nicht selbst in die Psychodynamik zu geraten. Gelingt es, das Gefühl für sich zu halten, auch wenn man sich bedroht fühlt? Borderline-Patienten haben eine hohe Sensibilität für diesen Punkt: „Wie gehst du mit dir selber um? Wie bleibst Du in Beziehung zu dir? Das will ich wissen, sehen und erleben; hinter diese Maske will ich blicken!“ Denn das ist genau das, was er so gar nicht kann. Üblicherweise bekommen Kinder das in ihren Familien mit. Borderline-Patienten aber kennen das kaum, und darum möchten sie auch gerne viel Persönliches wissen und fragen grenzüberschreitend Persönliches nach, interessieren sich z.B., wie man selbst lebt, wo man den Urlaub verbringt und ob man zum Frühstück Tee trinkt.

Als ein weiteres wichtiges Element ist ein *inhaltsbezogenes Entgegentreten und Standhalten* einzusetzen. Mit diesem beziehungshaltenden Begegnen kommt ein zentrales Element der 3. GM zum Tragen. Das verstehende Begegnen klärt die Inhalte, um die es dem Patienten geht. Sie sind oft so sehr mit der Psychodynamik „verbacken“,

dass man sie im alltäglichen Leben kaum sehen und darauf eingehen kann. Die Therapie aber hat die Aufgabe, diese Inhalte zu entdecken und herauszustellen. Praktisch bedeutet das, sich nicht von seinen zerrissenen Affekten ablenken zu lassen, sondern das *Positive* und *Konstruktive* aus dem Manipulativen und Aggressiven herauszuheben und von der Destruktivität zu befreien. Damit kann das ihm Wichtige auch vor seinen eigenen, selbstzerstörerischen Affekten geschützt werden, kann er vor sich selbst geschützt werden. In der Praxis bedeutet das, dem Patienten zu sagen, was man selbst als wichtig in dem Thema ansieht und dass man darüber gerne reden würde, dass es dafür aber gut wäre, in Ruhe zu sprechen und dass die Affekte dafür in diesem Rahmen gar nicht nötig wären. Dieses ruhige, feste Entgegenreten und Entgegenkommen stellt nicht nur ein Lernmuster dar, sondern vermittelt ihm vor allem die zentrale und lebenswichtige Botschaft: „Was immer du tust, ich bin da und persönlich anwesend, ich gehe nicht weg von dir, sondern versuche dich zu verstehen und bei dir zu sein!“ Eine solche klare Entschiedenheit zur Beziehung und der Aufbau einer Bindung stellt für den Borderline-Patienten die Grundlage dar für die Reifung und Entwicklung seines Ichs.

Wenn ein Borderline-Patient z.B. mit der Anschuldigung kommt: „Entweder Sie oder Ihr Kollege sind ein Lügner!“ könnte der Therapeut antworten: „Ich finde das sehr wichtig, dass Sie das klären und nicht mit sich herumtragen wollen, und dass Sie wissen wollen, mit wem Sie es zu tun haben, damit Sie Vertrauen gewinnen können. Ich möchte mir gerne dafür etwas Zeit nehmen, damit wir das in Ruhe besprechen können.“

Das Anbieten und Halten von Inhalten in einer bindungsstarken Beziehung ist bei Borderline-Patienten der Kondensationskern für ihr Ich. Im Vergleich dazu ist bei der Hysterie das Grenzen-Setzen gegen das Raumgreifende zentral; beim Narzissmus das Erklären und ihn machen lassen.

Auf dieser Basis kann dann zunehmend mit dem *Einüben von Stellungnahmen* (entsprechend dem Schritt PEA-2) begonnen werden. Damit verlieren die Affekte und Impulse langsam ihre Ersatzfunktion für die eigentlichen Stellungnahmen, die ja bei Borderline-Patienten nur sehr reduziert vorkommen.

4.2 Die tiefere Therapie

Sie widmet sich dann vor allem der spezifischen Arbeit an der 3. und 2. Grundmotivation.

In Bezug auf die **3. GM** können folgende Inhalte herausgehoben werden:

1. **Selbstwahrnehmung.** Der Patient soll eigene Ge-

fühle und Impulse wahrnehmen lernen. Sie sollen erst einmal gehalten werden, damit sie langsam auch verstanden werden können. Das Innehalten in der Wahrnehmung ist wichtig, damit die eigenen Gefühle nicht gleich impulsiv abgewertet oder ausgelebt werden.

2. **Begegnung.** Der Patient braucht Begegnung. Durch die Begegnung mit dem Therapeuten kann er erfahren, wie auch innere Begegnung mit sich selbst gelingen kann. Das bedeutet neben der Offenheit und den Versuchen ihn zu verstehen, vor allem *Konfrontation und Führung*, besonders bezüglich seiner instabilen Affektivität. Dazu werden *Stellungnahmen* und Erklärungen eingesetzt. In den Begegnungen wird er auf seine Reaktionen aufmerksam gemacht. Dem Ausagieren seiner Übertragungen wird weiterhin entgegengetreten, wie oben schon beschrieben: Bergen des Inhalts, aber In-Frage-Stellen des Affekts, wo immer er Grenzen überschreitet und das Persönliche verletzt.
3. **Selbstkonfrontation.** Dem inneren *automatischen Reden* (Kommentaren) (z.B. „Du bist ein Verlierer“) und zu den destruktiven Gefühlen und Impulsen (Hass gegen andere, gegen sich selbst...) muss der Patient lernen gegenüberzutreten, anfangs unter der Anleitung des Therapeuten, dann immer mehr selbständig. Es geht darum, den inneren Dialog aufzunehmen und Stellung zu den Kommentatoren zu beziehen: „Was halten Sie davon, was die Kommentatoren sagen?“ (Der Schritt von PEA-2 gibt eine Grundlage, weil er nie fremdbeurteilend ist!).

Diese drei psychotherapeutischen Interventionen führen mit der Zeit dazu, dass der *innere Dialog* entstehen kann. Somit muss es dann nicht immer um „ich + er“ (Außenbeziehung) gehen, sondern kann vermehrt um „ich + ich“ in der Innenbeziehung gehen. Wenn er sich dann mehr selbst begegnen kann, wird er weniger abhängig vom Außen und kann sich den Weg zur eigenen Person bahnen.

Die spezifische Arbeit an der **2. GM**:

1. **Verstehensarbeit.** Sich selbst verstehen lernen: Was sind die Werte, was bewegt ihn? Was ist verletzt, verloren gegangen? Das führt über in die biografische Arbeit.
2. **Beziehung zu sich selbst.** Der Patient soll Wege finden, um aktiv Beziehung zu sich selbst und zum Körper aufzunehmen: Sport, Tai Chi, Singen, Atmen, Rhythmen, Yoga etc. „Sport – das sammelt mich“, wie einmal ein Patient treffend meinte.
3. **Therapeutische Beziehung.** Ständiges Bearbeiten und Reflektieren der therapeutischen Beziehung ist bei Borderline-Patienten besonders wichtig, weil die Betroffenen dazu neigen, an dieser Tragfähigkeit immer wieder zu zweifeln. Dieser Brüchigkeit hat der Therapeut eine Bestimmtheit entgegenzusetzen, in

der er die Unverbrüchlichkeit von seiner Seite immer wieder deutlich macht. Gerade in der Schematherapie ist neben erlebnisaktivierenden Techniken die Beziehungsgestaltung ein besonders wichtiges Element (Roediger 2017).

4. **Nachklangphase.** Auch nach dem Ende der psychotherapeutischen Phase ist das Beziehungsangebot an den Patienten weiterhin gültig. Die Erhaltung der therapeutischen Beziehung erfolgt in der Art, wie es bei guten Eltern ist: auch wenn man nur noch selten oder gar nicht mehr zusammenkommt, weiß man, dass man sie im Hintergrund hat. Ein solcher Hintergrund ist eine große Ressource, wahrscheinlich für jeden Menschen.

Mit dieser Arbeit soll das Leiden und die Kraft der Borderline-Patienten gewürdigt werden, mit der sie ihr schmerzvolles Leben durchhalten. Es ist beeindruckend, was sie alles zu mobilisieren vermögen, um zu einem Hauch von Ich-Erleben kommen zu können. Es berührt, sehen zu müssen, wie schwer sie es dabei haben. In ihrem wilden und unerschütterlichen Kämpfen für ihr eigenes Selbst werden andere Menschen instrumentalisiert und verletzt. Sie gehen in eine schützende Distanz, wodurch die Patienten noch mehr in die Einsamkeit kommen. Und so entsteht eine Spirale, aus der es oft keinen Ausweg mehr gibt. Hier ist dann die professionelle Ebene ein Mittel, wie diese Spirale der Destruktivität unterbrochen werden und den Patienten (und Angehörigen) eine Perspektive der Entwicklung geboten werden kann. Dies ist die vornehme Aufgabe der Psychotherapie. Und dies kann auch dem Therapeuten eine Quelle tiefen Erlebens sein, dass er aus einer gelingenden Therapie schöpfen kann. In diesem Sinne soll ein Zitat der großen Borderline-Therapeutin, die selber auch Borderline-Betroffene ist, Marsha M. Linehan (1993, ix), die Arbeit schließen: „The great thing about treating borderline patients is, that it is like having a supervisor always in the room.“

Literatur

Angermayr M (2017) Beziehungsweise(n) – Grenzerfahrungen in der Gestaltung therapeutischer Beziehungen. In: *Existenzanalyse* 34,2, 42–48
 Bohus M, Schmahl C (2007) Psychopathology and treatment of borderline personality disorder. *Nervenarzt* 78(9), 1069–1080
 Buchheim A (2011) Borderline-Persönlichkeitsstörung und Bindungserfahrung. In: Dulz et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 158–167
 Cristea I, Gentili C, Cotet C, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P (2017) Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(4):319–328 doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P (2010) Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. In: *Br J Psychiatry* 196, 389–395
 Doering S, Stoffers J, Lieb K (2011) Psychotherapieforschungsanalyse. In: Dulz et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 836–853
 Dorra H (2014) „In der Schwebung des Lebendigen“. Zur Freiheit und Unverfügbarkeit der Person. In: *Existenzanalyse* 31, 2, 27–31
 Driessen M, Beblo T, Reddemann L et al (2002) Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? – The state of research. *Nervenarzt* 73(9), 820–829
 DSM-5 (2013) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: APA
 Dulz B, Herpertz S, Kernberg O, Sachsse U (Hrsg) (2011) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer
 Fischer-Danzinger D (2017) Die (sichere) Fahrt auf der Hochschaubahn. In: *Existenzanalyse* 34,2, 49–58
 Fonagy P, Gergely G, Jursit EL, Target M (2002) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
 Freud S (1940) Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. In: *GW XVII*. London: Imago 57–62
 Freyberger HJ (2011) Psychosomatische Symptome. In: Dulz et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 441–448
 Heidegger M (1927) *Die Grundprobleme der Phänomenologie*. Gesamtausgabe Bd. 24. Frankfurt/M: Klostermann, Aug. 1975
 Herpertz S, Saß H (2011) Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Dulz et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 35–43
 ICD-10 (1994) *International Classification of Diseases*. Berlin: Springer
 Ji WU, Hu YH, Huang YQ et al (2006) A twin study of personality disorder heritability. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 27(2), 137–41
 Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N et al (2009) The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438–1446
 Kernberg OF (1984) *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta
 Kind J (2011) Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In: Dulz et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 20–34
 Kolbe C (2014) Person und Struktur. Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. In: *Existenzanalyse* 31, 2, 32–40
 Längle A (2002) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst – eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hrsg) *Hysterie*. Wien: Facultas, 127–156
 Längle A (2014) Die Aktualisierung der Person. Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz. In: *Existenzanalyse* 31, 2, 16–26
 Längle A (2016) *Existenzanalyse. Existenzielle Zugänge der Psychotherapie*. Wien: Facultas
 Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F (2011) Borderline personality disorder. In: *Lancet* 377, 74–84
 Linehan, MM (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York London: The Guilford Press
 Livesley WJ (1998) Suggestions for a frame-work for an empirically based classification of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 43, 137–147
 Livesley WJ, Jang KL (2008) The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review Journal of Clinical Psychology* 4, 247–274
 Matuszak-Luss K (2017) Multidimensionale Diagnostik und ätiopathogenetische Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zu Traumafolgestörungen. In: *Existenzanalyse* 34, 2, 31–41
 Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE (1995) Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1059–1064
 Orlinsky D (2003) Therapist factors as determinants of psychotherapy outcome. In: Lambert M., Butler, Garfield SL (Ed.): *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. N.Y.: Wiley, 5th ed

- Roediger E (2017) Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.
In: Existenzanalyse 34, 2, 67–74
- Steinert K (2014) (Wie) sprichst Du mit dir? Anleitung zum inneren Dialog.
In: Existenzanalyse 31, 2, 42–49
- Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I et al (2000) A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41(6), 416–425
- Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190(6), 381–387

Anschrift des Verfassers:

PD DDr. ALFRIED LÄNGLE
Ed. Sueß-Gasse 10
A – 1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org

AUDITORIUM NETZWERK

Wien 2017

SCHMERZ-HAFT

Verständnis und Behandlung der
Borderlinestörung

Live-Mitschnitte der Vorträge von:

Alfried Längle – Ohne Fühlen? Bin ich nicht! – Vom

verzweifelten Greifen des Menschen nach Leben

Christoph Kolbe – Das verletzte Selbst. Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht

Markus Angermayr – Beziehungsweise(n) – Grenzerfahrungen in der Gestaltung therapeutischer Beziehungen

Doris Fischer-Danziger – Die (sichere) Fahrt auf der Hochschaubahn

Rupert Dinhobl – "Ich blute – daher bin ich." Zu Selbstverletzung und Suizidalität bei PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Karin Matuszak-Luss – Multidimensionale Diagnostik und ätiopathogenetische Aspekte der Borderline Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zu Traumafolgestörungen

Anna Buchheim – Traumatische Bindungserfahrungen von Patientinnen mit Borderlinestörung

Mathias Lohmer – Beziehungsgestaltung mit Borderline-Patienten in der TFP (Transference Focused Psychotherapy)

Eckhard Roediger – Schematherapie bei Borderline-Patienten macht das "Sinn"?

Als Download

und auf CD und DVD bestellbar bei:

Auditorium Netzwerk

Tel.: 0049/7631/170743, Fax 170745

audionetz@aol.com

www.auditorium-netzwerk.de

DAS VERLETZTE SELBST

Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht

CHRISTOPH KOLBE

Im Artikel werden zunächst die Grundprinzipien der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung dargestellt. In Gegenüberstellung hierzu werden dann die wesentlichen Merkmale der Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Am Beispiel der histrionischen und narzisstischen sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird ausgeführt, worin die spezifische Verletzung für diese Menschen besteht, wie es zu dieser Verletzung kommt, wie diese Menschen mit dieser Verletzung typischerweise umgehen und wie sich dies auf die Beziehung zu anderen Menschen auswirkt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Persönlichkeitsentwicklung, Persönlichkeitsstörung, Histrionismus, Narzissmus, Borderline, Persönlichkeit, psychische Struktur

THE INJURED SELF

Personality disorders from an existential analytical point of view

Basic principles of human personality development are firstly outlined in this article. In comparison to this, the essential traits of personality disorders are described. By the example of histrionic and narcissistic as well as the borderline personality disorder it is described wherein the specific injury of these people lays, how it comes to such an injury, how these people typically deal with this injury and how it effects the relationship to other people.

KEYWORDS: personality development, personality disorder, histrionism, narcissism, borderline

Basierend auf der grundlegenden Frage nach der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung wird die Psychopathologie der Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht thematisiert, um dann einen Fokus bei den Störungen zu setzen, deren Hauptthema der Selbstwert ist.

I. Was ist die Persönlichkeit des Menschen?

Von Persönlichkeit lässt sich zum einen unter dem Aspekt der psychischen Struktur sprechen. Gemeint ist hier das strukturell Gegebene und Geprägte, das einen Menschen spezifisch ausmacht, wie es im Typus sichtbar wird. Von Persönlichkeit lässt sich zum anderen aber auch unter dem Aspekt der spezifischen Gestaltungsleistungen der Person sprechen. Was hat ein Mensch aus seinem Leben gemacht, für welche Überzeugungen lebt er, wie hat er eine Haltung gefunden zu schweren Schicksalsereignissen, wie hat er sich Herausforderungen des Lebens gestellt, ohne Sinn, Zuversicht oder Hoffnung zu verlieren? Wir sprechen dann häufig von einer großen Persönlichkeit, indem wir diesen Leistungen Respekt zollen.

Im ersten Verständnis werden mit dem Begriff Persönlichkeit typische psychische Strukturmerkmale charakterisiert, im zweiten Verständnis wird mit dem Begriff Persönlichkeit die spezifische und herausfordernde Leistung der Person gewürdigt, mit einer Situation oder Aufgabe umzugehen oder für etwas einzustehen.

Für unser Verständnis hier ist der Begriff Persönlichkeit im Sinne psychischer Struktur gebraucht. Die differenzierte Kenntnis dieser psychischen Strukturen ermöglicht es, seelische Erkrankungen nicht nur beschreiben, son-

dern auch verstehen zu können. Und dieses Verstehen seelischer Erkrankungen wird insbesondere dann möglich, wenn die psychische Verfasstheit des Menschen in Korrespondenz zu Daseinsthemen des Menschen gesehen wird, wie dies für die Existenzanalyse spezifisch ist.

Wie also wird die Persönlichkeit unter dem Aspekt der psychischen Struktur sichtbar? Sie zeigt sich in einer spezifischen Erlebnis- und Reaktionsdisposition des jeweiligen Menschen, also bspw. eher ängstlich, depressiv, histrionisch oder narzisstisch. Wie dieser Mensch sich im allgemeinen gibt, wie er vorwiegend etwas erlebt oder reagiert – dies ist Ausdruck seiner Persönlichkeit. Oder wie Längle sagt: Persönlichkeit ist „die in der psychischen Dimension verankerte Struktur der Psychodynamik“ (Längle 2003a, 6). In der Persönlichkeit zeigt sich also eine Neigung im Erleben und Reagieren auf situative Gegebenheiten. Hierzu zählen eine spontane Emotionalität, Affektivität und Reaktionsbereitschaft.

Ein Beispiel: Ein Mann mit einer ängstlichen Persönlichkeit steht vor einer Reise. Seine spontane Emotionalität im Hinblick auf diese bevorstehende Unternehmung ist Unsicherheit und Unruhe, die Affektivität ist Anspanntheit und Gereiztheit, die Reaktionsbereitschaft ist akribische Planung beim Kofferpacken, umsichtiges Einholen aller Informationen zur Reiseroute o.ä.

Alle Typologien beruhen auf einem derartigen Verständnis von Persönlichkeit. Sie sind Clusterbildungen von Persönlichkeitsmerkmalen, weil die Struktur der Persönlichkeit beim Menschen im Grunde festgelegt ist. Aufgrund dieser Merkmale lassen sich Einschätzungen

vornehmen und Wahrscheinlichkeitsaussagen für das Erleben und Verhalten von Menschen treffen.

Der Mensch kann sich mit seiner Persönlichkeit auseinandersetzen, er kann sie weiten – jedoch nur in Grenzen. Der Ängstliche kann lernen, gelassener mit Unbekanntem umzugehen, der Depressive kann lernen, nicht alles gleich schwer zu nehmen, der Hysterische kann lernen, auch seine Schattenseiten nicht verbergen zu müssen, und der Narzisstische kann lernen, dass er längst genug bietet.

Am besten ist es, der Mensch macht Frieden mit seiner Persönlichkeitsprägung. Seine Aufgabe ist es, auf dem Boden seiner Persönlichkeit mit den situativen Herausforderungen seiner Lebenswelt konstruktiv, angemessen und sinnstiftend umzugehen und dabei die Potentiale der Persönlichkeit zu nutzen, aber auch ihre Einseitigkeiten zu vermeiden. Dies ist die Aufgabe der Person.

Wie entwickelt sich die Persönlichkeit?

Diese Frage ist in den zurückliegenden Jahrzehnten zum Teil sehr einseitig und auch ideologisch mit biologischer oder soziokultureller Prägung beantwortet worden. Heute weiß man: Die Persönlichkeit des Menschen entwickelt sich a) aus seinen genetischen **Anlagen**, b) aus dem Einfluss seiner biographischen, sozialen, kulturellen etc. **Herkunft** und Erfahrungen sowie c) aus den **Gestaltungsleistungen** der Person.

II. Was ist eine Persönlichkeitsstörung?

Bei einer Persönlichkeitsstörung ist diese psychische Struktur, auf die der Mensch in seinem situativen Erleben und Reagieren zugreift, starr, verbogen oder instabil. Deshalb hat dieser Mensch nur einen sehr engen Spielraum für seine Lebensgestaltung. Das mangelhafte psychische Strukturniveau blockiert oder behindert den gesunden und differenzierten Vollzug der Ich-Funktionen (vgl. Kolbe 2014, 35f.).

Um es mit einem schönen Bild von Längle zu sagen: Jeder Fluss fließt in seinem Flussbett. Die psychische Struktur ist nun dieses Flussbett. Ist dieses intakt, so kann der Fluss ungehindert mäandern und fließen. Ist das Flussbett gestört durch ein Hindernis, z.B. große Felsbrocken oder Baumstämme, bilden sich Stromschnellen, und es dauert, bis das Wasser, nachdem es die Schnelle passiert hat, wieder gleichmäßig fließen kann. Diese Unruhe des Wassers wäre die Analogie zur neurotischen Störung. Um dem Fluss ein ungehindertes Fließen zu ermöglichen, wäre die Störung zu beheben, der Felsbrocken oder die Baumstämme zu entfernen. Ist jedoch das Flussbett nicht mehr intakt, hat der Fluss keinen Halt mehr, er tritt über

das Ufer, Überschwemmungen sind die Folge. Dies ist die Analogie zur Persönlichkeitsstörung.

Im ICD10 ist die Persönlichkeitsstörung folgendermaßen definiert:

„Diese Störungen umfassen **tief verwurzelte, anhaltende** Verhaltensmuster,

- die sich in **starren** Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.
- Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung **deutliche Abweichungen** im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen.
- Solche Verhaltensmuster sind meistens **stabil** und beziehen sich **auf vielfältige Bereiche** von Verhalten und psychischen Funktionen.
- Häufig gehen sie mit **persönlichem Leiden** und **gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit** einher. ...
- Persönlichkeitsstörungen ... beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern im Erwachsenenalter an.“ (Dilling et al. 2010, 244)

Die Prävalenz (Häufigkeit) von Persönlichkeitsstörungen wird mit ca. 10% in der Allgemeinbevölkerung und ca. 40–60% bei psychiatrisch behandelten Patienten angegeben (vgl. Lieb et al. 2012, 293).

Wie unterscheiden sich neurotische Störungen von Persönlichkeitsstörungen in personal-existenzieller Hinsicht? Hier ist vor allem ein Merkmal wesentlich:

In der neurotischen Störung ist die personal-existenzielle Dimension noch stärker beteiligt, weil der Mensch in einem nachvollziehbaren Bezug zur Situation steht und mit der erlebten Bedrohung durch Haltungen und Stellungnahmen umgeht, wengleich die psychodynamische Kraft stärker wirkt als das personale Ich. Die Haltung hat die Funktion, die Störeinflüsse zu regulieren, sie auf Distanz zu bringen oder zu halten. Gleichzeitig wird um die Bedrohung gewusst. Das neurotische Verhalten wird deshalb noch ich-haft erlebt, also ich-dyston.

Um in dem Beispiel des ängstlichen Mannes, der vor einer Reise steht, zu bleiben: Sein Grundthema ist eine übertriebene Verunsicherung, die zum Affekt führt, sich bedrängt und unter Druck zu erleben. Die dominierende Psychodynamik lässt ihn nach Sicherheit und 100%iger Einschätzung der unsicheren Situation suchen. Hierfür nimmt er auch die Haltung der Umsicht und einer gründlichen Wahrnehmung ein. Er macht lange Listen, exakte Planungen, sieht Eventualitäten voraus etc. Mit dieser Haltung und diesen Aktivitäten versucht er, seine Verunsicherung zu beruhigen. Umsicht und gründliche

Wahrnehmung sind also weniger Ausdruck seiner typologischen Neigung, sondern vielmehr getrieben von der Beruhigung der Verunsicherung, seiner dominierenden Psychodynamik. Ihm ist dabei bewusst, dass andere Menschen lockerer mit einer gleichen Situation umgehen können, weil sie mehr Gelassenheit und Vertrauen in sich tragen. Und es ärgert ihn sogar, dass er das eben nicht vermag. Deshalb ist sein neurotisches Verhalten ich-dyston. Dies charakterisiert u.a. auch den Unterschied zur Persönlichkeitsstörung. Das von der Norm abweichende Verhaltens- oder Denkmuster wird vom Betreffenden in der Regel nicht als störend, schon gar nicht als „krankhaft“ erlebt. Man nennt es deshalb ich-synton. Auf dem Hintergrund seiner mangelhaften oder nicht zur Verfügung stehenden psychischen Struktur stehen dem Betreffenden keine Ich-Funktionen zur Verfügung, mit denen er sich flexibel auf wechselnde Situationen und Umgebungsbedingungen einstellen könnte, um sich angemessen zu ihnen zu verhalten. Aufgrund der Einseitigkeit seines Erlebens kann er keine Distanz zum Auslöser finden und agiert aus reiner Psychodynamik, ohne eine Haltung zu entwickeln. Die subjektiv erlebte situative Bedrohung wird so überflutend empfunden, dass aus dieser maximalen Überlastung nur ein impulsives und blindes Um-sich-Schlagen hilft, um sich aus der erlebten Bedrohung zu retten. Diese Bedrohung wird als unerträglicher Schmerz erlebt, zu dem Distanz gesucht wird. Und dieser Schmerz nun wird abgespalten. Dies hilft, den überfordernden Schmerz des Bedrohtseins nicht fühlen zu müssen. Deshalb ist die Spaltung ein spezifischer Copingmechanismus der Persönlichkeitsstörung. Gleichzeitig wird damit jedoch die psychische Integrität ganzheitlich zu fühlen und zu erleben gestört.

Das Ausmaß der spezifisch erlebten Angst und der damit verbundene Schmerz sind also in der Persönlichkeitsstörung wesentlich stärker und tiefer als in der Neurose (vgl. Längle 2003a, 12f.).

Unser Reisender mit ängstlicher Persönlichkeitsstörung wird also seinen Koffer packen und zum Flughafen fahren. In der Schalterhalle setzt er sich ins Restaurant, um die Wartezeit zu überbrücken. Dort genießt er die Mahlzeit. Schließlich schaut er auf die Uhr, um festzustellen, dass sein Flieger inzwischen ohne ihn gestartet ist. Zuhause zeigt er wenig Bedauern, dass es mit der großen Reise nicht geklappt hat, im Bekanntenkreis wird die Geschichte, das Flugzeug verpasst zu haben, humorig zum besten gegeben.

III. Wie entsteht eine Persönlichkeitsstörung?

Im ICD10 wird angegeben, dass der Beginn der Störungen in der Kindheit oder Adoleszenz liegt, diese Stö-

rungen dann bis ins Erwachsenenalter andauern bzw. sich dort erst deutlich manifestieren. Diese Erklärung datiert die Entstehung.

Die Existenzanalyse setzt mit ihrer Erklärung darüber hinaus (u.a.) bei den existenziellen Daseinsthemen, dem Strukturmodell der Existenzanalyse an. Die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen sind demzufolge durch folgende Merkmale charakterisiert (vgl. Längle 2003a, 20):

1. Die existenziellen Inhalte der Daseinsthemen des Menschen wurden stark erschüttert.
2. Aufgrund dessen hat sich ein spezifisches leidvolles Gefühl eingestellt.
3. Aufgrund seiner Stärke und der langen Dauer dieses Gefühls haben sich Copingreaktionen als Lebensstil etabliert (sie sind also nicht mehr nur situative Reaktionen auf einzelne Auslöser), die zu starren Verhaltensweisen, aber eben auch zur Abwehr des Leid-Gefühls führen. Wir sprechen hier von fixierten Copingreaktionen.
4. Die psychische Struktur kann sich nicht gefestigt ausbilden, spezifische Grundgefühle mit verzerrenden emotionalen Einfärbungen sind die Folge.

Es lässt sich also festhalten:

Persönlichkeitsstörungen brauchen *Zeit*, bis sie entstehen können.

Ihnen liegt meist eine massive *Verletzung*, Traumatisierungen oder ein massiver Mangel *eines* existenziellen Grundthemas zugrunde.

Diese Verletzung ist außerdem so stark, dass *alle weiteren* existenziellen Grundthemen des Menschen mitbetroffen sind.

Weder Halt, noch Beziehung sowie ein Selbstkonzept oder ein Sinnhorizont stehen dem Menschen für einen gelassenen Verhaltensspielraum sowie zur Orientierung zur Verfügung. Die Führung wird durch die Psychodynamik übernommen. Deshalb reagiert der Mensch mit einer Persönlichkeitsstörung entkoppelt und vorwiegend *psychodynamisch*.

Weil *eines* der existenziellen Daseinsthemen jeweils dominiert, lassen sich Persönlichkeitsstörungen nach existenzanalytischem Verständnis in vier Cluster gliedern:

1. Ängstliche Persönlichkeitsstörung (also der Halterfahrung)
2. Depressive Persönlichkeitsstörung (also der Beziehungsqualität)
3. Extravertierte Persönlichkeitsstörung (also des Selbstwertes)
4. Existenzielle Persönlichkeitsstörung (also des Kontextes)

Innerhalb dieser Gruppen lassen sich nun spezifische

Ausformungen finden. Dies erklärt sich durch die Beobachtung, dass die jeweilige Gruppe der Persönlichkeitsstörungen durch ein existenzielles Hauptthema und ein weiteres existenzielles Nebenthema charakterisiert ist.

Hier zunächst ein kurzer Abriss zu den Daseinsthemen und dann der Selbstwertbildung, die den Persönlichkeitsstörungen, die hier ausgeführt werden sollen, thematisch als die wesentliche Störung zugrunde liegt.

IV. Welche sind die vier Grundthemen des Menschen?

Vier Daseinsthemen lassen sich beschreiben, die psychisch und existenziell für jeden Menschen von zentraler Bedeutung sind. Die Existenzanalyse nennt sie Grundmotivationen, weil jeder Mensch durch diese Themen grundlegend motiviert ist. Deshalb sind diese Themen gleichzeitig auch fundamentale Strebungen jedes Menschen. Die Daseinsthemen nimmt der Mensch gefühlshaft als Bedürfnisse und als Intentionalitäten wahr.

Im Zentrum der menschlichen Lebensgestaltung steht (1.) das Bestreben, ein erfülltes Leben führen zu wollen. Das meint ein Leben, für das es sich lohnt zu leben. Frankl beschreibt diese Intention mit dem Begriff Sinn: Jeder Mensch will sinnvoll leben. Dies sei die primäre Motivation des Menschen (vgl. Frankl 1985, 39f.). In der Weiterentwicklung der Existenzanalyse ist deutlich geworden, dass diese Strebung eingebettet ist in weitere existenzielle Themen, die für den Menschen bedeutsam sind (vgl. Längle 2008, 29ff.). Diese Themen sind: (2.) sich gehalten und sicher fühlen zu können, (3.) sich geliebt und erwünscht zu wissen und (4.) sich gesehen und anerkannt zu erleben. Die Folge dieser Erfahrungen ist, dass der Mensch Vertrauen schenken kann, dass er Liebe geben kann, dass er wertschätzen kann und dass er sich hingeben kann an Aufgaben und Menschen.

In allen diesen Daseinsthemen ist der Mensch mit Persönlichkeitsstörung haltlos. Ihm fehlt die innere und äußere Gewissheit dieser basalen thematischen Seinserfahrungen. Und zusätzlich ist eine dieser Erfahrungen besonders traumatisiert.

Dem Ängstlichen fehlt die Gewissheit der Halterfahrung, dem Depressiven die Beziehungsgewissheit, dem Selbstgestörten die Gewissheit um ein hinreichendes Gesehenwerden und damit Selbstgefühl und dem Dependenden die Kontextgewissheit.

Kommen wir nun auf die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zu sprechen, die am häufigsten vorkommt, die

Persönlichkeitsstörungen des Selbst (vgl. Längle 2003a, 15). Diese Störungen beziehen sich auf die im sozialen Kontext stattfindende Selbstwertbildung.

V. Wie bildet sich der Selbstwert?

Drei Merkmale sind wesentlich, die den Selbstwert konstituieren.

1. Die **Eigenwerterfahrung**: Es handelt sich um das innere Wissen, bedingungslos wertvoll, also kostbar zu sein. Einfach deshalb, weil man ist. Eine Erfahrung, die jedem Menschen zunächst von anderen her vermittelt wird – primäre Bezugspersonen, die ihn lieben und annehmen. Diese Erfahrung bildet die Basis für eine Gelassenheit des In-der-Welt-Seins, für eine Haltung der Achtsamkeit im Selbstbezug und für den qualitativen Bezug zum Leben. Die Existenzanalyse nennt diese Eigenwerterfahrung die Grundwerterfahrung.
2. Die Selbstverständlichkeit der **Einzigkeit**: Es handelt sich um das innere Wissen, im situativen So-Sein berechtigt zu sein, das zu leben, was der eigenen Authentizität gemäß ist. Die Erfahrung der Achtung und des Respekts anderer bildet die Basis, sich selbst liebevoll und in Respekt verbunden zu sein.
3. Die Kenntnis in Bezug auf das eigene **Können**: Es handelt sich um das innere Wissen über den Charakter und die Qualität des eigenen Vermögens. Die Erfahrung, von anderen Rückmeldungen zu eigenen Fähigkeiten, Begabungen und Leistungen erhalten zu haben, bildet die Basis für eine angemessene Selbsteinschätzung und Gewissheit für das eigene Können.

Menschen mit einem gesunden Selbstwert können sich also gemäß ihrer Fähigkeiten, gemäß ihrer Begabungen und gemäß ihrer Möglichkeiten in Beziehung setzen zu aktuell als wertvoll erlebten Möglichkeiten. Gleichzeitig fundiert ein solches Verhalten wieder den Selbstwert.

Welche Bedingungen braucht es, damit dieser Selbstwert entstehen kann?

Die Existenzanalyse unterscheidet hier eine Außen- und eine Innenperspektive (vgl. Längle 2003b, 32ff.).

Die Außenperspektive beschreibt den Einfluss bedeutender Anderer auf die Entwicklung des Selbst, die Innenperspektive beschreibt die Haltung, die ein Mensch zu sich selbst einnimmt, wie er mit sich umgeht.

Im Grunde ist die Selbstwertentwicklung niemals abgeschlossen. Natürlich ist entscheidend und prägend, welche Beziehungen und Bedingungen ein Mensch auf seinem Weg ins Leben vorgefunden hat, die es ihm ermöglichen, einen guten Selbstwert aufzubauen. Trotzdem kann der

Mensch ein Leben lang an einem guten Selbstwert arbeiten – auch dann, wenn die eigene Geschichte unglücklich gelaufen ist.

Die **Außenperspektive**, also der Einfluss anderer auf den eigenen Selbstwert, ist durch drei Aspekte charakterisiert:

1. Beachtung, die wir erhalten, führt zu Selbstbeachtung.
2. Gerechtigkeit, die uns widerfährt, führt zu Selbstentfaltung.
3. Wertschätzung, die wir erhalten, führt zu Selbstwertfestigung.

Die **Innenperspektive**, also welchen Einfluss wir selbst auf unsere Selbstwertentwicklung nehmen, kennt ebenfalls drei thematische Aspekte:

1. Selbstwahrnehmung durch Distanznahme ermöglicht ein Selbstbild.
2. Sich ernst nehmen und sich gerecht werden ermöglichen Authentizität.
3. Sich beurteilen und wertschätzen ermöglichen Selbstkritik.

Bei den Selbststörungen sind nun diese Themen traumatisiert und verletzt, so dass die Selbstwertbildung nicht hinreichend und gesund verlaufen konnte. Hierzu werden die Krankheitsbilder des Histrionismus', des Narzissmus' und der Borderline-Störung gegenüber gestellt.

VI. Was sind die spezifischen Themen und Erscheinungsformen der Selbststörungen?

Allen Selbststörungen eigen ist, dass diese Menschen keinen guten Selbstwert entwickeln konnten. Eine Störung des Selbst-seins, -werdens und -wertes ist die Folge. Das ist ihr Hauptthema. Die Existenzanalyse siedelt dies daseinsthematisch im Bereich der 3. Grundmotivation als Verunsicherung der Frage „Darf ich so sein, wie ich bin?“, „Bin ich so in Ordnung?“ an. Persönlichkeitsstörungen sind aber zusätzlich durch ein Nebenthema gekennzeichnet. Dieses Nebenthema liegt beim Histrionismus in der ersten Grundmotivation, also zusätzlich in einem Gefühl der Haltlosigkeit, beim Narzissmus doppelt es sich mit der dritten Grundmotivation, also in der Unsicherheit zu genügen und bei der Borderline-Störung liegt es in der zweiten Grundmotivation, also zusätzlich in einer Angst vor dem Verlassenwerden.

Noch ein allgemeiner Hinweis: Menschen mit diesen Störungen erscheinen oft als dramatisch, emotional oder launisch. Alles ist immer sehr intensiv. Das ist ein grund-

legendes Charakteristikum für diese Art der Störung (vgl. auch Lieb et al. 2012, 293).

1. Der histrionische Modus

Wie wird die histrionische Dynamik sichtbar?

Das gesamte Erleben und Ausdrucksverhalten dieser Menschen ist „ein bisschen zu ...“ – laut, dramatisch, tragisch, schön, lustig, traurig, verletzt, fröhlich usw. Trotz dieser Intensität werden sie mit dem, wie es ihnen im Grunde geht, nicht spürbar. Das Erleben ist ich-fern. Sie haben „viel Volumen, aber wenig Dichte, ... wenig Mitte, aber viel Äußerlichkeit“ (Tutsch 2002b, 67f.) Diese Menschen sind impulsiv, auch manipulativ, in Gruppen stehen sie gerne im Mittelpunkt. Beziehungen werden funktionalisiert, weil sie dem Gesehen-Werden dienen (vgl. Möller et al. 1996, 344f.).

Ihr dysfunktionales *Selbsterleben* ist: „Ich bin schlecht.“ Und deshalb darf das, was ist, so nicht gesehen werden.

Was sind die *Folgen* dieses Selbsterlebens?

Um nicht gesehen zu werden, wie sie im Grunde sind, führen diese Menschen ein Leben in Rollen oder zeigen nur ihre guten Seiten. Sie reagieren blitzschnell auf Erwartungen und schmiegen sich ihrer jeweiligen Umgebung an, um sich im eigentlichen Sosein damit jedoch zu verbergen. Dies führt dazu, dass sie sich selbst auch nicht wirklich kennen. Ihre Wahrnehmung von sich selbst ist diffus, die Beziehung zu sich „lose“. Sie achten und schätzen sich nicht. Tief im Inneren tragen sie ein „Mogelpackungsgefühl“ (vgl. Lieb et al. 2012, 307).

Wie kommt es zu diesem Selbsterleben?

Drei pathogenetische Faktoren in der biographischen Geschichte dieser Menschen sind typisch, die einer histrionischen Verarbeitung zugrunde liegen:

1. Grenzverletzungen, Missachtung (Missbrauch), Entwertungen durch primäre Bezugspersonen,
2. Aufdrängen von Rollen durch primäre Bezugspersonen,
3. Geheimnisse in der Familiengeschichte, die dem Kind auferlegt werden.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Das Selbsterleben der Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung ist weitergehend: „Ich bin schlecht und die Welt bietet keinen Halt.“ Der Verlust des Selbst-seins ist also zusätzlich verknüpft mit einem ängstlichen Gefühl der Haltlosigkeit.

Was ist die Folge? Ein in die Breite gehendes, weltbezogenes Verhalten wird gelebt, um sich auf diese Weise hinsichtlich der eigenen Selbstunsicherheit zu verankern. Die

Vielzahl soll Halt geben. Dieses Verankern ist jedoch nur numerisch und quantitativ, nicht qualitativ. Der oder das Andere ist wichtig wegen seiner Gegebenheit, seines Vorhandenseins. Das stiftet diesen Menschen Halt, sie sichern sich in ihrer Gegebenheit, sind sich so ihrer eigenen Präsenz sicherer. Viele Einladungen, viele Unternehmungen, viele Kontakte geben Sicherheit. Im Grunde geht es aber nicht um den Anderen oder das Andere. Beziehungen haben deshalb keinen Bestand, es fehlt der Persönlichkeit die Verlässlichkeit (vgl. Längle 2003a, 29).

2. Der narzisstische Modus

Wie wird die narzisstische Dynamik sichtbar?

Menschen mit dieser Störung neigen zu starker Selbstdarstellung und Betonung ihrer Großartigkeit mit einer gewissen Selbstherrlichkeit. Schnell rivalisieren sie mit anderen, die sie als stark und bedeutend erleben, oder sie entwerten diese. Wenn sie nicht umhin können, andere in ihrer Bedeutung oder ihrem Vermögen anerkennen zu müssen, idealisieren sie sie. Dies erhöht auch ihre eigene Bestätigung oder Bedeutsamkeit. Bei Kritik sind sie schnell empfindlich und insgesamt schnell kränkbar (Tutsch 2002a, 28f.). Narzisstische Menschen treten nicht wirklich in die Nähe zu anderen Menschen, jedoch in die Nähe zum Projekt, das Menschen verbindet. Die Beziehungsebene bleibt deshalb kalt. Oder sie wird symbiotisch mit dem Bedürfnis nach absoluter Bestätigung gelebt.

Ihr dysfunktionales *Selbsterleben* ist: „Ich bin nicht genug.“ Denn ihre größte Angst ist, mittelmäßig zu sein, zu wenig bieten zu können. Weil sie also befürchten, dass das, was sie zeigen, nicht reichen könnte, zeigen sie gleich, dass da mehr ist – am besten, dass da etwas Besonderes ist (vgl. Hoffmann et al. 1999, 193f.)

Was sind die *Folgen* dieses Selbsterlebens?

Die Suche nach der Bestätigung, nicht mittelmäßig zu sein, führt für sie zu einer Überbetonung des Besonderen (vgl. Lieb et al. 2012, 308). Die Folge ist, dass das Selbstgefühl immer starrer und enger wird. Einen Makel darf es nicht geben.

Wie kommt es zu diesem Selbsterleben?

Vier pathogenetische Faktoren in der biographischen Geschichte dieser Menschen sind typisch, die der narzisstischen Verarbeitung zugrunde liegen:

1. Zuschreibung eines Makels durch primäre Bezugspersonen,
2. Idealisierungen durch primäre Bezugspersonen,
3. ein undurchschaubares Wechselspiel von Idealisierung und Entwertung durch primäre Bezugspersonen,

4. Traumatisierung, dass die Welt nicht der Idealisierung entspricht.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Für das Selbsterleben der Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung charakteristisch ist, dass sie von ihrem Selbst abgeschnitten sind. Sie haben zu sich keinen Bezug: „Ich bin zu wenig. Da ist nichts in mir.“ – so lautet ihr Selbstgefühl, das ihnen jedoch nicht (mehr) bewusst ist.

Das Leiden dieser Menschen ist geprägt von einer Wiederholung des Hauptthemas der 3. Grundmotivation im Nebenthema: Das Wissen um sich selbst, ihr Können und ihren Wert ist, weil es derart massiv verletzt wurde, wie ausgelöscht. Der Selbstwert ist zutiefst verunsichert, weil es keinen Selbstbezug zum Selbstwert gibt. So wird der nicht vorhandene Selbstwert ersetzt durch das Besondere, „das Betreiben und Stilisieren des Eigenen“ (Längle, 2003a, 30), um anerkannt zu werden. In der Biographie fehlte ein angemessenes spiegelndes Gegenüber, so dass es zu einer gelassenen und differenzierten Selbstfindung nicht kommen konnte. Deshalb kompensieren äußere Objekte, die als wertvoll gesehen werden, den fehlenden Selbstbezug und bilden das „falsche“ Selbst. Diese Bezugnahme auf die äußeren Objekte stammt jedoch nicht aus einem authentischen Innenbezug, sondern aus der Notwendigkeit, besonders sein zu müssen. Weil aber die Gewissheit des Innenbezugs fehlt, erwarten diese Menschen unbedingte Wertschätzung von außen, um auf diese Weise ein Selbst zu haben. Sie können anderen Menschen nicht einführend begegnen, sehen sie nur als Mittel. Sie dienen ihnen für ihr Selbstgefühl, deshalb idealisieren sie diese oder entwerten sie. So stilisieren sie ihr Selbst. Und wenn diesem keine Wertschätzung durch andere entgegengebracht wird, bringt sie das als Person in Gefahr. Deshalb sind sie so empfindlich für Kritik (vgl. Längle 2003a, 30).

3. Der Borderline-Modus

Wie wird die Borderline-Dynamik sichtbar?

Menschen mit dieser Störung sind impulsiv und extrem im Ausdruck, gehen an die Grenze. Sie zeigen häufig selbstschädigendes Verhalten. Gerne stellen sie Sachverhalte schwarz oder weiß dar und haben eine Tendenz zu spalten. Auf der Beziehungsebene können sie durch ihre Intensität sehr schnell eine totale Nähe herstellen. Im anderen Moment jedoch zeigen sie totale Distanz. Ein für Außenstehende nicht nachvollziehbarer Wechsel dieser Beziehungsebenen ist typisch (vgl. Möller et al. 1996, 342f.; vgl. Lieb et al. 2012, 303f.).

Das dysfunktionale *Selbsterleben* dieser Menschen ist:

„Ich habe es verdient, schlecht behandelt zu werden, und bin von mir selbst abgeschnitten, fühle mich nicht. Ich kann mich nicht fassen, habe mich verloren. Manchmal ist dieses Gefühl von mir selbst fragmentiert da.“ Außerdem ist da ein unerträglicher und deshalb zumeist dissoziierter Schmerz. Übrig bleibt eine „schützende“ und gleichzeitig bedrohliche Leere und Selbstverlorenheit.

Was sind die *Folgen* dieses Selbsterlebens?

Durch das Herstellen intensiver Beziehungen zum Körper, zur Psyche oder zu anderen Menschen (v.a. *einer* ganz intensiven Beziehung) soll dieses Selbst gefunden werden. Bei Enttäuschung oder Nichterfüllung dieses Bedürfnisses wird der Beziehungspartner fallengelassen.

Wie kommt es zu diesem Selbsterleben?

Zwei pathogenetische Faktoren in der biographischen Geschichte dieser Menschen sind typisch, die der borderlineartigen Verarbeitung zugrunde liegen:

1. Gegensätzliche und desorganisierte Erziehungsweisen durch unvorhersehbare, gewalttätige, aber auch unsichere, ängstliche primäre Bezugspersonen,
2. Schwere und frühe Traumatisierungen in Beziehungen durch wichtige Personen (Übergriffe, Missbrauch, Gewalt).

So entsteht ein ambivalentes Dilemma: das Bedürfnis nach schützender Nähe und nach Abwendung angesichts der Gefahr gleichzeitig.

Borderline Persönlichkeitsstörung

Das Selbsterleben der Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung lautet: „Ich kann mich selbst nicht spüren, möchte aber das Leben fühlen. Aber das Recht auf ein *eigenes* Erleben habe ich nicht.“ Es ist da eine tiefe Angst, die eigene Lebendigkeit zu leben, weil dies den Verlust der Beziehung und Nähe zu den primären Bezugspersonen zur Folge hätte, denen dieses Ausleben der Lebendigkeit missfallen würde. Somit kann sich auch die Beziehung zu sich selbst nicht entwickeln. Sie fühlen sich nicht, sind von sich abgeschnitten und haben sich verloren.

Deshalb konzentriert sich das Verhalten dieser Menschen auf intensive und nahe Beziehungen, um darüber in Führung zum eigenen Leben zu kommen. Wenn diese Intensität des Fühlens verloren geht, verlieren sie auch sich selbst. Deshalb sind ihnen Dichte und Nähe wichtig (im Unterschied zur histrionischen Persönlichkeitsstörung, die die Breite braucht). Diese Nähe hat etwas Verschlingendes, sie ist sehr affektgeladen. Gleichzeitig ist sie geprägt von starken Ängsten des Verlassen-Werdens. Dann nämlich würden diese Menschen nicht nur eine andere Person, sondern auch sich selbst verlieren (vgl. Längle 2003a, 29f.).

Soweit eine Skizze und Gegenüberstellung zu Dynamik, Selbsterleben und Umgehensweise dieser drei typischen Selbstwertstörungen aus existenzanalytischer Sicht.

Gerecht werden wir erkrankten Menschen dann, wenn wir sie nicht nur in ihren dominanten Reaktionsmodi wahrnehmen, die sie häufig schwer zugänglich machen, sondern wenn wir sie als Menschen sehen, die an einer fundamentalen existenziellen Streben verzweifelt sind, die verletzt sind in einem grundlegenden Thema menschlichen Daseins, zu dem sie Frieden und Beruhigung suchen, wie wir alle das tun. Erst dann werden sie sich als Person wahrgenommen, gewürdigt und verstanden erleben und sich auf eine Begleitung einlassen. Dieser Überblick und Einblick soll hierfür helfen.

Literatur

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2010) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F). Bern: Huber
- Frankl V (1985) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Frankfurt/Main: Fischer
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart / New York: Schattauer
- Kolbe C (2014) Person und Struktur. Existenzanalyse 31, 2, 32–40
- Längle A (2003a) Persönlichkeitsstörungen. Lehrskriptum zur Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2003b) Dritte Grundmotivation. Lernskriptum zur Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179
- Lieb A, Frauenknecht S, Brunnhuber S (2012) Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier
- Möller HJ, Laux G, Deister A (1996) Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates
- Tutsch L (2002a) „Wotan trifft Parsifal“, Zur Phänomenologie und Therapie der narzißtischen Persönlichkeitsstörung. Existenzanalyse 19, 2+3, 25–33
- Tutsch L (2002b) Alles (k)ein Problem. Praxis, Theorie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 59–84

Anschrift des Verfassers:

DR. CHRISTOPH KOLBE
 Borchersstr. 21
 D–30559 Hannover
 c.kolbe@existenzanalyse.com
 www.christophkolbe.de

„ALLES VIEL ZU INTENSIV – AUCH DAS ZU WENIG“

LILO TUTSCH

Der Artikel gibt eine Einstimmung in die zentralen Themen der Borderline Störung, in das Leiden der Betroffenen und ihren seelischen Schmerz wie die Leere, die Identitätsdiffusion, die quälenden Depressionen, die immense Angst vor Beziehungsverlust, die Angst vor Nähe. Auch das spezifische Schutzverhalten, um dieses Leid auszuhalten, wie die Selbstverletzungen, das Spalten, Alkohol, Drogen etc. wird beleuchtet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schmerz, Leere, Identitätsdiffusion, Spalten, Selbstverletzung

„ALL FAR TOO INTENSIVE – EVEN THIS IS TOO LITTLE“

This article renders an attunement into the central themes of borderline disorder, into the suffering of those affected and their inner pain such as emptiness, diffusion of identity, agonizing depression, a tremendous fear of loss of relationship, fear of closeness. Also the specific protective response in order to endure suffering, such as self-injury, splitting, alcohol, drugs etc. will be illuminated.

KEYWORDS: pain, emptiness, identity diffusion, splitting, self-injury

„Es ist ein Messer in dir mit scharfer Schneide, es ist innen in dir gegen dich gerichtet, es tut weh, es ist kein richtiges Messer, es tut nur so weh, dass du rennen möchtest hinauf ins höchste Stockwerk und schnell dich hinunterfallen lassen, damit dieses Sehnen aufhört, du weißt nicht, wonach ...“ (Schwaiger 2006, 37)

„... ein unschilderbarer Schmerz, körperlich und seelisch gemischt, ein Gefühl tiefster Verzweiflung ...“ (Schwaiger 2012, 33) So schreibt die Schriftstellerin Brigitte Schwaiger in ihren autobiografischen Büchern „Fallenlassen“ und „Wenn Gott tot ist“ über ihr Erleben ihrer Borderline-Erkrankung.

Was ist das für ein tiefer **Schmerz**, den Brigitte Schwaiger hier so eindrücklich beschreibt?

Woher kommt er? Vom quälenden Sehnen? Vom wonach Sehnen? Und ist denn überhaupt Schmerz spezifisch für eine Borderline-Persönlichkeit? Ist Schmerz doch etwas, was wir alle kennen, was jeden trifft?

Es ist nicht der Schmerz an sich – es ist die **Intensität des Schmerzes**.

Gespeist aus meist vielen, frühen, oft anhaltenden, sich wiederholenden, „**einschneidenden**“ **Erfahrungen** von Verletzung und Verstörung in der Lebensgeschichte des Betroffenen – nicht selten schon „angelegt“ als Vulnerabilität, im Sinne verdichteter sehr früher und oft schon transgenerationaler Verletzbarkeit. Eine strukturelle Vulnerabilität, die weitere verletzende Erfahrungen „wehrlos“ auffängt.

Verletzlichkeit und tief verletzende, missbräuchliche, ausbeutende, grenzüberschreitende, verwehrlose Erfahrungen finden wir in nahezu allen Biografien von Borderlinepatienten.

„Ich bin, als ich klein war, von meiner Mutter dazu an-

gehalten worden, ihre großen weißen Brüste zu waschen, wenn sie badete und mich in die Wanne hineinnahm. Es war ein unsägliches Glücksgefühl wenn sie *es wieder wollte* und ich mit den kleinen Händen und der Seife über ihren prallen Busen gleiten durfte. Ich geriet in Verzückung. Ob sonst noch etwas war, weiß ich nicht mehr. Sie stürzte sich eines Tages auf meinen kleinen Sohn und vergrub ihren Mund in sein kindliches Geschlecht. Ich stand wie angewurzelt daneben... Ich war hoffnungslos, ich war ohnmächtig, ich war voller Hass, ich wollte diese Frau erschlagen, und ich hätte mich im Recht gefühlt... Sie sah nichts, wenn meine Halbschwester mir das Gesicht rot schlug... sie hörte nichts, wenn ich weinte. Sie war blind beim Übergriff meines Vaters...“ (Schwaiger 2006, 87) Sie pflegte damals zu drohen, sie würde „in den Tod gehen“, sie kündigte an, sie könne jederzeit sterben, da sie an Eisenmangel und Blutarmut leide und zudem eine Nadel im Körper habe, die wandere und eines Tages ins Herz gelangen könne, sie hatte mir, als ich noch ein Kind war, die schrecklichsten Krankheiten, die man bekommen konnte, plastisch eindringlich und sehr genau geschildert, sie erzählte aus ihrer unglücklichen Kindheit, sodass, obwohl ich selbst noch klein war, ein Beschützerinstinkt in mir erwachte: die Mutter beschützen, dieser Impuls lenkte mich, obwohl ich sie bereits hasste... (Schwaiger 2012, 99,100) „Auch des Vaters Strafen bestanden im tagelangen Ignorieren und Schweigen. Ich fühlte mich dann als ein durch und durch schlechter Mensch, der das Brot nicht verdiente, das er aß.“ (Schwaiger 2012, 104)

„Vatermörderin, Muttermörderin, ich könnte beides sein.“ (Schwaiger 2006, 88)

Schmerz aus der Tiefe des inneren Verwundet-Seins stört – und zerstört – die Beziehung zu sich und lässt ein Ich, das diese Beziehung ermöglicht und verletzende

Erfahrungen verarbeiten könnte, nicht wachsen. So entwickelt sich kein kohärentes Erleben, kein Bild von sich und keine Identität, die innere Festigkeit gibt.

Aus diesem So-Sein entsteht ein weiterer quälender Schmerz, der den Schmerz aus der Vergangenheit potenziert: Der **Schmerz ob des Sich-selbst-verlorengegangenen-Seins oder wohl häufiger: ob des Sich-nicht gefunden-Habens.**

Hat Brigitte Schwaiger vielleicht dieses **Sich-Suchen und nicht-Finden** gemeint, wenn sie von ihrem so schmerzhaften Sehnen schreibt? Wenn sie auf etwas wartet und nicht weiß, was es ist, wenn ihr etwas fehlt und sie es nicht findet?

Nicht immer ist der Schmerz so unmittelbar spürbar: Körper und Psyche haben ja die Möglichkeit, die Person vor Unaushaltbarem durch Dissoziation zu schützen. Aber Unverarbeitetes ist wie eine nicht entschärfte Bombe, die jederzeit zünden kann, wenn es entsprechende Erschütterungen, sprich Auslöser im Leben der Betroffenen gibt. Ein Versuch, dies zu verhindern oder zumindest zu lindern, ist die **Spaltung** der Persönlichkeit.

Es ist eine exozentrische Daseinsform, ein mit sich nicht in Beziehung Sein und ohne eine Mitte, die sich widersprechende Aspekte seiner selbst verbinden könnte. Nichts passt zusammen, nichts hält zusammen oder ergibt ein Ganzes, ein erlebtes „Das bin ich“.

Solcherart **„ohne sich zu sein oder anders gesagt ohne Ich zu sein“**, sich nur in wechselnden Aspekten seiner selbst gewahr werdend, ist der Borderliner Affekten und Zuständen, die kommen und gehen oder auch bleiben, ausgeliefert. Unangebunden an sich selbst und ungezügelt durch ein lenkendes Ich treiben sie ihr Unwesen. Emotionen, die ungehalten in einen beziehungslosen Raum hineinstürzen, werden zu mächtigen Affekten. Aufruhr und Ausrasten – oder – wenn Schmerz und Aufruhr verstummen – das Erstarren der Bewegung – die **Leere**.

Was ist das – eine Leere? Ist es ein Zustand, der folgt, wenn man alles gegeben hat, sich ausgeleert hat? Ist es das Gefühl eine leere Hülle zu sein? Ist es so eine weiße Leere, wenn man sie in Farbe beschreiben müsste? Oder ist es eher eine schwarze, stumme, von Emotionen und Bezügen kahlgeschorene Leere, ein tiefes schwarzes Loch, ein dunkles bedrohliches Nichts, wie manche Betroffene beschreiben. Eine Leere, in der sich alles in eine Dunkelheit zurückzieht. Ein Vakuum statt eines beziehungsvollen und belebten Binnenraumes, ein Vakuum, das Druck erzeugt.

Wie aber den **Schmerz**, die **Leere**, diesen inneren **Druck** aushalten? Wie sich so aushalten?

„Der Borderliner fühlt in sich einen seelischen Schmerz, den er durch bewusste Hautverletzungen, etwa mit einem Messerschnitt, übertönen möchte. Sozusagen, damit die Seele nicht so weh tut, damit man das Seelenleid zumindest vorübergehend einmal nicht spürt, schneidet oder brennt man sich selbst und erlebt den äußeren, den körperlichen Schmerz als vorübergehende Erleichterung.“ (Schwaiger 2006, 34) Den Schmerz mit Schmerz übertönen.

Selbstverletzende Handlungen entlasten aber auch von der Not der Leeregefühle und der Gefühlstaubheit. Das Fließen des eigenen Blutes gibt Gewissheit, noch zu leben. „Schon als Kind hatte ich zwei Radunfälle selbst verursacht, mich als junges Mädchen in die Hand geschnitten und mich durch Aufdrücken einer glühenden Zigarette selbst verbrannt... dazu der Impuls, mich in den Oberschenkel zu ritzen und mein eigenes Blut fließen zu sehen.“ (Schwaiger 2012, 89)

Günter Brus, einer der Begründer der Body Art – einer performativen Kunst, in der er sich in seinen Körperanalysen in den 1960iger Jahren zum Teil lebensgefährliche Verletzungen mit Rasierklingen zufügte, zeigt noch einen anderen Aspekt der Selbstverletzung auf, wenn er sagt: „In der Selbstverletzung habe ich meine **Grenzen** gefunden.“ (Christoph & Grissemann 2006) Und er spricht von „Erholung und Freude“, die er dabei empfand.

Selbstverletzungen haben – leider – Multifunktionalität: sie helfen sich lebendig zu fühlen, den inneren Druck und die Spannungen zu entlasten, den Schmerz mit Schmerz zu übertönen und den Selbsthass in äußere Handlungen zu projizieren. Sie sind ein versuchter Aderlass gegen ein unerträgliches Weh und gegen ein dunkles Nichts. Ein der Pathologie inhärenter Versuch der Selbstfindung und vielleicht auch ein Versuch, den tiefen Schmerz an die Oberfläche zu ziehen, ihn „herauszuschneiden“ aus sich?

Auch **Alkohol, Drogen, Sex, etc.** werden benutzt, um Schmerz zu betäuben, Leere zu ertragen und sich vielleicht ein wenig lebendiger zu spüren.

Selbstverletzung geschieht nicht nur am Körper, sondern auch psychisch im selbstverletzenden, selbstvernichtenden Bezug zu sich: im **sich Hassen und Abwerten**.

Gespaltene innere Vorstellungen von sich gestalten ein Selbsterleben und Selbstbewerten in Extremen, in dem zumeist das Negative dominiert:

„Niemand verachtet mich so wie ich mich selbst, weil ich verachtenswert bin. Ich weiß das... Ich bin nicht großzügig zu mir selbst, auch nicht geduldig zu mir selbst,

ich neige zu Drogen. Gern betäube ich mich. Und habe mein halbes, nun schon fast ganzes Leben mit Betäuben verbracht. Ich probiere das Verhungern, obwohl ich im Eiskasten etwas zu essen habe. Wenn ich es esse, werde ich mich so verachten, wie wenn ich wieder zu rauchen anfinde. Mir ist beinahe jeder Grund recht, Verachtung für mich zu empfinden.“ (Schwaiger 2006, 82)

„Wurde ich von jemand freundlich angesprochen, dann dachte ich: Wenn sie wüssten! Ich verdiene ihre Freundlichkeit nicht, ich bin ein Versager. Weder tot noch lebend. Ich schiebe meine Gestalt nur herum zwischen denen, die wirklich leben. Leben zu können erschien mir plötzlich als Leistung, und ich also der Mensch, der nichts leistet.“ (Schwaiger 2006, 107)

Eher selten schlägt diese selbstverachtende Beziehung zu sich ins Positive, in kurze Höhenflüge um, die meist aber nur von einem durch das Außen produzierten kurzfristig erleichternden Zustand und nicht von Selbstachtung getragen sind.

Diese Innerlichkeit, die den Borderliner nicht zur Ruhe kommen lässt, das Leiden am Verlust seiner Mitte, die **Identitätsdiffusion**, die ihn antreibt, durchs Leben jagt oder im Gegenteil ein Verhaftet-Sein in der Leere und Sinnlosigkeit bewirkt – diese Innerlichkeit stülpt sich – bildlich gesprochen – nach Außen und prägt das Beziehungsgeschehen zu Anderen, zu umgebenden Systemen, besonders aber zu Partnern, was immer wieder zu ineinander verflochtenen, verkeilten aber nicht begegnenden Beziehungen führt.

Auch hier – in den **Außenbeziehungen** des Borderliners – dominiert die Intensität. Eine Intensität, die für den Anderen einerseits **Faszinosum**, andererseits **Horrortrip** ist und in dem sich nicht selten der Partner – oder auch der Therapeut – wie in einem Würgegriff gefangen erlebt.

Und der Borderliner selbst? Zunächst wähnt er sich in Beziehungen am Ziel seines Sehns – mit einem Menschen ganz nah und vereint zu sein – ihn ganz zu besitzen, zu besetzen, **in ihm sich zu finden**. Der eine Andere ist Mittelpunkt seines Lebens, er substituiert die fehlende Mitte und contained seine unerträglichen Gefühle. Alles andere drumherum verliert an Bedeutung. In der Beziehung zu einem anderen spürt er sich, findet er „seine“ Gefühle, erträgt er seine Gefühle. Doch diese Nähe ist – natürlich – störrisch und das immense Bedürfnis „ganz zu sein“ findet keine Befriedigung geschweige denn Erfüllung.

Immer begleitet die Sehnsucht nach intensiver Nähe eine **immense Angst, verlassen zu werden**. Denn der Andere ist ja auch ein Eigener, unterschiedlich und mit Grenzen. Die Rechnung geht somit nicht auf, aktiviert doch sowohl Nähe als auch Differenz die tiefe Angst vor Beziehungs-

verlust. Den anderen verlieren heißt auch, sich selbst zu verlieren. Dann schon lieber zerstören. Die Beziehungsbande werden zu Fesseln, die Eifersucht krankhaft, das Gegenüber überfordert und der Himmel auf Erden zur krisengeschüttelten Beziehungshölle.

Ambivalent-ambivalent, gespalten-spaltend, ausgebeutet-ausbeutend, klammernd-wegstoßend, okkupierend-sich verschließend, verzweifelt-euphorisch, beschämend und sich schämend, beschuldigend und voller Schuldgefühle. Abhängig, angepasst und terroristisch. Ich liebe dich, ich hasse dich, verlass mich nicht, sonst lebe ich nicht.

Aus diesem Bedürfnis nach intensiver Nähe und der gleichzeitigen Angst davor wird auch die **promiskuitive Neigung** des Borderliners verständlich – Verzweiflungstaten der inneren Not und Einsamkeit: ein wenig sich spüren – damit die Leere ihn nicht auslicht und die Sehnsucht ihn nicht verzehrt.

Borderline-Beziehungen sind anstrengend und herausfordernd, aber auch spannend und aufregend.

Natürlich gibt es auch bei Borderlinern eine breite **Variabilität in der Stärke der Ausprägung ihrer Symptomatik** – ist jedoch die Pathologie groß und die Kraft der Kompensation gering, dann führt es ihn weiter aus der Welt, die er mit Anderen teilt, und auch immer weiter von sich weg in die **Einsamkeit**. In diesem „an der Grenze seiner selbst und der Gemeinschaft leben“ gesellen sich dann fallweise irrealer „Gefährten“ zum Betroffenen, wie z.B. **innere Stimmen**:

„Eine Stimme überfällt einen... Man ist nicht gefasst, man schläft, man erwacht, plötzlich hört man eine Stimme... Man kann eine Stimme ganz innen im Kopf wahrnehmen... Man kann sie im Hals haben, auch im Halbschlaf, da zum Beispiel will etwas heraus zwischen den Stimmbändern, ... Da sitzt jemand in mir oder mehrere, die haben sich eingeschlichen.“ (Schwaiger 2006, 26)

„Das erste Mal bin ich erschrocken... Wer hat Einblick in meine Gedanken, Zugang zu meinem Kopf, dachte ich. Wann kommt die Stimme wieder? ... Ich fühlte mich durchschaut, verfolgt, belästigt, ich wusste nicht, wann sich die Stimme wieder melden würde. Und was sie noch alles zu mir sagen würde. Sodass ich von jetzt an wusste: Ich bin nicht allein. Aber ich meinte: Ich bin nicht mehr allein im guten Sinn, es gibt jemanden, der verschafft sich Zugang zu meinem Inneren...“ (Schwaiger 2006, 25)

Aus der inneren Bedrohung, der diffusen Selbstwahrnehmung, dem dominierend negativen Selbsterleben, aber

auch durch den Rückzug aus der Alltagswelt etablieren sich auch leicht **paranoide Sichtweisen und Gedanken**.

Die Welt, mit der der Borderliner nicht mehr in Beziehung ist, wird bedrohlich und undurchschaubar und verleitet zu Projektionen und Fehlinterpretationen. Die **Angst** findet mehr und mehr Terrain, sich auszubreiten:

„Ich habe auch schon immer Angst gehabt, einem Amokläufer zu begegnen. Oder dass jemand sich von hoch oben aus einem Fenster stürzt und auf mich drauffällt... Ich habe auch Angst vor einem Brand, und dass man dann nicht hinauskommt und einander gegenseitig zertritt. Eigentlich bin ich am liebsten daheim, obwohl ich weiß, jederzeit kann die Tür eingetreten werden, und verkleidete Polizisten, einen terroristischen Überfall vortäuschend, machen mir den Garaus.“ (Schwaiger 2006, 111)

Vergangenes und Gegenwärtiges verdichten sich häufig in **Albträumen**. **Magisches Denken** hilft ein wenig, sich irgendwo in dieser Zerrissenheit und Widersprüchlichkeit zu verorten.

Depressionen, die alles in ein Grau und Schwarz tauchen, suizidale Gedanken und Handlungen sind bekannte Begleiter der an Borderline Erkrankten:

Die **Suizidalität**, die **Sinnlosigkeit** und der verzweifelte Versuch im Außen „von Anderen“ zu bekommen, was man so sehr ersehnt, das Sehnen nach Beziehung, Geborgenheit und Lebendigkeit, das sich immer wieder aufbaut im unbestimmten Sehnen nach „etwas – ich weiß nicht was“, läuft Gefahr durch immerwährende Frustration zu einem Sehnen nach Erlösung im Nichtsein hinzuwachsen.

Brigitte Schwaiger schreibt zu dieser ihrer Entwicklung: „Im Jänner 1972, ich war zweiundzwanzig Jahre alt, ging mir die Überzeugung, dass man lebt, weil man lebt, verloren. Ich stellte mir ein Nicht-mehr-Leben vor, ein Sein oder Nichtsein ohne schmerzende Gedanken.“ (Schwaiger 2006, 74)

Und zu einem späteren Zeitpunkt: „Es ist jetzt immer öfter in meinem täglichen Tag, dass ich den kürzeren Weg wählen möchte, und das wäre, mich aus einem hohen Fenster zu stürzen. Der längere Weg ist zu schreiben.“ (Schwaiger 2006, 38)

... und nach mehreren Selbstmordversuchen:

„Nie wieder Selbstmordversuch, hatte ich mir nach dem zweiten geschworen, und wenn, dann auf Nummer sicher. Nie wieder zu wenig Tabletten einnehmen und nach einigen Tagen erwachen. Das ist jetzt der dritte gewesen, ich nenne es nicht Versuch, ich nenne es Suizid, denn die Absicht zählt. Ich wollte tot sein.“ (Schwaiger 2006, 71)

Sogenannte Suiziddrohungen werden von anderen Menschen oft als Druckmittel empfunden, de facto sind es

wohl Hilfeschreie aus der Verzweiflung über den immer wieder scheiternden Versuch, Unerträgliches erträglich zu machen. Eben auch in einer Heftigkeit geäußert, die der inneren Dynamik des Borderliners entspricht.

Alles viel zu intensiv – auch das Zuwenig. **Was hilft?** Geduld mit sich – einen langen Atem für die Veränderung haben. Wahrnehmen und annehmen, was ist, bemerken, wie man „tickt“, Erforschung der Beziehungsdynamik, um eine bessere Integration im zwischen- und mitmenschlichen Bereich zu gewinnen, Stärkung personaler Fähigkeiten, um im Dialog mit sich selbst Verletztes überhaupt verarbeiten zu können. Harte Arbeit auf der funktionalen und auf der Beziehungsebene, um die Intensität des inneren Aufruhrs und dessen impulsive Entleerung zu beruhigen. Nachholen und Heilen vom Viel-zu-wenig-gesehen-und-genährt-Sein. Marina Abramovic, in ihrer frühen Schaffensperiode Performancekünstlerin in extrem riskanten Grenzbereichen ihres Körpers, saß beispielsweise 90 Tage – sieben Stunden pro Tag, sechs Tage in der Woche ohne aufzustehen – im Atrium des New Yorker Museum of Modern Art (Abramovic 2010) und tat nichts anderes, als ihren Blick zu heben und die Besucher, die sich ihr gegenüber setzten, anzuschauen. Sie sah und wurde gesehen. Innehalten und Aushalten der aufkommenden Gefühle von Schmerz, Einsamkeit und Leere und damit intensivste Begegnungserfahrung mit sich und anderen oder wie Hanno Rautenberg über Marina Abramovic schreibt: „Vom Brüllen zum Schweigen, vom Wüten zur Sanftmut, von der Selbstverletzung zur Selbstheilungskünstlerin – ein langer Weg. Marina Abramovic ist diese Verwandlung für ihr eigenes Leben geglückt.“ (Rautenberg 2014, 36) Auch hier bleibt die Intensität. Daher: Wichtig – meines Erachtens besonders wichtig, das Finden eines Raumes, in dem sich diese Intensität ausdrücken kann, vielleicht das Finden „seiner Leidenschaft“, in der die Intensität in ein Werterleben einmünden, sich die Psychodynamik hineingießen kann und damit der wilde Fluss der Intensität ein Bachbett findet.

Denn, dass Dynamik nicht nur kontrolliert werden kann, sondern sich auch ausdrücken will, vermitteln uns besonders Künstlerinnen wie z.B. Hélène Grimaud – die in ihrem autobiografischen Werk „Wolfssonate“ von ihren selbstschädigenden Handlungen und massiven inneren Spannungen berichtet (Grimaud 2006) und über die Claus Spahn in einem Artikel in der Zeit schreibt: „Wenn Hélène Grimaud Schnelles spielt, wirkt das eher wie eine Fahrt auf einem Karussell, das sich rasant dreht und nicht mehr angehalten werden kann. In den Rausch mischt sich ein Schwindelgefühl. Man spürt als Hörer neben der Lust auch das Bedrohliche... pochende Rastlosigkeit

durchzieht ihre Interpretationen ... Ein Empfindungsüberschuss, der nur mühsam in Zaum gehalten ist. ... Überschwang und Selbstkontrolle stehen bei Hélène Grimaud in einer kippeligen Balance, in ihrem Klavierspiel wie im Leben.“ (Spahn 2005)

H el en Grimaud gelang es, in ihrer Begabung und Leidenschaft zur Musik – und in ihrer N ahе zu und Verbundenheit mit ihren Wölfen – ihre Intensität zu kanalisieren.

„Die Musik hat mich gerettet.“ (Spahn 2005) „Die Musik heilte meine Probleme nicht, aber sie half mir, sie besser zu kontrollieren. Das Klavier wurde zu meinem Fluchtweg, zu einem Ausweg ... als würde eine Tür in der Wand aufgehen und ins Freie stürzen... einer Offenbarung entgegen.“ (Schl ur 2013)

Literatur

- Abramovic M (2010) The Artist is Present. New York: Performance MoMA
 Christoph H, Grissemann St (2006) Kein Wunder wenn man irgendwann durchdreht. Profil 19/06, 136
 Grimaud H (2006) Wolfssonate. München: Blauvalet Verlag
 Rautenberg H (2014) Vom Brüllen zum Schweigen. Die Zeit 36
 Schl ur P (2013) Erfüllung des Augenblicks. Interview mit Hélène Grimaud. Klassik heute 2013
 Schwaiger B (2006) Fallen lassen. Wien: Czernin Verlags GmbH
 Schwaiger B (2012) Wenn Gott tot ist. Wien: Czernin Verlags GmbH
 Spahn C (2005) Ein Leben in fis-moll. Die Zeit 10

Anschrift der Verfasserin:

DR. LILO TUTSCH
Klostergasse 19/12
A–1180 Wien
lilo.tutsch@existenzanalyse.org

MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK UND ÄTIOPATHOGENETISCHE ASPEKTE DER BORDERLINE- PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG IN ABGRENZUNG ZU TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN

KARIN MATUSZAK-LUSS

Im nachfolgenden Artikel werden diagnostische Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zu den Traumafolgestörungen nach DSM-5, ICD-10, dem Entwurf von ICD-11 und existenzanalytischen Gesichtspunkten erläutert. Ebenso werden ätiopathogenetische Überlegungen zu beiden Störungsbildern dargelegt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Diagnose, DSM-5, ICD-10, Entwurf von ICD-11, Existenzanalyse, Ätiopathogenese

MULTIDIMENSIONAL DIAGNOSTICS AND ETIOPATHOGENIC ASPECTS OF THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND THE DIFFERENTIATION TO POST TRAUMATIC STRESS DISORDERS

The following article outlines diagnostic aspects of Borderline Personality Disorder and Post Traumatic Stress Disorders considering the concepts of DSM-5, ICD-10, layout of ICD-11 and existential analytical points of view. Thereafter aetiopathogenic ideas concerning both disorders will be illustrated.

KEYWORDS: diagnosis, DSM-5, ICD-10, layout of ICD-11, Existential Analysis, aetiopathogenic aspects

1) Diagnose nach DSM und ICD, Existenzanalyse

1a) Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM und ICD und Existenzanalyse

Die heutige Fachliteratur lässt einen Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen erkennen, der jedoch in der derzeitigen Klassifikation von DSM-5 nur bedingt zu Buche schlägt und in der ICD-10-Klassifikation, die 1993 publiziert wurde, keine Berücksichtigung finden konnte. Laut Haslam (2012) ist die kategoriale Unterscheidung zwischen Personen mit oder ohne Persönlichkeitsstörung nicht mehr haltbar. Es zeichnet sich ab, dass Persönlichkeitsmerkmale kontinuierlich verteilt sind und fließende Übergänge zu den pathologischen Ausprägungen vorhanden sind. Auf allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen aufbauend wird ein Schweregradmaß festgesetzt, was für die Prognose und Behandlungsplanung von eminenter Bedeutung ist. Die Forderung nach radikalen Änderungen im Diagnoseprozess fand in DSM-5 keinen Niederschlag. Man konnte sich jedoch darauf einigen, dass man im Anhang ein neu entwickeltes Modell publizierte, damit weitere Forschungsergebnisse abgewartet werden können.

Die Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 decken sich mit jenen von DSM-IV.

Was die gängigen Diagnosekriterien nach DSM-IV und

ICD-10 betrifft, wird auf die einschlägige Literatur verwiesen. In der Folge wird der Schwerpunkt der Ausführungen auf das Entwicklungsmodell in DSM-5 und dem Entwurf von ICD-11 gelegt.

Das Grundgerüst für die neuen Modelle legte Pincus (2005), indem er für die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen forderte, dass:

1. festzustellen ist, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und wenn ja, in welchem Schweregrad und
2. festzuhalten ist, welche individuellen Unterschiede im Erscheinungsbild der Persönlichkeitsstörung vorhanden sind.

Diesen Forderungen folgt das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in **DSM-5**, wo im **Kriterium A** der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine mittelgradige Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit bei einer Unterscheidung von fünf verschiedenen Funktionsniveaus als Diagnosekriterium festgeschrieben wird. Der Schweregrad der Persönlichkeitsproblematik wird mittels einer Level of Personality Functioning Scale (LPFS) operationalisiert. Vier Fähigkeitsbereiche werden dabei unterschieden: Identität und Selbststeuerung (hier geht es um das eigene Selbst) sowie Empathie und Nähe (hier geht es um den Umgang mit anderen Menschen). Dem **Kriterium B** folgend müssen mindestens vier der genannten sieben problematischen Persönlichkeitsmerkmale vorhanden sein. Mindestens eines davon muss Impulsivität, Neigung zu riskantem Verhalten oder Feindseligkeit sein.

Alternatives DSM-5-Modell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

1. **Kriterium A:** Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordert eine mittelgradige Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit bei 5 verschiedenen Funktionsniveaus (4 Fähigkeitsbereiche werden dafür unterschieden: Identität und Selbststeuerung; Empathie und Nähe)
2. **Kriterium B: Mindestens vier** der folgenden **sieben problematischen Persönlichkeitsmerkmale müssen vorhanden** sein, mindestens **eines davon ist (5) Impulsivität, (6) Neigung zu riskantem Verhalten oder (7) Feindseligkeit:**
 Emotionale Labilität,
 Ängstlichkeit,
 Trennung Angst,
 Depressivität,
Impulsivität,
Neigung zu riskantem Verhalten,
Feindseligkeit.
3. **Kriterium C und D:** Situative Starrheit und zeitliche Stabilität
4. **Kriterium E bis G:** Differenzialdiagnose
5. **Zusatzkodierung:** z.B. Psychotizismus

DSM-5 (2015)

Abb. 1: Alternatives DSM-5 Modell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mithilfe der **Zusatzcodierung** können weitere Kennzeichen abgebildet werden, die bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vorhanden sein können. Für die Diagnose jedoch nicht erforderlich ist beispielsweise die Domäne Psychotizismus (beschreibt die Facette Denk- und Wahrnehmungsstörungen).

Die Persönlichkeitsdomänen folgen dem „Big Five“-Modell (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit), das in der persönlichkeitspsychologischen Grundlagenforschung gut etabliert ist (John et al. 2008).

Kriterium C und D beziehen sich auf situative Starrheit und zeitliche Stabilität der Verhaltensmuster.

Kriterien E bis G zeigen verschiedene Alternativerklärungen auf: Symptome sind beispielsweise durch eine andere psychische Störung, durch die Wirkung einer Substanz, eine andere Erkrankung oder einen anderen soziokulturellen Einfluss besser erklärbar (DSM-5, 1048).

ICD-10 nennt die Borderline-Persönlichkeitsstörung Emotional instabile Persönlichkeitsstörung und unterscheidet

- F 60.30 impulsiver Typus: emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle, Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten.
- und F 60.31 Borderline Typus Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, oft sind das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ [ein-

schließlich sexueller] unklar und gestört; chronisches Gefühl von Leere; unbeständige Beziehungen; emotionale Krisen mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (ICD 10, 1993).

Der Entwurf für das ICD-11 sieht – wie der Entwicklungsprozess des alternativen DSM-5-Modells – vor, dass primär festgestellt werden muss, ob überhaupt eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und wenn ja, in welchem Schweregrad. In einem weiteren Schritt kann im Diagnoseprozess die spezifische Art der Persönlichkeitsstörung festgelegt werden, wobei dieser Schritt im Unterschied zu DSM-5 optional ist.

Der Schweregrad der Persönlichkeitsproblematik orientiert sich an:

- der Durchgängigkeit des Fähigkeitsdefizits in interpersonellen Beziehungen und anderen Lebensbereichen,
- der Stärke des Leidensdrucks, der Schädigung und Gefährdung der Person selbst oder anderer Personen und
- der Breite des Spektrums an maladaptiven Verhaltensweisen.

Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung muss der Schweregrad 2 bei einer vierstufigen Skalierung vorliegen. Die Feststellung der Art der Persönlichkeitsstörung ist in ICD-11 optional und wird mit fünf Persönlichkeitsdomänen festgelegt, wo die emotional-instabile Domäne neben der ungesellig-schizoiden, ängstlich-abhängigen, dissozialen und zwanghaft-anankastischen Domäne beschrieben wird.

Für die klinische Arbeit bedeutet die Diagnostik mittels der beschriebenen Module eine dimensionale Einschätzung von Strukturniveau und Persönlichkeitseigenschaften, was die wenig informativen Diagnosen von „gemischter“ oder „nicht näher bezeichneter“ Persönlichkeitsstörung erübrigt. Ebenso wird damit der hohen Prävalenz von „subklinischen“ Persönlichkeitsproblemen Rechnung getragen, die Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen aufgezeigt und damit u.a. dem Stigma der Persönlichkeitsstörungsdiagnose entgegen gewirkt.

Allgemeine Bemerkungen zum Diagnoseprozess

Mehr als bei der Diagnostik anderer psychischer Störungen muss die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung als Prozess gesehen werden, für den eine einzige Interviewsituation nicht ausreichend ist. Des Weiteren sollte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erst dann vergeben werden, wenn die akute Symptomatik einer anderen psychischen Störung abgeklungen ist.

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte nur dann gestellt werden, wenn

- die betreffende Person selber unter der Persönlichkeit leidet
- und/oder sie das Risiko oder Exazerbation einer psychischen Störung beinhalten oder eindeutig mit dieser in Zusammenhang stehen
- und/oder das psychosoziale Funktionsniveau der Person aufgrund ihrer Persönlichkeitseigenarten so erheblich eingeschränkt ist, dass existenzielle Verpflichtungen nicht mehr erfüllt werden (Bergmann-Warnecke & Lutz 2014).

Strukturelle Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Existenzanalyse

Das zentrale Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Existenzanalyse ist das instabile beziehungslose, nicht integrierte Selbstbild (3. Grundmotivation¹). Die Betroffenen haben keinen Bezug zu sich und zeigen daher auch instabile Beziehungsmuster zu anderen (2. GM). Damit sind bedeutende Defizite im Bereich der 2. und 3. personalen Grundmotivation skizziert.

Bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen findet man kein oder ein sehr brüchiges Urvertrauen. Die Wahrnehmung in Beziehungen ist gestört. Sie können nicht annehmen, was ist. Diese Defizite verweisen auf den Hauptstörungsbereich, der auf dem Niveau der 1. GM zu finden ist.

Persönlichkeitsstörungen vom Borderline Typus haben keinen Bezug zu sich aufgrund von frühen Spaltungsprägungen in den primären Beziehungserfahrungen. Dieses Grundspaltungserleben führt zu einer brüchigen Beziehung zu sich selbst und damit zu einer Spaltung zwischen eigenem Gespür, der eigenen Wahrnehmung und zum Gesagten und Erlebten (1. GM, 2. GM und 3. GM). Es besteht kein oder ein mangelnder Körper- und Gefühlsbezug. Das Selbstbild ist brüchig.

Entscheidungen werden nicht aufgrund des eigenen Spürens getroffen (2. GM, 3. GM), sondern orientieren sich am Außen. In dieser Außenorientierung geschieht eine Verstrickung mit dem anderen, wo Symbiosesehnsüchte der Patienten kurzfristig gestillt werden können. Die

Strukturell-existenzanalytische Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung				
	1.GM	2.GM	3.GM	4.GM
Instabiles Selbstbild			X	
Instabile Beziehungen		X		
Kein Urvertrauen	X			
Gespaltenes Grunderleben	X	X	X	
Mangelnd-integrierte Emotionalität		X		
Stark schwankende Gefühlszustände		X	X	
Intensität der Gefühlsexpression und Handlungen		X		
Geringe Stresstoleranz		X	X	
Ständiges Bedrohungserlebnis	X		X	
Leergefühl		X	X	X
Sinnerleben paraexistenziell				X

Abb. 2: Strukturell-existenzanalytische Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

¹ In der Folge wird Grundmotivation mit GM bezeichnet.

betreffenden Personen vermeinen, sich in diesen von außen geprägten „Pseudoentscheidungen“ zu finden. Dieses Gleichgewicht kann jedoch schnell gestört werden, wodurch die Selbstfindung aufs Neue beginnen muss.

Bei Borderline-Patienten ist eine unzureichend integrierte Emotionalität festzustellen, die betroffenen Patienten leben im Eindruck und im Affekt (2. GM). Das intensive psychische Schmerzerleben der Borderline-Patienten fußt im Beziehungsverlust zu sich und zu anderen. Dadurch kann es zu stark schwankenden Gefühlszuständen kommen, die ein Wechselbad zwischen Zärtlichkeit und Sentimentalität sowie Aggressionen, Wut und Impulsivität erkennen lassen (2. GM und 3. GM). Die Intensität der Gefühlsexpression und der Handlungen (2. GM) wurzelt in der Gefühllosigkeit. Bedrohung durch das „Negative“ (wenn das Gegenüber nicht mehr den Wunschvorstellungen des Patienten entspricht), das die Betroffenen aus dem fragilen inneren Gleichgewicht hebt, muss durch die Impulsivität abgewehrt werden.

Die geringe Stresstoleranz ist ebenfalls ein Ausdruck der Beziehungslosigkeit zu sich und des damit leicht erschütterbaren emotionalen Gleichgewichts. Des Weiteren ist darin die mangelnde Abgrenzung gegenüber der Welt erlebbar (2. GM und 3. GM). Es herrscht ein ständiges Bedrohungserleben mit der Charakteristik der Unausweichlichkeit und Massivität (1. GM, 3. GM).

Borderline-Patienten weisen ein Leeregefühl auf, da der Bezug zur Innenwelt und Außenwelt brüchig ist (2. GM, 3. GM, 4. GM).

Der Sinnzusammenhang wird paraexistenziell erlebt (4. GM).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihrem „Phänotypus“ primär

in der 3. personalen Grundmotivation imponiert. Abhängig vom Ausmaß der Beziehungs- und Bindungsstörung – im Sinne von Frühstörung, Länge und Intensität der Entwicklungsirritationen – können sich die Erschütterungen auf der 1. personalen Grundmotivation auch vermehrt in der Symptompräsentation zeigen. Die Expression der Störungen in den Dimensionen der 2., 3. und 4. personalen Grundmotivation kann davon mitbeeinflusst werden.

Je später die Beziehungs- und Bindungsstörungen passieren, je mehr Ressourcen ein Mensch in sich birgt und je mehr Resilienzfaktoren zugrunde liegen, desto mehr verschiebt sich die Symptommanifestation auf die Ebene der 2. und 3. personalen Grundmotivation.

1b) Diagnose der Traumafolgestörungen nach DSM-5 und ICD-10

Wöller (2013) betont, dass die in den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV vollzogene kategoriale Trennung zwischen PTBS (Posttraumatischer Belastungsstörung) und dissoziativen Störungen nach heutigen Erkenntnissen nicht mehr haltbar ist, da Dissoziationen Teil der Antwort auf das traumatische Geschehen sind. DSM-5 berücksichtigt die Dissoziationen als posttraumatisches Symptom. Letztere werden bei der posttraumatischen Belastungsstörung im Punkt B angeführt.

Die Auflistung der zu den nach DSM-5 und ICD-10 gezählten Trauma- und belastungsbezogenen Störungen zeigt Abbildung 3.

Die posttraumatischen Belastungsstörungen in DSM-5 und DSM-IV decken sich in der Definition der Kriterien teilweise. In bestimmten Bereichen kommt es zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und unterschiedlichen

Traumafolgestörung nach DSM-5 und ICD-10	
<p>Traumafolgestörungen nach DSM-5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaktive Bindungsstörung F 94.1 • Beziehungsstörung mit Enthemmung F 94.2 • Akute Belastungsstörung F 43.0 • Posttraumatische Belastungsstörung F 43.10 • Anpassungsstörungen F 43.20 bis F 43.25 • Andere näher bezeichnete Trauma- und belastungsbezogene Störungen F 43.8 • Nicht näher bezogene Trauma- und Belastungsstörungen F 43.9 	<p>Trauma- und belastungsbezogene Störungen nach ICD-10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaktive Bindungsstörung F 94.1 • Bindungsstörung mit Enthemmung F 94.2 • Akute Belastungsstörung F 73.0 • Posttraumatische Belastungsstörung F 43.1 • Anpassungsstörungen F 43.2 • Dissoziative Störungen F 44 • Andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung F 62.0

Abb. 3: Traumafolgestörungen nach DSM-5 und ICD 10

Clusterbildungen. Die entscheidende Neuerung ist, dass die Dissoziationen als posttraumatisches Symptom angeführt werden.

Komplexe Traumafolgestörung

Die Ursachen der komplexen Traumafolgestörungen (andauernde Entwertungen und Überforderungen; Situationen des Alleinseins und der fehlenden Geborgenheit; emotionale Vernachlässigung; inkonsistentes oder vernachlässigendes elterliches Verhalten; frühe Verluste wichtiger Bezugspersonen) im Sinne von Bindungs- und Beziehungstraumatisierung sind in den derzeit geltenden Klassifikationsschemata DSM-5 und ICD-10 nicht berücksichtigt.

Dadurch ist man gezwungen, die zugehörigen Einzelsymptome als komorbide Störungsbilder zu codieren. Diese sind:

- depressive Symptome
- emotionale Instabilität
- dissoziative Störungen
- Somatisierungsstörungen
- funktionelle Sexualstörungen
- körperliche Erkrankungen
- Angsterkrankungen
- Essstörungen
- Substanzmissbrauch.

Diese Komorbiditäten sind auch bei den Persönlichkeitsstörungen in hohem Ausmaß zu finden. Dieses Faktum

ist leicht durch die hohe Prävalenzrate von psychischen Traumata bei Persönlichkeitsstörungen zu erklären.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPT-BS) wird als eigenständige Diagnose in den Entwurf von ICD-11 aufgenommen. Sie wird als Folge von sich wiederholenden oder lang andauernden traumatischen Ereignissen gesehen und zeigt neben den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen.

Die charakteristischen traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen sind: Veränderung des Selbsterlebens mit geringem Selbstwert, Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen, Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, verändertes Selbst- und Weltverständnis mit Neigung zur Überschätzung der Gefahren der Welt. Erhöhte Tendenz zur Reviktimsierung im späteren Leben, Neigung zur Weitergabe der Traumatisierung an die nächste Generation.

ICD-10 beschreibt unter F62.0 andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung (Folter, Konzentrationslager, andauernde Lebensbedrohung – Geiselschaft, Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr), aber keine traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen durch Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen wie bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ausgeführt.

Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5, F43.10

- Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzung oder sexuelle Gewalt.
- Ein oder mehrere Symptome: Des Wiedererlebens des Traumas (Intrusionen); wiederkehrende und belastende Träume; dissoziative Reaktionen (Flashbacks), intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren und äußeren Hinweisreizen; deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren und äußeren Hinweisreizen.
- Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit den traumatischen Ereignissen verbunden sind.
- Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem und den traumatischen Ereignissen.
- Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen.
- Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat.
- Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
- **Es kann weiters bestimmt werden, ob dissoziative Symptome vorhanden sind** und ob die PTBS mit verzögertem Beginn (erst nach mindestens 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis) auftritt.

Abb. 4: Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5, F 43.10

Ressourcendiagnostik

Im Rahmen der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen und der Traumafolgestörungen sollten auch die Ressourcen der Betroffenen festgehalten werden, um damit einen sicheren Boden für eine Traumadiagnostik und -behandlung zu schaffen. Die Erhebung der Ressourcen betrifft das Meistern von schwierigen Situationen in der Vergangenheit und Gegenwart. Die Exploration von Ressourcen darf bei den Patienten nicht den Eindruck entstehen lassen, dass die Traumatisierungen vom Diagnostiker bagatellisiert werden.

Die Traumadiagnostik sollte erst nach der Ressourcendiagnostik, dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und ausreichender Emotionskontrolle bei den Patienten erfolgen.

Das Festhalten der subjektiven Gewichtung der Ressourcen und Belastungen aus der Sicht der Patienten kann bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein (zum Beispiel durch subjektive Skalierungen), welche Bilder und Szenen zuerst bearbeitet werden sollen und welche Ressourcen wann besonders hilfreich sind.

2) Prävalenz, Langzeitverlauf, Komorbiditäten der Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen

2a) Prävalenz der Persönlichkeitsstörung

Die Prävalenz von einer bis mehreren Persönlichkeitsstörungen in der durchschnittlichen allgemeinen Erwachsenenpopulation wird – mit leichten Abweichungen in den unterschiedlichen Studien – mit 5–13 % angegeben (Wöller 2013).

Persönlichkeitsstörungen zeigen im Laufe eines Lebens eine hohe Stabilität ihrer Symptomatik, die geringste Stabilität zeigen Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B, wozu auch die Borderline-Persönlichkeitsstörungen gezählt werden. **Borderline-Persönlichkeitsstörungen** zeigen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren eine erhöhte Mortalität gegenüber der Durchschnittsbevölkerung auf. Danach kommt es zu einer dynamischen Beruhigung – die Impulsivität nimmt ab, der Substanzmissbrauch ist nicht mehr so exzessiv und die sozialen Auffälligkeiten nehmen ab. Affektive Instabilität und unangemessene, intensive Wut zeigten eine höhere Stabilität über die Jahre.

Zanarini et al. (2003, 2007) fanden bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach einer Dauer von 6–10 Jahren

in der Mehrzahl eine Teilremission auf. Die impulsive Symptomatik, einschließlich selbstverletzendes Verhalten, nahm häufig ab. Eine hohe Komorbidität mit anderen Achse-I-Störungen war mit einer ungünstigen Prognose verbunden.

Die funktionellen Einschränkungen bei Persönlichkeitsstörungen zeigten eine deutlich höhere Stabilität als Einzelsymptome.

Psychosoziale Faktoren können einen günstigen Einfluss auf Persönlichkeitsstörungen nehmen.

Es ist noch unklar, ob (nicht-organisch bedingte) Persönlichkeitsstörungen erstmalig im Alter auftreten können. Es gibt Überlegungen, dass Verlusterlebnisse und ausgehende Trauerreaktionen die Copingfähigkeiten der betreffenden Personen übersteigen, wodurch möglicherweise eine Disposition im höheren Alter erstmalig symptomatisch auftreten könnte (Zetsche 2015).

2b) Prävalenz der Traumatisierung

In einer 2010 durchgeführten repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung berichteten 12% der Befragten über körperliche, 12,5% über sexuelle und 14,9% über emotionale Missbrauchserfahrungen. Ähnliche Ergebnisse waren auch in anderen Studien zu finden (Wöller 2013; Kapfhammer 2008).

Verschiedene Studien zeigen, dass verschiedene Misshandlungsformen häufig gleichzeitig vorkommen.

Prävalenzschätzungen müssen berücksichtigen, dass traumatische Erlebnisse der Amnesie unterliegen oder aus Scham und Angst vor Sanktionen bewusst verschwiegen werden. Kriminalstatistiken sind wegen der hohen Dunkelziffern kaum in der Lage, die reale Prävalenz von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend widerzuspiegeln (Wöller 2013).

Laut DSM-5 sind die Raten von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) höher unter Kriegsveteranen und anderen Gruppen, deren Beruf ein erhöhtes Risiko mit sich bringt, einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu sein (zum Beispiel: Polizei, Feuerwehr, medizinisches Personal in Notaufnahmen). Die höchsten Raten für PTBS finden sich bei Überlebenden von Vergewaltigungen, Militäreinsätzen und Gefangenschaft sowie bei ethnisch oder politisch begründeter Internierung oder Genozid. Es gibt Hinweise, dass subklinische Erscheinungsformen im späteren Leben häufiger vorkommen als eine komplett ausgebildete PTBS und dass die vorhandenen Symptome mit deutlich klinischen Beeinträchtigungen für die Betroffenen einhergehen.

2c) Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen und traumatischen Folgestörungen

Die Häufigkeit von koexistenten Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen liegt höher als Persönlichkeitsstörungen ohne komorbide Störungen. Die Zusatzdiagnose Persönlichkeitsstörung beeinflusst den Krankheitsverlauf von psychischen Störungen negativ. Umgekehrt weisen Persönlichkeitsstörungen eigenständig ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Störungen auf. Persönlichkeitsstörungen – Borderline-, narzisstische oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen – zeigen ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko auf, das bei komorbiden psychischen Störungen weiter ansteigt.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen zeigen in 39,2–51 % der Fälle gleichzeitig eine Posttraumatische Belastungsstörung (Wöller 2013).

Folgende Komorbiditäten sind bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzufinden:

- Depression: Die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln, ist bei sexuellem Missbrauch viermal höher (u.a. spielen hier eine Rolle: Gen-Polymorphismus – protektive Faktoren oder Risiko erhöhende Faktoren, Serotonintransporter-Gen, das die Beziehung zwischen Depression und Stress moderiert).
- Somatisierungsstörungen
- funktionelle Sexualstörungen
- körperliche Erkrankungen
- Angststörungen
- Essstörungen
- Substanzmissbrauch.

3) Ätiopathogenetische Aspekte

3a) Ätiopathogenetische Aspekte der Persönlichkeitsstörung

In den heutigen ätiopathogenetischen Überlegungen zur Entwicklung der Persönlichkeitsstörungen ist das biopsychosoziale Modell zentral, wo genetische und früh erworbene Prädispositionen, spezifisch belastende Lebensumstände und psychische Entwicklungsdynamiken als ursächlich angesehen werden. Bedeutsame Belastungen, die zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung beitragen können, wenn sie nicht durch protektive Ko-Faktoren kompensiert werden können, sind chronische negative Beziehungserfahrungen oder akute bzw. kumulative traumatische Erfahrungen:

- fehlende tragfähige Beziehungen zu Eltern mit mangelnder Balance des Autonomie- und Bindungsgefüges
- früher Verlust von Hauptbindungspersonen
- Armut
- psychische Störungen der Eltern
- langandauernde Familienstreitigkeiten
- geringer Altersabstand zu Geschwistern (unter 18 Monaten)
- schwere Erziehungsdefizite
- aggressive und sexualisierte Traumatisierungen.

Neue Studien belegen die Bedeutung der genetischen Faktoren neben den Belastungsfaktoren der frühkindlichen Umwelt (Wöller 2013).

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde ein Subtyp (Haplotyp) des Serotonintransporter-Gens (mit kurzem Allel) gefunden, der mit der Entstehung der Störung in Verbindung gebracht wird (Ni et al. 2006). In einer anderen Studie wurde der Zusammenhang zwischen impulsiver Aggression und verminderter Serotoninaktivität hergestellt (Coccaro et al. 2005).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde ist es nicht zulässig, einzelne Persönlichkeitsstörungen ausschließlich als Traumafolgestörung zu sehen. Dagegen spricht die Tatsache, dass 20–45 % der Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Vorgeschichte von Misshandlung und Missbrauch aufweisen.

Die Rolle von sexuellen, körperlichen und emotionalen Gewalterfahrungen bei der Entstehung der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ist jedoch durch zahlreiche Studien belegt. Eine ausreichende Forschungslage gibt es lediglich für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Borderline-Patienten weisen in 2/3 bis 3/4 aller Fälle in der Biografie Traumatisierungen auf.

Zur Ätiopathogenese der Persönlichkeitsstörungen gibt es vielgestaltige Theorien, u.a. biologische, lerntheoretische, kognitive, bindungstheoretisch fundierte, psychoanalytische und interpersonelle Theorien. In den letzten Jahren werden diese unterschiedlichen theoretischen Ansätze vermehrt miteinander in Beziehung gesetzt, da sie eine zunehmende Konvergenz zeigen (Wöller 2013).

Kognitive Theorien betonen die Bedeutung dysfunktionaler kognitiver Schemata, die zu interpersonellen Schwierigkeiten und maladaptiven Verhaltensweisen führen (Beck und Freeman 1999).

Bindungsstörungstheorien zeigen Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen, Bindungsstilen und Persönlichkeitsstörungen auf (Fonagy et al. 2004).

Die interpersonelle Theorie (Sullivan 1953; Kiesler 1982) führt die Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen auf interpersonelle Interaktionsprozesse zurück, die durch wechselseitige Erwartungen, Vorannahmen und die Interpretation der Verhaltensweisen der Interaktionspartner bestimmt werden.

Psychoanalytische Konzepte zu Persönlichkeitsstörungen haben die Diagnostik und Behandlungsmodelle von Persönlichkeitsstörungen maßgeblich beeinflusst.

Von den zahlreichen in Abbildung 5 dargestellten psychoanalytischen Theorien seien jene von Bion und Kernberg hervorgehoben:

Psychoanalytische Theorien zur Entstehung der Persönlichkeitsstörungen

- Fixierung bestimmter Phasen der Triebentwicklung (Abraham)
- Ich-funktionelle Defizite nach Hartmann und Rapaport
- **Unzureichendes Containment (Bion)**
- archaisch-destruktive Objektbeziehungen aufgrund von frühen negativen Bindungserfahrungen (Fairbairn, Guntrip)
- Entwicklungsmodell mit Phasen der Selbstentwicklung (Mahler)
- Ungenügende Übergangsobjekt-Erfahrungen (Winnicott)
- Unzureichende Verinnerlichung spiegelnder Selbst-Objekte (Kohut)
- **Verzerrtes, in sich gespaltenes Bild der verinnerlichten Objektbeziehungen (Kernberg, Clarkin)**
- Mentalisierungstheorie (Fonagy)

Abb.5: Psychoanalytische Theorien zur Entstehung der Persönlichkeitsstörungen

Bion (1962) beschrieb Prozesse von Projektion, Introjektion und projektiver Identifizierung als bestimmend in den frühen Beziehungserfahrungen zu primären Bezugspersonen und im interpersonellen Interaktionsmuster bei schweren Persönlichkeitsstörungen. Er definierte Persönlichkeitsstörungen als Folge eines unzureichenden Containments der kindlichen Projektionen durch frühe Bezugspersonen (d.h. die affektregulatorische Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson missglückt).

Nach dem **Objektbeziehungsmodell von Kernberg (2001)**, das von der Arbeitsgruppe um **Clarkin (2001)** erweitert wurde, sind schwere Persönlichkeitsstörungen der Ausdruck **eines verzerrten und in sich gespaltenen Bildes der verinnerlichten Objektbeziehungen**. Die Erfahrungen mit frühen Bezugspersonen führen zu zwei widersprüchlichen Selbst-Objekt-Repräsentanzen:

1. zu einem beruhigten und zufriedenen Selbst mit einem liebenden Gefühl gegenüber der sorgenden Bezugsperson

2. zu einem frustrierten und verzweifelten Selbst mit einem Hassaffekt gegenüber der versagenden Bezugsperson.

Um die aufgespaltenen Repräsentanzen im Laufe der Entwicklung zu integrieren, braucht es eine hinreichend gute Mutter-Kind-Beziehung, die bei Beziehungstraumatisierten Personen nicht vorhanden ist.

Ätiopathogenese der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus der Sicht der Existenzanalyse

Dem dreidimensionalen Menschenbild von Frankl (Längle 1988) folgend wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Ergebnis eines multifaktoriellen Geschehens angesehen, wobei folgende Ebenen definiert werden:

1. angeborene und erworbene körperliche Faktoren
2. Umwelteinflüsse: Das fehlende oder schädigende Gegenüber: „Es gibt kein Ich ohne Du“ (Buber 1954). Traumatisierungen (Gewalterfahrungen und Beziehungs- und Bindungstraumata).

Typische Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen, die zu einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen können, sind wie folgt charakterisiert:

- Die Eltern werden uneinheitlich und uneindeutig erlebt: Beispielsweise wird das Kind einmal verwöhnt und dann wieder vernachlässigt. Oder eine depressive, überfürsorgliche Mutter, die auch droht: „Du bist schuld am Herzinfarkt des Vaters. Wenn du nicht brav bist, sage ich es dem Vater.“
- Die Eltern können die kindlichen Emotionen und Affekte nicht gut und konstant aufnehmen und halten: Es gibt unterschiedliche Reaktionen auf Lust und Frust des Kindes.
- Das Kind wird als Person übersehen: Es wird zum Erfüllungsgehilfen der elterlichen Bedürfnisbefriedigung, was zu Selbstbildstörungen, Selbstverlust und innerer Rebellion führt.
- Die Bedrohungen im Familiensystem sind unausweichlich, massiv und wiederholen sich: Egal, wie sich das Kind verhält, der Vater rastet immer aus. Es kommt zu einer vitalen Bedrohung der Selbstwert und der Beziehungsebene.
- Die Beziehungsgestaltung führt zu einer Spaltung zwischen eigenem Gespür, der eigenen Wahrnehmung und dem Gesagten bzw. Erlebten: „Du bist das Wichtigste für uns“ – aber niemand hat Zeit für das Kind. Diese kontinuierlichen negativen Beziehungs- und Bindungserlebnisse führen dazu, dass die Wahrnehmung

in Beziehungen gestört ist, kein Urvertrauen entstehen kann, und das Grunderleben geteilt ist.

Die Betroffenen stoßen auf eine „geteilte“ Welt, daher entwickelt sich auch ein „geteiltes“ Selbst; somit ist das Spalten nicht der Grund für die Entstehung der Persönlichkeitsstörung, sondern die Folge des Grunderlebens von Gespaltensein.

Die Betroffenen schaffen sich Bilder von der Welt, die angenehme Gefühle erzeugen. Dadurch können sie den Schmerz bezogen auf das Gespaltensein vermindern. Werden diese Bilder durch ein Verhalten von anderen gestört, müssen Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diese Bilder aufrechterhalten, da sonst ein Haltverlust droht. Das gelingt dadurch, dass der andere entwertet, vernichtet wird und somit das Selbst als gut erhalten werden kann.

Die Patienten sind zum Aufbau und Erhalt einer Innenbeziehung auf eine Außenbeziehung angewiesen. Wird die Außenbeziehung zu nahe und zu intensiv, kommt der Patient aufgrund der insgesamt aktivierten, nicht integrierten Gefühlsempfindungen auch in die Nähe des abgespaltenen Schmerzes. Daher muss die Außenbeziehung abgebrochen werden. Das geschieht durch eine Aggressionsentladung und Wut auf den Nächststehenden.

Aufgrund des Selbstverlustes können Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Stellungnahmen, sie haben nur Affekte und Eindrücke, aber keine integrierte Emotionalität.

Durch die beschriebenen Spaltungen, die erlebten Gewalterfahrungen und Beziehungs- und Bindungstraumata, durch das Fehlen oder den Verlust von engen Bezugspersonen können in ihrer Lebensgeschichte derart exponierte Menschen kein „integriertes Selbstkonzept“ und kein „integriertes Konzept von wichtigen Anderen“ aufbauen. In der Folge laufen auf diese Weise Betroffene Gefahr, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. In diesem multifaktoriellen Entwicklungsprozess sind neben den lebensbiografischen-psychodynamischen Faktoren auch genetische, epigenetische Faktoren, Ressourcenstärke und Resilienzfaktoren von Bedeutung.

3b) Ätiopathogenetische Aspekte der Traumafolgestörungen

Zunächst wurden nur extreme Ereignisse als potenzielle Auslöser von posttraumatischen Störungen anerkannt. Inzwischen ist die Bedeutung der subjektiven Traumatisierung allgemein akzeptiert, die Bedeutung der objektiven Stressoren gegenüber den individuellen persönlichkeitsabhängigen Variablen relativiert.

Im Bereich der psychischen Traumatisierung hat es sich bewährt, nach Terr (1991) zwischen Typ I-Traumen und Typ II-Traumen zu unterscheiden:

- **Typ I-Traumen** sind plötzliche, unvorhergesehene, einmalige Traumatisierungen, die apersonaler Natur (zum Beispiel: Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle) und personaler Natur (Überfälle, Vergewaltigung, plötzlicher Verlust einer Bezugsperson) sein können.
- **Typ II-Traumen** sind chronisch-kumulative Traumen und bedeuten durch die Wiederholung eine Dauerbelastung. Dazu zählen Traumatisierungen u.a. im Rahmen politischer Gewalterfahrung (Krieg, Folter, Geiselnahme, Konzentrationslagerhaft) und im personalen Nahbereich (Kindesmisshandlung und -vernachlässigung).

Vereinfacht lässt sich sagen, dass Typ I-Traumen diskrete konditionierte Reaktionen auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens hervorrufen, die der Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen. Anhaltende Misshandlung und unvermeidbare, sich häufig wiederholende Traumatisierungen wirken sich demgegenüber zerstörerisch auf die Gesamtentwicklung von Psyche und Gehirn aus.

Es wird generell zwischen **Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen** (körperliche Misshandlung; körperliche Vernachlässigung wie die unzureichende Versorgung des Kindes, was zu Entwicklungsstörungen körperlich und psychisch führen kann; sexuelle Traumatisierung) und **Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen** (Bedürfnisse des Kindes werden missachtet; mangelnde Wärme, Vielzahl von Trennungen und Verlusten) unterschieden (Wöller 2013).

Traumatisierende Beziehungsmuster können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- **Machtausübung ohne Respekt vor dem Willen des Kindes oder Jugendlichen:** die Machtposition wird mit Gewalt und durch Beraubung der Handlungsfreiheit des Kindes durchgesetzt, was zu einem Gefühl der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins beim Opfer führt.
- **Degradierung zum reinen Objekt der Bedürfnisbefriedigung,** was eine umfassende Entwertung des Kindes als Person bedeutet. Verbunden mit vielgestaltigen Beschämungen kommt es dadurch zu einer negativen Färbung der Selbstwertentwicklung.
- **Kognitive Verdrehungen:** die häufigste Verdrehung dieser Art ist, dass dem Opfer eingeredet wird, dass es für das Geschehene selbst verantwortlich ist. Dadurch entstehen eine Verwirrung im Opfer und ein tiefer Zweifel an der Richtigkeit der eigenen Wahrnehmung.

- **Psychisches Alleinlassen:** Verlassen-Werden und Alleingelassen-Werden ist für ein Kleinkind ein gravierendes Trauma. Ohne eine sichere und konstante Basis einer Bindungsbeziehung entsteht eine grundlegende Bindungsunsicherheit, die weitreichende negative Auswirkungen auf soziale und neurobiologische Entwicklungen haben kann.
- **Emotionales Alleinlassen:** hier wird die Not des Kindes von den wichtigsten Bezugspersonen nicht wahrgenommen oder ignoriert. Zum Beispiel schaut die Mutter beim väterlichen Inzest weg oder schenkt Letzterem keinen Glauben.
- **Verrat durch wichtige Bezugspersonen:** passiert u.a. durch das stillschweigendes Billigen von Übergriffen. Dadurch erfahren Opfer, dass die bisher noch gut besetzten Bezugspersonen zur Gesamtbelastung beitragen. Es wird in diesem Zusammenhang von „betrayal trauma“ (Trauma durch Verrat) gesprochen.
- **Verweigerung der emotionalen Verfügbarkeit:** mit der Verweigerung der emotionalen Verfügbarkeit wird den Kindern die Voraussetzung genommen, die eigene Fähigkeit zur Emotionsregulierung zu entwickeln (vergleiche mit dem Konzept des Containings von Bion).
- **Parentifizierung:** bedeutet eine Rollenumkehr – das Kind wird zur Elternfigur seiner Eltern.
- **Externalisierung negativer Selbstanteile durch den Täter:** dem Kind werden die bösen, negativen Selbstanteile vom Erwachsenen umgehängt und damit hat das Kind Schuld an der Misshandlung oder dem Missbrauch.
- **Induktion von Schuldgefühlen:** Kinder werden zum Sündenbock für alles, was von den Bezugspersonen als schlecht angesehen wird.

Ob ein bestimmtes Ereignis traumatische Auswirkungen hat oder nicht, wird weitgehend von der Präsenz von Schutzfaktoren bestimmt. Verleugnung und dissoziative Abspaltung, aber auch andere Abwehrmechanismen, können das traumatische Erleben zudecken oder einkapseln. Die Auswirkungen einer Traumatisierung können über längere Zeit kompensiert bleiben durch die Präsenz von Schutzfaktoren und Abwehrmechanismen. Die Manifestation einer posttraumatischen Symptomatik kann oft erst Jahre oder Jahrzehnte nach dem schweren Trauma einsetzen.

Nicht wenige Patienten entwickeln eine schwere posttraumatische Pathologie nach einer erneuten traumatischen Erfahrung im Erwachsenenalter.

Posttraumatische Persönlichkeitsveränderungen

Durch die Introjektionen und Identifikationen (mit dem Täter) entsteht ein negatives Selbstbild (nicht der Täter,

sondern das Kind ist böse). Wie mit den Opfern umgegangen worden ist, so gehen sie mit sich selber um:

Unter dem Gebot des Introjekts müssen sie sich bestrafen, vernachlässigen und erneut misshandeln oder missbrauchen lassen. Durch das innere Verbot dürfen sie nicht liebevoll und selbstfürsorglich mit sich umgehen.

Es zeigen sich selbstdestruktive Verhaltensmuster, eine Unfähigkeit zur Selbstfürsorge und die Tendenz zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen.

Durch die Täteridentifikation kann das traumatisierte Kind die Nähe zum Täter erhalten. Und es verliert damit das überwältigende Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Des Weiteren kann die unbewusste Täteridentifikation zum Ausbeuten und Misshandeln von anderen Personen durch ehemalige Opfer führen. Widersprüchliche und unassimilierbare Introjekte führen zu massiven intrasystemischen Konflikten, zu widersprüchlichen und unvereinbaren Geboten, Normen und Ideal-Forderungen. Die fehlende Assimilierbarkeit von Introjekten führt zu einem Erleben vom „Fremdkörper im Selbst“.

Von einer intergenerationalen Tradierung (Wöller 2013) traumatischer Erfahrungen spricht man, wenn die nachfolgende Generation Auswirkungen der Traumatisierung der Elterngeneration aufweisen (zum Beispiel: Kinder von Holocaustopfer zeigen Störungen des Selbstwertgefühls, anhaltende Identitätsprobleme, übermäßige Leistungsorientierung als Kompensation für die Verluste ihrer Eltern, Katastrophenerwartungen, erhöhte Stressvulnerabilität, das Gefühl der Verpflichtung, verlorene Angehörige ersetzen zu müssen. Auch bei Kindern von Tätern des Holocaust konnten psychische Beeinträchtigungen festgestellt werden.

Ein weiterer Aspekt der intergenerationalen Tradierung von Traumatisierungen besteht darin, dass traumatisierte Eltern ihre Kinder misshandeln und missbrauchen und so zur Aufrechterhaltung intrafamiliärer Gewalt beitragen (ungefähr ein Drittel der Opfer von psychischen und sexuellen Missbrauch zeigen einen Missbrauch an den eigenen Kindern. Bei einem Drittel bestand eine Neigung, unter sozialen Belastungsbedingungen zum Täter zu werden.).

4) Resümee

- Der Paradigmenwechsel von einer kategorialen zu einer dimensional Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen wird im DSM-5 nur durch ein im Anhang beschriebenes Alternativmodell berücksichtigt. Im Entwurf des ICD-11 kommt die dimensionale Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen voll zum Tragen.

- Aufgrund des phänomenologischen Zuganges der Existenzanalyse enthebt sich die Strukturdiagnostik nach den personalen Grundmotivationen einer Diskussion, ob eine kategoriale oder dimensionale Klassifikation praktiziert wird.
 - In den zehn Thesen zur Person verdeutlicht Frankl (1991), dass die Person existenziell und daher ein fakultatives Wesen ist, d.h. immer auch anders kann. Darin kann ein Querverweis zu der Veränderung des Störungsgrades der Persönlichkeitsstörungen und posttraumatischen Störungsbildern, wie sie in DSM-5 und im Entwurf von ICD-11 dargestellt werden, gesehen werden.
 - Dissoziationen werden im DSM-5 als Traumafolgestörungen kategorial erfasst.
 - Komplexe Traumafolgestörungen sind derzeit in den geltenden Klassifikationsschemata nicht berücksichtigt.
 - Die ätiopathogenetischen Überlegungen zu den Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen basieren auf dem biopsychosozialen Modell.
 - Die unterschiedlichen Modelle zur Ätiopathogenese der Persönlichkeitsstörungen zeigen in den letzten Jahren eine zunehmende Konvergenz und werden miteinander in Beziehung gesetzt.
 - Persönlichkeitsstörungen sind interpersonelle Interaktionsstörungen, die bei traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen nicht zutreffen müssen. Bei Menschen mit traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen kann trotz einer grob verzerrten inneren Repräsentanzwelt mit umfassenden Minderwertigkeits- oder Schuldgefühlen eine hohe Funktionalität erhalten sein.
 - Es gibt eine hohe Komorbidität zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Traumafolgestörungen.
- John OP, Naumann LP, Soto CJ (2008) Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy. IN: John OP, Robins RW, Pervin LA (eds) Handbook of personality. New York, London: the Guilford Press
- Kapfhammer HP (2008) Persönlichkeitsstörungen – Diagnostische Konzepte – Neurobiologie – Pharmakotherapie. In: Psychiatrie & Psychotherapie. Wien: Springer Verlag, 37–57
- Kiesler DJ (1982) Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In: Kiesler DJ (eds) Anchim J, Kiesler DJ (eds). Handbook of Interpersonal Therapy. New York: Pergamon
- Längle A (1988) Entscheidung zum Sein. München: Serie Piper
- Ni X, Chan K, Bulgin N et al (2006) Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. In: Journal Psychiatr. Res., 40, 448–453
- Pincus AL (2005) A contemporary integrative interpersonal theory of personality disorders. In: Lenzwenger MF, Clarkin JF (Hrsg) Major theories of personality disorders. New York: Guilford Press, 282–331
- Sullivan H (1953) The Intereprsonal Theory of Psychiatry. New York: Norton&Company
- Terr L (1991) Childhood Traumas: an outline and overview. In: American Journal of Psychiatry, 148, 10–20.
- Wöller W (2013) Trauma und Persönlichkeitsstörung. Stuttgart, New York: Schattauer
- Zanarini MC et al. (2003) The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. In: American Journal of Psychiatry; 160, 274–283
- Zanarini MC et al (2007) The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. In: American Journal of Psychiatry; 164, 929–935
- Zetsche T. (2015) Entwicklung von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen über die Lebensspanne. In: Jatros (Hrsg.) Medizinisches Fachjournal. Wien., Universimed Cross Media Content GmbH, 40–46

Anschrift der Verfasserin:

DR. KARIN MATUSZAK-LUSS
 Seckendorfstraße 6/1/6
 A–1140 Wien
 info@psyordination.at

Literatur

- Beck A, Freeman A (1999) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion
- Bergmann-Warnecke K, Lutz W (2014) Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapie im Dialog. Stuttgart: Thieme Verlag, 32–35
- Bion W (1962) Learning from Experience. London: Heinemann
- Buber M (1954) Die Schriften über das dialogische Prinzip. Ich und Du. Heidelberg: Lambert Schneider
- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2001) Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Stuttgart: Schattauer
- Coccaro EF, Siever LJ (2005) Neurobiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds). Textbook of Personality Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 155–169
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Frankl V (1991) Der Wille zum Sinn. München: Serie Piper
- Haslam N, Holland E, Kuppens P (2012) Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. In: Psychol Med, 903–920

BEZIEHUNGSWEISE(N) – GRENZERFAHRUNGEN IN DER GESTALTUNG THERAPEUTISCHER BEZIEHUNGEN

MARKUS ANGERMAYR

Überarbeiteter Vortrag beim GLE Kongress 2017. Anhand einer Fallvignette wird die Dynamik von Menschen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, in der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung sichtbar. Dabei sind die TherapeutInnen in besonderer Weise gefordert, werden sie doch selbst aus der eigenen Mitte geschleudert und unmittelbar in ein Beziehungsgeschehen verwickelt, dessen Dynamik sie an die eigenen Grenzen führen kann.

Was heißt es nun, in solchen Situationen da zu sein, beziehungsweise und trotzdem klar abgegrenzt und authentisch zu bleiben, so dass die Dynamik wieder in ein personales Geschehen verwandelt werden kann? Woran orientieren sich existenzanalytische TherapeutInnen und wie können sie mit eigenen Grenzerfahrungen umgehen? Wie kann es gelingen, mit dem Patienten im Grenzbereich zu verweilen, ohne in den Strudel des Geschehens gezogen zu werden? Welchen Wert hat das gemeinsame Durchgehen solcher Erfahrungen?

SCHLÜSSELWÖRTER: Strukturgebundenheit, fixierte Copingreaktion, Freiraum, Authentizität.

WAYS OF RELATIONSHIPS – BORDER EXPERIENCES IN THE STRUCTURING OF THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

Reworked lecture from the GLE Congress 2017. On the basis of a case vignette, the dynamics of people suffering from borderline disorders become visible in the structuring of the psychotherapeutic relationship. In the process, the therapists are challenged in a unique way, since they are hurled out of their center and become directly entangled into occurrences of the relationship whose dynamics lead to one's own limits.

Now what does it mean to be present in such situations, interconnected and still staying clearly delimited and authentic, enabling the dynamics to turn into a personal happening again? What points of orientation do existential analytical therapists have and how can they deal with own border experiences? How can we succeed to dwell upon the border zone with the patient without being sucked into the vortex of the happenings? Which value does going through such experiences together have?

KEYWORDS: bound to structure, fixed coping reaction, free space, authenticity

Einführung

Wenn man über das Begriffsfeld Strukturen, Strukturgebundenheit, Persönlichkeitsstrukturen, frühe Störungen usw. nachdenkt, fällt Folgendes grundsätzlich auf: dass Struktur ein Ordnungsprinzip beschreibt. Als Persönlichkeitsstruktur organisiert sie die Wahrnehmung. In ihr sind Vorerfahrungen und das angeeignete Andere hineinverwoben. Es ist die überdauernde Art und Weise, wie die Welt erfahren wird.

In der Regel funktioniert das Zusammenleben besser, wenn Strukturen klar sind.

1. Strukturen sind wichtig, sie erleichtern das Zusammenleben, geben Sicherheit und Verlässlichkeit. Wir brauchen Strukturen innerlich (z.B. körperlich, Ich-Struktur) wie äußerlich (z.B. gesellschaftliche Ordnungen, Verkehrsregeln).

Darüber hinaus können Strukturen unheimlich schön sein: die Strukturen eines Kristalls, einer Schneeflocke, die Ringe eines Baums (siehe Abb. 1).

2. Strukturen können sich verfestigen, Menschen können bis zur Erstarrung stur werden und ihre Freiheit verlie-

ren, was zu fixierten, automatisch ablaufenden Copingreaktionen führt (Längle 2016, 117, 145; Renn 2016, 253). Im Äußeren beispielsweise wirken Institutionen aus längst vergangenen Zeiten wie verkrustet, in denen irgendwie das Leben nicht mehr fließt. In Bezug zum Thema des Kongresses sind es Persönlichkeitsstruk-

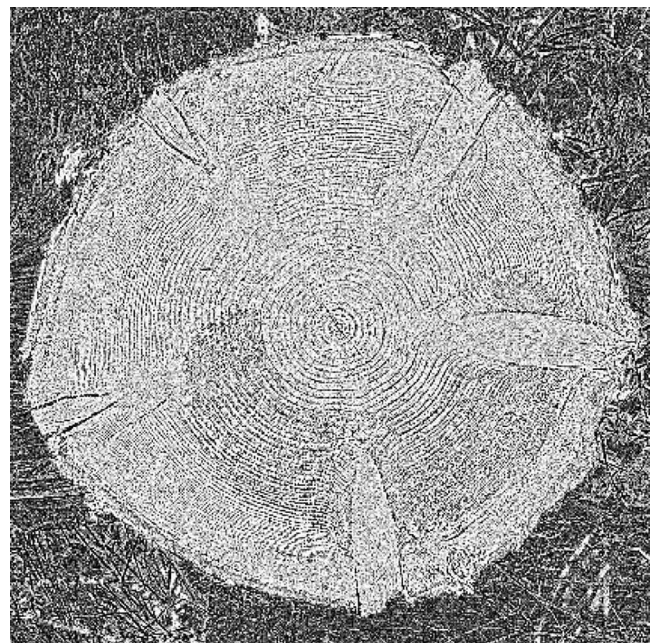


Abbildung 1: Die Jahresringe eines Baumes

turen, die früh durch Mangel, Verletzung bis hin zu Traumatisierungen gestört wurden, so dass in ihnen das Leben fast zum Stillstand gekommen ist, es zu einem Stopp im Lebensfluss gekommen ist. In der Folge bilden sich darum herum kreative Lösungen, um das Leben weiter zu ermöglichen (siehe Abb. 2). Borderline ist als Versuch einer solchen kreativen Lösung zu verstehen, als ein Selbst-Rettungsversuch des Menschen.



Abbildung 2: Strukturgebundenheiten durch Verletzung

3. Durch wiederholte, schwere, frühe Verletzungen in den existenziellen Themenfeldern wird der notwendige und bei frühen Störungen zwischenleiblich vorschlaglich abgestimmte Dialog mit den relevanten Bindungsfiguren massiv gestört. Aus diesen schmerzhaften Erfahrungen werden fixierte Erwartungen. Die Folge ist, dass kein stabiles, flexibles, frustrationstolerantes Selbstverhältnis entwickelt werden kann. Es fehlt also ein in der Tiefe „stimmiges Selbst“. Ehemals kreative Lösungsversuche sind im Hier und Jetzt dysfunktional und mit dem Verlust von personaler Freiheit verbunden. Dahinter findet sich immer ein großes Leid des Einzelnen und ein Leid, das auch das Umfeld dieser Person betrifft.

Ein junger Student, wir nennen ihn „Herr Franz“, kommt in die psychotherapeutische Praxis. Er wirkt etwas schüchtern und karg, hat dunkle Haare, ist hager, etwa 1,80 groß, weist einen weichen, zögernden Händedruck auf, hat insgesamt einen zusammengesunkenen Körperausdruck. In den ersten Stunden ist seine Anspan-

nung nicht nur atmosphärisch spürbar, sondern es liegt auch Angstschweiß in der Luft. Franz kommt mit einer ganzen Liste von Diagnosen (soziale Phobie, Schizoide Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung, kombinierte Persönlichkeitsstörung) und berichtet von einigen abgebrochenen Psychotherapieversuchen. In der Biographie finden sich chronische Traumatisierung, Gewalterfahrungen sowohl als Opfer als auch als Täter. Auch in seinem Mann-Sein ist er stark verunsichert, identitätsdiffus. Eigene feminine Züge hat er immer stark abgewertet und verachtet. Seine schizoiden Anteile, die immer am Ende von Beziehungen auftauchen, sind als Schutzverhalten nach großen Enttäuschungen zu verstehen.¹

Aus der Fülle seiner Probleme ließen sich seine fehlende innere Mitte und der Schmerz des Verlustes der Beziehung zu sich selbst (Längle 1999, 17) als zentral herausfiltern. In seinen Worten: „Es gibt mich gar nicht, da ist nichts in mir, ich bin nichts, nur Leere und Grauen!“

Die Folgen dieses Selbstverlustes waren auf sämtlichen grundmotivationalen Ebenen sicht- und spürbar, aber schwerpunktmäßig in der 2. Grundmotivation (Beziehungsgestaltung zu anderen und sich selbst) und daher auch in der 3. Grundmotivation (Selbst sein dürfen).

Es folgen exemplarisch zwei Sequenzen aus der Therapie mit Herrn Franz mit Blick auf die Beziehungsgestaltung, auf das prozessfördernde Bindungsverhalten sowie auf seine Selbstwertung.

Sequenz 1

Herr Franz kommt zum Erstgespräch in meine Praxis. Er wurde von seiner Therapeutin an mich verwiesen, da sie aufgrund ihrer Karenzierung nicht weiter mit ihm arbeiten kann.

Er schildert, dass er sehr gerne bei ihr in Therapie war und das Therapieende wegen der Schwangerschaft wie ein Verlassen- und Abgeschobenwerden erlebe. Er hat sie darüber informiert, und am liebsten würde er an die Stelle des werdenden Kindes treten und bei ihr einziehen. Er erzählt mir, dass er auch schon im Internet recherchiert und herausgefunden habe, wo sie wohnt.

An dieser Stelle merke ich eine innere Unruhe aufkommen und bin mit der Frage beschäftigt, ob er das ernst meine und fremdgefährdend sei oder ob er nur eine Fantasie in Worte fasse. Als er dann die Fantasie als solche

¹ Zur Wahrung der Identität werde ich nicht mehr Details nennen. Ich danke an dieser Stelle für die Erlaubnis, Aspekte der Lebensgeschichte einbringen zu dürfen.

benennt – nämlich das Kind zu töten und an seine Stelle zu treten – bin ich angesichts dieser Differenzierung zwischen Vorstellung und Realität erleichtert, wenn auch der Inhalt der Fantasie bedenklich ist.

Ich würdige die Bedeutung seiner Therapeutin für ihn und die gemeinsame Arbeit und verstehe seine Reaktion aus Enttäuschung und dem daraus folgenden Schmerz resultierend. Ich frage ihn konkret nach der Fantasie: „Würden Sie das tatsächlich in Betracht ziehen? Was glauben Sie, wäre die Folge? Und bekämen Sie dadurch das, worum es Ihnen geht?“ Franz antwortet, die Therapeutin hätte es aushalten und seine Sicht verstehen müssen, stattdessen habe sie ihn sofort abgegeben, was ihn furchtbar wütend mache. Er sehe zum wiederholten Male, dass das Sich-einlassen nichts bringe. „Warum versuche ich es eigentlich wieder?“, fragt er provokant in meine Richtung.

An dieser Stelle zeigt sich das strukturgebundene Erleben: Typisch dafür ist das gleichbleibende, nicht am lebendigen Prozess teilnehmende Dabei-Sein. Es generalisiert die Vorerfahrungen der schmerzhaften Verletzungen (Renn 2016, 263), des Nicht-Ausgehalten-Werdens, Abgewertet-Werdens, des Nicht-Gesehen-Werdens und des Verlassen-Werdens.

Theoretische Überlegungen zu Sequenz 1

Aus existenzanalytischer Sicht ist ein Merkmal struktureller Störungen die automatisierte und fixierte Copingreaktion, das heißt, dass die Person nicht mehr weich, flexibel im Sinne von situationselastisch abgestimmt auf die jeweilige Situation antworten kann. Es kommt dabei zu

einem Stopp im Verarbeitungsprozess. Daraus resultiert eine affektgeladene Lösung. Kennzeichen einer solchen Lösung ist eine immer wiederkehrende, sich selbst bestätigende Erfahrung, ein eingespurtes Muster.

Im Übrigen kennen wir vermutlich alle solche eingespurten Körper-, Gefühls-, Beziehungs- und Denkmuster, die in der konkreten Situation hier und heute nicht mehr angemessen sind (Renn, 2016. 253). Meist können wir uns relativ leicht davon distanzieren.

Solche Muster werden z.B. in Selbstbewertungen, Selbstentwertungen sowie Bewertungen von anderen Personen und der Situation hervorgerufen. Typisch ist eine massive und stets vorhandene Bewertung, die aber mit der Person nicht abgestimmt ist, also nicht verbunden ist mit der personalen Tiefe. Es ist kein wirklich freies Erleben und Wahrnehmen möglich, sondern dies wird übersprungen (Renn 2016, 263). In dieser Reiz-Reaktions-Situation wird auch der Schutzcharakter der Psychodynamik sichtbar (Längle 2016, 131).

Wie kann nun das fixierte oder „frozen whole“, wie Gendlin (Wiltshko 2009, 186) es nennt, wieder weich und durchlässig gemacht und in den personalen Verarbeitungsprozess übernommen werden? Denn in dieser Situation kann die Person den Lebensfluss nicht frei wahrnehmen und dazu Stellung nehmen – das macht die Haltlosigkeit aus und überlässt den Affekten den Raum. Affektregulierung bedeutet aus existenzanalytischer Sicht letztendlich, die Person ins Spiel zu bringen und zu vermitteln, dass das Leben nicht einfach geschieht, sondern gestaltet wird. In diesem strukturellen Prozess-Stopp – und dem Überspringen der Person – ist eine ganze Geschichte enthalten, die immer in die Vergangenheit führt. Denken sie an den Baum mit Stacheldraht.

Beziehungsweise(n) –

Grenzerfahrungen in der Gestaltung therapeutischer Beziehungen

Phasen in der Borderline-Therapie:

1. Phase: Strukturierung der Lebensführung und des Verhaltens
2. Phase: Therapiephase im engeren Sinne (existenzielle Tiefenarbeit, spezifische Arbeit an den grundmotivationalen Themen)
3. Phase: Abschluss und Abschied

(Therapiepausen können zur Erholung wichtig sein, immer wieder „Luft holen“ lassen, Ressourcen auskosten, wellbeing)

[Anmerkung in Klammern durch den Autor M. A.]

Abbildung 3: Kurz zusammengefasst die Phasen in der Borderline-Therapie (in Anlehnung an Längle, Ausbildungsunterlagen)

Es geht also darum, dass die Verbindung zwischen dem Eindruck, den damit verbundenen Gefühlen und Bewertungen und dem Ausdruck gelockert und vertieft wird. Somit konzentrieren wir uns auf das „Eigentliche/Wesentliche“, auf das, was leben will, aber durch die Dynamik nicht konstruktiv zum Leben kommt.

Zurück zu Herrn Franz:

Es ist ein langer Weg. Im ersten und auch noch im zweiten Jahr haben wir viel beraterisch gearbeitet. Die Erwartungen an den Patienten sollten hier nicht zu hoch sein. Es geht um Stabilisierung, Krisenintervention, Selbstfürsorge und Abbau destruktiver Verhaltensweisen. Langsam wird eine neue, verlässliche Struktur aufgebaut. Als Therapeut darf ich ihm seine Struktur nicht einfach nehmen, wenn er noch keine neue hat. Auf dem neuen Boden beginnt dann der integrativ-verarbeitende Prozess, die existenzielle Tiefenarbeit, in diesem Fall die Arbeit am Selbstbild und Selbstverhältnis, weil der Patient sonst überfordert ist. Eine Sequenz aus dieser Phase.

Sequenz 2²

Franz kommt in die Praxis und beginnt in vorwurfsvollem Ton:

Franz: Ich erwarte mir von Ihnen, dass Sie mich dabei unterstützen, mein eigenes Leben zu leben. Schließlich sagen Sie das immer wieder.

Therapeut (T): Ja, das ist mein Anliegen. (Ich bin überrascht)

Franz: Dann sollten Sie mich doch eher darin unterstützen, dass es mir endlich gelingt, eine Frau zu vergewaltigen, denn dabei erlebe ich mich stark und mächtig. Daran denke ich oft. Aber Sie sind ja wie alle anderen und müssen sagen, dass das verboten ist und ich daher schlecht bin. (An dieser Stelle zeigt sich das strukturgebundene Paket. In ihm ist eine ganze Welt verpackt. Es stellt sich die Frage, wie ich als Therapeut die Beziehung so gestalten kann, dass das „Wesentliche“ zum Fließen kommt.)

T: Wenn ich Sie recht verstehe, dann fühlen Sie sich von mir nicht wirklich dabei unterstützt, Ihr eigenes Leben leben zu können?

Franz: Ja, ehrlich gesagt müssten Sie – wenn Sie es wirklich ehrlich meinen – mich darin bestärken, eine Frau zu vergewaltigen.

T: (Ich bin etwas sprachlos im ersten Moment und fühle mich in der Zwickmühle.) Mhm... Interessiert Sie meine Wahrnehmung dazu?

(Dabei habe ich einen zweifachen Fokus: Was will aus existen-

zieller Sicht leben und was ist das gleichbleibend Problematische daran? Das ist die Auswirkung der Strukturellen Störung. Meine Haltung ist ruhig, gelassen und bei mir seiend, ich achte auf meine Atmung.)

Franz: Ja natürlich, obwohl ich eh schon weiß, was kommt.

T: (Die Versuchung ist groß, darauf einzusteigen, denn da steckt viel Energie drin.) In meiner Wahrnehmung verstehe ich zwei Sachen.

1. Es ist Ihnen wichtig, sich stark und mächtig fühlen zu können. Das halte ich für richtig und einen zentralen Punkt unseres Arbeitens, damit Sie dorthin finden, sich stark und selbstmächtig zu erleben und Ihr Leben gestalten zu können. Darin will ich Sie gerne unterstützen. (Ich sage das mit meiner ganzen Überzeugung aus der Stille und dem Blick auf das funktionierende Erleben, das existenzielle Thema des Sich-stark- und -wirmächtig Erlebens als Gestalter.)
2. Ich erlebe, dass Ihr Wunsch, sich stark zu fühlen, immer wieder verbunden ist mit der Vorstellung, dies nur dann zu erreichen, wenn Sie jemand Gewalt antun, quälen oder unterdrücken. Diese Vorstellungen kommen immer wieder wie automatisch an dieser Stelle. (Fixierte Copingreaktion, Psychodynamik. Diese Fantasien kamen schon öfter in unterschiedlicher Form, z.B. als KZ-Wärter, zum Ausdruck.)

An dieser Stelle wird es schwierig für mich. Nicht weil Sie die Fantasie haben jemanden zu vergewaltigen, sondern weil ich tatsächlich glaube, dass das letztendlich nicht dazu führt, dass Sie sich dadurch beständig stark und mächtig erleben.

Franz wirkt jetzt etwas ruhiger... (Ich lasse ihm Zeit zu verweilen.)

T: (Ich starte den Versuch, mit ihm in die Begegnung zu kommen, um ihn auf sich neugierig zu machen.) Darf ich Sie etwas fragen? Sie formulieren Ihre Fantasie mit solcher Überzeugung. Ich frage mich, da dies ja immer wieder zum Thema wird, wieso sie es noch nicht getan haben?

Franz: Ja (er schmunzelt leicht), ich weiß, natürlich könnte ich erwischt werden, allerdings werden nur die wenigsten erwischt... (Jetzt wird die Gesprächsatmosphäre offener und nicht mehr so anklagend.)

T: Wenn Sie sich ein wenig umschauchen in Ihrer inneren Welt, wieso haben Sie es noch nicht getan? Stellen Sie die Frage wie nach innen, so dass die Antwort aus Ihrem Inneren kommen kann. Lassen Sie sich Zeit dabei.

Franz: Ich weiß es auch nicht, die Fantasien beleben mich, da fühle ich mich lebendig. Einmal habe ich einer Frau bei einem Clubbing auf den Hintern gegriffen... es ist nichts passiert... (Damit sagt Franz schon etwas Wichtiges, da diese

² In diesem Abschnitt wird die psychotherapeutische Sicht in kleinerer Schriftart dargestellt.

Fantasien ihm ein Gefühl von Lebendigkeit vermitteln. Darauf sind wir an anderer Stelle eingegangen.)

T: Ich finde es doch interessant, dass Sie ein echtes, verständliches Anliegen haben, sich stark fühlen zu wollen, aber die **Antwort** zum Weg dorthin, **die immer automatisch kommt**, doch nicht verwirklichen? (Markiert ist die problematische Copingreaktion.)

(Dies sind strukturgebundene Antworten. Fixierte Copingreaktionen sagen nie etwas Neues und sind nicht am lebendigen Prozess beteiligt und daher ein gleichbleibendes Hintergrundgefühl.)

Franz: Irgendetwas in mir bremst mich auch!

T: (Ich versuche, sein Interesse für seine innere Welt wecken.) Könnte es sein, das etwas in Ihnen meint, es sei auch klug, hier zu bremsen?

Franz: Mhhh... auf jeden Fall bremst es. Ich weiß, bzw. etwas in mir weiß es (diese Differenzierung war auch schon oft eingeübt), dass es nicht sicher ist... und ich weiß es ja auch... (Da ist nun mehr Realitätsbezug darin, Freiheit und keine Affektgeladenheit.)

T: Etwas bremst in Ihnen, – gar nicht wegen Strafdrohung und Gefängnis, obwohl das auch dem Sich-stark- und -mächtig-Fühlen entgegensteht. Könnte es sein, dass darin auch eine innere Weisheit steckt, die Ihnen noch gar nicht bewusst ist und verstanden wird?

(Franz schmunzelt, warm, wirkt jetzt stiller, bisschen in sich gekehrter... Anleitung zum inneren Dialog.)

T: Wie fühlt es sich jetzt in Ihnen an?

Franz: Bisschen verwirrt... irgendwie traurig. (Affektwechsel)

T: (verweilend, mitschwingend) Wie ist das gerade in Ihnen, im Brust-Bauchraum?

Franz: Irgendwas ist schwer geworden...

T: Erinnert Sie diese Schwere an etwas? (Die Bearbeitung der biografischen Ursache führt uns immer in die Vergangenheit, dort wo der Stopp des Lebensflusses eingetreten ist.)

Franz: (berührt) Es erinnert mich an mich selber und meinen Vater.

T: Mhm, ich musste auch daran denken.

(Es folgt nun die Bearbeitung der biografischen Situation, die ich aus Umfanggründen weglasse.) Und was hätten Sie damals benötigt?

Franz: Einfach, dass er mich sieht und mir zuhört oder hilft.

T: Das wäre gut gewesen, dass Sie gesehen und beachtet worden wären – und vielleicht sogar liebevoll in den Arm genommen worden.

(Franz ist sehr berührt und hat Tränen in den Augen.)

T: Wissen Sie, ich erlebe Sie gerade als sehr stark, weil Sie sich dem stellen, was da in Ihrer inneren Welt ist, und sich sehen und in Empfang nehmen können. Ich weiß gar nicht, ob Ihnen bewusst ist, wie stark das von Ihnen ist.

Franz: Aber ich bin doch gerade schwach... (an dieser Stelle springt er wieder über sein tieferes Erleben.)

T: Langsam, schauen Sie da genau hin. Wie fühlt es sich innerlich an? Fühlt es sich schwach an?

Franz: Nein, irgendwie tut es gut. Ich spüre mich ganz stark.
T: Lebendig?

Franz: Ja, obwohl es auch sehr weh tut. (Wir verweilen etwas ...)

T: Es tut gut, es ist auch ein Schmerz dabei und Sie spüren sich stark. Ist das richtig so? Können Sie das gute Gefühl ruhig aus.

Franz: Ja. (Verweilt)

T: Sollen wir es dabei belassen?

Schauen wir noch einmal zurück auf das, was wir in dieser Stunde gemacht haben – und ob das so in Ordnung ist für Sie? Ich habe ja relativ viel geredet ... (Machtthema)

Franz: Ja, aber ich brauche das, auch dass Sie so deutlich geworden sind. Ich spüre Sie sonst nicht und dann bin ich irgendwie verloren. Es ist gut, wenn ich Sie spüre, weil ich mich dann auch zu spüren bekommen und das Gefühl bekomme, dass ich wer bin. Da ist wer, ich bin nicht nur leer... das brauche ich.

(Stellungnahme in zwei Richtungen: zu sich und zu mir/therapeutische Beziehungsklärung)

Theoretische Überlegungen zu Sequenz 2

Ein klarer, ein vom Sein-Lassen bestimmter Dialog ist unabdinglich. Es braucht ein DU, einen Beziehungs- und Begegnungsraum, in dem der Sprung in eine andere, existenzielle Seinsweise gelingen kann.

„Meine eigene Identität hängt wesentlich von meinen dialogischen Beziehungen zu anderen ab... In diesem Sinne ist es ausgeschlossen, allein ein Selbst zu sein.“ (Taylor 1996, 24, 71)

Der Mensch wird am Du zum Ich – so bei Buber. Ein viel zitierter Satz, der hier umgesetzt werden muss! Ich als Therapeut muss wesentlich da und mit meinem Wesen verbunden sein, um hilfreich zu sein. So kann der Patient die Spur zu seiner eigenen Tiefe finden und ein wohlwollendes Selbstverhältnis entstehen. Der Therapeut ist hier als verlässliche, begegnungsfähige Bindungsfigur gefragt (Brisch 2015, 121; Pinter 2016, 135; Längle 2016 155), eine „save base“ für die Reise in ein besseres Leben.

Daraus ergeben sich zuallererst folgende Aufgaben für den Therapeuten: PRÄSENZ + BEZIEHUNG + die BEGEGNUNG, die „Moments of Meeting“ (Stern 2005) suchend.

Das ist gar nicht so einfach, denn die Dynamik struktureller Störungen, der enorme psychische Schmerz und die

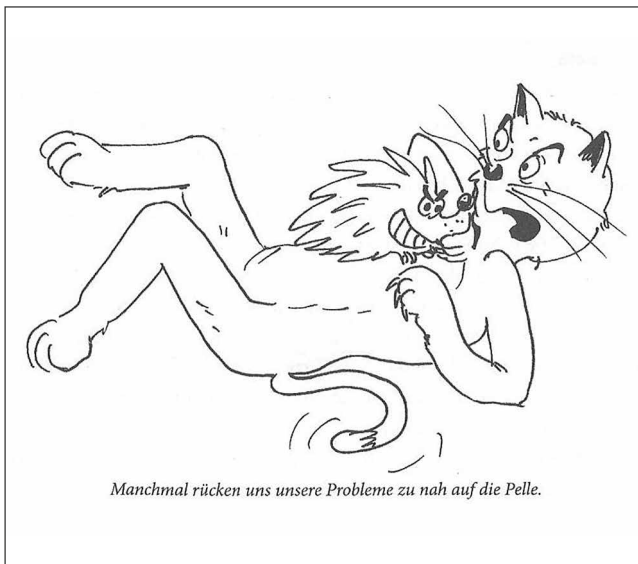


Abbildung 4: Probleme rücken uns nahe (© Kersing aus Kersing 2014, 27)

Wucht der Affekte, die spürbar werden, triggern auch die strukturellen Schwachstellen des Therapeuten (Lohmer 2005, 165). Wir sind also herausgefordert, unser eigenes Da-Sein in der Therapie, unsere Lebendigkeit und unser authentisches So-Sein durchzuhalten. Denn unser innerer Freiraum geht immer wieder verloren.

Kein Wunder also, dass die eigenen strukturellen Problemzonen (z.B. Gefühle der Unzulänglichkeit, Selbstabwertungen, Ungeduldig-Werden, Pathologisieren, Aktivismus im Helfenwollen, Leisten, etc.) anspringen. Zu diesen inneren Konflikten verweise ich auf den Artikel von Fischer-Danzinger (2017).

Es ist übrigens kein „Betriebsunfall“, solche Gefühle zu erleben, sondern gehört bei der Arbeit mit Menschen, die an strukturellen Störungen leiden, dazu.

Die Gefahr dabei ist, dass wir, ebenso wie der Patient, aufgrund der Intensität unserer Affekte nach primären Impulsen handeln, ohne sie mit dem, was wir „Gewissen“ nennen, abzustimmen. Der Patient reagiert aufgrund seiner Struktur. Aus seiner Erfahrung wurde eine Erwartung – auch wie ich als Therapeut reagieren werde. Der Klient baut mich in seine Welt ein (Strukturbildung). Wenn ich nun – gewissermaßen laienhaft – aufgrund meiner eigenen strukturellen Schwächen reagiere, ermöglicht das dem Patienten keine neue Erfahrung. Die starken eigenen primären Emotionen müssen in der realen Begegnungssituation ausgehalten und im Sinne der Phänomenologie nach innen verarbeitet werden („Stellvertretende Integration“ i. A. Lohmer 2005, 169). Die Kunst besteht im Offenhalten des Raumes für das eigene Erleben, im Fühlen und Spüren während der Begegnung, und für den lebendigen Prozess. Dafür brauche ich inneren Freiraum und Selbsterfahrung.

Freiraum zu schaffen ist ein wesentlicher Aspekt im Focusing (Renn 2016, 40) – darum hier auch die humorvollen Bilder aus Kersing (2009) (siehe Abb. 4 + 5).

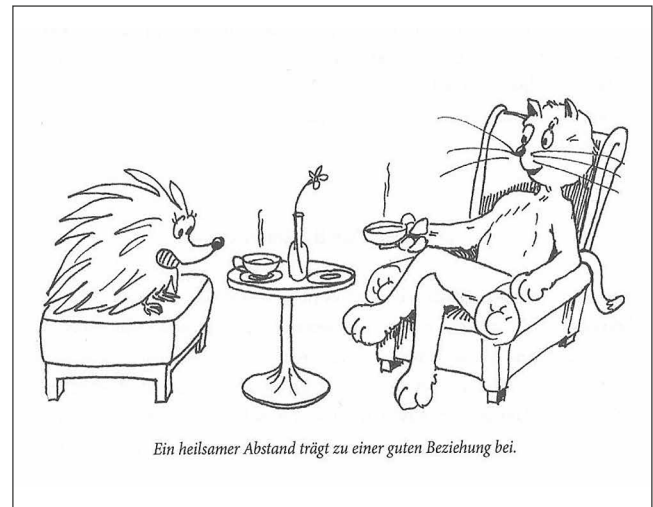


Abbildung 5: Stimmiger Abstand (© Kersing aus Kersing 2014, 31)

Ich brauche den Freiraum, um die Gedanken, von denen es mir als Therapeut schwerfällt sie zu sagen, die aber unbedingt wichtig sind, in Worte zu fassen. Ansonsten bin ich selbst in Gefahr, aus meiner Strukturbindung heraus zu antworten (I.A. Renn 2016). Schwer ist oft auch das Markieren in der Begegnung, wo genau eine fragwürdige Verknüpfung auftritt (wie zuvor im Therapiebeispiel beschrieben der Bezug zwischen Sich-stark-Fühlen-Wollen und der Idee, dies mit einer Vergewaltigung zu erreichen). Das sind häufig die Situationen, in denen die psychischen Schutzmechanismen anspringen (... die Nähe zum Stachelndraht, um beim Bild zu bleiben).

An dieser Stelle ein paar praktische Hinweise für TherapeutInnen zur Bedeutung des Atmens und des Körpers zur Unterstützung des inneren Freiraums:

Freiraum entsteht auch durch das Freigeben des Patienten, d.h. ich lasse meine Ansprüche los: Ich muss ihm nicht gefallen, ihn nicht halten.

Da der Körper die erste Struktur ist, die uns Da-Sein, Raum, Halt und Schutz vermittelt, ist er auch eine vorzügliche Möglichkeit, bei sich zu bleiben, zentriert und präsent zu sein (Angermayr 2014, 43), zum Beispiel durch einen bewussten Atemzug, in sich hineinlauschen und die Affekte nicht ausleben. Wichtig ist jedoch, die Botschaft der Affekte zu bergen, so dass ich im Prozess bleibe, sozusagen modellhaft den Patienten unterstütze, die unerträglichen Gefühle mit ihm aushalte und dann bearbeite, damit er seine eigene, stimmige Antwort finden kann („Containing Funktion“ i.A. Lohmer 2005, 169).

Der Atem ist eine gute Unterstützung, er führt uns direkt

zu uns, ermöglicht ein Bei-mir-Bleiben und verkörpert gleichzeitig den dialogischen Austausch sowie den freien Atem-Fluss. Wenn der Atem stockt, flach wird oder anhält, können wir davon ausgehen, dass wir nah dem „Stacheldraht“ sind. Abatmen bedeutet also auch frei werden. Ebenso hilft das **Atmen**, das **Gewicht des Körpers**, die **Resonanz** und **Haltung** wahrzunehmen. Mich eventuell in eine bequemere Position zu bringen, bevor ich antworte und das Wesentliche zu fassen versuche, kann ebenso hilfreich sein. Das kann ich nur tun, wenn ich mit mir, mit meiner Tiefe, verbunden und somit wirklich präsent bin. Ein Begleitphänomen des Da-Seins ist die innere Ruhe und Stille. Das ist sozusagen existenzanalytische Affektregulation. Dann kann ich meinem Gegenüber auch wirklich begegnen.

Die Bedeutung des Körpers ist nicht zu unterschätzen. Jeder strukturelle Stopp führt zu inneren Spannungen. Diese Empfindungen können angefragt werden: Wie fühlt sich das körperlich an, wird es weit oder eng? Der Körper ist an dieser Stelle auch der Ankerpunkt für das Aufgreifen des beginnenden wohlwollenden dialogischen Selbstverhältnisses und bringt zum Ausdruck: „Da ist ja jemand und es gibt ein inneres Gegenüber“ sowie tiefe, leise Gefühle hinter den Affekten (Angermayr 2014, 43). Der Strukturstopp wird damit zur Quelle von Selbsterkenntnis, Selbstmitgefühl, wenn sich die Vergangenheit aufschließt und die kreative Leistung des Kindes sichtbar wird. Für Franz war das ein kleiner Lichtpunkt in seiner Mitte, den er mit seinem Atem zu nähren begann. Der Beginn eines bewussten Verhältnisses zu sich, denn diesen Lichtpunkt haben wir immer wieder genährt ...

„Das Selbst ist ein Verhältnis, das sich zu sich selbst verhält.“ (Kierkegaard 1993, 13)

Letztendlich ist es auch eine Möglichkeit, sich Raum zu verschaffen, indem nach der Therapiestunde eine wohlwollende SupervisorIn aufgesucht wird.

Zu bedenken ist, dass in dieser Intensität nicht jede Stunde gearbeitet werden kann, das wäre für beide eine Überforderung. Die Therapie ist für den Patienten sehr anstrengend.

Verbunden mit dem Leben oder „Eine Ahnung, wie das Leben sein kann...“

Die Erfahrung von Begegnungen, der schönen „moments of meetings“ in der Therapie, wurde bei Franz immer wieder von großer Angst begleitet. Angst davor, die Beziehung, die gerade so gut ist, wieder zu zerstören, weil er schlecht ist. Vor allem in Situationen, in denen wir miteinander lachen konnten, kam diese Angst zum Vorschein. Dies bestätigt Lohmers zentrale Hypothese, dass „Borderliner“ grundsätzlich ein Problem damit haben, Verbundenheit mit einer anderen Person zu erleben, zu-

zulassen und aufrechtzuerhalten (Lohmer 2005, 41). Wozu lohnt es sich all diese Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung mit strukturgebunden Menschen durchzustehen? Ich habe einmal einen wunderbaren Satz gehört: „Jeder braucht zumindest einen Menschen, der verrückt nach einem ist.“ Ich glaube nicht, dass man das als Therapeut erfüllen muss, aber es erleichtert die Arbeit, wenn erahnt wird, welches Potential in diesem Patienten steckt und wer er ist. Ich muss an ihn „glauben“ und auch dem Prozess vertrauen können.

Ich überlasse Franz das Schlusswort: „Schon am Weg hierher (in die Praxis) wird es irgendwie leichter. Hier scheint alles kein so großes Problem zu sein... das tut gut. Ich bekomme eine Ahnung, wie das Leben sein kann. Ein Leben, das ich mag, dass ich bin und jemand EIGENER bin.“

Literatur

- Angermayr M (2014) Existenzielles Grounding. Das Seinserleben als Ressource der Person. In: Existenzanalyse 31, 2, 41–45.
- Brisch K H (2015) Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Fischer-Danzinger D (2017) Die (sichere) Fahrt auf der Hochschaubahn. In: Existenzanalyse 34, 2, 49–58
- Kersig S (2014) Freiraum schaffen bei Stress und Belastung, Freiburg: Arbor www.arbor-verlag.de
- Kierkegaard S (1993) Die Krankheit zum Tode. Stuttgart: Reclam
- Längle A (1999) Die Spaltung des Selbst. Eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen der histrionischen Gruppe. In: Existenzanalyse 16, 2, 15–18
- Längle A (2016) Existenzanalyse: Existenzielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas
- Lohmer M (2005) Borderline Therapie. München: Schattauer Verlag
- Pinter K (2016) Affektregulation in der Traumabehandlung. Eine bindungsorientierte Perspektive. In: Psychotherapieforum. Wien: Springer
- Renn K (2016) Magische Momente der Veränderung. Was Focusing bewirken kann. München: Kösel
- Taylor C (1996) Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität. Frankfurt: Suhrkamp
- Wiltshko J (2009) Experiencing. In: Stumm G & Pritz A (2009) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer
- Stern D (2005) Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Aspel

Anschrift des Verfassers:

MAG. PHIL. EAC. THEOL. MARKUS ANGERMAYR
 Andreas-Hofer-Straße 3
 A – 4020 Linz
 mail@markusangermayr.at

DIE (SICHERE) FAHRT AUF DER HOCHSCHAUBAHN

DORIS FISCHER-DANZINGER

Die Therapie mit Borderline-Patientinnen stellt die Therapeutin vor spezifische Aufgaben: der rasche Wechsel zwischen Gefühlen der Unabhängigkeit und großer Angst vor Autonomie, starker Verletzlichkeit und Einladung zum Kampf, die Welt als wunderbar und bald darauf als unaushaltbar zu erleben. Immer wieder auftretende Phasen von großer innerer Leere sowie Suizidgedanken sind sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten zeitweise wie eine Fahrt auf der Hochschaubahn. Damit diese Fahrt einerseits sicher genug für Patient und Therapeutin abläuft, andererseits aber genügend Spielraum für Veränderungen bietet, braucht es spezifische Anpassungen im Setting und auch bestimmte Haltungen des Therapeuten. Diese Besonderheiten in der Therapie mit Borderline-Persönlichkeiten werden beschrieben und anhand von Fall-Vignetten praxisnah dargestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline, Persönlichkeitsstörung, Settingbedingungen, Szenisches Verstehen

THE (SAFE) RIDE ON THE ROLLER COASTER

Therapy with borderline patients confronts the therapist with a specific task: the rapid change between feelings of independency and great fear of autonomy, severe vulnerability and invitation to combat, experiencing the world as wonderful and soon after as unendurable. Phases appearing again and again of great inner emptiness as well as suicidal thoughts are similar to a ride on the roller coaster for the patient as well as for the therapist. So this ride can take place secure enough for patient and therapist on the one hand and provides sufficient room for change on the other, specific adaptations in setting and certain attitudes of the therapist are necessary. Special features of therapy with borderline personalities are described and practice-oriented case vignettes outlined.

KEYWORDS: borderline, personality disorder, setting requirements, scenic understanding

Zur besseren Lesbarkeit werden im Artikel abwechselnd die weiblichen und die männlichen Formen (Therapeutin, Therapeut / Patientin, Patient) verwendet.

Einleitung

Um Ihnen die Schwierigkeiten, die wir als Therapeutinnen mit Borderline-Patientinnen haben, anschaulich zu machen, möchte ich Ihnen gerne schildern, wie es mir bei der Vorbereitung des Vortrags zu diesem Thema (für den Kongress der GLE-I: „Schmerz-HAFT Verständnis und Behandlung der Borderlinestörung“; Wien 29.4. bis 1.5.2017) gegangen ist.

Im Februar 2017 hatte ich drei Wochen Urlaub und unter anderem schon an diesem Vortrag gearbeitet. Es ging eigentlich gut, ich hatte meine Ideen recht flüssig in den Laptop getippt und war deshalb guter Dinge, dass ich eigentlich nur mehr kleinere Korrekturen – eher sprachlicher Natur – anbringen muss. Mein Vortrag sollte inhaltlich die **Schwierigkeiten, die wir als Therapeutinnen** in den Therapien mit Borderline-Patientinnen haben, behandeln.

Nun zu dem besagten Sonntag: Nach einer guten Tasse Kaffee setzte ich mich zu meinem Vortrag, las den Text aufmerksam durch und dachte mir: „Das muss ich noch ein bisschen mehr strukturieren.“ So weit so gut. Und damit begann etwas, das ich vorerst überhaupt nicht verstand, unter dem ich aber dann an diesem Sonntag und in den nächsten Tagen recht gelitten hatte:

Auftretende Phänomene in der Beziehung zu Menschen mit Borderline-Persönlichkeit

Nicht und nicht wollte es mir gelingen, eine Struktur in diesen Text zu bekommen – vorerst empfand ich es nur als **mühsam**, aber nach und nach kamen **Zweifel** in mir hoch: Bei den Beispielen, die ich im Text anführe – handelt es sich da wirklich um Borderline-Patientinnen? Habe ich alle zumindest in Bezug auf die diagnostische Frage mit KollegInnen besprochen oder war mir meine eigene Diagnose genug? Was hat mich so sicher gemacht? Etwas hektisch begann ich, alle Bücher, die ich über das Thema Borderline habe, aufzuschlagen. Ich merkte, dass mir mein Wissen über das Thema verloren ging, merkte, dass sich die Gedanken nicht ordnen ließen. Ich **fühlte mich leer, verwirrt, wertlos, dumm**, startete mein Manuskript an, die vielen eng beschriebenen Seiten vom Februar und nichts davon sagte mir etwas, ich **fühlte mich hilflos...** und noch etwas tauchte auf: der Gedanke, dass ich **ein Vis-a-vis brauche**. Ich brauchte jetzt jemanden, der mir Halt gibt und ich spürte deutlich: **es braucht ein DU**, damit ich MICH wieder zu fassen bekomme. Ein DU, das **mich in meiner Verwirrung aushält** und möglichst sachlich auf mich und meinen Text und meine Gedanken schaut, dadurch für mich Klarheit schafft, das Klebrige meiner Gefühle (Angst, Leere, Verwirrung,...) lockert. Ich rief damals eine liebe Freundin und Kollegin an. Sie war bereit, mir zu helfen, und ich spürte die Erleichterung und fasste zaghaft etwas Mut.

Phänomene in der Therapie mit Borderline-Patient/innen

mühsam
zweifelnd
verwirrt
leer
wertlos
dumm
hilflos

➡ Ich brauche ein DU

Abb. 1: Häufige Gefühle, die im Therapeuten während der Therapie mit Borderline-Patientinnen auftreten können

Am nächsten Tag traf ich einen Kollegen, und als er mich fragte, wie es mir geht, schilderte ich ihm ein bisschen von meiner Misere am Vortag. Er hörte mir ruhig zu, und meinte dann: „Aber dann bist du ja mitten drin in deinem Thema: das alles beschäftigt uns in der Therapie mit Borderline-Patientinnen. In meiner (analytischen) Sprache würde ich sagen, dass das die üblichen **Gegenübertragungsgefühle** sind, die in der Therapie mit diesen Patientinnen auftauchen.“

Was sind nun noch weitere hervorstechende Probleme, Schwierigkeiten, die die meisten Therapeutinnen mit Borderline-Patientinnen haben? Ein **diffuses Gefühl von Angespanntheit und Besorgnis**. Sorge wegen der zumindest latent spürbaren Suizidalität und (möglicherweise brutalen) Selbstverletzungen, ein Angespanntsein, weil es oft einen **raschen Wechsel zwischen „guten“ und „heftigen“ Phasen** in der Therapie gibt, **manchmal kommt es auch zu massiven Angriffen auf uns Therapeutinnen**. Hin und wieder tauchen auch **ängstliche Phantasien auf**, was einem Patienten in seiner Wut auf uns einfallen könnte: z.B. körperliche **Attacken** (dies wird eher im forensischen Setting ein Thema sein) oder dass er unseren **Ruf schädigen könnte**, indem er uns unprofessionelles Verhalten vorwirft (zu dem wir uns eventuell auch wegen der impulsiven Dynamik hinreißen lassen), dass er uns vielleicht auch unter unseren Kolleginnen, beim Berufsverband oder im Ministerium „anschwärzen“ – also viel „Wirbel“, viele „Unannehmlichkeiten“ in unser Leben bringen könnte.

Die Aufzählung ist nicht vollständig – ich habe nur einige Phänomene heraus gegriffen.

Ich möchte Ihnen nun anhand von Beispielen aus der Praxis aufzeigen, wie sich diese Phänomene in der Therapie zeigen, und werde Überlegungen dazu anstellen, was hilfreich sein könnte.

Um welche existenzanalytischen Themen geht es in der Therapie mit Borderline-Patientinnen?

Werfen wir einen Blick auf das, was sich zeigt – und zwar im Patienten, aber dann auch in der Beziehung zwischen Patient und Therapeutin –, dann können wir sehen, dass sich auf dem Hintergrund der existenzanalytischen Strukturtheorie Folgendes abbildet:

Die Fragen – **Wer bin ich?** Was ist richtig, was gehört zu mir, was zum anderen? Wieviel Nähe und wieviel Abstand sind für mich stimmig? – sowie das Thema der passenden Abgrenzung (nicht nur Ausgrenzung) sind zentral. Borderline-Patientinnen leiden unter einer diffusen Ich-Identität – Themen der **3. Grundmotivation**.

Weiters beschäftigt den Patienten die Frage: **Wie bin ich da?** Die Nähe zu sich selbst geht verloren, er kann die Gefühle nicht halten, häufig erlebt er schnell kommende und wechselnde Affekte, und es ist keine wohlwollende Nähe „ich zu mir“ spürbar. Hier finden sich die Themen der **2. Grundmotivation**.

Bei Belastungen im Leben dieser Patientinnen kommt es schließlich auch zum Erleben einer tiefen Erschütterung. Es kommt zu Verlust von Boden und Halt, zum Gefühl, dass sich Strukturen auflösen, dem Gefühl, sich als Person aufzulösen, bis zur Frage: **Bin ich?** – Also hier die Themen der **1. Grundmotivation**.

Die Angst des Borderliners kommt sehr nahe an die psychotische Angst heran. Stellen Sie sich vor, Sie sind ca. fünf Jahre alt und mit Ihrer Mutter in einer ihnen fremden Stadt unterwegs. Sie stehen vor einem Schaufenster und plötzlich merken Sie, dass Ihre Mutter weg ist. Sie schauen sich um, können sie aber nirgends entdecken. Die Menschen um Sie herum sprechen eine Sprache oder einen Dialekt, den Sie nicht verstehen und außerdem rennen sie hektisch an Ihnen vorbei. Wenn man sie anschaut, dann trifft Sie eher ein abweisender Blick, weil Sie im Wege stehen. Höchstwahrscheinlich werden Sie von Angst überflutet und Verzweiflung macht sich in Ihnen breit. Sie fühlen sich mutterseelenallein in einer Menge von fremden, abweisenden Menschen. **So fühlt sich ein Borderline-Patient die meiste Zeit bzw. immer wieder: von einer massiven, alles durchdringenden Angst überflutet**. Wir als TherapeutInnen erleben dementsprechend in diesen Therapien häufiger als in anderen Therapien **Angst um** den Patienten bzw. eine Ängstlichkeit oder **Angst vor dem Patienten**.

Und natürlich ist aus dem schon ersichtlich, dass die **4. Grundmotivation** ebenfalls stark in Mitleidenschaft gezogen ist: **Worum soll es in meinem Leben gehen?** Das

lässt sich nicht beantworten, wenn ich den Boden verliere, wenn ich keinen guten Zugang zu meinen Gefühlen habe, wenn ich nicht weiß, wer ich im Grunde bin. Da geht die Orientierung naturgemäß verloren.

In der Therapie mit Borderline-Patientinnen werden wir als Therapeuten notwendigerweise in die Innenwelt der Patientinnen hineinverwoben, wir können uns dem nicht entziehen und es ist wichtig, dieses Dilemma auch als notwendig zu verstehen: Einerseits werden wir Teil des „Dramas“ und andererseits müssen wir es schaffen, aus diesem Drama immer wieder auszusteigen.

Nun zu Beispielen aus der Praxis

1) „Die Feuerwehr übt nicht im Brandfall“ oder Klare Rahmenvereinbarungen

Mit Borderline-Patientinnen ist es aus meiner Sicht besonders wichtig, klare Settingbedingungen zu schaffen und zwar am Beginn der Therapie. In dieser Phase können die Patientinnen noch relativ ruhig auf ihre Problematik schauen – und das Ziel ist es, möglichst genau herauszuarbeiten, was die Therapie gefährden könnte, um Vorgehensweisen zu besprechen, dass es möglichst zu keinem Therapieabbruch kommt. Das gibt dem Patienten, aber vor allem auch uns Therapeutinnen Sicherheit und Halt in heftigen Therapiephasen.

In dem folgenden Beispiel gelingt mir das erst nach einem Zwischenschritt...

Frau X sucht dringend einen Therapieplatz... ich sei ihr empfohlen worden. Es gehe ihr zunehmend schlecht, in ihrer Partnerschaft gibt es große Probleme, und sie weiß sich nicht mehr zu helfen. Ihr Freund habe ihr mehrmals gedroht, sie zu verlassen, weil sie sich immer wieder schwer – zum Teil in suizidaler Absicht – selbst verletze und weil er ihre Stimmungsschwankungen nicht mehr aushalte. Vor mir sitzt eine wirklich verzweifelte Frau und ich verspüre den **Wunsch, ihr rasch Erleichterung zu verschaffen**. Sie ist schon mitten in der Schilderung des letzten Streits mit ihrem Freund, weint heftig bei der Erinnerung, als ihr Partner vorletzte Nacht wieder wütend die gemeinsame Wohnung verlassen hat und bis dato für sie nicht erreichbar war. Ich bemerke bei mir einerseits den **Wunsch, die Patientin „ankommen“ zu lassen**, sie erzählen zu lassen, andererseits möchte ich eine Anamnese machen und die **Rahmenbedingungen klären**, um zu schauen, was sie sich von der Therapie erwartet und ob ich das auch als realistische Therapieziele ansehe. In dieser Stunde erfahre ich gerade noch, dass sie schon zwei Mal in Therapie war und daher „eh schon Bescheid weiß, wie Therapie läuft“. In

der zweiten Stunde ist sie ruhiger, der Freund will es noch einmal mit ihr versuchen und ich frage sie unter anderem nach den früheren Therapieerfahrungen. Die Patientin: „Ich möchte aber eher darüber reden, wie Sie mir helfen können, dass mein Freund bei mir bleibt...was interessieren mich jetzt die vergangenen Therapien?“ Therapeutin: „Das kann ich gut verstehen, dass Ihnen das jetzt viel dringlicher erscheint. Aber es ist wichtig, über den gemeinsamen Rahmen zu sprechen, darüber, was Sie sich in der Therapie erwarten und wie ich die Situation einschätze.“ Sie taxiert mich und ihr Blick ist kalt: „Na gut, bitte schön, wenn Sie (!) das brauchen!“ Ich **fühle mich getadelt** und „gnadenhalber“ mit meinen Fragen **geduldet**. Das Wissen, dass die Settingvereinbarungen Priorität haben, hilft mir. Allerdings ist jetzt zwischen mir und der Patientin eine kalte Stimmung entstanden.

Nachdem ich ihr ein paar Fragen zu den vorigen Therapien gestellt habe und sie knappe Antworten gibt, spreche ich die Atmosphäre und die Beziehung, die zwischen uns entstanden ist, an:

Gefühle und Gedanken	Fragen im Therapeuten	Entscheidung, Intervention
Getadelt	Soll ich beim Rahmen bleiben oder die kalte Stimmung ansprechen? Was greife ich heraus?	Patientin ist für mich nicht mehr erreichbar („kalte Antworten“)... das führt zur Gefahr, in einen Machtkampf zu kommen Die Patientin fügt sich scheinbar meinem Wunsch, über die Rahmenbedingungen zu sprechen, wird sich aber nicht ernsthaft damit auseinander setzen wollen und können
Gnadenhalber geduldet		
Wissen, dass Rahmenbedingungen sehr wichtig sind		

Abb.2: Entscheidungsfindung, welches Thema herausgegriffen werden soll

Th.: „Merken Sie, wie kühl die Atmosphäre zwischen uns jetzt ist? – Ganz anders als zu Beginn der Stunde.“

Pat.: „Wundert Sie das?“ Mehr sagt sie nicht. In mir ist eine unangenehme Spannung entstanden: Ich will etwas, was die Patientin offensichtlich nicht will.

Th.: „So, als ob ich etwas Unrechtes getan hätte?“

Pat.: „Na Sie sind gut! Ich habe massive Streitereien mit meinem Freund und habe Angst, dass die Beziehung endgültig bricht, und Sie nerven mit längst Vergangenen.“

Th.: „Ja, ich spüre Ihren großen Wunsch, dass wir über Ihre Beziehungsproblematik sprechen, andererseits ist es für unsere Arbeit wichtig zu wissen, was in den vorigen

Therapien gelungen ist, was schwierig war, um zu klären, wohin die Reise in dieser Therapie gehen soll. Ich denke, Sie erleben meinen Versuch der Klärung als Unrecht – ich bin der Meinung, dass ich Ihnen nur dann gut helfen werde können, wenn ich etwas über Ihre Geschichte, vor allem über die vergangenen Therapien erfahre.“

Pat.: „Sie sind wie mein Freund... der kramt auch immer in der Vergangenheit und wir kauen endlos durch, was dann und dann war und wer was wann gesagt hat... alles sinnlos... reine Zeitverschwendung.“ Trotzdem ist die Patientin etwas milder im Ton, an die Stelle der Kühle zwischen uns und ist „warmer“ Ärger getreten.

Th.: „Sie haben Sorge, dass wir hier endlos in der Vergangenheit kramen und uns nicht den wirklich wichtigen Themen widmen?“

Die Patientin nickt.

Th.: „Ich möchte Ihnen gerne sagen, wie ich es sehe: Ich möchte Ihnen gerne helfen, Ihre Probleme zu bewältigen. Dazu braucht es einerseits, dass Sie am Leben bleiben. Sie haben in der ersten Stunde erwähnt, dass Ihr Freund auch wegen der Suizidversuche und Selbstverletzungen die Beziehung beenden wollte... (Patientin nickt). Weiters haben Sie schon Therapieerfahrung, da war wahrscheinlich einiges hilfreich und anderes ist offen geblieben, denn deswegen sind Sie hier. Sehen Sie das auch so?“

Ich versuche also Klärung herbei zu führen, wie ich glaube, dass die Patientin meine Fragen sieht und wie ich es verstehe (PEA 0).

Und ich versuche, **Compliance herzustellen** und die Person (den „gesunden Teil, der Teil in ihr, der in Therapie kommt“) zur Zusammenarbeit einzuladen.

2) Klärung von früheren Therapieabbrüchen

Die Klärung von früheren Therapieabbrüchen ist ein ganz wichtiger Punkt am Beginn der Therapie! Das ist deswegen so wichtig, weil sich mit hoher Wahrscheinlichkeit die Schwierigkeiten in der gegenwärtigen Therapie wiederholen werden und weil der Patient und ich am Anfang in emotional ruhigerer Situation klären können, wie wir mit diesen Schwierigkeiten umgehen werden.

Bei meiner Patientin stellt sich heraus, dass die erste Therapie abgebrochen wurde, weil die Patientin sich von ihrem Therapeuten auch privaten Kontakt gewünscht hat und die zweite Therapie wurde abgebrochen, weil die Therapeutin von ihr immer wieder zwischen den Stunden, vor allem auch nachts, angerufen wurde. Schließlich hat die Therapeutin die Therapie abgebrochen.

Worauf müssen wir in dieser Therapie achten, damit es nicht wieder zu einem Abbruch kommt?

3) Prioritätenliste der Themen:

Es ist hilfreich, eine **Prioritätenliste der Themen** in der Therapie im Hinterkopf zu behalten – auch hier können wir dies anhand der Grundmotivationen verstehen:

1. Schutz des Lebens: Leben des Therapeuten und Leben des Patienten; Sein-können... 1. GM
2. Schutz der Therapie: Therapieabbruch verhindern; Beziehung erhalten; eine gute Arbeitsbeziehung erhalten... 2. GM
3. Schutz des Therapieinhalts, des konstruktiven Arbeitens; Stillstand in der Therapie verhindern, relevante Themen in der Therapie bearbeiten und sich nicht in „Belanglosem“ verlieren; Was ist das Wesentliche?... 3. GM

Bei meiner Patientin fallen nun die ersten beiden Punkte zusammen: Die Therapie ist abgebrochen worden, weil die Patientin suizidal wurde (Punkt 1: Schutz des Lebens) und weil es wegen massiver Anrufe zwischen den Stunden zum Abbruch vonseiten der Therapeutin kam (Punkt 2 Schutz der Therapie); das gemeinsame Arbeiten war nicht mehr möglich.

Anfangs war es auch so vereinbart, erzählt mir die Patientin: „Wenn es Ihnen so schlecht geht, dass sie nicht mehr weiterleben wollen, dann können Sie mich im Notfall auch zwischen den Stunden anrufen.“

Pat.: „Ich habe mich von meinem Freund getrennt – besser gesagt, er hat sich von mir getrennt... und da habe ich mich so furchtbar gefühlt. Ich habe meine Therapeutin angerufen... an dem Abend, wo mir mein Freund den Laufpass gegeben hat... da haben wir gesprochen, und es war so gut, die Stimme der Therapeutin zu hören, und das hat mich auch beruhigt... Aber in der Nacht, als ich aufgewacht bin, habe ich es nicht ausgehalten und wieder angerufen...“ Die Therapeutin habe wieder mit ihr geredet, sie konnte sich dann auch beruhigen, in eine Klinik wollte sie nicht: „Es ging ja so.“ Doch die Anrufe zwischen den Stunden wurden häufiger, die Therapeutin wirkte aus Sicht der Patientin mit der Zeit genervt.

Ich versuche nun auch hier herauszuarbeiten, was unsere Therapie gefährden könnte:

Th.: „Frau X, wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann war es einerseits gut, die Therapeutin anrufen zu können, wenn es Ihnen zwischen den Stunden schlecht ging, aber letztendlich hat das zum Abbruch der Therapie geführt?“

Pat.: „Ja, ich habe immer wieder versucht, alleine zurecht zu kommen, aber letztendlich habe ich sie dann doch immer wieder angerufen!“

Th.: „So wie ich das verstehe, konnte Ihre Therapeutin nicht mehr erkennen, wann es Ihnen wirklich ganz schlecht ging, so dass Gefahr bestand, Sie könnten sich umbringen?“

Pat.: „So ein Blödsinn...“

Th.: „Sie meinen also, die Therapeutin konnte es unterscheiden. Woran hat sie sehen können, ob Sie ernsthaft in Gefahr waren, sich das Leben zu nehmen oder ob es Ihnen zwar sehr schlecht ging, Sie aber nicht in Suizidgefahr waren?“

Nach einigem Zögern:

Pat.: „Hm, ja, das konnte sie wahrscheinlich nicht mehr... und ich auch nicht mehr.“

Th.: „Dann wäre es wichtig, dass wir **jetzt** klären, wie wir vorgehen, wenn es Ihnen schlecht geht. Die Feuerwehr probt auch nicht im Brandfall. Da muss klar sein, was zu tun ist. Und Sie haben mir erzählt, dass Sie, wenn es Ihnen schlecht geht, selbst nicht mehr wirklich unterscheiden können, ob Sie kurz vor einem Suizidversuch stehen oder nicht. Und ich will, dass Sie leben! Und ich will auch, dass die Therapie hier gelingen kann – und dazu müssen Sie in erster Linie am Leben bleiben. Und in zweiter Linie ist es wichtig, dass ich gut mit Ihnen in Therapie bleiben kann. Können Sie das auch so sehen?“

Pat.: „Hm...ja, eigentlich irgendwie logisch.“

Wir vereinbarten, dass Sie sich in Krisen zwischen den Sitzungen an Ambulanzen oder Kriseninterventionsstellen wendet und nicht an mich. Das Problem ist ja nicht, dass sie die Stimme der Therapeutin beruhigend fand, dass sie es als hilfreich erlebt hat, dass da jemand ist, wenn sie sich alleine und verzweifelt fühlt. Das ist ja sehr gut nachvollziehbar. Das Problem ist, dass es ein Fass ohne Boden ist und es unser gemeinsames Arbeiten gefährden würde.

Bei ich-starken Patientinnen schaut das Arbeitsbündnis so aus, dass wir den Patienten durch ein Ich-Anfragen anleiten, dass er zu einer für ihn stimmigen Stellungnahme und zu einem stimmigen Ausdruck dieser Stellungnahme in seinem Leben kommt (Dies geschieht durch ein Anfragen entlang der „Personalen Existenzanalyse“; Längle 2014).

Bei Borderline-Patientinnen ist es wichtig, mehr im Hier und jetzt auf die Beziehung zu schauen: Was geschieht jetzt zwischen uns? Das heißt, viel mehr Arbeit an der Ich-Struktur: das ist **die** zentrale Arbeit mit Borderline-Patientinnen. Diese Patientinnen brauchen uns viel mehr als ich-stärkere Menschen als Person, als ein „angreifbares“ Vis-a-vis. Im Übrigen haben deswegen Clarkin, Yeomans und Kernberg (2001) die „Transference focused Psychotherapy“ – TFP – entwickelt: weil sich das klassische analytische Setting für Borderline-PatientInnen als nicht hilfreich erwiesen hat.

Wenn es „eng“ für den Patienten wird, bei Themen also, wo es tiefe Verletzungen in seinem Leben gab, dann kommt es laut Prozessmodell der Existenzanalyse dazu: Auf den Eindruck folgt – ohne personale Stellungnahme – der Ausdruck.

Da ist keine Möglichkeit mehr, in Abstand zu gehen. Die nicht integrierte Psychodynamik führt zu einem Mangel an Existentialität (Längle 2016).

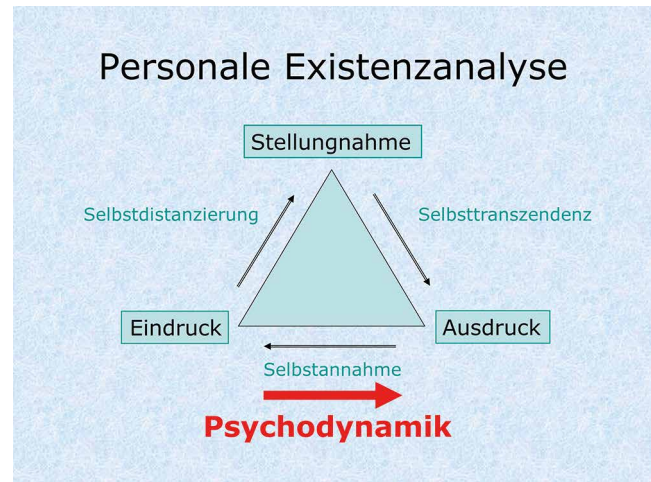


Abb. 3: Vom Eindruck zum Ausdruck ohne personale Stellungnahme

In einem Bild ausgedrückt können wir uns diese Dynamik auch so vorstellen:

Wenn es sehr stürmisch ist und wir die oberen Äste bzw. Krone eines Baumes betrachten, dann überkommt uns manchmal Sorge, dass er den Sturm nicht aushalten wird, dass er knicken wird – und manchmal passiert dies ja wirklich. Aber wenn wir dann auf den Stamm schauen, den Teil des Baumes, wo er in der Erde verwurzelt ist: da steht er fest und sicher. Da ist es ruhig.

Und so können wir einen Vergleich heranziehen: Den Borderline-Patienten erfasst die Heftigkeit seiner Emotionen bis in die Wurzeln, da ist keine Ruhe im Sturm, er wird gesamt davon erfasst. Und die Gefahr für den Therapeuten ist, dass auch er von der Heftigkeit ebenso erfasst wird, sodass er dem Patienten keinen Halt mehr geben kann. **Die Rahmenbedingungen stellen einen Halt für beide dar.**



Abb.4: Das Erfasst-Werden von den Emotionen „bis in die Wurzeln“

Ein anderes Bild dafür stammt aus dem „Ringkampf“: Am Anfang der Therapie ist es im äußeren Leben des Patienten meist heftig, aber zwischen Therapeutin und Patient ist es emotional noch ruhig.



Abb.5: Zwischen Therapeutin und Patient ist es emotional ruhig, im Leben des Patienten ist es emotional häufig sehr turbulent

Später, wenn die Therapie zu greifen beginnt, kommt es im Allgemeinen dazu, dass es im Leben des Patienten außerhalb der Therapie ruhiger wird, es emotional aber zwischen Therapeut und Patient heftiger wird. Es braucht den Außenring, der Halt gibt: drinnen wird es sehr heftig zugehen, aber die Seitenseile begrenzen das Areal der Heftigkeit.

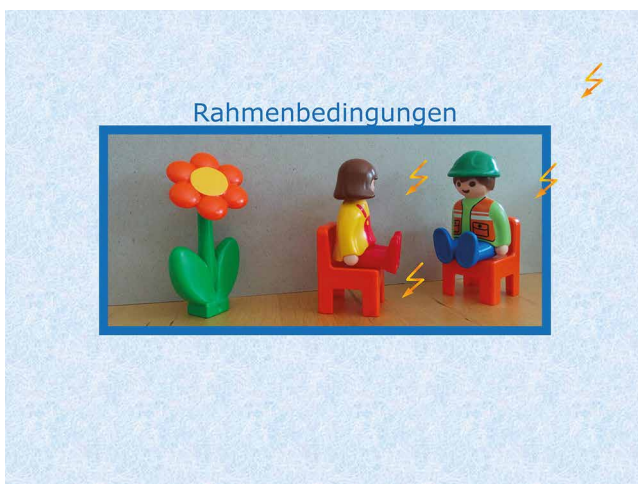


Abb.6: Rahmenbedingungen geben Halt in emotional heftigen Situationen

Und diesem Außenring entsprechen in der Therapie die Rahmenbedingungen.

Was kann noch Halt und Orientierung für mich als Therapeutin geben?

4) „Kernbergs Rat“ oder: Gut bei sich bleiben können

Ich erinnere mich an eine Supervisionsstunde mit Prof. Kernberg. Es ging um die Frage eines Kollegen, ob es seinem Patienten wirklich zumutbar ist, sich einen Nebenjob zu suchen, um sich die Therapie (schon zum Sozialtarif) finanzieren zu können. Der Kollege führte alle möglichen Hindernisse auf, warum es doch nicht klappt mit dem Nebenjob, und äußerte seinen Zweifel, ob es gerecht sei, diesen Sozialtarif für die Therapie zu verlangen, oder ob er die Therapie gratis anbieten soll. Prof. Kernberg schaute den Kollegen an und fragte ihn: „Wenn Sie sich vorstellen, Sie sind in dieser Situation: da ist ein Therapeut, der will mit Ihnen arbeiten und bietet Ihnen einen Sozialtarif an. Trotzdem müssen Sie noch etwas dazu verdienen, um sich das leisten zu können. Wie würden Sie entscheiden?“ Der Kollege stutzte kurz und sagte dann aber ganz klar: „Na, **ich** würde versuchen, diese Therapie zu finanzieren.“ Darauf Prof. Kernberg: „Sehen Sie: **Das** ist das Normale!“ Es kann also hilfreich sein, mich zu fragen, wie *ich* es tun würde in einer vergleichbaren Situation, wie *ich* es erleben würde, etc. Diese Erfahrung aus der Supervision ist mir immer wieder dann hilfreich, wenn ich zu sehr in den **Sog der Sichtweise meiner Patientinnen** gerate, so dass ich zweifle: Darf ich z.B. meiner Patientin sagen, dass es wichtig ist, dass sie regelmäßig zur Therapie kommt, **auch und gerade dann**, wenn es ihr schlecht geht – sie mir aber glaubhaft versichert, wenn es ihr so schlecht geht, könne sie eben **gerade deswegen nicht** in die Therapie kommen? Es gibt mir in der Situation einer heftigen Therapiesitzung eine Orientierung, an die ich mich anhalten kann. Bei ich-stärkeren Patienten verlieren wir diese Außensicht üblicherweise nicht, aber Borderline-PatientInnen lassen uns manchmal an Dingen zweifeln, bei denen wir ansonsten recht sicher und klar sind.

5) Borderline ist nicht ansteckend – oder doch? Der Stellenwert der Gefühle

5a) Szenisches Verstehen der Therapiesituation

Die Patientin kommt in die Stunde und fragt empört: „Wieso waren Sie vorige Stunde so ärgerlich auf mich?“ Ich bin überrascht, auch betroffen – ich kann mich an keinen Ärger von mir in der vorigen Stunde erinnern. Das sage ich ihr auch.

Pat.: „Ja, das müssen Sie wohl so sagen. Therapeuten haben ja nie Ärger... sind immer ausgeglichen...“

Ich bitte sie, mir zu sagen, an welcher Stelle im Gespräch sie mich denn so erlebt hat.

Pat.: „Das ist ja noch schöner. Jetzt stellen Sie sich auch noch

dumm, so als ob Sie nicht genau wüssten, wovon ich rede.“ Ich sage ihr, dass ich wirklich nicht weiß, von welcher Situation der letzten Stunde sie spricht.

Pat.: „Das wissen Sie haargenau.“

Th.: „Nein, das weiß ich nicht. Und da brauche ich Ihre Unterstützung, um das mit Ihnen anschauen zu können.“

Sie schweigt. Ich bitte sie nochmals, mich aufzuklären. Schweigen...und ich merke, wie langsam Ärger in mir aufsteigt: ich bemühe mich redlich um Klärung der Situation und werde kalt abserviert. **Der Ärger in mir und die Art, wie die Patientin das Ereignis der letzten Stunde zwischen uns anspricht**, sind wichtige Informationen, die ich aber noch nicht verstehe. Dann beschreibe ich, was ich wahrnehme (**PEA 0**): Th.: „Also vorige Stunde haben Sie mich ärgerlich erlebt und Sie wussten nicht, warum ich so ärgerlich war und heute erlebe ich Sie verärgert und weiß ebenfalls nicht, worauf Sie anspielen. Einer von uns ist verärgert und der andere unwissend, hat aber irgendwie einen Fehler gemacht?“ Die Patientin entspannt sich etwas und im weiteren Verlauf der Stunde sagt sie, dass sie solche Situationen eigentlich häufig erlebt bzw. erlebt hat. In der Kindheit bei den heftigen Wutausbrüchen ihres Vaters, die wie aus dem Nichts kamen, und sie oft nicht nachvollziehen konnte, was dem Ausbruch voran ging. Aber sie wusste eines: Wenn sie sich entschuldigte und um Verzeihung bat, dann war es rascher vorüber und sie konnte eventuell den Schlägen des Vaters entkommen. Und heute kenne sie solche Situationen in der Beziehung mit ihrem Freund. Diese typische Konfliktsituation hat die Patientin nun, sozusagen live, in die Therapie gebracht. („**Szenisches Verstehen**“) (Schmidt 2008). Das sage ich der Patientin. Nachdem sie das auch so sehen kann, vereinbaren wir, dass sie möglichst gleich in der Stunde anspricht, wenn sich so etwas wiederholen sollte. Das weitere Vorgehen ist dann entsprechend der PEA, wobei wir erst nach vielen Wochen und immer wieder ähnlichen Situationen herausarbeiten können, dass immer dann, wenn in der Stunde etwas offen bleibt, weil wir es derzeit noch nicht verstehen, in ihr eine Unruhe und Spannung, auch Angst entsteht, weil sie **annimmt**, dass ich deswegen verärgert sein könnte, eventuell sogar die Therapie abbrechen könnte, weil „mit ihr nichts weiter geht“, weil sie eine „zu dumme Patientin“ sei etc. Sie hat also meinen Ärger nicht wirklich wahrgenommen, sondern „nur“ angenommen, dass... Sie ist sozusagen davon ausgegangen.

In **dieser** Therapiesituation ist der Ärger langsam in mir hochgestiegen und war mir aus der Situation heraus auch verständlich. Hier ist die Intervention gewesen: der Patientin aufzeigen, was sich in der Therapiebeziehung gerade zwischen uns ereignet und dadurch die „Szene“ zu

verstehen, die sich zwischen uns etabliert hat.

In anderen Sequenzen kennen wir auch das Phänomen, dass ein meist heftiges Gefühl plötzlich (quasi ohne Vorwarnung) in uns ist.

5b) Containing: Die Veränderung beginnt im Therapeuten

Herr B. ist wegen verschiedener (unter anderem auch sadistischer sexueller) Gewaltdelikte verurteilt worden. Eines Tages beginnen wir die Stunde so, dass ich ihn frage, was ihn beschäftigt, und er erzählt von einer Auseinandersetzung mit einem Haftkollegen. Ich bemerke, dass ich plötzlich wütend bin, dass ich ihm am liebsten all seine Delikte an den Kopf werfen will. Erschreckt stelle ich fest, dass es mir Freude bereiten würde, ihn damit zu beschämen. Aus unseren bisherigen Gesprächen weiß ich, was ihn treffen würde, und ich bin ihm gegenüber ja auch in einer Machtposition. Ihm ganz deutlich zu zeigen, wie „klein“ er ist und wie mächtig wir sind – wir, die wir auf der Justizseite stehen... ja, das wäre jetzt reizvoll...

Was ist das Phänomen? Zuerst empfinde ich ein starkes Gefühl der Empörung und fast gleichzeitig nimmt ein heftiger Impuls von mir Besitz: ihn zu demütigen. Die Heftigkeit, das fast davon Überrumpelt-Werden, erschreckt mich. Ich versuche es zu verstehen: Woher kommt es? Was ist passiert? Im Außen: nichts. Der Patient schildert eigentlich vollkommen „unauffällig“ eine Auseinandersetzung mit einem Kollegen. Ich frage ihn nach seinen Gefühlen:

Pat.: „Ja, ich war ein bisschen ärgerlich auf den S.“

Kein heftiges Gefühl erkennbar... ich frage ihn nach seinem Impuls:

Pat.: „Na ja, am liebsten wäre ich weggegangen... sein Plappern ist mir schon am Nerv gegangen. Aber wir arbeiten ja beide in der Tischlerei... wohin hätte ich schon gehen sollen?“

Dann schaue ich auf mich: Kenne ich mich im Allgemeinen so? – Nein. Scheinbar ist dieses heftige Gefühl und dieser Impuls nicht zuordenbar. Und nun hilft mir mein Wissen, dass es sich hier höchstwahrscheinlich um ein abgespaltenes, dissoziiertes Gefühl meines Gegenübers handelt. Woran kann ich das erkennen? Daran, dass diese Gefühle / Affekte plötzlich und heftig in mir (und nicht auch im Patienten sind: dort sind sie ja abgespalten, dissoziiert) und dass sie mir ich-fremd sind. Andere lustvoll zu demütigen ist nicht etwas, das ich von mir kenne. Und diese Gefühle entwickeln sich nicht – wie im vorigen Beispiel – langsam in mir aus der Gesprächssituation heraus. Ich kann mich auch noch fragen: Kenne ich mich so? Bin ich schon ärgerlich in die Stunde gegangen? Macht mich dieser Patient im allgemeinen wütend? Erinnert mich der Patient oder das, worüber wir sprechen, an etwas aus mei-

nen Leben, das diese Gefühle und Impulse in mir auslöst? All diese Fragen habe ich verneint und so war meine Intervention, dieses heftige Gefühl und diesen Impuls vorerst nur auszuhalten, in mir zu behalten (Containing).

Dadurch kann **der Patient** lernen, dass diese Gefühle aushaltbar sind. Und erst später – nach vielen solchen Stunden, wo ich diese plötzlichen, heftigen Gefühle und Impulse „nur“ aus-halte – erst später werde ich andere Antworten auf meine Fragen bekommen:

Th.: „Herr B., wie waren Ihre Gefühle, als Herr S. das zu Ihnen gesagt hat?... Was hätten Sie da am liebsten getan?“ Was er da wirklich am liebsten getan hätte, ist früher abgespalten gewesen: all die Gewaltphantasien, auch sadistische Impulse... Dass er rasend vor Wut wurde... dass er den S. am liebsten geschlagen hätte... er-schlagen hätte. Die **psychodynamischen Richtungen** sprechen hier vom **Phänomen der Projektiven Identifizierung**: Der Patient kann ein Gefühl in sich nicht aushalten und spaltet es ab, dissoziiert es. Der Therapeut findet dieses abgespaltene (fremde, ich-fremde) Gefühl plötzlich in sich.

6) Der Scharfblick des Borderliners oder die Angst des Therapeuten vor dem „Aufgedeckt-Werden“

Eine Kollegin erzählt von einer Situation mit ihrer Patientin: Eines Abends nach einem langen Tag in der Praxis verlässt sie das Haus – ihre letzte Patientin, um die es jetzt geht, hat vor 20 Minuten die Praxis verlassen. Als die Kollegin die Straße zur U-Bahn hinunter geht, sieht sie aus den Augenwinkeln besagte Patientin auf der anderen Straßenseite, fast in gleicher Höhe und denkt sich: „Nein, nicht jetzt!“ Rasch biegt sie in eine Seitenstraße, ohne zu überlegen. Später wird sie sagen: „Es ist wie über mich gekommen, meine Füße haben sich wie selbstständig in die Gasse bewegt, ab von meinem direkten Weg zur U-Bahn.“ Sie spürt irgendwie, dass die Patientin sie gesehen hat – „auf meiner Flucht“ – wird die Kollegin auch sagen. Die Stunden mit besagter Patientin sind anstrengend. Immer wieder formuliert die junge Frau, dass sich ihre Therapeutin zu wenig um sie kümmere, dass sie nur „irgendeine Patientin“ sei, dass ihr Leid nicht ernst genommen wird, sie unterscheide sich doch von den anderen Patientinnen. Dass sich die Patientin wünscht, dass die Therapeutin sie auch als Mensch sieht, als „normalen Menschen“, nicht als Patientin, nicht als krank, nicht als verrückt. Nur als eine junge Frau, die auch sorglos lachen will, auch eine Beziehung führen will, die nicht von ständigen „Ausrastern“ ihrerseits geprägt ist, die in den Kreis von Familie und Freunden kommen will, wenn es ihr schlecht geht. Realität ist, dass sie kaum Freunde hat, zumindest nicht wirklich enge, eher sind es Bekannte, kennengelernt bei irgendwelchen Parties, wo sie

oft nicht sagen kann, wie sie dort überhaupt hingekommen ist; dass ihre Familie eigentlich nur mehr aus ihrer Mutter besteht, weil der Vater sich schon „aus dem Staub gemacht hat, als ich noch nicht einmal geboren war...“, die Mutter immer schon überlastet, „... alleinerziehend mit zu wenig Geld und zu vielen Männern, eigentlich eh ganz okay, nur hat sie mehr an den Kerlen als an mir Interesse gehabt.“ „Versteh ich irgendwie eh“ wird sie auch noch hinzufügen. Die Therapeutin ist für die Patientin ein Mensch, der sich wirklich für sie interessiert, das spürt sie. Es ist schön und auch furchtbar. Furchtbar, weil sie ihre Abhängigkeit plötzlich schonungslos zu spüren bekommt, wie gut es tut, dass ihr endlich jemand wirklich zuhört, jemand nicht wertend mit ihr auf ihre Probleme schaut, von denen es ja wirklich mehr als genug gibt. Schon die Räumlichkeiten der Praxis strahlen Geborgenheit aus, fast immer gibt es eine Vase mit frischen Blumen im Therapiezimmer, es ist sauber und hell. Die Patientin will hier Platz nehmen, in diesen Räumlichkeiten und auch ein bisschen in diesem Leben, in dieser Atmosphäre von „sorgenlosem Leben“, wie sie es nennt und wahrnimmt. Sie kommt schon viel früher zur Therapiestunde, und es gibt Zeiten, da verlässt sie die Praxis nicht gleich nach Beendigung der Stunde. Es gab Tage, da saß sie bis zu drei Stunden im Warteraum und hat die kommenden und gehenden anderen PatientInnen genau taxiert („Die oder den mag sie – die Therapeutin – bestimmt lieber als mich... schaut ja auch so freundlich aus,... warum kommen die denn? Die haben sicher ein viel besseres Leben als ich...“ Das sind ihre Gedanken dabei). Manchmal rennt sie dann regelrecht aus der Praxis, ob der Ungerechtigkeit des Lebens. Nach vielen Stunden in der Therapie, wo es um diese wirklichen oder auch vermeintlichen Ungerechtigkeiten geht, gelingt es ihr, dass sie nur maximal dreißig Minuten vor der Stunde kommt, dass sie nach der Stunde eigentlich zügig die Praxis verlassen kann. Sie hat viele Stunden mit der Therapeutin besprochen, dass das Bleiben ihre Stimmung nicht bessert, dass sie sich in einen Phantasiestrudel hineinbegibt, der nur ihre Wut schürt. Deshalb kann sie es jetzt auch schon lassen. Die Therapeutin erzählt in der Supervisionsstunde, dass sie sich an jenem Abend natürlich Gedanken gemacht hat: Sie weiß, dass die Patientin sie gesehen hat – ihr abruptes Abbiegen in die Seitengasse. Irgendwie hofft sie aber, dass es nicht so wäre und denkt sich, dass sie es sowieso in der nächsten Stunde wissen wird. Die nächste Therapiestunde kommt und die Patientin sagt nichts über die besagte Situation. Die Therapeutin ist unsicher: Soll sie es ansprechen? „Sie hat mich doch sicher gesehen, und es muss sie doch beschäftigen?“ Es ist ihr mulmig bei dem Gedanken: sie kennt die Auseinandersetzungen, die Heftigkeit. Aber sie weiß auch, was da noch ist: Sie spürt, dass ihr

Verhalten damals nicht richtig war. Sie hätte wenigstens mit dem Kopf nicken können, aber sie ist fluchtartig (in diesem Wort kommt ihre eigene Heftigkeit zum Ausdruck) abgelenkt. Und dann, nach ein paar Stunden, spricht die Patientin die Situation von damals an: „SIE haben mich doch gesehen!“ Die Therapeutin überlegt, zögert. Sie will nicht gleich auf dieses Thema eingehen. Sie sprechen vorerst darüber, was es für die Patientin bedeutet hat – das Wegschauen der Therapeutin. Das kennt die Patientin von ihrer Mutter, die immer weggeschaut hat, weil irgendein Mann wichtiger war als die kleine Tochter. Sie sprechen über das Mädchen, das früh gespürt hat, dass die Mutter mit ihr überfordert ist, dass sie das Leben der Mutter gestört hat – nicht zerstört, nein, – aber gestört. Was hätte die Mutter nicht alles erreichen können in ihrem Leben, wenn da nicht... ja, wenn nicht sie da gewesen wäre. All das empfindet die Patientin, als die Therapeutin wegschaut und abbiegt, so fluchtartig in die Seitenstraße abbiegt. Wo die Patientin doch weiß, dass sie die Letzte für heute war, dass die Therapeutin zur U-Bahn gehen wird. Später wird sie sagen, dass sie das natürlich schon zig Mal beobachtet hat... und die Therapeutin wird sagen, dass sie in letzter Zeit ein bisschen zu oft gesehen hat, wie die Patientin vor ihr die Straße ebenfalls zur U-Bahn gegangen ist – zu einer Zeit, wo sie längst schon drei oder vier U-Bahnen erreichen hätte können. Die Patientin sagt, dass sie seit damals immer wieder daran denkt, die Therapie abzurechnen, und sie erzählt, warum sie so lange gezögert hat, es anzusprechen. Letztendlich will sie die Therapie schützen, sie will nicht sehen, dass ihre Therapeutin, die sie so bewundert, die sie so liebt, wirklich weggeschaut hat, denn das ist unerträglich. Und doch geht es nicht: so zu tun, als wäre es nicht gewesen. Die Therapeutin bewundert die Patientin für ihren Mut (selbst hat sie es ja nicht angesprochen, da ist ihr die Patientin eigentlich voraus, das sagt sie ihr auch) **und spricht auch aus**: Ja, sie hatte sie gesehen, hat weggeschaut und ist abgelenkt. Die Therapeutin hat das Geschehen wie in Zeitlupe vor ihren Augen. Jetzt kann sie auch spüren, wie es für die Patientin war. **Dafür**, dass „meine Füße wie von alleine abgelenkt sind“ kann sie keine andere Begründung sagen, als dass es tatsächlich **so** war: Sie wollte Abstand, sie wollte Ruhe, ja, ganz speziell auch vor dieser Patientin. Die Stunden sind anstrengend, die letzte Stunde vor diesem Geschehen war besonders intensiv. Beiden (Therapeutin und Patientin) geht es ums Gesehen-Werden. Der Patientin im wortwörtlichen Sinn („...nicht wegschauen von mir, sich nicht abwenden, mich bestehen lassen in meiner Person, nicht als Patientin, sondern als Mensch“). Und der Therapeutin: sein zu können, auch als Mensch, nicht nur als Therapeutin, sondern als ein Mensch, der Feierabend haben möchte. Sie sprechen darü-

ber und die Therapeutin sagt, wie es war und entschuldigt sich: „Das Wegschauen war nicht richtig und dafür möchte ich mich bei Ihnen entschuldigen.“ Für die Patientin ist es ein ganz heikler Moment, wird sie später sagen: Irgendwie tut es furchtbar weh. Es ist der Moment, wo sie wirklich erkennt, dass die Therapeutin „auch nur ein Mensch ist“. Das verunsichert sie einerseits, aber da ist noch etwas, das sie spürt: einen Halt, einen Boden. Sie kann es aushalten, sie kann diese Realität aushalten. Und irgendwie tut es auch gut: keine „Göttin“ zur Therapeutin zu haben, sondern „einen Menschen aus Fleisch und Blut“.

Worum geht es hier? Es geht darum, dass wir in der Therapie mit Borderline PatientInnen damit rechnen können, dass sie uns zur „Wahrhaftigkeit“ drängen werden. Sie spüren genau, wenn wir uns unter ihrem scharfen Blick winden. Manchmal fühle ich mich wie ein Schmetterling, der an einem Bord aufgepinnt ist. Die PatientInnen treffen punktgenau (pinngenau) einen Schwachpunkt.

Und deshalb ist Selbsterfahrung des Therapeuten so wichtig: Wir sollten uns recht gut kennen, damit wir nicht zu sehr überrascht werden. Alfred Längle hat in einem Seminar gesagt: „Die Psychotherapieausbildung dient dazu, die „Angst vor sich selbst abzubauen.“

Neben Selbsterfahrung ist auch Supervision / Intervision in der Therapie mit Borderline-Patientinnen unablässig: Wir machen nichts falsch, wenn wir uns nicht mehr auskennen, wenn wir verwirrt sind. Das gehört bei diesen Therapien dazu.

Zusammenfassung

Fassen wir noch einmal zusammen, was helfen könnte:

- Die Feuerwehr übt nicht im Brandfall; **klare Rahmenbedingungen**,
- **Klärung von früheren Therapieabbrüchen**,
- **Prioritätenliste der Themen**,
- Kernberg's Rat; **Gut bei sich bleiben können**,
- Borderline ist nicht ansteckend – oder doch? Der Stellenwert der Gefühle: **Szenisches Verstehen** der Therapiesituation und **Containing abgespaltener Gefühle**,
- Scharfblick des Borderliners oder Angst des Therapeuten vor dem Aufgedeckt-Werden: **Wahrhaftigkeit, zu „Fehlern“ stehen können**,
- **Selbsterfahrung / Supervision** bzw. Intervision,
- Interesse bis **Freude** mit Borderline-Patientinnen zu arbeiten.

Das Interesse bzw. die Freude des Therapeuten, mit diesen Patientinnen zu arbeiten ist wichtig, denn es sind sehr herausfordernde Therapien. Ich denke, man sollte als Therapeutin auch darauf achten, mit welchen Patien-

tinnen man gerne arbeitet. Denn anstrengend ist die Therapie mit Borderline-Patientinnen sicherlich.

Literatur

- Clarkin, Yeomans, Kernberg (Hg) (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer
- Längle A (2014) Lehrbuch zur Existenzanalyse – Grundlagen. Wien: Facultas
- Längle A (2016) Existenzanalyse – Existentielle Zugänge in der Psychotherapie. Wien: Facultas
- Schmidt B (2008) „Szenisches Verstehen und projektive Psychodiagnostik“
In: Lackinger, Dammann, Wittmann (Hg) Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Stuttgart: Schattauer, S. 97

Anschrift der Verfasserin:

MAG.^A DORIS FISCHER-DANZINGER
Einwanggasse 23/1/11
A – 1140 Wien
doris@fischer-danzinger.at

IMPRESSUM

EXISTENZANALYSE – Internationale Fachzeitschrift für existenzanalytische Psychotherapie, Beratung, Coaching, Supervision, Pädagogik. EXISTENZANALYSE ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.)

ISSN: 1024-7033

ISSN: 2409-7306 (Online-Version)

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:

Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) www.existenzanalyse.org

Redaktion:

Wiss. Leiter der Redaktion: Univ.Prof. Dr. Emmanuel J. Bauer,
Operative Leitung: Dr. Silvia Längle, Dr. Astrid Görtz, Dr. Anton Nindl,
Themenheft – Chefredaktion: Dr. Silvia Längle und Dr. Anton Nindl,
Assistentin: Mag. Karin Steinert, Redaktion: Helmut Dorra, Dr. Barbara Gawel; Mag. Christine Koch, Christine Wicki-Distelkamp, Dr. Simon Zangerle; Ian Lindner
Kongressbericht – Chefredaktion: Dr. Astrid Görtz, Assistentin: Mag. Stephanie Häfele-Hausmann, Redaktion: Ursula Dobrowolski, Barbara Jöbstl, Brigitta Mühlbacher, Martha Sulz; Ian Lindner
Redaktion Wissenschaftliche Arbeiten
Leitung: Dr. Astrid Görtz, Quantitative Forschung: Dr. Clemens Fartacek

Redaktionsadresse:

GLE-International, Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien/Österreich
Tel.: 0043/1/9859566, Fax: 01/9089574
redaktion@existenzanalyse.net

Layout & Satz:

Ruth Veres
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ

Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International, Eduard Sueß Gasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung.

Dem Vorstand gehören folgende Personen an:

Präsident: Dr. Christoph Kolbe. Schriftführer: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführer: Dr. Silvia Längle, Ingo Zirks, Franziska Linder.
Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassiererin: Mag. Renate Bukovski, MSc

Grundlegende Richtung: EXISTENZANALYSE ist das wissenschaftliche Organ des Vereins und dient der Veröffentlichung von Forschungen, Grundsatzarbeiten, Kongressinhalten, Diskussionen, fachlichen Briefen („letter to the editor“) u.ä. mit dem Ziel, die Inhalte der Existenzanalyse und Logotherapie weiterzuentwickeln und die Anwendungsmöglichkeiten und ihre Bereiche aufzuzeigen und zu reflektieren.

Erscheinungsweise und Preise:

Jährlich 2 Hefte (je Heft ca. 70–140 Seiten)
Jahresabonnements: € 30,-; Online-Version € 25,-
Einzelpreis: Frühjahrsausgabe (Einzelheft) € 15,-; Online-Version € 12,50;
Herbstausgabe (Doppelheft Kongressbericht) € 20,-; Online-Version € 17,50
Alle Preise inkl. Versand Europa.
Die Umrechnung der Preise in Schweizer Franken erfolgt tagesaktuell.
Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

Bezugsbedingungen:

Die Zeitschrift erscheint halbjährlich, im Juli u. Dezember.
Das Abonnement verlängert sich automatisch, sofern es nicht bis 30. November des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wurde.

Abonnement: GLE-International, Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien
subscription@existenzanalyse.net
www.existenzanalyse.net

Bankverbindung lautend auf GLE-Int.:

Österreich: Erste Bank – BIC:GIBAATWW; IBAN: AT932011100004033884
Deutschland: Evangelische Kreditgenossenschaft eG – BIC: GENODEF1EK1; IBAN: DE15 5206 0410 0005 1858 40
Schweiz: Credit Suisse – BIC: CRESCHZZ63A; IBAN: CH16 0483 5020 3054 1055 6
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen in Verantwortung der Autoren und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

© GLE-International/Wien

ICH BLUTE, ALSO BIN ICH.

Zu Selbstverletzung und Suizidalität bei Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

RUPERT DINHOBL

Schneiden und Bluten spielen bei der Borderlinestörung eine wichtige Rolle. In diesem Vortrag wird der Frage nachgegangen, was einen Menschen dazu bewegt, sich selbst zu verletzen. Es geht zunächst um die Unterscheidung zwischen Selbstverletzung und Suizidhandlung. Während bei der Selbstverletzung Blut fließen soll, um das Leben zu spüren, liegt die Intention bei einer suizidalen Handlung darin, den Tod herbei zu führen. „Ich blute, also bin ich“: Diesen abgewandelten cartesianischen Grundsatz empfinden viele Borderline-Patient*innen als zutiefst adäquat. Wie mit diesem Phänomen therapeutisch umgegangen werden kann, ist Gegenstand des zweiten Teils der Ausführungen. Persönliche Erfahrungen aus der Therapie mit Borderline-Patient*innen ergänzen den Vortrag.

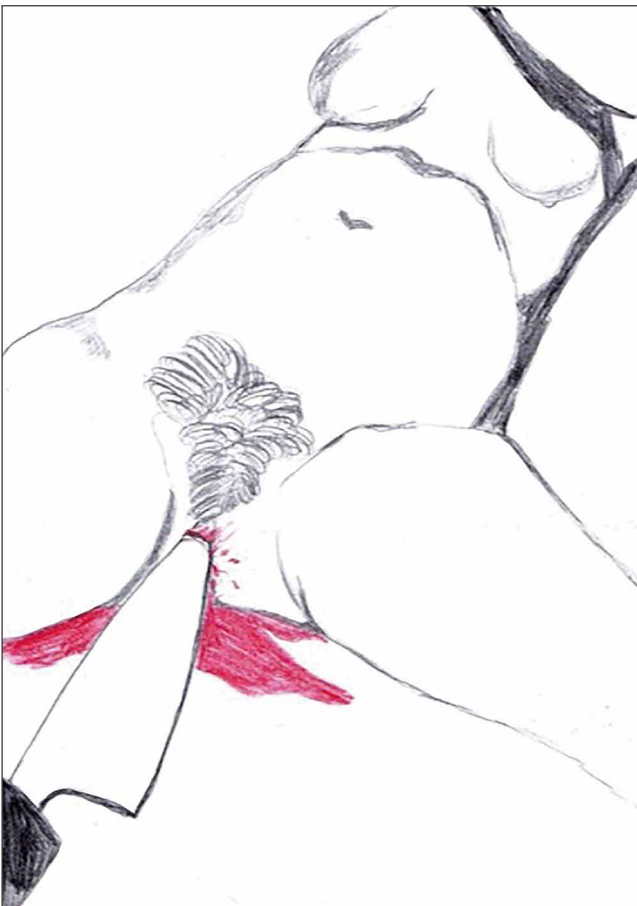
SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Selbstverletzung, Suizidalität, Dialektisch-Behaviorale Methode

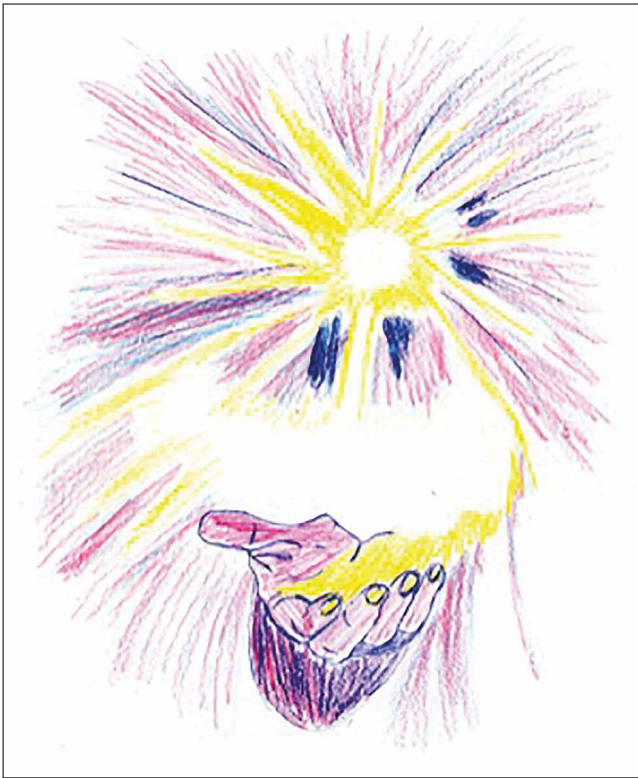
I BLEED, THEREFORE I AM.

On self-injury and suicidality among patients with borderline personality disorder

Cutting and bleeding play an important role in the borderline disorder. In this lecture the question is dealt with what leads people to injure themselves. On the outset, a differentiation between self-injury and suicidal action is made. While blood must flow through self-injury in order to feel life, in suicidal action lays the intention to induce death. "I bleed, therefore I am": Many borderline patients perceive this altered Cartesian principle as profoundly adequate. How this phenomenon can be dealt with therapeutically is subject of the second part of this article. Personal experiences from therapy with borderline patients complement the lecture.

KEYWORDS: borderline personality disorder, self-injury, suicidality, Dialectical behavioral method





1. Einführung

Die ersten Worte dieses Vortrags, oder besser gesagt, die ersten Bilder, die bekanntlich mehr sagen als 1000 Worte, stammen von Erik, einer meiner Borderline Patient*innen. Die Bilder zeigen den Verlauf ihrer Selbstverletzungen, die ausgelöst durch wiederholten sexuellen Missbrauch begonnen haben. Die Dynamik setzt mit dem Schwindel der Dissoziation ein, löst dann einen immensen inneren Druck, Grauen und Leere aus – und erstarrt im Totstellreflex. Erst das „cutten“ der „cutis“, das Durchschneiden der Haut bringt Erleichterung, Befreiung, wenn die roten Tränen fließen und sich das Leben wieder einstellt. Soweit der erste Blick auf das Thema *Selbstverletzung inside*.

„Ich blute, also bin ich“ erinnert an den Grundsatz Rene Descartes *Cogito ergo sum, Ich denke, also bin ich*. Descartes teilt – vereinfacht gesagt – die Welt in zwei unabhängige Prinzipien: in das geistige Prinzip, die *Res Cogitans*, und das materielle Prinzip, die *Res Extensa*. Diese Unterscheidung ermöglicht einen tieferen Zugang zum Thema.

Eine kleine Übung vorweg: ich lade Sie ein, in sich zu gehen und zu erspüren, welche Assoziationen, Bilder, Gefühle sich zum Begriff *Blut* einstellen.

Meinen ersten nicht alltagsbezogenen Zugang zum Thema *Blut* fand ich im Medizinstudium. Dieser basierte hier natürlich auf einer naturwissenschaftlichen Fragestellung

im Sinne des *Res-Extensa-Denkens* und lautet: „Blut, was ist das?“. Das *Res-Extensa-Denken* fragt nach funktionalen und materiellen Gesichtspunkten. Aber das ist nicht die ganze Wahrheit. Die Frage nach dem *Geistigen* ist weitgehend ausgeklammert.

Ein ganz anderer Zugang zum Thema *Blut* wurde mir etwas später in der Theologie, besonders im Bibelstudium des Alten Testaments geboten. Da war von Blut (hebr. *dam*) als *Sitz des Lebens*, ja als *das Leben selbst*, von Blut als *göttliche Substanz* die Rede. Jedes vergossene Blut musste *ausgeglichen, gestühnt* werden, weil ja göttlichen Leben *verschüttet* wurde. Blut *schreit* zum Himmel.

In der Psychiatrie wurde ich mit dem Thema *Blut* neu konfrontiert – und zwar durch die Borderline-Patient*innen. Angesichts ihrer selbstverletzenden Handlungen begegnete ich dem Thema *Blut* in einem existentiellen Sinn, der, wie ich meine, etwas vom geistigen Gehalt der *Res Cogitans* enthielt: „Wenn ich blute“, sagten mir immer wieder Borderline-Patient*innen, „weiß ich, spüre ich, dass ich lebe. Blut ist Elixier, ist Substanz des Lebens.“ Schneiden, Bluten ist für Borderline-Patient*innen *das* höchst wirksame *Lösungsmittel*.

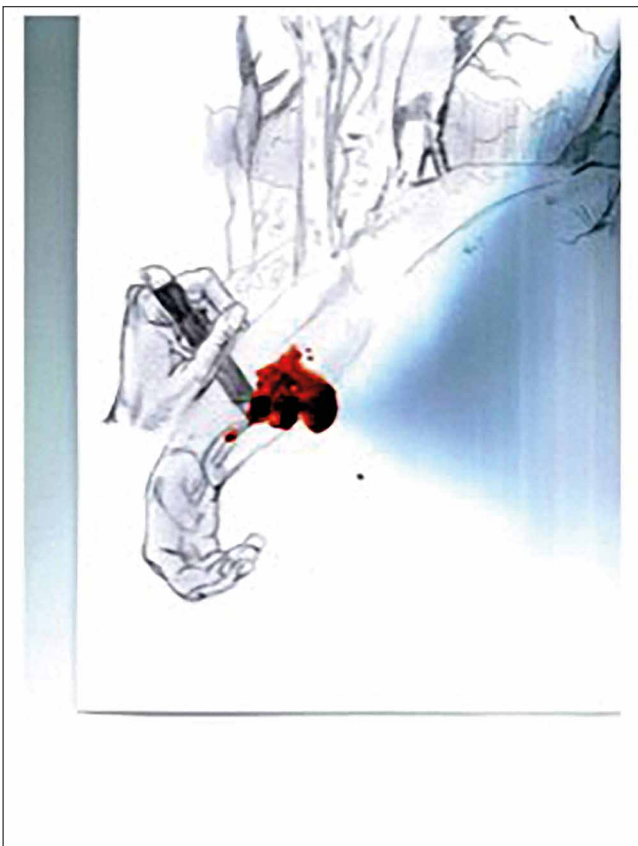
2. Wege des Verstehens von Selbstverletzung und Suizidalität

Verstehen ist der Schlüsselbegriff im Umgang mit Borderline Persönlichkeitsstörungs-Patient*innen. „Wir Borderliner*innen wollen verstanden werden.“ Dieser Satz einer Patientin am Ende einer Stunde ist für mich zum Kernsatz in der Borderline-Therapie geworden. Für uns existenzanalytische Therapeut*innen ist *Verstehen* der Schlüssel in jeder Therapie, jedoch bei Borderline Patient*innen oft viel schwieriger als bei anderen Krankheitsbildern. Ihr Fühlen und Denken ist dem unseren so fremd, manchmal diametral entgegengesetzt. In der Arbeit mit Borderline-Patient*innen begegnen uns ihre Hochschaubahn der *Gefühle* (vgl. Fischer-Danzinger 2017, 49), Not und Tragödien der *Beziehungsdynamik* (vgl. Angermayr 2017, 42), ihr oft unbändiger Drang zur *Selbstverletzung*, die allgegenwärtige *Suizidalität*, der unerträgliche *Seelenschmerz*, die immense innere *Spannung*, die Unsicherheit in der *sexuellen Identität* und Präferenz – Erik fühlt sich als männliche Seele in einem weiblichen Körper – und vor allem die *Leere*. Hier auch nur ansatzweise zu verstehen und ihre *Aggression* auszuhalten, bedeutet eine Herausforderung, ist jedoch das Herzstück der Therapie, sofern das *Verstehen authentisch* ist. Nicht *gedeckte* Empathie

riskiert einen Bruch der therapeutischen Beziehung. Deshalb ist es wichtig, bei *Nicht-Verstehen nachzufragen*.

2.1. Unterscheidung von Selbstverletzung (NSSI) und Suizidalität

Vorerst eine wichtige terminologische Klärung: *Selbstverletzung* ist von *Suizidalität* zu unterscheiden. Der angelsächsische Ausdruck für *Selbstverletzung* ist abgekürzt *NSSI (Non Suicidal Self Injury)*, also *Nicht-Suizidale-Selbstverletzung*. Ford und Gomez drücken es in einer Reviewstudie folgendermaßen aus: „Although they are often interrelated, the distinction between NSSI and suicidality is an important one.“ (Ford & Gomez 2015, 234) Der Unterschied liegt in der *Intention*: Wer eine Suizidhandlung setzt, will sterben, wer sich selbst verletzt, will leben (vgl. auch Nock 2010, 341). Freilich gibt es auch Grauzonen, Überlappungen, aber *grosso modo* stimmt es. In der Exploration ist es dann wichtig zu fragen: „Wollten Sie bei ihrer Selbstverletzung sterben?“ Wenn ja, handelt es sich um einen Suizidversuch. Bei NSSI geben die Patient*innen an, gerade durch das Schneiden und Bluten wieder wie zum Leben gekommen zu sein. „Ich wollte nie sterben. Im Gegenteil!“



2.2. Selbstverletzung (Non Suicidal Self Injury „NSSI“)

Was ist nun *selbstverletzendes Verhalten*? Eine Reviewstudie von *Nitkowski und Petermann* (2011) definiert NSSI als „... direkte und beabsichtigte Schädigung des eigenen Körpers ohne suizidale Absicht... Die Schädigungen werden sich meist durch scharfe Gegenstände, mit denen sich in die Haut geschnitten wird, schweres Kratzen, Selbstschlagen oder Wundreiben zugefügt. Die Verletzungen bleiben überwiegend oberflächlich.“ (Nitkowski & Petermann 2011, 9). Eine beliebte Methode ist auch, sich Verbrennungen, vor allem durch Zigaretten, zuzufügen. Zur Epidemiologie: Die *Nitrowskistudie* gibt für Jugendliche eine Prävalenzrate von 13–23% an, für psychiatrische (jugendliche) Patient*innengruppen von 20–80%. Die 80% betreffen Borderline-Patient*innen. Bei Erwachsenen tritt nach dieser Studie NSSI fast nur im Rahmen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus mit einer Prävalenzrate von 7,4–45% auf.

Matthew K. Nock, Harvardprofessor, geht in einer Reviewstudie „*Self-Injury*“ (2010) dem Phänomen Selbstverletzung nach. Eigentlich, sagt er, sei Selbstverletzung „anti-evolutionär“ (vgl. Nock 2010, 340). Sie widerspreche dem Grundsatz, dass jedes Lebewesen den natürlichen Impuls der *self-preservation*, der *Selbstbewahrung* angeboren hat. Nock erwähnt in seinem kurzen historischen Rückblick die Geschichte vom *Besessenen von Gerasa* (Markus 5,1-20) (Nock 2010, 340), der in Grabhöhlen lebt, sich ritzt bis das Blut spritzt, aggressiv gegen jeden Eindringling reagiert, etc. Alle fürchten sich vor ihm. Jesus aber geht ihm entgegen, durchdringt diese Aggressionswolke und *begegnet* ihm. Genau das bewirkt meines Erachtens die Verwandlung des Besessenen. Darin liegt für mich der wichtigste Hinweis für das therapeutische Vorgehen: sich vor Borderliner*innen nicht zu fürchten und ganz bei sich zu bleiben.

Nun zur Frage nach dem *Warum der NSSI*. „*Why do people hurt themselves?*“, so lautet eine weitere Arbeit von M. Nock (2009). Nock spricht von *zwei Richtungen der Selbstverletzung* (Nock 2009, 79). Die eine geht nach *außen (interpersonal)*: Selbstverletzung hat den Sinn, von Menschen gesehen, wahrgenommen zu werden. Die andere weist nach *innen (intrapersonal)*, um Druck abzubauen, sich zu spüren. Darin ist die Struktur des *existenzanalytischen Basistheorems* zu erkennen: *Selbstbezug* und *Fremdbezug*. In diesem Zusammenhang könnte man existenzanalytisch gesehen *Selbstverletzung als einen frustrierten Versuch sehen, den unterbrochenen Selbst- und/oder Fremdbezug wieder herzustellen*.

Why do people hurt themselves? Dieser Frage will ich nun nachgehen und versuchen, die Phänomene, wie sie mir begegnet sind, zu strukturieren. Die Auflistung soll nicht als trennscharfe Einteilung verstanden werden, da sich viele Phänomene überlappen (vgl. Dinshob 2010).

2.2.1. Aufbau des Fremdbezugs – „Gesehen-Werden“

Demonstration des schlechten Zustands: „Ich bin krank, es geht mir extrem schlecht und keiner sieht’s. Körperliche Wunden sieht man, seelische nicht.“ Patient*innen verletzen sich selbst, um die seelischen Wunden sichtbar zu machen.

Sehnsucht nach Zuwendung: Viele Borderliner*innen schneiden sich, um Aufmerksamkeit, Zuwendung und Liebe zu bekommen.

Arbeitsfähigkeit erlangen: Erik fährt in der Nacht Zeittungen aus. Am Abend steigt die Spannung, sie ist unfähig, zu arbeiten. Schneiden reduziert Spannung und ermöglicht das Arbeiten.

2.2.2 Aufbau des Selbstbezugs – Intimität: „Ich mit Mir“

Trauer-Ersatz: Hinter dem Panzer befindet sich meist tiefgefrorene Trauer. Sich schneiden bedeutet, die *roten Tränen* rinnen zu lassen, weil die Trauer nicht fließen kann („*Antidepressivum*“). Im therapeutischen Prozess gilt es, den Trauerprozess zu induzieren, damit die klaren Tränen fließen können.

Spannungsreduktion: Selbstverletzung dient als Ventil, die *Hochspannung* zu reduzieren, den *Krampf* zu lösen („*Spasmolytikum*“).

Angstlösung, Beruhigung: („*Anxiolytikum*“). *Unruhe, Panik* und *Höllenangst* können durch sich Schneiden gebannt werden.

Schmerzmittel: („*Analgetikum*“) Um den unerträglichen psychischen Schmerz, den „*Psychache*“ (Sheidman) zu ertragen, ist es leichter, sich einen physischen Schmerz zuzufügen.

„*Kelomatsyndrom*“: Hinter der Lähmung steckt oft geballte *Wut*. Selbstverletzung schafft ein Ventil, damit die Wut entweichen kann. Therapeutisch wäre zu fragen, *wem* die Wut gilt und worin sie gründet, um sie zu verstehen und einen *personalen Ausdruck* für die Wut zu finden.

Reduktion der Leere: *Leere* bedeutet für Borderline-Patient*innen *emotionale Vernichtung*. Mit ihr geht meist *Einsamkeit, Vereinzeln und das Gefühl, ausgesetzt zu sein*, einher. Schneiden ist ein Mittel, um aus dieser unendlichen Leere und Einsamkeit zu entkommen. „Durch das Schneiden bin ich nicht mehr einsam, ich bin mit mir „all-eins“, so drückt es eine poetisch begabte Patientin aus.

Autopoiese: *Schneiden* quasi als *Selbstschöpfung*, um das Erleben der eigenen körperlichen Integrität wieder herzustellen. Kevin, ein 20-jähriger Patient sagt: „Ich schneide, damit der Arm wieder zu mir gehört. Ohne Wunde ist mir der Arm wie ein Fremdkörper. Durch das Schneiden mache ich ihn zu *meinem*.“

Mittel, um sich zu spüren: Schneiden, um den *Panzer der cutis* zu *cutten*, um sich wieder zu spüren. Es stellt sich oft *Trost* ein, wenn Blut fließt.

Stopfen der „Mutterwunde“: Erik gibt als den schlimmsten Schmerz an, von der Mutter nicht gesehen, geschützt, geliebt worden zu sein. „Sie hat weggeschaut, als ich schon als kleines Kind missbraucht wurde.“ Schneiden und Bluten schafft Linderung von diesem Vernichtungsschmerz (vgl. Dionysos, der aus der Schenkelwunde des Zeus zum zweiten Mal geboren wurde, weil seine Mutter starb).

2.2.3. Schuld und Sühne – Sucht und Sehnsucht

Gerichtsverhandlung ohne Anwältin: *Anna* muss sich schneiden als Strafe dafür, dass sie sich beim Missbrauch nicht gewehrt hat. Es findet quasi eine *intrapsychische Gerichtsverhandlung* statt: Eine innere „*Stimme*“ (meist in Form von Gedanken) klagt *Anna* an: „Du hast dich nicht gegen den Missbraucher gewehrt, bist selber schuld, du Hure. Schneide dich, nein, bring dich gleich um!“ Kein Verteidiger tritt für sie ein. Und dann zeigt es sich, dass der *Ankläger* auch noch zugleich *Richter* ist, der die Anklageschrift als (Todes-)Urteil verkündet. In der Traumatherapie spricht man von „verletzenden Persönlichkeitsanteilen“ (Reddemann 2011, 180) oder nach Freud von „Täterintro-

jekten“. Ein wichtiger therapeutischer Schritt ist hier, einen „Anwalt“ zu *installieren* bzw. das Potential der Person, sich selbst ein guter Anwalt zu sein, zu fördern.

Durch Eriks Schilderungen habe ich die Psychodynamik der Autoaggression viel besser zu verstehen gelernt (vgl. dazu ausführlich: Dinshob 2016, 97f). Sie wuchs in emotionaler Vernachlässigung auf und wurde vor allem von der Mutter als Person nicht wahrgenommen. Ihre Sehnsucht nach *emotionaler Zuwendung* machte sie empfänglich für potentielle Missbraucher. Dabei erlebte sie *ambivalente Gefühle* zwischen Anziehung zu diesen Menschen und gleichzeitig *Angst, Ekel, und Grauen* durch deren Zuwendung. Zwischen diesen beiden Polen wurde Erik hin und her geworfen. Dazu kam noch die *erotische* Ebene, die körperliche Nähe erregte Lust, gegen die sie sich im Inneren wehrte, für die sie sich schuldig und schmutzig fühlte. Diese Gleichzeitigkeit der Gefühle, *Zuneigung und Lust* einerseits, *Grauen, Angst, Erstarrung* andererseits, bewirkt ein Gefühlschaos („emotionale Instabilität“) und „als ob im Missbrauch Leib und Seele auseinandergerissen würden“, so schildert es Erik. Der Selbsthass hilft ihr, nicht mit dem Schmerz, der im Körper geballt ist, in Berührung zu kommen. Borderliner*Innen verachten, hasen und bestrafen sich mit autoaggressiven Handlungen bis hin zur „Todesstrafe“, dem Suizid.

In der wohlwollenden, empathischen therapeutischen Beziehung werden in aller Regel beide Pole gleichzeitig aktiviert, der anziehende und der abstoßende. Wohlwollende, etwa lobende therapeutische Interventionen treffen auf das negative Selbstbild der Borderline-Patient*in und können heftige aggressive Reaktionen auslösen. Das resultierende Wechselbad der Gefühle macht die Arbeit oder das Zusammensein mit Borderliner*innen für Therapeut*innen, Partner*innen, etc. so anstrengend.

Suchtdynamik: Durch das Schneiden wird die Spannung stark reduziert. „Ich will noch mehr Spannungsreduktion“, sagt Erik und schneidet weiter. So wie bei Alkoholkonsum die zunächst spannungslösende Wirkung in depressives Erleben umschlagen kann, ist es auch bei der Selbstverletzung. Auch hier, ähnlich wie bei Alkoholmissbrauch, besteht unter anderem die große Gefahr, dass es in suizidales Verhalten mündet, im Sinn eines *Blutrausches* (vgl. den rasenden Ajax im trojanischen Krieg).

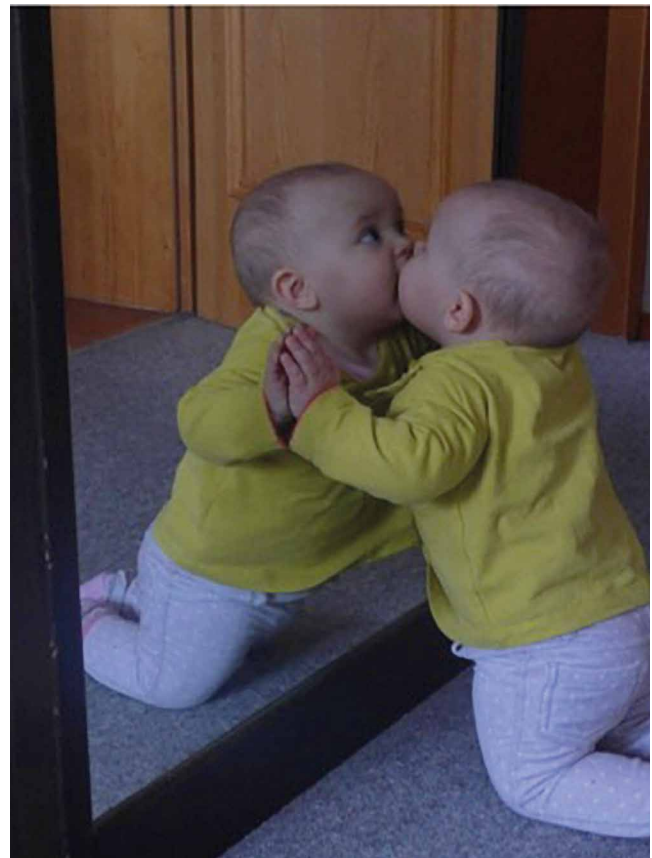
Ekstase: Manche Patientinnen beschreiben bisweilen ein unbeschreibliches Glücksgefühl beim Schneiden, das sie auch ekstatisch nennen. Es ermöglicht ein Ausbrechen aus der Leere des Alltags, ein intensives Spüren des Lebens.

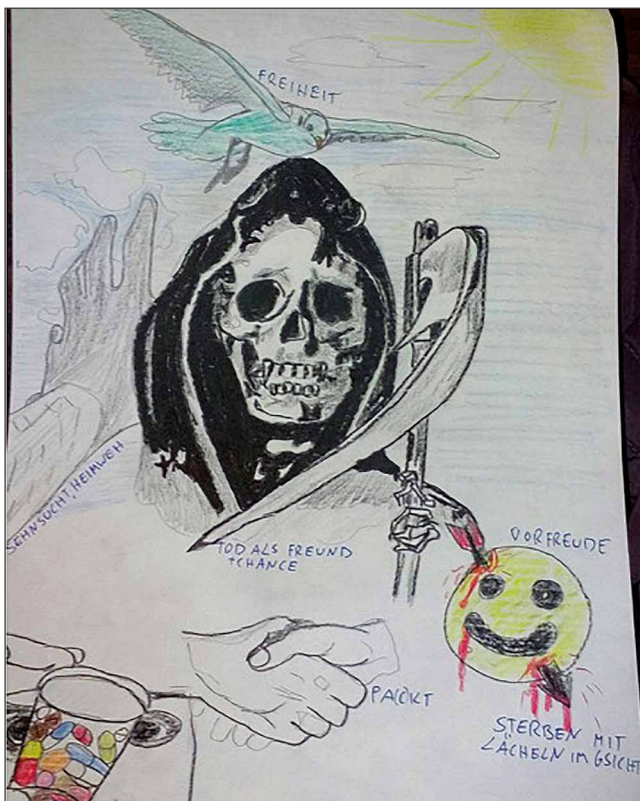
Initiationsritus: Viele Patientinnen befinden sich emotional auf einer kindlichen Entwicklungsstufe und verwenden das Schneiden als Versuch, zum Erwachsenwerden durchzubrechen.

Zeichen des Lebens: „Ich blute also bin ich“, so lautete der Titel einer soziologischen Untersuchung über NSSI (Teuber 1998), und so formulieren es immer wieder Borderline Patient*innen. *Bluten* ist Zeichen, ist Beweis des *Lebens*, das die Betroffenen sonst nicht spüren. *Schnitte* sind *Lebensringe*, *Narben* sichtbare *Erinnerungen* des Lebens.

Sehnsucht nach einem erfüllten Leben: Anita kommt in die Stunde mit der Aussage: „Ich habe mich geschnitten, weil ich dieses autistische Leben, das so schal dahin plätschert, nicht mehr ertrage. Ich will für etwas brennen, mich investieren, Leistung bringen, etwas Großes erreichen. Ich will ein tiefes Leben.“ Vielleicht ist das der *tiefste Sinn* der Selbstverletzung.

In der *Therapie der Selbstverletzung* geht es wesentlich darum, durch die Förderung des *Inneren Dialoges* den Aufbau des Selbstbezugs und der Selbstbeziehung zu entwickeln, eine *Be-freundung mit sich selbst* (vgl. Wolfers 2016) zu induzieren. Die *Liebe zu sich selbst* wäre dann das höchste Ziel der Therapie.





2.3. Suizidalität

Suizidalität ist bekanntlich bei der Borderline-Störung ein gewichtiges Thema: 10% der Erkrankten nehmen sich das Leben. Was Suizidversuche von Borderline-Patient*innen betrifft, gehen die Zahlen weit auseinander. Sie ist jedenfalls groß. Meiner Erfahrung nach findet sich in der Biographie von Borderline-Patient*innen fast immer mindestens ein Suizidversuch. Ein Suizidversuch ist außerdem sehr schwer vorherzusagen (Nock et al. 2010, Measuring the suicidal mind, 1). Deshalb ist in jeder Therapieeinheit Suizidalität abzufragen.

Die Unterscheidung zwischen *akuter und chronischer Suizidalität* ist ein in der Literatur umstrittener Terminus (vgl. Wolfersdorf et al. 2000, 11). Meiner Erfahrung nach ist diese Unterscheidung aber für den Umgang in der Praxis durchaus geeignet. *Akute Suizidalität* tritt *punktuell* auf und bedeutet, dass die Suizidgedanken und Impulse so stark sind, dass sich Patient*innen schwer davon distanzieren können. Es besteht akute Lebensgefahr! Bei *chronischer Suizidalität, die bei Borderline-Patient*innen sehr häufig ist*, handelt es sich um Suizidgedanken oder sogar Suizidpläne, die fast permanent gegenwärtig sind. Chronische Suizidalität ist Teil des Lebens, es besteht eine *Identifikation* mit der Suizidalität, sie wird als *ich-synton* erlebt. *Chronische Suizidalität* wirkt im Wesentlichen sogar suizidpräventiv, indem Suizid als mögliche Option in der Zukunft angenommen wird: „Wenn das Leben unerträglich wird, kann ich mir es immer noch nehmen. Und das lass ich mir nicht nehmen!“ Patient*innen erleben darin oft ihre letzte Autonomie. In der Biografie von chronisch Suizidalen finden sich meist mehrere Suizidversuche. J. Paris hat in seinem Buch „*Half in love with death*“ (2007) dieses Phänomen beschrieben. Doch chronische Suizidalität kann sehr schnell – gerade im Kontext der Borderline-Störung in akute Suizidalität umschlagen. Darin liegt die Brisanz des Phänomens.

Wie schwierig die *Einschätzung der Suizidalität* manchmal sein kann, zeigt folgendes Beispiel. Ein Patient auf unserer Station sagte: „Ich kann nur mit einem Strick unterm Bett schlafen.“ *Handelt es sich um chronische oder akute Suizidalität?* Ein heikler Grenzfall. Daher wurde weiter exploriert: „Wofür brauchen Sie den Strick?“ Antwort: „Um mich jederzeit umbringen zu können, wenn ich's nicht mehr aushalte.“ Dies klang eher nach chronischer Suizidalität. Es wurde weiter abgeklärt: „Haben oder hatten Sie Suizidimpulse mit dem Drang zur Ausführung?“ Bei unserem Patienten war dies nicht der Fall. Sollte das aber gegeben sein, liegt akute Suizidalität vor. Wenn sich ein Patient von seinen Suizidimpulsen nicht distanzieren kann, ist eine *Unterbringung* im geschützten Bereich einer Psychiatrie angezeigt. Die Einschätzung, ob eine suizidale Gefährdung besteht, liegt *im Inneren* der Therapeut*in: *Was löst die Patient*in in mir aus?* Eigene Gefühle von *Angst, Beklemmung* und *Unruhe* deuten auf eine Gefährdung bei der Patient*in hin, während Gefühle von *Ruhe, Freiheit und Weite* eine Gefährdung eher ausschließen. Aber natürlich gibt es keine letzte Sicherheit, eine sorgfältige Abklärung ist in jedem Fall unabkömmlich.

Was *treibt* Borderline-Patient*innen in die Suizidalität? Alle oben genannten Gründe für NSSI können, wie schon

erwähnt, auch in Suizidalität umschlagen. Der Hauptgrund für Suizidalität bei Borderline-Patient*innen ist die *Unerträglichkeit* des Lebens mit seinem *Grauen*, den psychischen und physischen *Schmerzen*, der *Leere* und dem immensen inneren *Druck*, vor allem dann, wenn *Selbstverletzung keine Erleichterung* mehr bringt. Auch *Schuldgefühle* können eine Ursache sein: „Ich kann mir nicht verzeihen. Darauf steht die Todesstrafe.“ (vgl. „Intrapsychische Gerichtsverhandlung“)

3. Therapie

3.1. Therapeutische Basishaltung: Radikal im Selbstbezug bleiben

Durch die heftige Psychodynamik der Borderline-Patient*innen laufen wir immer wieder Gefahr, unseren *Selbstbezug* zu verlieren, ja drohen manchmal sogar, aus der eigenen Mitte geschleudert zu werden. Wir erleben wie spiegelbildlich die Hochschaubahn der Gefühle des Borderliners, *Angst*, *Mitleid*, Phänomene der starken *Verwirrung*, Impulse der *Aggression* etc. Die entscheidende Grundhaltung in der Therapie sehe ich darin, dass wir versuchen, *im radikalen Selbstbezug zu bleiben* (vgl. auch den „Rat O. Kernbergs“, Fischer-Danzinger 2017, 54).

Der Boxer Muhamed Ali benennt es mit seiner Grundhaltung für mich sehr treffend: „Tanzen wie ein Schmetterling“ – auf alles gefasst sein, mit allen Schlägen rechnen, immer mit sich in Beziehung, im *Gespür* bleiben und sich nicht aus dem Selbstbezug drängen lassen. Ein anderes Bild dazu: Jesus liegt während eines gefährlichen Seesturms im Heck seines Bootes auf einem Polster und schläft (vgl. Markus 4,38). Das zeugt von einem tiefen Verankert-Seins in sich und im Seinsgrund.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Grundhaltung in der Borderline Therapie besteht darin, radikal im *Selbstbezug bleiben*, die Patient*innen *versuchen zu verstehen*, sie und ihre *Aggressionen auszuhalten*, wie ein *Fels in der Brandung da zu sein und in Beziehung zu bleiben*, und die *Realität radikal zu akzeptieren* (radikale Akzeptanz!).

3.2. Rahmenbedingungen für Therapie: Werkzeuge der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT)

Bevor der therapeutische Prozess beginnen kann, ist das *Schaffen von geeigneten Rahmenbedingungen für Therapie* notwendig. Dazu bieten die Werkzeuge der *Dialektisch Behavioralen Therapie nach M. Linehan* (Bohus

2002) eine gute Hilfe. Es geht um die „*crisp*“, die „*knaackige*“ *Struktur der Therapie* (vgl. dazu ausführlich: Din-hobl et al. 2010).

Zu diesen *Werkzeugen* zählen vor allem der „*Behandlungsvertrag*“, die „*Diary-Card*“, die „*Skills*“ und der „*Notfallplan*“. Diese möchte ich hier nur kurz erläutern.

Behandlungsvertrag: Mit dem Vertrag sollen die *Rahmenbedingungen* für die Therapie abgesteckt werden. Ein dreifaches *Ja* wird von den Patient*innen eingeholt: das *Ja zum Leben*, das *Ja zum therapeutischen Prozess* und das *Ja zum neuen Weg* ohne Selbstverletzung. Es wird darin auch festgelegt, wie sich die Patient*in beim Drang, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen, verhalten soll.

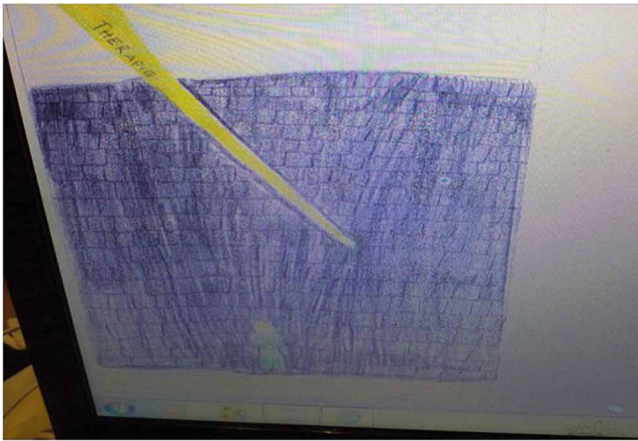
Diary-Card: Sie dient der *strukturierten Selbstbeobachtung* der emotionalen Zustände. Die Patient*innen erstellen täglich eine *circadiane* Verlaufskurve, in der sie durch Selbsteinschätzung ihre *Spannungshöhe* messen (0–10). Die *Leere*, der *seelische Schmerz*, der Drang, *sich zu verletzen* oder *sich zu suizidieren*, aber auch Zeiten der *Freude* und der *Aktivität* sind Gegenstand der Selbsteinschätzung. Die *Diary-Card* kann auch als Werkzeug der *Selbstdistanzierung* gesehen werden.

Skills sind *Fertigkeiten*, um aus der (Hoch-)Spannung zu entkommen, anstatt sich zu verletzen. Es ist wichtig, die *Skills individuell* mit den Patient*innen zu erarbeiten. Weiters sind sie dem *Spannungsniveau* anzupassen: „Welcher Skill hilft bis zu welcher Spannung (0–10)?“ Es ist günstig, *Skillsketten* zu erarbeiten, damit die Patient*innen ihre Hochspannung auf Normalspannung *reduzieren* können. Auch die *Skills* dienen der *Selbstdistanzierung*.

Notfallplan: Er ist vor allem hilfreich im Umgang mit *suizidalen Krisen*. Zuerst werden die (*Früh*)-*Warnzeichen* für eine drohende Krise, dann die *Maßnahmen* („*Skills*“) erarbeitet und in den Notfallplan eingetragen. Im nächsten Schritt werden *Personen* aufgelistet, die *bei Krisen hilfreich sein können*, „*Notrufnummern*“ (Behandlungsteam, Einrichtungen, Klinik) sind schließlich die *ultima ratio*. Der *wichtigste Punkt* im Notfallplan ist, ganz im existenzanalytischen Sinne, die Frage nach dem *Wofür* des Lebens ins Bewusstsein zu rufen: „Was ist mir am wichtigsten und wofür ist es mir wert zu leben?“

3.3. Lichtskalpell der Therapie

Erik hat das Ziel der Borderline-Therapie im Bild „*Lichtskalpell der Therapie*“ anschaulich verdichtet: Es



geht darum, einen Zugang zum verbunkerten, verletzten Inneren zu finden, langsam Kontakt, Beziehung zu sich aufzubauen, um dadurch den verlorenen Selbstbezug wieder herzustellen. Dies ist ein oft jahrelanger, äußerst mühsamer Prozess. Und: „Borderlinetherapie endet nie“, wie es Alfried Längle ausdrückt (vgl. Längle A 2017, 4). Dies gilt auch dann, wenn kein äußerer Kontakt mehr mit der Klient*in besteht, ähnlich wie bei der Elternschaft, die man nie ablegen kann.

Ich lade Sie nochmals ein, *kurz in sich zu gehen* und sich zu fragen: „*Hat mich etwas vom Beitrag angeregt, bewegt, vielleicht berührt?*“ – Nehmen Sie mit, was Sie *beeindruckt* hat, den Rest vergessen Sie.

Literatur

- Angermayr M (2017) Beziehungsweisen. Grenzerfahrung in Gestaltung therapeutischer Beziehung. In: Existenzanalyse 34, 2, 42–48
- Bohus M (2002) Borderline-Störung – Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Dinhobl R (2010) 13 Gründe sich zu schneiden. In: Existenzanalyse 27,2, 77–81
- Dinhobl R (2016) Borderline – Therapie an Grenzgängerinnen. In: Existenzanalyse 33,2, 96–101
- Dinhobl R, Aistleitner U, Plöderl M, Fartacek C (2010) Existenzanalytische Anwendung dialektischer Verhaltenstherapieelemente. In: Existenzanalyse 27,2, 81–87
- Fischer-Danzinger D (2017) Die (sichere) Fahrt auf der Hochschaubahn. In: Existenzanalyse 34, 2, 49–58
- Ford J & Gomes J (2015) The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to non suicidal self injury and suicidality. Journal of trauma and dissoviation 16, 232–271
- Längle A (2017) Ohne Fühlen...? Bin ich nicht! Vom verzweifelten Greifen des Menschen nach Leben. In: Existenzanalyse 34, 2, 4–18
- Nitkowski D & Petermann F (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 79(01), 9–20.
- Nock MK (2009) Why do people hurt themselves? New Insides into Nature and Functions of Self-Injury. In: Current directions in psychological science 18/2, 78–83
- Nock MK (2010) Self Injury. In: Clin Psychol 6, 339–363
- Nock MK et al (2010) Measuring the suicidal mind: Implicit Cognition predicts suicidal behavior. Psychological science XX(X) 1–7
- Paris J (2007) Half in love with death. Managing the Chronically Suicidal Patient. Mahwah, US: Tyler& Francis Inc

- Reddemann L (2011) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cota
- Teuber K (1998) Ich blute also bin ich – Selbstverletzung der Haut von Mädchen und jungen Frauen. Herbolzheim: Centaurus-Verlag
- Wolfers M (2016) Freunde fürs Leben: Von der Kunst mit sich selbst befreundet zu sein. Asslar: Adeo-Verlag
- Wolfersdorf, W, Felber, W, Ahrens, B, Bronisch, C, Cording, C. et al. (2000). „Chronische Suizidalität“ – Versuch einer Begriffsbestimmung. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 110.

Anschrift des Verfassers:

DR. RUPERT DINHOBL
 Joseph-Messnerstr. 12/1109
 A–5020 Salzburg
 rupert.dinhobl@existenzanalyse.org

SCHEMATHERAPIE BEI BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

ECKHARD ROEDIGER

Die Schematherapie hat sich in den letzten 15 Jahren als eine eigenständige Weiterentwicklung innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie etabliert. Das Ziel der Erweiterung besteht darin, durch ein biographisches Verständnis heutiger Verhaltensmuster sowie deren Bearbeitung mit emotionsaktivierenden Techniken hinter der symptomatischen Störung auch die Ebene der Persönlichkeitsstruktur bzw. -störung zu erreichen. Viele Aspekte psychodynamischer Therapieansätze finden damit Eingang in die Verhaltenstherapie. Dies bedeutet auch eine deutliche Veränderung des therapeutischen Beziehungsverständnisses. Die drei zentralen Aspekte: biographisch fundiertes Modell, erlebnisaktivierende Techniken und Beziehungsgestaltung werden in diesem Beitrag unter Berücksichtigung auch einer akzeptierenden Haltung vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schematherapie, Beziehungsgestaltung, erlebnisaktivierende Techniken, Perspektivwechsel, dritte Welle der Verhaltenstherapie

SCHEMA THERAPY IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

In the past 15 years schema therapy developed into a distinct therapy method within Cognitive Behavioural Therapies. As a specific contribution it explains current maladaptive behaviour based on early acquired schemas distorting the personality structure and operating behind the clinical symptoms. Thus many aspects of psychodynamic therapeutic concepts enter behaviour therapy, especially leading to a change in the comprehension of therapy relationship. The article introduces the 3 core elements of a schema therapy: the biographical model, the activating experiential techniques, and the therapy relationship, whilst taking into consideration an accepting attitude.

KEYWORDS: Schema therapy, therapy relationship, experiential techniques, perspective change, 3rd wave of behaviour therapies

Einführung

Der Begründer der Schematherapie, Dr. Jeffrey Young, war in den Achtzigerjahren ein enger Mitarbeiter von Aaron Beck an dessen Institut für Kognitive Therapie in Philadelphia. Er bemerkte, dass es einem Teil der komplexer gestörten Patienten nicht gelang, sich auf eine funktionale Arbeitsbeziehung einzulassen. Er erweiterte das an Becks Institut eher kognitiv verstandene Schema-konstrukt in Richtung auf in der Kindheit entwickelte, maladaptive emotionale Schemata. Er verstand diese Schemata als die „Fußabdrücke“ von Situationen in der Kindheit, in denen die emotionalen Grundbedürfnisse der Kinder massiv oder anhaltend frustriert wurden (Young et al. 2005). Diese Muster, die sich in das sich entwickelnde Selbst- und Weltverständnis des Kindes einprägen, werden zur „Brille“, durch die der Mensch später sich und die Welt wahrnimmt, bewertet und aus denen heraus er handelt. Dieses Verständnis kommt dem Ansatz von Bolbys „internal working model“ (Bowlby 1976) sehr nahe und schlägt damit auch konzeptionell eine Brücke zu psychodynamischen selbst- und objekttheoretischen Modellen und natürlich zur Bindungstheorie. Damit ist die Schematherapie ein integrativer Ansatz, der ein transdiagnostisches Modell entwickelt hat, um heute maladaptives Verhalten als biographisch adaptiv einzuordnen und durch korrigierende emotionale Erfahrungen in der Therapie funktionaler zu gestalten. Das Ziel ist, primär

unsichere Bindungen in erworbene, sichere Bindungen zu transformieren (Pearson et al. 1994). Sowohl die theoretischen Bausteine als auch die verwendeten Techniken, sogar die Grundzüge der Beziehungsgestaltung wurden alle schon beschrieben. So gesehen bringt die Schematherapie nichts „Neues“. Der Charme und die Attraktivität bestehen wohl eher darin, dass es Young gelungen ist, zum Teil jenseits etablierter Gewohnheiten ein konsistentes Modell zu entwickeln, in das sich alle Techniken konzeptuell-rational einfügen. Dies wurde von Messer (2001) einmal als „assimilative Integration“ beschrieben und geht über einen pragmatischen „do more of what works“-Eklektizismus deutlich hinaus.

Tatsächlich bringt die Schematherapie einige ungewohnte Aspekte in die Therapieräume. Für viele Therapeuten bedeutet das aber auch, dass sie sich konzeptuell und empirisch unterstützt fühlen, das zu tun, was sie schon immer gerne tun wollten. Young ist bis heute getrieben von der Passion, die „beste“ Therapie für seine Patienten zu entwickeln, und war bereit, dafür auch mit Traditionen und Tabus zu brechen. Dieses Erbe führen wir heute weiter und Sie, liebe Leserinnen und Leser, werden auch in diesem Beitrag die eine oder andere provokativ erscheinende Position finden. Aber die bisher durchgeführten Studien zeigen für Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörung beachtlich gute Ergebnisse (Giesen-Bloo et al. 2006; Bamelis et al. 2014). Die Richtung scheint also vielversprechend zu sein.

Grundelemente der Schematherapie

Integrative Ansätze gibt es in der Psychotherapie-Szene viele. Was zeichnet dann eine Schematherapie aus? Das sind – wie in der Einleitung angedeutet – drei Elemente (Young 2010):

1. Ein konsistentes, biographisch-bindungsorientiertes Therapiemodell als Grundlage für die Fallkonzeption und Therapieplanung, in das sich alle Techniken einfügen.
2. Eine spezifische therapeutische Beziehungsgestaltung im Sinne der „begrenzten elterlichen Fürsorge“, die sich an pädagogischen Konzepten orientiert und die Therapie als Nachreifungs- und Neulernprozess versteht.
3. Den Einsatz erlebnisaktivierender Techniken in möglichst jeder Stunde, die einem zum Teil manualisierten Ablauf folgen, aber immer an die individuelle Situation der Patienten angepasst werden (sogenannte „maßgeschneiderte Therapie“).

Nun zu den drei Elementen im Einzelnen:

Das Modell

Wie der Name der Therapieform sagt, sind die Basis zum Verständnis des heutigen Verhaltens die in der Kindheit angelegten Schemata. Wie sie sich heute zeigen, hängt allerdings von der Art des Umgangs mit ihnen ab, den sogenannten Schema-Bewältigungsreaktionen. Dabei gibt es drei Möglichkeiten:

1. *Schema-Erduldung*: Wir können den Schemata folgen, sie sozusagen erdulden und gehen Beziehungen ein, in denen wir z.B. verletzt, beschämt oder verlassen werden. Dies entspricht im Wesentlichen dem Prinzip der „Wiederholungszwanges“ bzw. der „selbsterfüllenden Prophezeiung“. Diese Menschen bekommen dann zwar Bindung, aber ihr Bedürfnis nach Selbstbehauptung und Kontrolle wird weiter frustriert.
2. *Schema-Vermeidung*: Wir versuchen Lebenssituationen zu meiden, in denen unsere Schemata aktiviert werden können. Das führt aber zu umfassendem Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug und nicht selten sekundär zu psychischen oder psychosomatischen Symptomen. Die Betroffenen haben zwar mehr Kontrolle über die Situation im Sinne des Selbstschutzes, aber das fundamentale Bedürfnis nach Bindung wird nicht erfüllt.
3. *Schema-Kompensation*: Wir können gegen das Schema handeln und uns z.B. gegen Bevormunden wehren, über gute Leistungen Anerkennung und Autonomie gewinnen, sogar andere ausnutzen, um uns selbst

zu verwirklichen. Dann leben wir zwar unser Selbstbehauptungsbedürfnis aus, möglicherweise aber auf Kosten der Bindungsseite.

Das heutige Verhalten von Menschen wird also geprägt von den untergründigen Schemata und dem jeweiligen Schema-Bewältigungsverhalten. Was wir dann in der Gegenwartssituation sehen, nennt man in der Schematherapie einen Modus.

Das Modusmodell

Die wichtigsten Elemente des Modusmodells kann man sehr schön in dem sogenannten „still face experiment“ von Edward Tronick sehen (<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>). Ich lade Sie dazu ein, parallel zu dem folgenden Text das Video schrittweise anzuschauen.

Das „Still-Face-Experiment“

Im ersten Teil des Videos sieht man eine gelungene, reziproke Interaktion zwischen Mutter und Kind. „Reziprok“ meint, dass abwechselnd die Mutter und das Kind führen und die andere folgt. Achten Sie doch einmal darauf, wie die Mutter reagiert, als das Kind auf die Kamera zeigt: Sie schaut ganz kurz hin. Was sieht sie? Nichts! Warum tut sie es dann? Weil sie durch diese kleine „Unterordnung“ das Selbstbehauptungsbedürfnis des Kindes stärkt. Umgekehrt lacht das Mädchen später, als die Mutter ihren Fuß streichelt. Beide freuen sich und sind glücklich. Diese kooperative Beziehungsgestaltung mit einem flexiblen Wechsel von Führen/Dominieren und Folgen/Unterordnen zeichnet alle funktionalen privaten oder geschäftlichen Beziehungen aus. Denken Sie nur an einen gelungenen Doppelpass beim Fußball, die Bewegungen beim Tanzen (oder in einer sexuellen Begegnung) oder ein gelungenes Brainstorming in der Arbeit.

Nach der Unterbrechung der Beziehung durch die Mutter bekommt das Kind etwas Angst. Die Aktivierung dieser Basisemotion braucht nur ca. 200 Millisekunden. Sie ist das emotionale Signal als Reaktion auf das bedrohte Bindungsbedürfnis. Was wird das Kind nun tun? Das hängt vor allem von seinen früheren Erfahrungen und seinem Bindungsstil ab. Da das Mädchen sicher gebunden zu sein scheint, versucht sie es zunächst im „Guten“. Sie geht in eine unterordnende Haltung

und versucht, noch „netter“ zu sein und dadurch die Beziehung wieder herzustellen. So würden Sie auch Ihren Partner in der Phase der Verliebtheit zum Essen rufen, falls er Sie beim ersten Mal nicht gehört haben sollte. Sie vertrauen einfach darauf, dass er oder sie kommen würde, wenn er oder sie Sie gehört hätte.

Da die Mutter aber nicht reagiert, kommt das Kind unter Stress. Sein Alarmsystem springt an und der Affekt wechselt über in einen kurzen traurigen Irritation, dann genervt rasch in einen sekundären Ärger. Das Kind versucht nun im „Bösen“, wie es Ed Tronick im Abspann des Videos nennt, die Beziehung sozusagen „gewalt-sam“ durch aggressiv-dominantes Verhalten wieder herzustellen. So ähnlich rufen Sie vielleicht auch Ihre Partnerin bzw. Partner nach 10 Jahren Beziehung zum Essen: „Kannst du nicht einmal kommen, wenn ich dich rufe?!“ Gut, er oder sie wird kommen und die Beziehung wird wieder hergestellt, aber es ist nicht dasselbe!

Entsprechend der Versuchsanordnung darf die Mutter aber immer noch nicht reagieren, woraufhin das Kind sich abwendet und im Sinne einer Selbstberuhigung versucht, sein Glück außerhalb der Beziehung zu finden. Aber dummerweise darf der Kameramann ebenso wenig auf das Kind eingehen. Dadurch bleiben sowohl Bindungs-, als auch Selbstbehauptungs- bzw. Kontrollbedürfnis unbefriedigt und die Spannung des Kindes steigt – für manche Zuschauer kaum aushaltbar – weiter an. Dies wäre der Punkt, an dem das Kind in eine Art „Notabschaltung“ im Sinne eines stuporösen Rückzugs gehen könnte. Diese dumpfen Zustände nennt man in der Schematherapie einen „distanzierten Selbstschutzmodus“.

Zum Glück ist das Experiment dann zu Ende. Die Mutter wendet sich dem Kind demonstrativ und aktiv zu (es biegt die Arme des distanzierten Kindes sanft auseinander), woraufhin das Kind der Mutter „verzeiht“ und sich wieder auf die Beziehung einlässt. Diese letzten Sekunden zeigen das Urbild des schematherapeutischen Beziehungsaufbaus: Die Therapeuten bieten sich nachhaltig und menschlich warm und offen an, gehen in eine aktiv-öffnende Rolle, um die distanzierten Beschützer zu umgehen, bis die Patienten sich öffnen.

Fassen wir die wichtigsten Elemente des Modusmodells zusammen:

- Zwei fundamentale, polare Grundbedürfnisse (Bindung und Selbstbehauptung),
- Vier negative Basisemotionen zwischen den Polen „Angst“ und „Ärger“ (dazwischen Trauer und „Ekel“ bzw. „Genervtsein“).
- Vier mögliche Bewältigungsmodi:
 - Unterordnung (aus Angst mit dem Ziel, das Bindungsbedürfnis zu befriedigen),
 - Dominant-kämpferisches Verhalten (getrieben von Ärger, um im Sinne des Selbstbehauptungsbedürfnisses wieder Kontrolle über die Situation zu bekommen),
 - Aktiver Rückzug (im Sinne von Flucht), um sich selbst zu beruhigen,
 - Passiver Rückzug (im Sinne von Erstarrung bzw. „Freeze“) als „Notabschaltung“ negativer Gefühle.

Der Erwachsenenmodus

Die von Ekman (2017) als positive Emotion angeführte Freude bzw. Glück tritt ein, wenn beide Grundbedürfnisse (wie am Anfang und Ende des Videos) flexibel ausbalanciert befriedigt werden. Anfangs sind dafür die Bezugspersonen zuständig. Später wird das die Aufgabe unseres sog. „*Erwachsenenmodus*“, den wir in einer Schematherapie versuchen zu stärken. Dazu muss er zweierlei tun:

1. *Grundbedürfnisse wahrnehmen und erfüllen.* Dabei zeigen die Basisemotionen wie „rote Lämpchen“ auf dem Armaturenbrett eines Autos an, wenn diese bedroht sind: Bei Bedrohungen des Bindungsbedürfnisses bekommen wir Angst und ziehen uns im zweiten Schritt vielleicht traurig zurück, wenn unsere Selbstbehauptung blockiert wird, reagieren wir genervt bis ärgerlich (z.B. im Straßenverkehr). Diese Darstellung fasst die fünf von Young (Young et al. 2005) beschriebenen Bedürfnisse nochmals zusammen, um den Patienten ein möglichst einfaches Modell anzubieten (Roediger 2015).
2. *Die inneren Kritiker entmachten.* Diese entstehen als innerer Niederschlag der Bewertungen und Zuschreibungen der „signifikanten anderen“ im Sinne eines Introjektes in den Patienten. Wie wir von Traumatisierten wissen, können diese extrem unbarmherzig und dabei ich-synton sein und nicht nur gegen sich selbst, sondern im Sinne des Modell-Lernens auch gegen andere (z.B. die Therapeuten) gewendet werden. Diese zu erkennen, neu zu bewerten bzw. durch selbst gewählte Werte zu ersetzen ist die zweite Aufgabe in der Therapie.

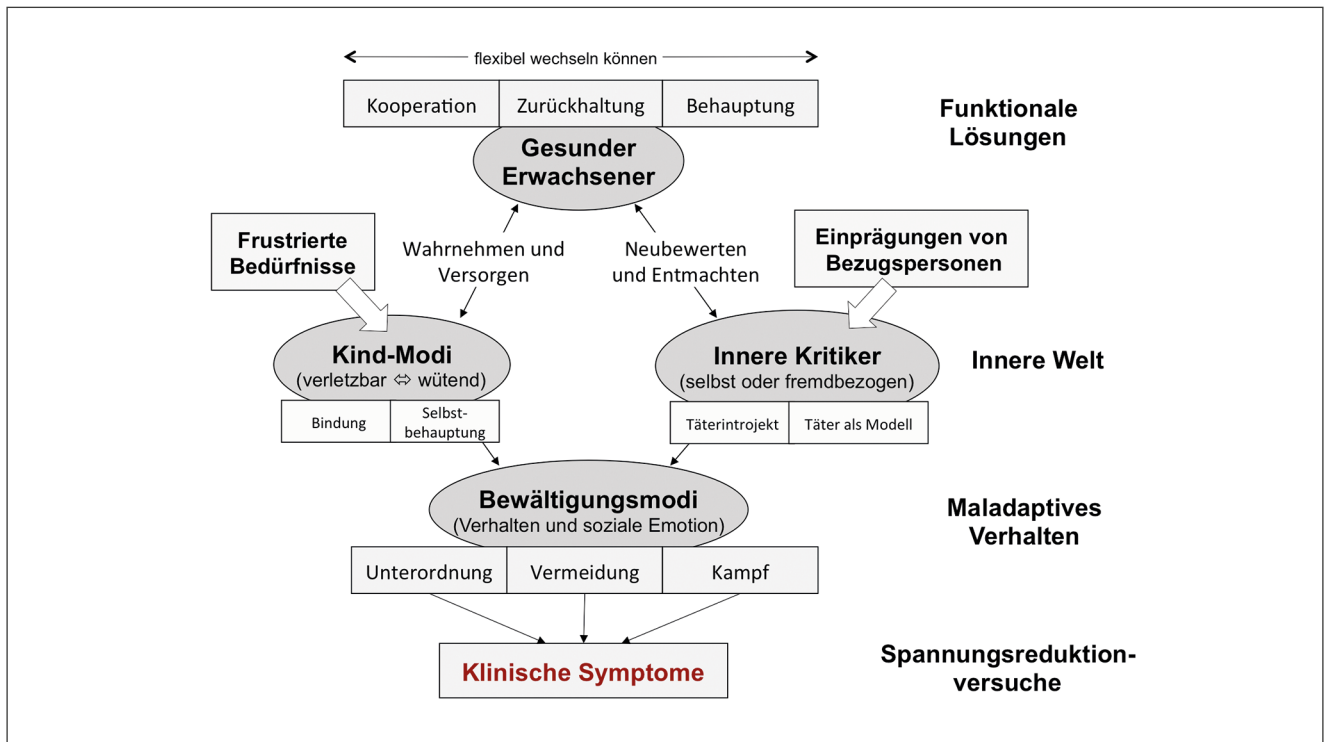


Abbildung 1: Das Modusmodell

Bei Patienten mit schwach ausgeprägtem Erwachsenenmodus, wie z.B. bei vielen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, übernimmt anfangs der Therapeut diese beiden Funktionen im Sinne einer „Nachbeelterung“. Im Laufe der Therapie sollen die Patienten dann durch Fördern und sanftes Fordern (sog. „empathische Konfrontation“) das Modell der Therapeuten in ihren Erwachsenenmodus internalisieren und dadurch einen „inneren Therapeuten“ aufbauen.

Um beide Grundbedürfnisse möglichst ausgewogen befriedigen zu können, lernen die Patienten, aus ihren maladaptiven, automatisch eingesetzten Bewältigungsmodi auszusteigen und, aus einer inneren Beobachterhaltung auf beiden „Bedürfnisbeinen“ stehend, den eigenen Werten folgend, sich situationsangemessen im Spektrum zwischen Kooperation (statt Unterordnung) und funktionaler Durchsetzung (statt dominant-kämpferischem Verhalten) möglichst flexibel zu bewegen. D.h. die Pole des Spektrums sind die gleichen wie bei den Kampf-Unterwerfungsmustern, aber das Verhalten wird funktionaler bzw. „reifer“ eingesetzt. Ähnlich den reifen Ich-Funktionen in psychodynamischen Modellen übernimmt dabei der Erwachsenenmodus eine integrierende und moderierende Funktion, wodurch erst ein kohärentes Selbst in uns entsteht. Abbildung 1 fasst diese Elemente zusammen.

Die schematherapeutische Beziehungsgestaltung

Wie in der Einleitung angedeutet, haben hier viele Kollegen Schwierigkeiten. Nicht selten sagen Kollegen in

unseren Fortbildungskursen: „Ich möchte aber nicht die Mutter für meine Patienten sein!“ Dahinter steckt meist die Angst, sich nicht ausreichend von den Patientenwünschen abgrenzen zu dürfen oder zu können. Um wie gute Eltern die notwendige Balance zwischen annehmender Unterstützung und fordernder Begrenzung halten zu können, wird in der Schematherapie „Nachbeelterung“ mit empathischer Konfrontation ausgeglichen. Wie man das auf der Techniquebene konkret machen kann, werde ich in einem späteren Abschnitt andeuten. Das wird in der Kritik an dem Ansatz oft nicht ausreichend berücksichtigt. In einem Satz gesagt geht es darum – eben wie bei Kindern – Unterstützung zu geben, wo und solange sie gebraucht wird, um Bindungssicherheit zu geben. Darauf aufbauend wird dann schrittweise die Autonomie und Selbstbehauptungsseite gefördert. Wer würde seinen Kindern anfangs fast unbegrenzte Nähe und Bindung verweigern aus Angst, sie dadurch von sich abhängig zu machen? Das gab es nur in den Zeiten der sogenannten „schwarzen Pädagogik“ (Miller 1983). Und im schematherapeutischen Verständnis leben in uns die alten Schemata aus der Kindheit weiter. Im Zustand der Schemaaktivierung sind Menschen wieder im „Kindmodus“. Das ist dann die erlebte Realität (für eine ausführliche Darstellung siehe Roediger 2016a). Die eventuell parallel dazu vorhandenen Erwachsenenkompetenzen sind dann wie verschüttet und nicht verfügbar. In einem solchen Zustand brauchen besonders Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zumindest anfangs aktive Unterstützung durch die Therapeuten – wie

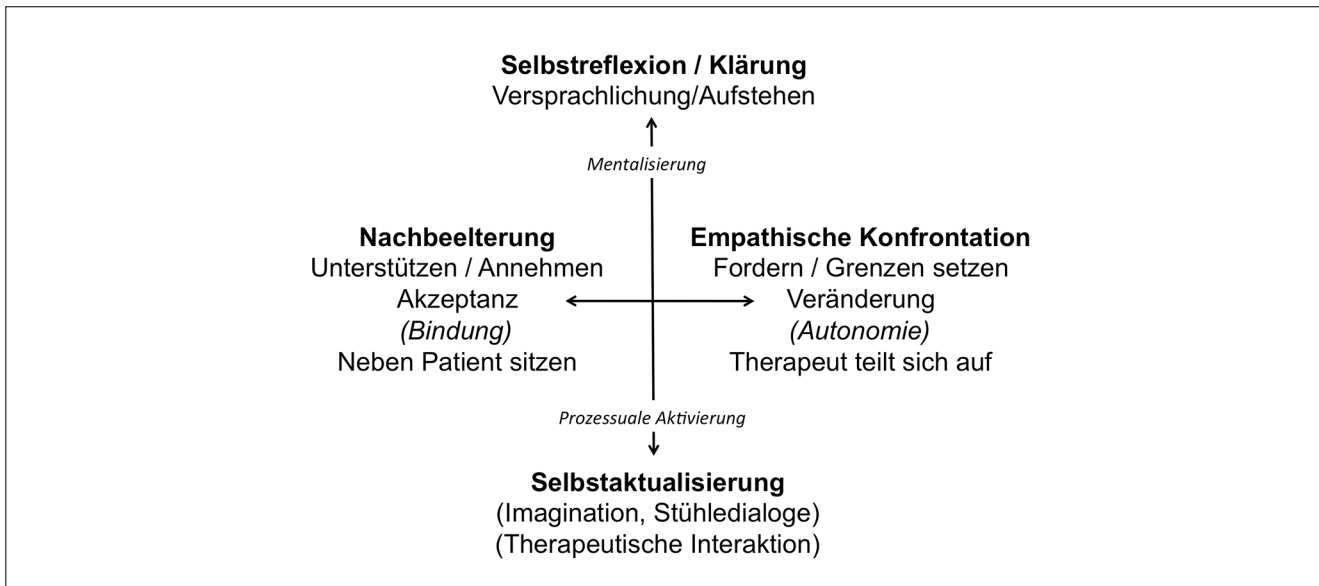


Abb. 2: Dimensionen der Beziehungsgestaltung

das Kind im still-face Experiment. In einer Metaanalyse der vier als evidenzbasiert geltenden Borderline-Therapien zeigten Jacob und Arntz (2013), dass die Patienten diese Art der Beziehungsgestaltung sehr schätzen und die Abbruchquoten vergleichsweise niedrig sind: Während die durchschnittliche Abbruchquote in den Schematherapien bei 10,1 % lag, betrug sie bei dialektisch behavioralen Therapien (DBT) im Mittel 23 %, bei mentalisierungsbasierten Therapien (MBT) 24,8% und den übertragungsfokussierten Therapien nach Kernberg 34,9%.

Neben der Regulation von „Nähe und Distanz“ ist aber noch eine zweite Dimension zu berücksichtigen, nämlich die zwischen emotionaler Aktivierung (bzw. Selbstaktualisierung) und selbstreflexiver Klärung (siehe Abbildung 2). Die prozessuale Aktivierung gelingt am besten in den erlebnisaktivierenden Techniken wie Imaginationenübungen und Modusdialogen auf mehreren Stühlen, die im nächsten Abschnitt beschrieben werden. Dabei verstärkt das (gemeinsame) Schließen der Augen die Wendung nach innen zum emotionalen Erleben hin. Eine selbstreflexive Haltung und emotionale Distanzierung gelingt am leichtesten durch ein gemeinsames Dazutreten im Stehen aus der Haltung eines „Beobachterteams“, sowohl in der Imagination als auch bei den Stühledialogen. Diese Technik ist in der systemischen Therapie als „reflecting team“ (Andersen 1987) bekannt. Aus dieser Perspektive wird dann die aktualisierte Szene in die Fallkonzeption mentalisierend eingeordnet.

Erlebnisaktivierende Techniken

Die beiden wichtigsten und nachweislich besonders wirksamen emotionsaktivierenden Techniken – Imaginationen und Stühledialoge – sind der Gestalttherapie ent-

lehnt. Sie werden aber in einer Schematherapie sehr gezielt zur Stärkung des Erwachsenenmodus eingesetzt. Bei beiden Techniken werden die Patienten zunächst in ein intensives Erleben ihres (meist verletzbaren) Kindmodus gebracht. In einer Imagination lassen sie sich im aktivierten Gefühl in den assoziativen Netzwerken unserer Informationsverarbeitung in eine ähnliche Kindheitsszene zurücktreiben. In einem Stühledialog versetzen die inneren Kritikerstimmen sie in den Zustand des verletzbaren Kindes zurück. Der Effekt wird verstärkt, wenn die Patienten mit geschlossenen Augen in Kontakt mit den Gefühlen im Körperinneren gehen. Bei einer Imagination finden sich die Patienten also in einer zwischenmenschlichen Beziehungsszene aus ihrer Kindheit wieder. In einem Stühledialog besteht der Konflikt im heutigen Inneren der Patienten zwischen den internalisierten Kritikerstimmen und dem Erleben im Kindmodus, in dem die alte Ohnmacht weiterlebt.

In der Imagination betreten dann Therapeut und Patient gemeinsam den Raum. In einem Stühledialog stehen Therapeut und Patient gemeinsam auf, um so gewissermaßen ebenfalls von „außen“ auf die Szene auf den Stühlen zu schauen. Abbildung 3 zeigt die Anordnung der verschiedenen Stühle bei einer solchen Übung. In beiden Fällen ist das Ziel, dass die Patienten durch den Perspektivwechsel einen neuen, „erwachseneren“ Blick auf die Szene bekommen und „konstruktive Ärgergefühle“ (Greenberg et al. 2003) mobilisieren können. Ohne Wutkraft gibt es keinen Kampf und auch keine Selbstbehauptung! Wer keinen Zugang zu seinen gesunden Ärgergefühlen hat, bleibt in alten Abhängigkeiten und Lähmungen stecken. Das ist die energetische Seite der Entmachtung der alten Bezugspersonen bzw. der inneren Kritiker.

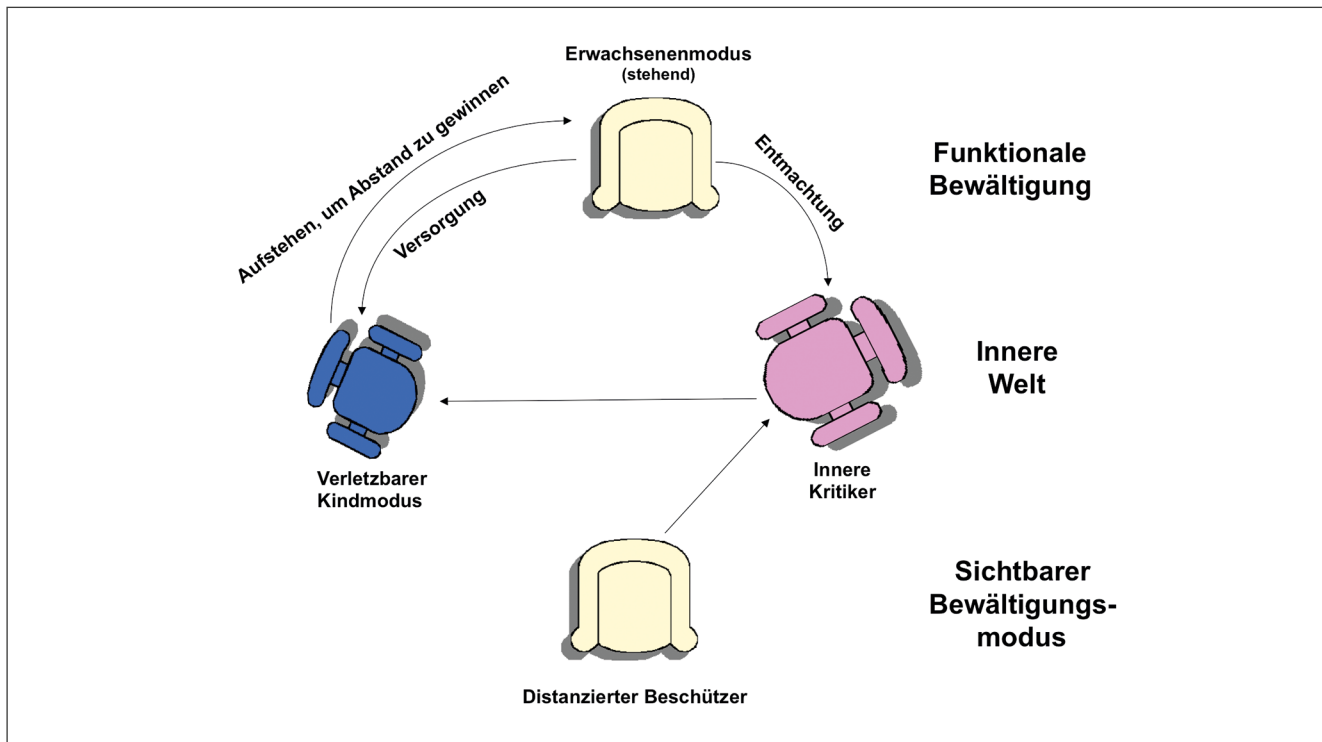


Abb. 3: Anordnung der Stühle bei einem Modusdialog

Dazu kommt, dass aus diesem Abstand die Patienten auch leichter erkennen können, dass die inneren Kritiker das Kind nicht unterstützen bzw. „besser machen“, wie es gute Pädagogen tun sollten. Dabei schauen wir weniger als kognitive Therapeuten auf die *Inhalte* der Kritikerstimmen, als auf die *Effekte* (sogenannter „funktioneller Kontextualismus“; Hayes et al. 2012). Gelingt die Neubewertung, ist die Kraft für die Entmachtung da und diese auch „erlaubt“. Gelingt den Patienten das nicht, springen die Therapeuten als Modell ein und handeln (wie gute Eltern) für die Patienten. Viele Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben zum ersten Mal, dass sich jemand so vorbehaltlos für sie einsetzt. Diese Erfahrung vertieft das Vertrauen in die Therapeuten und die Therapie enorm. Später lernen die Patienten dann schrittweise, die Entmachtung selbst durchzuführen. Nach der Entmachtung fragen die Therapeuten, welches Gefühl die Patienten für das Kind (in der Imagination oder den Kindmodus auf dem Kindstuhl) empfinden. Das sollte Mitgefühl (bzw. self-compassion; Gilbert 2010) sein. Aus diesem Gefühl heraus können die Patienten dann die Grundbedürfnisse des Kindes bzw. des Kindmodus befriedigen, wie in einem „inneren 2-Personen-Stück“ (Roediger 2016a). Die Entmachtung und die Versorgung können auf Sprachspeicher z.B. von Smartphones aufgenommen werden, damit die Patienten Zugriff auf sie haben, wenn sie sich im Alltag in einer entsprechenden Schemaaktivierung befinden. Das „Aussteigen“ und der Wechsel in den handlungsfähigen Erwachsenenmodus wird dadurch auch

außerhalb der Therapiestunden gefördert. Ist das gesunde Selbst-Mitgefühl z.B. durch innere Kritikerstimmen blockiert, kann das Kind evtl. durch ein leibliches Kind der Patienten ersetzt werden (sogenannte Substitutionstechnik; Roediger 2016a). Wie im Still-Face-Experiment fällt es Menschen manchmal leichter, Mitgefühl für ein anderes Kind zu empfinden, als für sich selbst. Zur Not müssen anfangs wieder die Therapeuten einspringen und die Patienten steigen schrittweise ein. Tiefer Interessierte können sich unter <https://www.schematherapie-frankfurt.de/index.php/materialien-3/schematherapie-demonstrationsvideos/basistechniken-Trainingsvideos> mit den wichtigsten Techniken anschauen bzw. dort bestellen.

Die Flexibilisierung der Sitzpositionen

Das gemeinsame Augenschließen und Aufstehen, um das Ausmaß der emotionalen Aktivierung zu regulieren, wurde schon beschrieben. Aber auch bei der Nähe-Distanz-Regulation brechen wir die konventionelle Sitzordnung auf, um die Therapie so dynamisch wie möglich zu machen. Wenn wir mit einem Kindmodus in Kontakt kommen wollen, setzen wir uns neben bzw. sogar leicht hinter die Patienten und sprechen sie mit warmer Stimme im „du“ an, so wie ein Kind. Die Stimme kommt dann nicht von der realen Therapeutenperson, sondern wird sozusagen zu einer „guten Stimme“ im Inneren der Patienten. Diese hilft dann später, den Stimmen der inneren Kritiker entgegen-zu-treten. Buchstäblich auf der „anderen Seite“ können sich auch die Therapeuten auf zwei Stühle aufteilen, um einen „bö-

sen Therapeuten“ auf einem eigenen Stuhl kritische bzw. konfrontierende Dinge sagen zu lassen. Sobald die Patienten emotional reagieren, nehmen die Therapeuten den Stuhl des „guten Therapeuten“ und setzen sich damit wie oben beschrieben hinter die Patienten, um dort die Gefühle wahrzunehmen und mit den Bedürfnissen in Kontakt zu kommen. Im gemeinsamen Aufstehen wird dann die Szene in die Fallkonzeption eingeordnet und nach einer funktionalen Lösung für die Ausgangssituation gesucht. So ist ein sehr dynamischer Wechsel zwischen Konfrontation und empathischer Unterstützung möglich, ohne Patient und Therapeut übermäßig emotional zu belasten (mehr dazu siehe Roediger 2016b).

Wie kann man die Bindung zu den Patienten zwischen Sitzungen aufrechterhalten?

Über die Audio-Memos wurde schon gesprochen. Es gibt auch vorbereitete Formblätter (sogenannte Schema-Modus-Memos), mit denen Schemaaktivierungssituationen analysiert, in die Fallkonzeption eingeordnet und funktional aufgelöst werden können, zunächst gemeinsam in den Stunden, später alleine zwischen den Sitzungen. Daneben gibt es noch weitere Arbeitsblätter, z.B. um die Antworten des Erwachsenenmodus auf Kritikersätze festzuhalten, oder unterschiedlich anspruchsvolle Arten von Tagebüchern. Man kann den Patienten auch Gegenstände von seinem Schreibtisch im Sinne von Übergangsobjekten bzw. „Ankern“ mitgeben, die sie fest drücken, wenn sie emotional in Not kommen. Dies stellt eine Verbindung zu den Erlebnissen in der Therapiesituation her und hilft, den Erwachsenenmodus zu aktivieren.

Eine weitere Möglichkeit, zwischen den Sitzungen punktuell Kontakt zu gewähren, sind E-Mails oder SMS. Sie können entweder der emotionalen Stabilisierung dienen, haben aber auch eine diagnostische Funktion. Gerade Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung trauen sich manchmal buchstäblich „nachts um halb drei“, wichtige Inhalte mitzuteilen. Die Schwelle dazu ist deutlich niedriger, als das in der Therapie anzusprechen. Durch die Antwortlatenz und die Ausführlichkeit der Antwort können Therapeuten die Intensität des Kontaktes zwischen emotionaler Unterstützung in Krisen und eher ermutigenden Kurzsätzen beim Aufbau von eigenverantwortlichem Handeln sehr fein ausbalancieren. Telefonkontakt gewähre ich hingegen nur in absoluten Notfällen. Das kommt so gut wie nie vor. Wenn Patienten sich daran nicht halten, steht eine „empathische Konfrontationssitzung“ an, da Telefonate doch sehr stark in den Lebensalltag der Therapeuten eingreifen. Aber auch hier sind wir Therapeuten ein Modell, wie man sich angemessen abgrenzt.

Kann eine Schematherapie darüber hinaus auch „Sinn“ machen?

Da es sich hier um die Niederschrift eines Vortrages auf einem existenzanalytischen Kongress handelt, erlauben Sie mir ein paar abschließende Bemerkungen, die ich mit dem Wortspiel in dieser Kapitelüberschrift einleiten möchte. Natürlich ist die Antwort einfach: Seinem Leben Sinn geben kann nur jeder Mensch selbst. Therapeuten geben bestenfalls Hilfestellungen. Dabei gehen sie unterschiedlich aktiv vor. Aus dem bisher Dargestellten kann der Eindruck entstehen, dass Schematherapie eine handlungsorientierte „Machertherapie“ ist. Das trifft zum Teil zu, beschreibt aber nur die eine Seite des Beziehungsspektrums, insbesondere zu Beginn der Therapie. So wie wir unseren Kindern bei den entscheidenden Fragen im Leben nur Ideen geben sollten, nehmen die Therapeuten im Verlauf der Therapie eine immer zurückhaltendere Rolle ein. Sie stellen vielmehr Fragen wie: „Was würde ein vernünftiger Mensch in dieser Situation machen?“ oder vielleicht noch: „Wissen Sie noch, was ich Ihnen früher in dieser Situation einmal gesagt habe?“. Grundsätzlich geht es zunehmend darum, Räume zu öffnen, in denen die Patienten jenseits allgemein funktionaler Verhaltensweisen, die man tatsächlich lernen kann, ihren Platz in ihrem Leben zu finden und diesen anzunehmen. In den letzten Jahren gibt es von verschiedenen Seiten in der Schematherapie Bestrebungen, die verhaltenstherapeutisch-aktive Grundhaltung der Schematherapie mit einer buddhistisch geprägten Achtsamkeits- und Akzeptanzhaltung zu verbinden (van Vreeswijk et al. 2012; Roediger 2012). Dann wird Schematherapie zu einer sogenannten „Therapie der dritten Welle“ (Roediger & Zarbock 2013). Aber eine entsprechende Haltung findet sich auch im christlichen Kontext. Manchen von Ihnen wird vielleicht die „Versuchung des heiligen Antonius“ aus dem sogenannten Isenheimer Alter in Colmar bekannt sein; wenn nicht, googeln Sie das Bild im Internet, während Sie die folgenden Zeilen lesen.

Decken Sie doch zunächst einmal die oberen 2/5 des Bildes ab. Welche Stimmung entsteht in Ihnen, wenn Sie sich in die Lage des Antonius im blauen Gewand hineinversetzen? Vermutlich eine ähnlich ängstlich-bedrohtes Gefühl, wie es viele unserer Borderline-Patienten immer wieder beschreiben. Aber wie schafft es Antonius, in dieser Situation so unbeschädigt und ruhig zu bleiben. Die Antwort gibt uns einen Blick auf den oberen Teil des Bildes: Hier herrscht eine ganz andere Stimmung. Der Maler hat durch den Bezug zwischen der Farbe des Kleides von Antonius und der Farbe des Himmels künstlerisch einen Bezug zwischen Antonius und dieser Himmelsphäre hergestellt. Auch das orangefarbene Gesicht

von Antonius spiegelt sich in der orangefarbenen Gottesdarstellung im oberen Teil des Bildes. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass es Antonius gelingt, sich aus innerer Kraft heraus mit dieser Sphäre in Verbindung zu setzen und daraus die Kraft zu ziehen, den andrängenden Bedrohungen standzuhalten. Ähnlich beschreibt das Viktor Frankl für seine Situation im KZ (Frankl 2002). Diese Interpretation wird gestützt durch die Aufschrift auf dem kleinen Zettel am rechten unteren Rand des Bildes, der sich auf eine Legende von Atanasius bezieht. Auf diesem Zettel steht: „Ubi eras bone Jhesu? Ubi eras? Quare non affuisti, ut vulnera mea sanares?“ Zu Deutsch: „Wo warst du, guter Jesus? Wo warst du? Warum warst du nicht da, meine Wunden zu heilen?“ In der Legende ertönt daraufhin eine Stimme aus dem Himmel: „Antonius, ich war hier, aber ich wartete ab, deinem Kampf zuzuschauen. Weil du standgehalten hast, werde ich dir stets ein Helfer sein und machen, dass dein Name allerorten gefeiert werde.“ (zitiert nach Dunselmann 2004, 52)

Besonders in der zweiten Hälfte einer Therapie, aber auch insgesamt in der zweiten Lebenshälfte werden wir nicht umhin kommen, uns auch in Akzeptanz zu üben und zu lernen, Dinge mit warmem Herzen hinzunehmen, die wir nicht ändern können. Dabei Patienten zu begleiten ist auch eine wichtige therapeutische Aufgabe. Manche Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeits- oder Traumafolgestörung sind so belastet, dass Sie kaum mehr schaffen, als eine Nische im Leben zu finden und dort einigermaßen klarzukommen. Das zu begleiten, die Akzeptanz des Unveränderlichen zu unterstützen und Mut zuzusprechen, die dennoch möglichen kleinen Schritte zu tun und sich darüber zu freuen, ist auch eine lohnenswerte therapeutische Aufgabe. Durch Akzeptanz können Patienten auch dann einen inneren Frieden und Sinn in ihrem Leben finden, wenn im Äußeren nicht mehr viel „geht“. Das Selbstverständnis kann sich dann vom „Haben“ oder „Können“ zum „Sein“ verlagern (Fromm 2017). Auch dabei können Therapeuten Beistand leisten.

Literatur

- Andersen T (1987) The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process* 26, 415–28
- Bamelis L, Evers S, Spinhoven P, Arntz A (2014) Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 171, 305–22.
- Bowlby J (1976) Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler
- Dunselman R (2004) Anstelle des Ich. Rauschdrogen und ihre Wirkung. Stuttgart: Freies Geistesleben
- Ekman P (2017) The Ekman's Atlas of Emotions. <http://atlasofemotions.org/>
- Frankl VE (2002) Trotzdem ja zum Leben sagen. München: Kösel
- Fromm E (2017) Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft (44. Aufl.). München: DVA Random House

- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized trial for schema-focused-therapy versus transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63, 649–58
- Gilbert P (2010) Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. The CBT Distinctive Features Series. London, New York: Routledge
- Greenberg LS, Rice LN, Elliot R (2003) Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie. Paderborn: Junfermann
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2012) Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. New York: Guilford Press
- Jacob G, Arntz A (2013) Schema therapy for personality disorders – a review. *Int J Cogn Ther* 6, 2, 171–85
- Messer SB (2001) Introduction to the special issue of assimilative integration. *J Psychother Integr* 11, 1–4
- Miller A (1983) Am Anfang war Erziehung. Frankfurt: Suhrkamp
- Pearson JL, Cohn DA, Cowan PA, Cowan CP (1994) Earned and continuous security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Dev Psychopathol* 6, 259–373
- Roediger E (2012) Why are Mindfulness and Acceptance Central Elements for Therapeutic Change? An Integrative Perspective. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (eds) Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice. Oxford, New York: Wiley, 239–48
- Roediger E (2015) Raus aus den Lebensfallen. Das Schematherapie-Patientenbuch (3. Aufl.). Paderborn: Junfermann
- Roediger E (2016a) Schematherapie. Grundlagen, Modell und Praxis (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer
- Roediger E (2016b) Ressourcenaktivierung durch Perspektivwechsel. Stehen Sie doch einfach einmal auf! Ein Plädoyer für mehr Bewegung(en) in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie* 26, 2, 117–123
- Roediger E, Zarbock G (2013). Schematherapie. In: Heidenreich T, Michalak J (Hg) Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz, 199–218
- Tronick E (2009) Still face experiment. <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>
- Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G (2012) Achtsamkeit & Schematherapie Praxishandbuch. Lichtenau: Probst
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005) Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann
- Young JE (2010) Schematherapie ist wirklich integrativ. In: Roediger E, Jacob G (Hg) Fortschritte der Schematherapie. Göttingen: Hogrefe, 306–11

Anschrift des Verfassers:

DR. MED. ECKHARD ROEDIGER
Frauenlobstraße 64
D–60487 Frankfurt
kontakt@eroediger.de

ZERRISSEN ZWISCHEN EXTREMEN –

Die Not der Angehörigen von Borderline-Patienten

BARBARA JÖBSTL

Im folgenden Artikel sind die Ergebnisse aus dem gleichnamigen Workshop im Rahmen des GLE-Kongresses 2017 zum Thema „Schmerz-Haft“ sowie Erfahrungen, Beobachtungen und Reflexionen aus meiner Arbeit mit Angehörigen von Borderline-Patienten in meiner Praxis zusammengefasst.

Für eine erste Annäherung an die Thematik werden einleitend drei kurze Fallskizzen nachgezeichnet. Der folgende Teil beschreibt das gesplittene Erleben der Angehörigen gleichsam als Spiegel der Psychopathologie des Borderliners selbst und die destruktive Auswirkung auf die existenzielle Struktur der Grundmotivationen und die personalen Fähigkeiten. Abschließend wird der Fokus auf die therapeutische Arbeit mit Angehörigen gelegt und dargestellt, welche Aspekte im Besonderen zu bearbeiten und zu stärken sind.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline-Störung, Angehörige, Selbstverlust, Abgrenzung, Beziehungsbeständigkeit

TORN BETWEEN THE EXTREMES – THE DISTRESS OF THE RELATIVES OF BORDERLINE PATIENTS

In the following article, results from the workshop of the same name within the scope of the GLE-Congress 2017 on the topic of pain ("Schmerz-Haft"; meaning pain-custody), as well as experiences, observations and reflections from my work with relatives of borderline patients in my practice, are summarized.

As an initial approach towards the theme, three introductory short cases are outlined. The following part describes the split experience of the relatives, as it were a mirror to the psychopathology of the borderliners themselves, and the destructive impact on the existential structure of fundamental motivations and personal abilities. Finally, the focus is set on therapeutic work with the relatives, and which aspects are to be dealt with in particular and should be reinforced.

KEYWORDS: borderline-disorder, relatives, loss of self, delimitation, relationship stability

Josef ist seit 25 Jahren mit seiner Frau, bei der eine Borderline-Störung diagnostiziert ist, verheiratet. Seit die Kinder außer Haus sind, käme es am laufenden Band zu explosiven Eskalationen, denen gegenüber er sich hilflos fühle. Am Beginn der Beziehung habe er sich geradezu wie im Himmel gefühlt, eingehüllt in die schmeichelnde ihn umgarnende, zärtliche Liebe und Bewunderung durch seine Frau. Schon kurze Zeit nach der Hochzeit begann eine steile Talfahrt in Richtung Hölle, wie Josef sagt, ausgelöst durch eine Viertelstunde Verspätung zum Abendessen, die sie mit heftigen Vorwürfen, mächtiger Wut und Androhung der Scheidung beantwortete. Scherben des von ihr zerbrochenen Geschirrs säumten damals den Weg ins Ehebett, in dem die Wiederversöhnung im berausenden Liebesakt stattfand. Dieses Szenario sollte sich in der 25-jährigen Ehe noch unzählige Male wiederholen. Beziehungskrisen, dramatische Trennungsszenarien und schwülstige Wiederversöhnungen, Zeiten süßen Beisammenseins abwechselnd mit alptraumartigen Episoden von destruktiver Wut und Hass sollten von da an den Alltag des Lebens mit seiner Frau bestimmen.

Nun sei er am Ende, habe jegliche Lebensfreude verloren, seine Hobbies, seine Freunde aufgegeben, in der Hoffnung, dass es hilft... Heute stehe er da und wisse nicht mehr, wer er selber sei, habe jegliche Selbstachtung verloren, fühle sich leer und kraftlos, wolle nicht mehr kämpfen, nur noch seine Ruhe, tot sein....

Elsa, eine junge Frau, ist mit einer alkoholkranken geschiedenen Borderline-Mutter aufgewachsen.

Die Erinnerung an ihr Aufwachsen ist geprägt von unberechenbaren Stimmungsschwankungen und abrupt wechselnden Verhaltensweisen ihrer Mutter, für die sie sich stets verantwortlich fühlte. Angst und Unsicherheit waren die Begleiter ihrer Kindheit. Ständig war sie auf der Lauer ohne letztlich einschätzen zu können, was sie so erzürnte, wenn die in diesem Moment so liebevolle und fürsorgliche Mama wie blitzartig zum feuerspeienden Drachen mutierte, in dessen Augen sie das blödeste, böseste und ungezogenste Kind war. Ein lebensbedrohlicher Asthmaanfall in der Pubertät war nach der Entlassung aus der Intensivstation Anlass für heftige Vorwürfe, wie Elsa ihr das nur habe antun können. Mit sechzehn zog sie zu ihrem Vater, was die Mutter mit einem Suizidversuch beantwortete. Elsa war geplagt von Schuldgefühlen und kehrte zur Mutter zurück, es folgte eine kurze Phase, wo sie die Mutter wie eine Freundin erlebte, die ihr sehr viel Persönliches anvertraute und ein bis dahin nie gewesenes Interesse für sie zeigte. Nun schien alles gut bis Elsa mit achtzehn ihren ersten Freund kennenlernte. Abermals reagierte die Mutter mit Vorwürfen und Suiziddrohungen. Mit Unterstützung des Freundes gelang es ihr auszuziehen. Ihr Bemühen um eine neue Art der Beziehungsgestaltung mit der Mutter erlitt, welchen Kurs auch immer sie vorschlug, Schiffbruch. Geplagt von schlechtem Gewissen, Schuldgefühlen, Selbstzweifeln, Hilflosigkeit und

tiefer Verunsicherung kommt Elsa mit einer sich manifestierenden Angststörung und einer tiefgreifenden Selbstwertstörung in Psychotherapie.

Herr und Frau K. haben ihre Tochter samt dreijährigem Kind nach der Trennung vom Freund in schwer depressivem und überfordertem Zustand zuhause aufgenommen. Seitdem sind zwei Jahre vergangen, in denen sie jegliches eigene Leben bis auf den Beruf verloren hätten. Alles drehe sich nur noch darum, ihre Tochter zu „bezähmen“, Konflikten vorzubeugen, um die Enkelin vor den impulsiv wechselnden Stimmungen und Wutausbrüchen zu schützen. Sie versuchten ihr Bestes, um die Tochter zu unterstützen und ihre Liebe zu beweisen, die sie in angriffiger Weise bei jeder Gelegenheit anzweifelte. Es genüge nie! Die Tochter sei unersättlich in ihren klammernden Forderungen und wie auch immer sie sich verhielten, es war nie richtig. Frau K. wurde als respektlos und grenzüberschreitend beschimpft, wenn sie den Wohnbereich ihrer Tochter aufräumte, tat sie es nicht, erntete sie den Vorwurf, sie nicht unterstützen zu wollen. Da ihre Tochter mit der Betreuung des Kindes heillos überfordert ist, wagen sie nicht einmal einen Wochenendurlaub aus Angst, die Enkelin würde Schaden erleiden. Andererseits vereitelte die Tochter sogar Tagesausflüge mit Heulkrämpfen und Vorwürfen, wie sie sie nur im Stich lassen können, selbst wenn sie es angekündigt und alle Vorbereitungen getroffen hatten. Ihnen das Kind mitzugeben und einen Tag für sich zu gestalten, verweigerte sie kategorisch. Aus dem sozialen Umfeld haben sie sich mehr oder weniger zurückgezogen, niemand wisse Bescheid über die prekäre Situation, Fremdhilfe lehnt die Tochter unter Suiziddrohung ab.

Beide seien erschöpft, am Ende, ratlos, verwirrt und verunsichert, Herr K. habe Bluthochdruck und nächtliche Panikattacken entwickelt.

Diese Fallbeispiele veranschaulichen, wie destruktiv sich Borderline-Verhalten auf das Umfeld insbesondere auf die unmittelbaren Angehörigen auswirken kann. Gleich einem Negativabdruck drückt sich das Leiden des Borderliners bei den Angehörigen ein und bildet sich als Destabilisierung der Person und ihrer Existenzialität ab, mitunter bis zu Symptombildungen und klinisch manifesten psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen.

Die Betroffenheit der Angehörigen

Angehörige fühlen sich wie auf einer Hochschaubahn, hin- und hergerissen zwischen den Polen der Schwarz-Weiß-Welt des Borderliners, emporgelassen in einen Himmel der

Idealisierung, einer intensiven, bewundernden, heißen und zärtlichen Liebe und fallen gelassen in eine Hölle aus Entwertung, Verachtung und Beschimpfung. Sie werden zur Zielscheibe unkontrollierter Wutausbrüche, Schuldzuweisungen und Kritik ohne ersichtlichen Grund im Wechsel mit höchst liebevollen Phasen. Der Ausdruck eigener Bedürfnisse, Ansprüche und Meinungen wird vom Borderliner als feindlich erlebt, als überzogen und unangemessen abgeschmettert. Worte werden im Mund umgedreht und vom Borderliner feindselig interpretiert. Jegliche Bemühungen des Angehörigen, seine Unterstützung und Zuneigung zu versichern, zerschellen in der misstrauischen Kluft des Borderliners als wieder nicht richtig.

Angehörige nehmen die Reaktionen und Verhaltensweisen des Borderliners oft persönlich und fühlen sich häufig verantwortlich für seine Befindlichkeit. Mit Akzeptanz, Verständnis und Liebe versuchen sie lange Zeit, ihn gütlich zu stimmen, Wünsche und Bedürfnisse zu errahnen und vorausseilend zu erfüllen, der angestrebte Erfolg bleibt regelhaft aus.

Allmählich werden sich Angehörige selbst ihrer Gefühle unsicher und erleben sich hin- und hergerissen zwischen Liebe und Abscheu und zwischen Einengung durch die Intensität der Nähe und Forderungen und der Angst vor Beziehungsverlust durch Zurückgestoßen-Sein und Entwertungen. Mit der Zeit ziehen sie sich häufig innerlich zurück, verlieren Vertrauen und Hoffnung auf eine Verbesserung und resignieren bei den Versuchen, den Borderliner von ihrem Recht und Wohlwollen zu überzeugen.

Auswirkung auf die existenzielle Struktur und Persönlichkeit

Aus der phänomenologischen Betrachtung der Art und Weise des Involviert-Seins und der Wirkung des Zusammenlebens mit Borderlinern auf Angehörige wurde sowohl eine Destabilisierung aller Grundmotivationen als auch der personalen Fähigkeiten mit entsprechender Auswirkung auf das Erleben der Betroffenen sichtbar. Dabei scheinen die dritte und zweite Grundmotivation entsprechend dem Haupt- und Nebenthema der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der existenzanalytischen Theorie im Besonderen betroffen zu sein.

In der Auswirkung auf die *erste Grundmotivation* beschreiben Angehörige durchgängig die wachsende Verunsicherung und den Vertrauensverlust in der Beziehung zum Borderline-Angehörigen. Im Angesicht von unkontrollierten Wutausbrüchen und aggressiven Attacken,

dem selbstverletzenden Verhalten, Suiziddrohungen oder Suizidversuchen erleben Angehörige oft große Ängste um das eigene Wohl wie um das des Borderliners.

Die Angst des Borderliners vor dem Verlassenwerden führt zu einem klammernden unersättlichen Beziehungshunger, der Angehörige einengt und deren eigenen Raum ersticken kann. Da der Borderliner Nähe letztlich nicht halten kann, da sie an seinen tiefen Schmerz rührt, zieht er sich donnernd und impulsiv zurück, was wiederum den Angehörigen zutiefst verletzt und verunsichert und zu Angst vor Beziehungsverlust führt.

Durch die unberechenbare Dynamik in der Borderline-Beziehung verlieren Angehörige den Halt in der Beziehung, fühlen sich nicht angenommen und häufig bedroht, sodass sie mit der Zeit an die Grenze des Aushalten-Könnens kommen. Fluchtimpulse, Vermeidungsverhalten, Hassgefühle sind oft die Folge, Ohnmacht und Lähmung angesichts der Unberechenbarkeit und Unkontrollierbarkeit des Borderline-Verhaltens stellen sich ein.

An einer Borderline- Störung leidende Menschen sind beziehungsverletzte Personen, entsprechend findet die Dynamik einen pointierten Niederschlag in der *zweiten Grundmotivation*. Der Borderliner sucht sich in der symbiotischen Verschmelzung mit dem Angehörigen, in der intensiven vereinnahmenden Nähe, die jedoch schließlich für ihn so bedrohlich wird, dass er sich mit einer Flutwelle von wütenden Schuldzuweisungen und Vorwürfen gegen den Angehörigen losreißen muss, ohne seine eigene entflammte Angst und die Berührung mit seinem Schmerz fassen zu können. Für den Angehörigen bedeutet das eine emotionale Achterbahnfahrt zwischen süßer intensiver Nähe und schmerzlichem Verstoßen-Sein, zwischen Liebe und Hass. Diese Beziehungsdynamik sowie die wechselnden Stimmungen und unberechenbaren Wutausbrüche des Borderliners erzeugen eine Berg-und Talfahrt der Emotionen des Angehörigen, heftige Affekte von Angst, Wut und Verzweiflung, ein Hin- und Hergerissen-Sein zwischen Liebe und Hass. Nach längerer Dauer einer solchen Beziehung können sich emotionale Erschöpfung, Leere, ein Ausgebrannt-Sein bis hin zur manifesten Depression einstellen. Ein emotionales Verstummen bis zum resignativen Sich-Ergeben in die Unkontrollierbarkeit und Unberechenbarkeit des Zusammenlebens mit dem Borderliner kann resultieren. Die Beziehung zum Leben wird brüchig.

Rückzug aus freundschaftlichen und familiären Beziehungen, Verlust von eigenen Interessen, Vernachlässigung der Pflege der eigenen Werte begünstigen den Verlust des Leben-Mögens der Angehörigen, führen häufig zu Isolation, Bewältigungsversuchen durch Suchtmittel und manchmal sogar in die Suizidalität.

In der *dritten Grundmotivation* geht es bekanntermaßen um das Leben der eigenen Individualität und Einzigartigkeit in Abgrenzung zum Anderen. Diese Abgrenzung geht Borderline-Angehörigen oft verloren, ist mangelhaft oder gar nicht ausgebildet.

Durch Anpassung des Verhaltens an die Ansprüche des Borderliners, durch die Illusion, ihm durch aufopfernde Liebe und Selbstaufgabe beweisen zu können, dass er wertvoll ist, seine impulsiven Eskapaden und wutentflammten Ausbrüche beschwichtigen zu können und ihm zu helfen, in seine Mitte zu finden, geht Angehörigen immer mehr das eigene Leben verloren. Die eigene Identität bekommt Risse oder löst sich auf, verschmilzt mit den Gedanken- und Gefühlsmustern des Borderliners. Die Begegnung kann ausarten in eine Dynamik von wechselseitigen Vorwürfen, Wut- und Zornesausbrüchen.

Durchgängig höre ich von Angehörigen den Satz „Ich weiß selber nicht mehr, wer ich bin und was richtig und falsch ist!“

Durch die Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse und Interessen, durch die Verstrickung in die Bedürftigkeit des Borderliners, die eigene Wünsche, Ansprüche und Meinungen des Angehörigen nicht erlaubt, leidet die Ausgestaltung des eigenen Soseins in allen Lebensbereichen. Mit der Zeit fühlt sich der Angehörige wie eine Marionette an den Fäden des Borderliners und verliert jegliche Selbstachtung und jeglichen Selbstwert.

Nach außen hin versucht er oft, die Fassade zu wahren, vertraut sich aus Schuld- und Schamgefühlen oder aus Angst, dass es noch schlimmer werden könnte, niemandem an und gerät zunehmend in eine Einsamkeit.

Oft distanzieren sich Angehörige vom Borderliner im Versuch der Abgrenzung und des Selbstschutzes und beginnen, Gedanken und Gefühle zurückzuhalten, nur noch auf oberflächlicher Ebene zu kommunizieren. Intimität und Begegnung sind damit endgültig zunichte.

Ein Versuch der Abgrenzung kann auch durch Abbruch der Beziehung erfolgen. Oft geht die Verstrickung so weit, dass sich der Angehörige nach Entschuldigungen, Versprechungen und Liebesschwüren abermals auf die Beziehung einlässt. Der Beziehungsabbruch wirkt natürlich wie Salz auf die Wunden des Borderliners, sodass sich die destruktive Dynamik nach dem Neustart der Beziehung verschärft. Oft erfolgen unzählige Trennungsversuche und Neuanfänge gleich einem On-Off Modus, bis ein neuer Partner ins Spiel kommt.

Naturgemäß kann ein Leben in einer derartigen „Gefangenschaft“ nicht erfüllend sein, sodass die *vierte Grundmotivation* als eine personal abgestimmte Ausrichtung auf Sinn und Werte im jeweiligen Lebenskontext auf eine gute

Zukunft angelegt nur rudimentär entfaltet ist. Der Rückzug aus sinnstiftenden Kontexten und Beziehungen und die sich erschöpfende Kraft in der Auseinandersetzung mit dem Borderliner unterhöheln die Möglichkeit einer gelingenden Existenzialität. Entsprechend werden häufig Sinnlosigkeits- und Leeregefühle geschildert, die Lebensgestaltung als provisorisch und funktional beschrieben.

Bei der Betrachtung der *dialogisch-personalen Fähigkeiten* entlang der PEA (personale Existenzanalyse) zeigt sich eine durchlaufende Schwächung aller Elemente in der Prozessabfolge im Dialog. Die offene Ansprechbarkeit der Person geht verloren, ebenso wie die Fähigkeit, die Realität der entartenden Beziehung wahr zu nehmen, die Botschaft des Gegenübers ankommen zu lassen, die unmittelbare Emotion im Eindruck zu bergen, zu verstehen und in das eigene Wertgefüge einzuarbeiten. Infolge kann keine authentische Stellungnahme und kein entschiedener mit sich und der Wirklichkeit abgestimmter Ausdruck im Antwort-Geben erfolgen. Schutzhaltungen und Copingreaktionen in der oben geschilderten Art übernehmen die Führung auch beim Angehörigen, sodass die Chance einer heilsamen Begegnung in einer verlässlichen Beziehung stetig sinkt.

Arbeit mit Angehörigen in der Therapie

Sehr oft haben Menschen, die Beziehungen mit Borderlinern eingehen, aber naturgemäß auch Kinder oder Eltern von Personen, die an einer Borderline-Störung leiden, selbst ein Defizit in ihrem Selbstsein/Selbstwert bis zur Ausprägung einer Störung des Selbst (narzisstischer, histrionischer Natur oder ebenfalls mit Borderline-Prägung). Angehörige suchen in ihrer Hilflosigkeit und Ratlosigkeit, physischen und psychischen Erschöpfung und nicht selten bei Ausbildung einer klinischen Symptomatik etwa in Form einer Depression, Angststörung oder psychosomatischen Erkrankung – manchmal suizidal – psychotherapeutische Hilfe.

Oft machen sie hier ihre Not erstmals „öffentlich“ und durchbrechen die Isolation und Einsamkeit, in die sie unbemerkt geraten sind. Das ist ein wichtiger Schritt, das darüber Sprechen und Schildern der Situation und der Ereignisse im Zusammenleben mit einem Borderliner schafft eine erste Distanzierung und Entlastung. Es ermöglicht, den verwirrten, verunsicherten, vernebelten oder leugnenden Blick zu klären und die Situation wieder realistisch zu sehen. Oft wird Angehörigen erst in einem professionellen Setting deutlich, dass eine Borderline-Störung vorliegt und was das bedeutet. Manchmal ist

die Diagnose bereits gestellt, da das Leiden und Komorbiditäten oftmals zur Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen zwingt.

Die Aufklärung über die Erkrankung, die zugrunde liegende Not, die Auswirkungen und einen geeigneten Umgang mit dem Borderline-Erkrankten stellen als Beratung und Psychoedukation eine wichtige Säule in der Begleitung von Angehörigen dar.

In der Therapie mit Angehörigen werden immer auch die Beweggründe für das Eingehen (Partnerbeziehung) bzw. Aufrechterhalten der Beziehung erhellte. Es geht darum zu klären, was da trägt und hält, was die Ressourcen sind bzw. was das Gute in der Beziehung ist, und aufzudecken, wenn sich da Abhängigkeit zeigt oder eine Co-Dynamik entfaltet hat. Eigene Kindheitsverletzungen, Defizite und Bedürftigkeiten und die Reinszenierung bestimmter Muster in der aufgesuchten Beziehung können offenbar werden. Angehörige können Verständnis für sich entwickeln und haben im Zuge der Therapie die Möglichkeit, die eigenen Verletzungen zu verarbeiten und zu integrieren, sodass sie frei werden für sich selbst und ihr Sosein in Abgrenzung zum Borderliner, sei es in Form authentischer werdender Begegnung oder entschiedener Beendigung der Beziehung.

Im Zentrum der Therapie stehen die *Stärkung der Person und ihrer personalen Kräfte*, damit sie als Ich-Funktionen für einen personalen Dialog nutzbar werden, sowie die *Stärkung des Selbstwertes und der Selbstbeziehung*.

Für die Bearbeitung der wiederkehrenden destruktiven Dynamik im Zusammensein mit dem Borderliner eignet sich im Besonderen die PEA.

Der Distanzgewinn durch das Beschreiben der Wirklichkeit mit dem Borderliner und die nüchterne Wahrnehmung des Faktischen ist Voraussetzung für eine realistische Einschätzung und Stellungnahme zur Situation. Dabei soll natürlich auch die Selbstwahrnehmung angeregt werden: Wie verhalte ich mich? Wo steige ich mit ein und verstärke vielleicht die Dynamik? Wovon kann ich nicht lassen? Was reizt mich an der Beziehung mit dem Borderliner?

Das Bergen der primären Emotion und des phänomenalen Gehaltes hinter den Kulissen der hervorbrechenden Affekte und Schutzreaktionen im Lichte der Biographie oder der Geschichte mit dem Borderliner ermöglicht es, sich selber nahe zu kommen und sich zu verstehen. Auf dieser Basis kann eine Integration und das Auffinden authentischer Stellungnahmen und schließlich eine ruhigere, angemessenere Form des Umgangs gefunden werden.

Das Erkennen, dass der Borderliner mit seinem Verhalten den Angehörigen nicht persönlich meint, und das Verstehen der Dynamik und seiner Auslöser wie auch der zugrunde lie-

genden Beweggründe vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Borderliners mindert meistens die persönliche Kränkung. Die Klarheit, dass der Angehörige nicht die Ursache für den Ausbruch und damit auch nicht verantwortlich für das Verhalten des Borderliners ist, erleichtert die Abgrenzung der eigenen Verantwortungsbereiche.

Dieser verarbeitende Prozess erstreckt sich meistens über eine sehr lange Dauer der Therapie und bleibt oft unvollendet.

Integrativ zu diesem Prozess erfolgt die *Stärkung der existenziellen Struktur* im Sinne einer Ressourcenaktivierung auf allen Ebenen der Grundmotivationen mit dem Schwerpunkt der Stärkung der Selbstbeziehung und des Selbstwerts.

Am Beginn steht die Selbstbeachtung hin zum eigenen Binnenraum, der oft im Zusammenleben mit dem Borderliner nur noch kärglich bewohnt wird oder gar nie zur Gänze besiedelt wurde in der Ausrichtung auf die Bedürfnisse des anderen.

Da geht es um Fragen aus allen Grundmotivationen wie: Was gibt mir Halt? Wo liegen meine Fähigkeiten? Was sind meine Kraftquellen? Beachte ich meine Gefühle? Was sind meine Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen? Was sind meine Interessen, wichtigen Beziehungen, meine Werthaltungen... und lebe ich sie? Sorge ich ausreichend für mich? Was ist mir persönlich wichtig in Beziehungen? Wie weit lebe ich Meines, treffe autonome Entscheidungen, grenze mich ab? Und wie würde sich das zeigen, wenn ich es täte?

Das Stärken des Eigenen und der Beziehung zu sich und den eigenen Werten ermöglicht es, sich in seiner eigenen Identität wieder zu fassen zu bekommen und die eigenen Grenzen zu definieren.

Erst die Eingrenzung des Eigenen ermöglicht Abgrenzung und damit Schutz, aber auch echte Begegnung und Intimität versus psychodynamische Verstrickung. Das bedeutet auch die Eingrenzung der Verantwortung auf das eigene Handeln hin, die Klärung der eigenen Rolle und einen gefassteren Umgang mit den ambivalenten und aggressiven Verhaltensweisen des Borderliners.

Und dies ist das wichtigste Credo für Angehörige im Umgang mit Borderlinern:

Abgrenzung und Grenzziehung bei gleichzeitiger Versicherung, dass damit nicht die Beziehung zur Person des Borderliners infrage gestellt wird, sondern seine Verhaltensweisen. Ohne Grenzen gerät Borderline-Verhalten außer Kontrolle und Angehörige verlieren ihr Eigenes. Eine aus der *bejahten Beziehung* erfolgte Grenzziehung ist die Voraussetzung, dass der Borderliner eigene Grenzen sowie Beziehungs- und Begegnungsfähigkeit entwickeln kann.

Grenzziehung bedeutet auch, übergriffiges, entwertendes, gewaltsames Verhalten nicht zu tolerieren, sich zu schützen und in Sicherheit zu bringen, Stellung zu nehmen und einen wertschätzenden Umgang einzufordern, aber unter Würdigung der Gefühle des Borderliners.

Auf diesem Hintergrund werden für den ganz konkreten alltäglichen Umgang mit Borderlinern die eigenen Haltungen und Verhaltensweisen sowie eigene wunde Punkte bewusst gemacht, der personale Dialog bzw. Möglichkeiten personaler Begegnung anhand von Vorfällen und Eskalationen mit dem Borderliner ganz praktisch geübt. Möglichkeiten für einen Umgang mit schwierigen Situationen und Maßnahmen für den Selbstschutz und den Schutz des Borderliners in gefährlichen oder selbstgefährdenden Situationen werden erarbeitet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in der therapeutischen Begleitung im Wesen darum geht, die Beziehungs- und Begegnungsfähigkeit des Angehörigen zu stärken oder zu entwickeln, sodass er dem Borderliner in Selbsttreue als klares, beständiges, verlässliches und abgegrenztes Gegenüber begegnen kann. Voraussetzung ist natürlich, dass die Beziehung und Zuneigung erhalten ist, andernfalls kann eine klare Beendigung der Beziehung der Weg zum Ausstieg aus dem Dilemma sein.

Manche Angehörige schätzen das Zusammenleben mit dem Borderliner als positive Herausforderung im Sinne der ständigen Spiegelung der eigenen Unschärfen und mangelnden inneren Präsenz bei sich selbst und sehen so darin auch eine Möglichkeit der gemeinsamen Reifung zu mehr Selbsttreue, Authentizität, vertiefter Liebe und Intimität, hin zu einem erfüllenden Beisammensein.

Ich habe in der Arbeit mit Borderline-Angehörigen oder Paaren in einer borderline-dynamischen Verstrickung durchaus schon viele Male erlebt, dass dies gelingen kann.

Anschrift der Verfasserin:

DR. MED. UNIV. BARBARA JÖBSTL

Neudörfl 38

A-8047 Kainbach bei Graz

barbara.joebstl@existenzanalyse.org

MÄNNLICHE UND WEIBLICHE AKZENTE

im Phänotyp der Borderlinestörung

REINHARD PICHLER

Lange Zeit galt die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) als typisch weibliche psychiatrische Erkrankung (vgl. Banzhaf 2011). Neuere Studien zeigen, dass die BPS in der Allgemeinbevölkerung bei Männern und Frauen in etwa gleich häufig vorkommt. Die vielfältigen Erscheinungsbilder dieser Störung weisen aber darauf hin, dass es den „typischen Borderliner“ nicht gibt – daher ist es weder sinnvoll noch seriös, einen typisch männlichen oder typisch weiblichen Borderliner zu charakterisieren. Untersuchungen über Geschlechterunterschiede sind daher auch rar. Dennoch gibt es Hinweise auf eine unterschiedliche Ausgestaltung des Störungsbildes bei Männern und Frauen, hauptsächlich aufgrund von geschlechtsspezifischen frühkindlichen Bindungserfahrungen, Erziehungsstilen, sozio-kulturellen Umwelteinflüssen und milieubedingt erlernten Geschlechterrollenmustern.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Geschlechtsunterschiede, Erscheinungsbild;

MALE AND FEMALE ACCENTUATIONS IN THE PHENOTYPE OF BORDERLINE DISORDERS

For a long stretch of time, borderline personality disorders (BPS) were considered to be a typically female illness (cf. Banzhaf 2011). Newer studies show that BPS is equally represented among men and women in the general population. However, the manifold appearances of this disorder indicate that the typical borderliner does not exist – it is therefore neither sensible nor serious to characterize a typical male or a typical female borderliner. Studies on gender differences are therefore scarce as well. Nonetheless, there is evidence of diverse forms of disorder conditions with males and females, mainly due to gender-differentiated early childhood bonding experiences, styles of upbringing, socio-cultural environmental influences and gender role patterns acquired through the social background.

KEYWORDS: borderline personality disorder, gender differences, clinical manifestation

Die allgemeine Annahme, dass vorwiegend Frauen von der BPS betroffen seien, ist vor allem auf die Tatsache zurück zu führen, dass weibliche Patienten generell häufiger ambulante bzw. stationäre psychiatrische Hilfe aufsuchen als Männer. Männer mit BPS sind hingegen öfter in forensischen Kliniken oder Gefängnissen anzutreffen. In diesen Einrichtungen stellt die BPS nach der antisozialen Persönlichkeitsstörung die zweithäufigste Persönlichkeitsstörungsdiagnose dar (vgl. Banzhaf 2011).

Entsprechend den bisherigen Untersuchungen zu Geschlechtsunterschieden zeigt sich, dass Frauen mit BPS signifikant höhere Werte in den DSM-V-Kriterien der BPS „Instabilität des Selbstbildes – Identitätsstörung“, „Affektive Instabilität“ und „Paranoides Erleben – Dissoziation“ aufweisen (ebd. 2011).

Weibliche Akzente der BPS

Die Identitätsdiffusion gilt nach Kernberg als das Kernkriterium der BPS (Schlüter-Müller 2015). Erikson beschreibt Identität als ein Gefühl von *Kontinuität innerhalb des eigenen Selbst und in der Interaktion mit anderen* (Schmeck, Schlüter-Müller 2009). Betroffenen fehlt die Integration des Konzeptes von sich selbst und bedeutsamen Anderen. Sie leiden unter einer mangelnden Kohärenz (Wer bin ich in unterschiedlichen Situationen?)

sowie einem Verlust der Kontinuität über die Zeit hinweg (Schlüter-Müller 2015). In der therapeutischen Arbeit, die viel Zeit und Geduld braucht, ist dieser Bereich der wesentlichste und für Patienten der herausforderndste.

Die dysfunktionale Affektregulation zeigt sich bei Betroffenen in einer hohen Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen. Ihr Erregungsniveau ist ausgesprochen hoch, weshalb sich eine hohe Reaktivität auf bereits schwache Reize zeigt. Das emotionale Ausgangsniveau wird nur verzögert erreicht (Schlüter-Müller 2015). Im Alltag bedeutet dies, dass Betroffene schnell „hochgehen“ und das – zumindest für Angehörige – offensichtlich aus nichtigem Anlass. Von diesem hohen emotionalen Level kommen sie nur schwer wieder auf den Boden zurück. Die Frustrationstoleranz ist gering, sie hängt auch mit dem Selbstwert zusammen, der geschlechtsspezifisch unterschiedlich, je nach Kultur, Umwelterfahrung und Erziehung ausgeprägt sein kann. Die Eigenschaft der Hochsensibilität ist hier vor allem bei Frauen mit zu bedenken. Paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome können bei Menschen mit BPS vorübergehend durch Belastungen ausgelöst werden. Es fällt den Betroffenen schwer Vertrauen aufzubauen. Phasenweise misstrauen sie jedem. Besonders in Krisen ist es meist unmöglich, an sie heran zu kommen. In dissoziativen Zuständen haben sie oft das Gefühl, sich wie in einem Film aus der Perspektive eines Dritten zu beobachten. Sie haben keinen Bezug mehr zu sich und ihrer Umwelt. Nicht selten

suchen sie sich durch Selbstverletzung aus diesen Zuständen zu befreien. Durch den Schmerz bekommen sie wieder Bezug zu ihrem Körper und somit zu sich selbst (grenzwandler.org).

Männliche Akzente der BPS

Im Vergleich zu den geschlechtsspezifischen Akzenten bei Frauen mit BPS zeigen Männer höhere Scores im Kriterium „*Wutausbrüche*“. Bezüglich des Kriteriums „*Impulsivität*“ zeigt sich lediglich ein Trend derart, dass Männer mit BPS höhere Werte als Frauen aufwiesen (Banzhaf 2011).

Borderliner erleben häufig starke Wutanfälle und haben Schwierigkeiten, diese im Zaum zu halten. Sie fühlen sich von den extrem und plötzlich auftretenden Gefühlen überschwemmt und reagieren oft impulsiv und der Situation unangemessen intensiv. Zwischenmenschlich entstehen heftige Konflikte bis hin zu Handgreiflichkeiten (grenzwandler.org). Männer wandeln auch ihre Trauer häufig in Wut um. Frauen gestehen sich Wut mehrheitlich nicht zu und flüchten deutlich öfter in Selbstabwertung (ebd. 2011) oder Depression.

Die Störung der Impulskontrolle manifestiert sich als überdauerndes Muster an selbst- und fremdschädigenden Verhaltensweisen. Gewöhnlich liegen habituierte Verhaltensmuster bereit, auf die in spannungsreichen situativen Konstellationen schnell und unreflektiert zurückgegriffen wird. Diese Impulshandlungen stellen einen maladaptiven Bewältigungsversuch von negativen emotionalen Verfassungen dar. Stressoren werden nicht bewältigt, sondern eine Impulshandlung soll zur prompten Entlastung von Affekterregungen führen (Herpertz und Saß 1997). Impulsive Verhaltensweisen können z.B. suizidale oder selbstverletzende Handlungen, bulimische Ess-/Brechattacken (bei Männern und Frauen gleichermaßen!), episodische Alkohol- und Drogenexzesse, Glücksspiele, übermäßiges Geldausgeben, Substanzmissbrauch, risikoreiches Sexualverhalten, rücksichtsloses Fahren, etc. sein.

Geschlechtsspezifische komorbide Störungen der BPS

Prinzipiell können bei der BPS alle psychiatrischen Störungen zusätzlich auftreten. Typischerweise gibt es häufig einen Wechsel der Symptome: depressive Phasen, zwanghaftes Verhalten, Suizidalität, Selbstverletzung, antisoziales Verhalten, Dissoziation, etc. wechseln ab (Dulz 2016). Die hohe Rate der Komorbiditäten bei der BPS prägt die

individuelle Ausgestaltung der Störung und erschwert die Unterscheidung zwischen männlichen und weiblichen Borderlinern noch zusätzlich (grenzwandler.org).

Frauen mit BPS zeigen auf der Achse I häufiger affektive komorbide Störungen (Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, etc.) als Männer. Frauen scheinen Distress zu „internalisieren“, d.h. sie richten den Stress nach innen und sind somit gefährdeter für affektive Störungen. Männer hingegen „externalisieren“ Distress, richten ihn nach außen und neigen vermehrt zur Entwicklung von Substanzmissbrauch, insbesondere Alkoholmissbrauch.

In Bezug auf Achse-II-Störungen wird deutlich, dass Frauen mit BPS zur histrionischen und selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung neigen. Männer zeigen häufiger eine antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie Trends in Richtung passiv-aggressive, narzisstische, paranoide und schizotype Persönlichkeitsstörung. Das relativ hohe Vorkommen narzisstischer und antisozialer Persönlichkeitsstörungen sowie komorbider Suchterkrankungen bei Männern könnte auch eine Rolle für die höhere Abbruchrate der begonnenen Therapien spielen (Banzhaf 2011).

Therapeutische Alltagserfahrung und existenzanalytischer Zugang

In der therapeutischen Alltagserfahrung gibt es wahrnehmbare Hinweise auf eine unterschiedliche Ausgestaltung des Störungsbildes bei Männern und Frauen. Dies beruht wohl hauptsächlich auf geschlechtsspezifisch unterschiedlichen frühkindlichen Bindungserfahrungen zwischen ambivalent gebundenen und unsicher gebundenen, aber auch unterschiedlichen Erziehungsstilen zwischen Vernachlässigung und Verwöhnung, was intrapsychisch den gleichen nachteiligen Effekt hat. Weiters sind durch soziokulturelle Umwelteinflüsse und geprägte Geschlechterrollenmuster im jeweiligen Milieu Unterschiede zu erkennen: Frauen sind tendenziell eher autoaggressiv, Männer brutaler und gewalttätiger als Frauen. Die Frustrationsintoleranz wird unterschiedlich ausgelebt, bei Frauen eher ohnmächtig, depressiv und/oder autoaggressiv, bei Männern eher selbstverletzend, destruktiv, aggressiv nach außen, jedenfalls brutaler und mit weniger bewusster Emotion.

Bei jeder Patientin, bei jedem Patienten ist immer wieder individuell durch phänomenologische Betrachtung zu erhellen, ob sich in der jeweils weiblichen oder männlichen Art des Ausagierens, der Impulskontrollstörung, des selbstschädigenden Verhaltens, der Regression sowie der

Beziehungsdynamik geschlechtstypische Modi zeigen. Wenn ja, ist darauf individuell einzugehen, um der Person gerecht zu werden. In der existenzanalytischen Theorie sehen wir die BPS als eine Störung auf der Ebene des Selbst (3. Grundmotivation). Somit liegt der Fokus der therapeutischen Haltung insbesondere darin, die Person in ihrer Einmaligkeit und Individualität zu sehen, ernst zu nehmen und ihr zu begegnen.

Mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Ausdruck der Borderline-Dynamik und daraus resultierender Dynamik in der Übertragung insbesondere zur/m gegengeschlechtlichen Therapeutin/Therapeuten ist diese/r gefordert umzugehen. Es bedarf eines Akzeptierens und Aushaltens im Sinne der ersten Grundmotivation und eines unumstößlichen In-Beziehung-Bleibens im Sinne der zweiten Grundmotivation. Dies bildet die Basis für Begegnung und ein personales Umgehen mit aufkommenden Dynamiken für Patient/in und Therapeut/in, sodass die Therapie nicht gefährdet wird und Raum für Nachreifung auf allen Ebenen gegeben ist.

Der Therapeut/die Therapeutin ist die zentrale Bezugsperson, durch die der /die Borderline –Patient/in Vertrauen, Halt, Beziehungsbständigkeit und Selbstwert erfahren und entwickeln kann.

Eingebettet in eine solchermaßen verlässliche, klar begrenzte und begrenzende, begegnende therapeutische Beziehung kann die generierte geschlechtsspezifische Spannung sowohl für den therapeutischen Prozess als auch für das alltägliche Leben nutzbar gemacht werden.

Zusammenfassung

Aus existenzanalytischer Sicht geht es also darum, die geschlechtsspezifisch und individuell unterschiedlichen Weisen im Ausdruck der BPS, betreffend Störungen der Impulskontrolle, selbstschädigendes Verhalten, der Regressionen sowie der Beziehungsdynamiken phänomenologisch zu betrachten und abgestimmt auf die jeweilige Person und ihre Lebensgeschichte zu bearbeiten. Das Aushalten von und Umgehen mit Widersprüchlichkeiten ist die Basis, um auch die geschlechtsspezifische Spannung für den therapeutischen Prozess und das alltägliche Leben nutzbar zu machen.

Literatur

- Banzhaf A (2011) Dissertation: Geschlechterunterschiede bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Dulz B (2016) Vortrag „Persönlichkeitsstörung: Borderline-Syndrom“, URL: <https://www.youtube.com/watch?v=CMI5uCoRLTo&spfreload=10> (abgerufen am 15.4.2017)
- Herpertz S & Saß H (1997) Der Nervenarzt: Impulsivität und Impulskontrolle. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- Schmeck K & Schlüter-Müller S (2009) Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Schlüter-Müller S (2015) Die Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtungen als fester Bestandteil der AIT-Behandlung von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen: 11. Fachtagung Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. URL: <http://www.grenzwandler.org> (abgerufen am 15.4.2017)

Anschrift des Verfassers:

DR. REINHARD PICHLER

In der Schmuckerau 7

A – 2700 Wr. Neustadt

pichler.r@outlook.com

+43 / 676 / 3637164

www.psychotherapie-coaching.com

DIE BEGEGNUNG MIT PATIENTINNEN MIT BORDERLINE- UND ICH-STRUKTURELLEN STÖRUNGEN

Eine Annäherung aus tiefenpsychologischer und existenzanalytischer Sicht

HANS-MARTIN ROTHE

Die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik von Patienten mit „frühen Störungen“ und insbesondere Borderline-Störungen hat den Schwerpunkt von der Fokussierung auf Konflikte hin zu den Ich-strukturellen Fähigkeiten verlagert und erhebliche Veränderungen in der psychodynamischen und psychoanalytischen Behandlungstechnik nach sich gezogen. Mit der Übertragungsfokussierten Behandlung ist das Moment der Beziehung im Hier und Jetzt, der Begegnung im Handlungsdialog zwischen Patient und Therapeut, mit der strukturbezogenen Psychotherapie ein direktes Arbeiten an den maladapten verinnerlichten Erlebens-, Wahrnehmungs- und resultierenden Verhaltensmustern und damit an wesentlichen Ursachen des Borderline-Syndroms in den Vordergrund gerückt. An konflikthafter Übertragungen wird strukturbildend gearbeitet. Dabei werden Mentalisierungsprozesse gefördert oder überhaupt erst ermöglicht. Ein eigenständiger stabiler und verständlicher Innenraum („innerer Dialog“) kann sich allmählich mit Hilfe der Beziehungserfahrung entwickeln. Hier treffen sich psychodynamische Zugänge mit denen der Existenzanalyse, es ist dabei Ergänzendes aber auch Kontroverses zu finden. Beide Richtungen haben ihre jeweils unterschiedliche Tiefenschärfe und Prägnanz an verschiedenen Stellen. Im Hinblick auf die Persönlichkeits- und Ich-strukturellen Störungen wird dies herausgearbeitet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Ich-strukturelle Defizite, strukturbezogene Psychotherapie, Ich-Funktionen, Grundmotivationen, Sinnorientierung.

ENCOUNTER WITH PATIENTS WITH BORDERLINE AND EGO-STRUCTURAL DISORDERS
an approach from a depth-psychological and existential analytical perspective

Further development of psychoanalytical treatment technique of patients with early disorders and borderline disorders in particular has shifted the focus from conflicts towards the ego-structural abilities, entailing significant changes in psychodynamic and psychoanalytical treatment technique. With transference-focused treatment, the moment of encounter is in the here and now, the encounter during the active dialogue between patient and therapist, and with the structure-related psychotherapy direct work on maladaptive internalized patterns of experience, perception and behavior, thus the main causes of borderline symptoms, are brought to the fore. Conflictual transferences are worked on in a structure-forming manner. Processes of mentalization are fostered or even made possible in the first place. An independent stable and comprehensible internal space (“inner dialogue“) can develop with the help of relationship experience. This is where psychodynamic approaches meet with those of Existential Analysis, the complementary but also the controversial can be found. Both approaches have their own varying depth of focus and conciseness in different areas. With regard to personality and ego disorders, this is presented in detail.

KEYWORDS: ego-structural deficits, structure related psychotherapy, ego-functions, fundamental motivations, orientation of meaning

Die wissenschaftliche und psychotherapeutische Auseinandersetzung mit dem Borderline-Syndrom und den Ich-strukturellen Störungen hat sich in den letzten drei Jahrzehnten intensiviert. 1979 war in Deutschland die 1. Auflage des Borderline-Buches von Christa Rohde-Dachser erschienen, Kernbergs Borderline-Buch 1978 in der ersten englischen Ausgabe. Knapp 20 Jahre später erschien Lorna Smith Benjamins Buch über die interpersonelle Perspektive bei Persönlichkeitsstörungen im englischen Sprachraum, im gleichen Jahr wurde Marsha Linehans dialektisch-behavioraler Borderline-Therapieansatz in Deutschland publik. Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts beschäftigte sich die existenzanalytische Theorie mit der Anwendung des Konzeptes der Grundmotivationen auf den Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Knapp 40 Jahre Entwicklungsarbeit waren vonnöten, um für die große Gruppe der Persönlichkeitsstörungen ein effektives therapeutisches Vorgehen zu entwickeln. Parallel

dazu kam es zu einer grundlegenden Veränderung der diagnostischen Systeme. Die Einteilung dessen, was heute als Persönlichkeitsstörung verstanden wird, unterscheidet sich vom ICD 8 bis zum ICD 10 und dem des DSM V ganz erheblich (Falkai 2014, Berberich/Zaudig 2015).

1. Das Verständnis der „frühen Störungen“, der Ich-strukturellen Störungen in der Psychodynamischen Psychotherapie

In der klinischen Praxis hatte sich in Deutschland Mitte der 60-iger-Jahre des letzten Jahrhunderts der Begriff „frühe Störung“ eingebürgert. Er bezeichnete eine Patientengruppe, die in ihrem Erleben und Verhalten irgendwie anders strukturiert zu sein schien als die Gruppe der neurotischen Patienten. Gemeint war eine Patientengruppe, deren Störung in der psychosexuellen Entwicklung

schon früh begonnen hatte, in deutlich prägenitalen Stadien, also vor der sogenannten ödipalen Phase. Die Störung dieser Gruppe entwickelt sich im dyadischen Feld, in dem weniger Konflikte, als Schädigungen und reale Überforderungen des Kleinkindes eine Rolle spielen. Ihr klinisches Bild war dementsprechend mehr von emotionalen Defiziten, Fehlhaltungen, Störungen des Selbstbildes und der Identität, von Charakterverzerrungen und Beziehungsstörungen geprägt. Waren die gelebten Beziehungen des neurotisch Beeinträchtigten von Konflikten geprägt, war die Beziehungsfähigkeit der „Frühgestörten“ per se gestört und Konflikte und Überforderungen ubiquitär (Hoffmann 1986).

Michael Balint hatte in Großbritannien in den 1960er-Jahren von der sogenannten „Grundstörung“ gesprochen, um die Besonderheiten dieser Patientengruppe zu beschreiben (Balint 1987). Peter Fürstenau prägte dann 1977 den Begriff der Ich-strukturellen Störung, der nicht die konflikthaft eingeschränkte Dysfunktion von Ich-Funktionen, sondern den grundsätzlichen Mangel an Ich-Funktionen, deren Disponibilität überhaupt, beschrieb. Der Ich-strukturell gestörte Patient kann bestimmte Dinge im emotionalen, kognitiven, beziehungsmaßigen Bereich einfach nicht, über die der Neurotiker grundsätzlich verfügt, aber eben konflikthaft eingeschränkt. Die sich im klinischen Alltag manchmal stellende Frage: „Kann er nicht oder will er nicht?“ beantwortet sich bei Personen mit Ich-strukturellen Defiziten bei den Ich-Funktionen häufiger mit: „Kann er nicht“. So wird mit Anna Freud, die schon 1978 zwischen Entwicklungspathologie und neurotischer Pathologie unterschied (Freud 1978), heute von Entwicklungs- oder Strukturpathologie auf der einen, und auf der anderen Seite von Konfliktpathologie gesprochen.

Diese veränderte Sichtweise hat in der psychodynamischen Behandlungstechnik zu erheblichen Veränderungen und Weiterentwicklungen geführt. Nicht mehr das Deuten des noch nicht bewussten Konfliktes, das Verstehen und das Einsehen („Einsichtstherapie“) war für diese Patientengruppe der Königsweg, sondern das Nachentwickeln von Ich-Funktionen und positiveren inneren Repräsentationen (korrigierende, Nachentwicklung ermöglichende emotionale Erfahrung). So musste sich die therapeutische Grundhaltung und entsprechend auch die Kunst des Umgangs mit den Patienten, d.h. die Behandlungstechnik, auf die zunehmend in den Praxen und Kliniken erscheinenden Patienten mit Ich-strukturellen Defiziten einstellen. Franz Heigl und Annemarie Heigl-Evers entwickelten in den 70-iger-Jahren die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, in der der Entwicklung der Ich-Funktionen und

damit zusammenhängend der Flexibilität der Abwehrmechanismen ein großes Gewicht beigegeben wurde (Heigl & Heigl-Evers 1975). Heinz Kohuts selbstpsychologische Konzeption der Psychoanalyse veränderte gleichfalls den Blick auf den Patienten, als jemanden, der nämlich nicht genug oder nicht angemessen genug narzisstisch genährt und in vielem unbeantwortet geblieben war. Er betonte die Notwendigkeit, das Erleben des Patienten in der Therapie mittels Selbstobjekt- und Spiegelübertragung und einem primär nicht hinterfragenden Validieren in seinem Selbst sowie seiner Subjektivität und seinen Bedürfnissen zu sehen und zu bestätigen.

Parallel zur Weiterentwicklung der modernen objektbeziehungstheoretisch fundierten neofreudianischen Ich-Psychologie (Vertreter u.a. Kernberg und Sanders) kam es in Deutschland zu einer systematischen Ausdifferenzierung der Erfassung der beiden Ebenen der Konflikt- und Strukturpathologie in Form der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 2006). Die OPD sieht beides innerhalb eines multiaxialen diagnostischen Systems als Ergänzungsreihe. Konflikt- und Strukturpathologie stehen also in keinem Entweder-Oder-Verhältnis, sondern in einem Sowohl-als-auch als möglichem Hintergrund einer pathologischen Entwicklung eines Patienten.

Das stellte noch einmal neu die Frage nach einer diesem gerecht werdenden psychodynamischen Behandlungstechnik. Das „Prinzip Deutung“, in dem es um die deutende Bearbeitung bewusster und unbewusster Konflikte geht, wurde bei Heigl-Evers (1975) ergänzt durch das „Prinzip Antwort“. Letzteres meint nun nicht, dass der Therapeut jede Frage des Patienten beantwortet, sondern dass er je nach Situation selektiv authentisch auf den Patienten reagiert (antwortet). Heute wird vom „Antwortenden Modus“ und vom „Deutenden Modus“ gesprochen. Ein in dieselbe Richtung weisendes Konzept entwickelte Gerd Rudolf (2004) mit der „Strukturorientierten Psychotherapie“, in der die Weiterentwicklung von Ich-Funktionen und die Ausdifferenzierung von inneren Repräsentanzen als partnerschaftliche Koproduktion eines interpersonell verankerten Lernprozesses den Schwerpunkt bilden.

Entsprechend der differenzierten dimensionalen Betrachtungsweise der OPD zielt die Strukturbezogene Psychotherapie auf die Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbst- und Objektregulierung, auf die Bindung an innere Objekte und Bindung an äußere Objekte sowie auf die Kommunikation nach außen und nach innen. Diese dimensionale Betrachtungsweise und Einteilung der OPD

ist übrigens sehr nahe an der alternativen Variante der Persönlichkeitsdiagnostik des DSM V.

Als pointierter psychoanalytischer Gegenpol zu einer struktur-orientierten psychodynamischen Psychotherapie konzeptualisiert die Übertragungsfokussierte Psychotherapie aus der Arbeitsgruppe von Otto Kernberg (Clarkin, Yeomans & Kernberg 2001, Lohmer 2013) noch einen weiteren Zugang. Er fokussiert besonders auch die negativen Übertragungen (interaktionelles Erleben und Darstellen verinnerlichter dysfunktionaler Muster) und nutzt die im direkten Kontakt zum Borderline-Patienten auftretenden z.T. hochkonflikthafter Beziehungserfahrungen therapeutisch. Dabei arbeitet dieser Ansatz an der Ausdifferenzierung der unreifen, rigiden Objekt-Dyaden und an den wie Klischees oder Karikaturen wirkenden Bildern des Selbst und den Bildern der sogenannten „Objekte“, die von archaischen Affekten geprägt sind. Im Innenleben des Borderline-Patienten liegen diese impliziten Erfahrungsmuster wie unverbunden nebeneinander, der Patient erlebt sich verwirrt und versteht sich nicht in seinen konflikthafter Widersprüchen, sondern erlebt das eigene Innere als chaotisch. Indem Kernberg Wünsche, Motive, Intentionen und deren Abwehr aufgreift, bekommt das ganze innere Chaos nach und nach Sinn und Struktur. Unverzichtbar scheint dabei die dies aufnehmende, containende, zugewandte und antwortende Grundhaltung des Therapeuten.

2. Die Person und ihre Ich-Funktionen. Existenzanalytischer Zugang zu den „frühen Störungen“ und Persönlichkeitsstörungen

„Die Existenzanalyse hat eine ausgefeilte Theorie zu den Persönlichkeitsstörungen, sowohl was ihre Genese, ihre Systematik als auch ihre Behandlung betrifft. Der Schweregrad der Störung ergibt sich durch die Erschütterung aller vier Grundmotivationen (GM), die durch Abstufung der Läsion zu unterschiedlichen Bildern führt“ heißt es bei Längle (2008, 151).

Nach dem existenzanalytischen Modell der Psychopathogenese erkrankt jemand, der sich nicht in einem offenen Austausch mit sich und der Welt befindet und so die Grundbedingungen erfüllter Existenz „nicht besorgen oder erleben kann“ (ebd. 117). Dann haben längst Coping-Reaktionen eingesetzt, wenn sich der Mensch durch innere oder äußere Bedrängnis nicht sicher genug fühlt, eine oder mehrere Grundbedingungen seiner Existenz zu erhalten. Das personale Verhalten, wozu insbesondere das Entscheiden, die Orientierung am anderen und an der Verantwortung wie auch die Sinnorientierung zählt, geht

dann verloren und wird ersetzt durch das, was in der Existenzanalyse „psychodynamische Reaktionen“ genannt wird (ebd. 31). Dieser defiziente Modus der Psychodynamik hat dann allerdings eine Wächterfunktion für die Existenz (ebd. 66).

Der „offene Austausch mit sich und der Welt“ ist in seinen Grundschritten mit dem personalen Prozess von Eindruck, Stellungnahme und Ausdruck charakterisierbar. Begegnung ereignet sich nach Längle dann, wenn jemand ansprechbar ist, sich um Verstehen bemüht und auf den Begegnenden antwortet (ebd. 60). Wie zeigt sich nun die Person, die eine Borderline-Störung „hat“? „Ich weiß nicht... ist mir egal...!“ antwortete ein Borderline-Patient auf die Frage, wie er in einer konkreten Situation das gerade Erlebte empfinde. Oder ein anderer, der nach einigen Fortschritten in der Therapie bei dem Versuch einer Konfliktklärung sagte: „Es ist alles so wie immer! Immer bin ich es, der schuld ist...!“ Die Coping-Reaktionen, in der Existenzanalyse etwas irreführend als „Psychodynamik“ bezeichnet, übernehmen hier eine Wächterfunktion für „die Existenz“. Meldet sich diese Wächterfunktion, wenn eine Patientin nach einer Phase intensiver Mitarbeit in der Therapie plötzlich in ein anhaltendes Schweigen verfällt und dem Therapeuten zu verstehen gibt, ihm müsse doch klar sein, warum sie jetzt nichts mehr sage, schließlich müsse er doch wissen, wo er sie gekränkt oder verletzt habe?

Wir wollen nun einen überblicksweisen Blick darauf werfen, wie die drei Schritte der personalen Existenz auf dem Hintergrund der bei der Borderline-Störung beeinträchtigten Grundmotivationen und daraus schutzweise resultierenden Copingmechanismen beeinflusst oder eingeschränkt sind.

Die ersten drei Grundmotivationen handeln aus psychoanalytischer Sicht von den Grundbedürfnissen, den grundlegenden Wünschen, der intentionalen Ausrichtung und den Grunderfordernissen des Selbst gegenüber seinen wichtigen Bezugspersonen.

Das Grundmotiv des Dasein-Könnens benötigt als psychisches, personales Instrumentarium die Funktion des Wahrnehmens. Das „Faktische“, d.h. die Bedingungen und Möglichkeiten sollen wahrgenommen werden können. Wahrnehmen wird dabei der Kognition zugeordnet.

Die 2. Grundmotivation des Wertsein-Mögens, des Leben-Mögens ist auf die Funktion des Fühlens angewiesen, auf die Fähigkeit zu fühlen, wie etwas für jemanden ist. Dieses Fühlen wird dem existenzanalytisch verstandenen Bereich der Emotion zugeordnet. Psychodynamisch sind

sowohl das Wahrnehmen wie auch das Fühlen dem Bereich der Ich-Funktionen zuzuordnen.

Für die 3. Grundmotivation, das Selbstsein-Dürfen, mit ihrer Frage „Ich bin ich – darf ich so sein?“ ist die Funktion des Einschätzens, Urteilens vorausgesetzt. Dies wird dem Bereich der Positionierung und Identität zugerechnet (Längle 2016). Die Funktion des Einschätzens und Urteilens überschneidet sich zumindest mit dem, was psychodynamisch-psychoanalytisch den Ich-Funktionen zugeordnet ist. Aber mit der Zuordnung zum Bereich von Positionierung und Identität wird deutlich, dass in der Existenzanalyse hier ein größerer Schwerpunkt, eine tiefergehende personale Reichweite gesehen wird. Die Bedeutung der bewussten Stellungnahme – bei V.E. Frankl (1982) hieß es noch: „Leben ist Entscheiden“ – und deren betonte Herausarbeitung in der Therapie ist sicher eine der Stärken der Existenzanalyse.

Zuletzt braucht die 4. Grundmotivation des sinnvollen Wollens die verhältnismäßig komplexe Fähigkeit zu erfassen, was situativ gefordert oder geboten ist. Es geht um den Bereich der Aktion, des Gebens und Handelns. Für diese Fähigkeit sind psychodynamisch gesehen eine ganze Reihe intakter Ich-Funktionen Voraussetzung. In der Psychoanalyse werden als Ich-Funktionen Denken, Urteilen, Handeln, Erinnern, Realitätsprüfung, Selbstbeurteilung, Selbstregulierung, Fremdbeurteilung, Selbst-Objekt-Differenzierung, Antizipationsfähigkeit, Nähe-Distanz-Regulierung, Affektdifferenzierung, Frustrationstoleranz, Impulskontrolle gesehen.

Wenn nun die typischen Coping-Mechanismen in den Blick genommen werden, die die einzelnen Grundmotivationen schützen und absichern, wird deutlich vor wie großen Herausforderungen eine Person mit einer Borderline-Problematik steht: Wenn nicht genügend Schutz, Raum und Halt da ist, muss das Dasein-Können abgesichert werden, indem es zu Vermeidung oder Fluchtbewegungen kommt. Geht dies beides nicht, entsteht oft Aktivismus, Auflehnung und Kampf, der bei stärkerer Bedrohung zu manifester Aggression und Hass führen kann. Ist auch dies nicht möglich, setzt ein Totstellreflex in seinen Spielarten des Gelähmtseins, Schweigens, Nicht-Hinsehens, Verleugnens, demonstrativer Ohnmacht usw. ein (Längle 2008, 39). Bei der zweiten Grundmotivation stehen zur Sicherung der Rückzug, die Gleichgültigkeit oder ein Kompensationsversuch über forciertes Leisten oder dann auch wieder die Wut zur Verfügung. Wut vermittelt Energie zum Sich-Wehren und soll dem anderen verdeutlichen, wie er die Beziehung dabei ist zu zerstören (Längle 2008, 45).

Erheblich komplexer wird es bei den die 3. Grundmotivation schützen sollenden Coping-Mechanismen, da das, was da geschützt werden soll, die integrale, transpersonal anmutende Person in ihrem Selbstsein eine andere Tiefendimension hat. Die Person wird verstanden als „das in mir Sprechende“, als der Hintergrund des sich in einem auf Stimmigkeit bedachten Prozess befindlichen (authentischen) Ich. „Die Person überschreitet den Menschen, aber mit Hilfe seines Ich kann er sie zu fassen bekommen...“ (Längle 2008, 51) Die Coping-Prozesse können hier in ihrer Grundbewegung des Auf-Distanz-Gehens in Witzeln, Schnippisch-Werden, Sprunghaftigkeit, Ausweichen in Formalistisches und starker Außenorientierung bestehen. In zweiter Reaktion können dann auch ein aggressives Aufbrausen, Zorn und Wut entstehen, die Aufmerksamkeit erzeugen sollen und vor weiterer Verletzung des Selbst-sein-Könnens schützen sollen.

Es wird deutlich, dass, wenn Personen mit Borderline-Störung doch in Beziehung treten, also nicht auf der Flucht davor sind oder auf sichere Distanz gegangen sind, das Ausmaß an Aggressivität nach außen – und auch nach innen – mit dem Ausmaß des unwillkürlich wahrgenommenen Bedrohtseins dieser drei Grundmotivationen zu tun haben dürfte. Die Explosivität, die sich bei Borderline-Patienten manchmal schon nach wenigen Minuten Gespräch und Interaktion in der Therapiesituation spüren lässt, verdeutlicht, in welchem sensiblen und zugleich (Hoch-)Sicherungsbereich Patient und Therapeut hineingeraten.

Beim personalen, sich situativ verantwortenden In-der-Welt-Sein, dem Handeln-Sollen, als Vollzug der Existenz, also der 4. Grundmotivation, entstehen kaum noch lösbare Aufgaben, wenn die anderen Grundmotivationen schon copingweise verstärkt abgesichert werden müssen. Das idealtypische Verwirklichen des in der jeweiligen Situation Bestmöglichen, das Verwirklichen der wertvollsten Möglichkeit in der je gegebenen Situation muss zu sehr Rücksicht nehmen auf das bedrohte Ich, das fragile Selbst der Person, als dass ein wirkliches Sich-Einlassen auf die Situation gelingen kann.

Die Person ist schutzbedürftig, allzu sehr in sich selbst verfangen, als dass ein offener Austausch mit dem Hier und Jetzt der Welt hinreichend gelingen kann. Entsprechend tief sind die Leere- und Sinnlosigkeitsgefühle dieser Personen.

Die Existenzanalyse und die Psychodynamische Psychotherapie haben ein recht unterschiedliches Verständnis von dem, was die Ich-Struktur ist. A. Längle beschreibt drei Aktivitäten der Person, die im existenzanalytischen Modell die Ich-Struktur darstellen: erstens die Schaffung einer

gewissen Distanz zu anderen (Abgrenzung) und zu sich (zu dem ihm Wichtigen), um sich selbst überhaupt sehen zu können (Selbstbild); dann sollen die eigenen Gefühle ernst genommen werden, in dem man zu ihnen steht und sie vertritt. Die dritte Aktivität ist die innerliche Verankerung des Selbstwertes nach entsprechender kritischer Selbstbeurteilung und Stellungnahme zu sich und seinem Verhalten. Nach Längle macht die Ausbildung dieser Ich-Strukturen den Menschen kritikfähig, begegnungsfähig und gemeinschaftsfähig (Längle 2008, 51). Die beiden Modelle der Ich-Struktur sind sehr unterschiedlich konstruiert und nur in Teilbereichen vergleichbar.

3. Innere und äußere Dialoge – was ermöglicht Begegnung?

Begegnung ereignet sich dann, wenn jemand ansprechbar ist, sich um Verstehen bemüht und auf den Begegnenden antwortet. Diese Beschreibung, dass Begegnung sich dann ereignet, wenn jemand ansprechbar ist, sich um Verstehen bemüht und auf den Begegnenden antwortet, könnte die Grundhaltung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode charakterisieren, die mit dem „antwortenden Modus“ das sich im Gegenüber zum konkreten Patienten Ereignende zum Inhalt des Verstehens und des (selektiv) authentischen Antwortens macht. Das selektiv Authentische entspricht der Bescheidenheit, dass der Therapeut ja nicht wissen kann, was eine vollumfänglich adäquate Antwort wäre, weil er den Patienten ja nur in gewissen Teilen kennt und verstehen lernt. Der Therapeut lernt dessen innere Welt, seinen inneren Dialog – Kernberg würde sagen die verschiedenen unverbundenen Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten (Clarkin, Yeomans & Kernberg 2001, 13) – also seine Weise die Welt zu sehen und zu erleben, ja erst nach und nach kennen. Bis dahin muss vieles erst einmal im inneren Dialog-Raum des Therapeuten aufgenommen, geklärt, durchgespürt und versuchsweise verstanden werden (Lohmer 2013), bevor es in verträglicher, oft auch in fragender Form an den Patienten zurückgegeben (geantwortet) wird. Zwei durch ihre Coping- und Abwehrmechanismen in der Regel völlig unterschiedliche Personen mit ziemlich unterschiedlicher Geschichte, die sich zu Beginn wenig verständlich sind, sind aber doch zusammengehalten durch ein intuitives Wissen um die menschlichen Grundbedürfnisse und Grundmotivationen. Dass die Reaktionen und das Erleben eines Patienten mit Borderline-Störung so in einen sinnvollen, sinnstiftenden Zusammenhang eingeordnet werden können, vielleicht sogar als die vorläufig beste Möglichkeit auf die subjektiv spezifisch erlebte Anfrage

einer Situation, mag wichtige Begegnungsmomente entstehen lassen.

Die sich darin ausdrückende therapeutische Grundhaltung lässt sich mit Begriffen der humanistischen Psychotherapie beschreiben und in engen interpersonellen Bezug zu den Grundmotivationen setzen: Die Haltung von grundlegendem Respekt dem Patienten gegenüber zeigt sich ja eben darin, ihm 1. Raum zu geben, damit er da sein kann, ihm 2. mit Wertschätzung zu begegnen, damit das Wertsein erfüllt werden kann und daraus die Motivation zum Wertsein- und Leben-Mögen unterstützt wird und 3. ihn in seiner Individualität zu sehen, so dass die Grundmotivation des Selbstsein-Dürfen unterstützt wird. Ohne diese Basis in den ersten drei Grundmotivationen, die sich aber schlicht und einfach in einem respektvollen Gegenüber-treten ereignet, wird es schwer möglich, die komplexen Aufgaben, die sich in Bezug auf die 4. Grundmotivation ergeben, irgendwann angehen zu können. Respektvolle Haltung in der Therapie, gerade auch bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen, meint aber auch, ihn für die eigene Person zu erwarten oder gegebenenfalls einzufordern.

4. Abschlussbemerkungen

Sieht die psychodynamisch-psychoanalytische Psychotherapie den Bereich der Grundmotivation des bloßen Da-sein-Könnens denn überhaupt? Hat sie ein Verständnis davon, wie Sich-mögen, wie Selbstakzeptanz, wie der Selbstwert, wie das Erleben von Werthafem im Fühlen verwurzelt ist? Begreift sie, dass Individualität, Subjektivität, Identität etwas mit dem kognitiven Prozess immerwährender Stellungnahme zu sich selbst zu tun hat? Hat „die“ Tiefenpsychologie eine Ahnung davon, dass der Wille zum Sinn – wie es bei V.E. Frankl (1982) noch hieß – als die 4. Grundmotivation, etwas zutiefst Heilsames hat, dass der offene Dialog mit sich und der Welt das ist, was jemanden lebendig und zutiefst menschlich sein lässt?

Im Hinblick auf die nachfreudianischen Schulen der Psychoanalyse, insbesondere auf die Objektbeziehungstheorie, die Selbstpsychologie und die intersubjektive oder relationale Psychoanalyse lassen sich diese Fragen positiv beantworten. Aber die Psychoanalyse und auch die Psychodynamische Psychotherapie (Wöller & Kruse 2001, Rudolf 2010, Mentzos 2009) haben eine andere Begrifflichkeit dafür und sehen die Person noch mehr unter dem Aspekt der Gewordenheit und der prägenden interpersonalen, dialogischen Einflüsse.

Umgekehrt stellen sich aus der psychoanalytisch-psycho-dynamischen Perspektive nicht unerhebliche Fragen an

die Konzeption der Existenzanalyse. Die für das „Funktionieren“ der einzelnen Grundmotivationen vorausgesetzten Fähigkeiten oder Fertigkeiten – nämlich das Wahrnehmen, das Spüren, die Emotion, das Einschätzen-Können sowie das freie situationsbezogene Handeln-Können – sind bei Personen mit einer Borderline-Störung in dem Bereich größter Ich-Defizite und Verzerrungen angesiedelt. Ohne Arbeit an der Weiterentwicklung dieser Ich-Funktionen kann der Transformationsprozess in der Therapie kaum gelingen. Die von Kernberg (Clarkin, Yeomans & Kernberg 2001) beschriebenen Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten bestimmen in hohem Ausmaße die Erlebens- und Verhaltensmuster der Patienten, so dass ein Rückgreifen auf die Wahrnehmungsfunktion, das Spüren als emotionale Fähigkeit oder gar das ausgewogene Sich-Positionieren wohl kaum gelingen kann, wenn nicht diese dem Erleben zugrunde liegenden Schemata zuerst oder simultan bearbeitet werden. Die Paradoxie, dass das, was in gewissem Umfange Voraussetzung eines Arbeitsbündnisses ist, gar nicht da ist oder nur in einer sehr versteckten Form und dass die Ich-Fertigkeiten, die erforderlich sind, um in eine Weiterentwicklung kommen zu können, teils nur in Ansätzen entwickelt sind, macht die Therapie von Personen mit diesem Störungsbild so anspruchsvoll. Und zugleich sind die mit diesen Problemen verbundenen Erfahrungen der Borderline-Patienten so menschlich, so grundlegend, dass sie die Therapeuten immer wieder besonders berühren.

Die psychodynamischen Objektbeziehungstheoretiker und Selbstpsychologen gehen davon aus, dass bei aller Wiederholungsgefahr der dysfunktionalen Erlebensmuster beim Betroffenen eine tiefe Sehnsucht besteht, aus diesen repetitiven maladaptiven Mustern herauszukommen und doch noch eine neue, gesündere Erfahrung machen zu können. Weniger der Wille als die Phantasie eines doch noch möglichen Sinnes, also eines trotz allem möglichen offenen und werthaltigen Kommunizieren-Könnens mit der Welt scheint da unverwundlich zu sein. Hier kommt eine sehr positive Sicht auf den Menschen auf, die sich von Freuds pessimistischer Perspektive deutlich abhebt und die Psychoanalyse in den Bereich humanistischer Psychotherapien bewegt (Mertens 2011; Milch 2001; Jaenicke 2006).

Im Unterschied zur Existenzanalyse sehen die psychoanalytische Selbstpsychologie und die Objektbeziehungstheorie das, was die ersten drei Grundmotivationen beschreiben als durchdrungen von der interpersonellen Erfahrung von den hunderttausenden an interaktionellen Mikrosequenzen, die die Ebene der Grunderfahrungen, Grundbedürfnisse oder Grundmotivation geprägt haben. Die interaktionelle Erfahrung prägt die Ich-Struktur, lässt

die Ich-Funktionen sich entwickeln und die inneren Repräsentanzen, die inneren Arbeitsmodelle, die Selbst-Objekt-Affekt-Repräsentanzen reifen (Mertens 2011).

Hat die Existenzanalyse eine Vorstellung davon, wie stark die Entwicklung der Ich-Funktionen des Wahrnehmens, des Spürens, der Emotionswahrnehmung und -regulation in eine interpersonale Matrix eingebettet sind und wie bedeutsam für deren Weiterentwicklung oder Nachreifung gerade auch wieder die therapeutische Beziehungserfahrung ist? Aus Sicht der relationalen Psychoanalyse und der intersubjektiven Psychoanalyse ereignet sich viel davon im Moment der Begegnung im Sprechzimmer. Die Bedeutung der Begegnung war bei V.E. Frankl und der frühen Logotherapie und Existenzanalyse noch ein zentrales Thema. In der modernen Existenzanalyse mit ihrer Ausarbeitung verschiedener Behandlungsmethoden gilt es, Methoden und therapeutische Haltung in der Begegnung angemessen zu gewichten. Die existenzanalytische Herangehensweise könnte sich, wenn das interpersonelle Geschehen in der Therapie nicht der zentrale Fokus bleibt, unwillkürlich der kognitiv-behavioralen Sicht auf die Therapien annähern.

Die Unterscheidung von Konflikt- und Ich-Struktur-Dimension in der aktuellen psychodynamischen Theorie ist eine künstliche Trennung, die aber über die interpersonelle Einbettung der Entwicklung beider Dimensionen ganz eng verbunden bleiben. Der Mensch wird vor dem Hintergrund der Dynamik seiner Grundbedürfnisse in seinem frühen, seine Grundgefühle prägenden und seine Ich-Funktionen entwickelnden interpersonellen Feld gesehen. Der offene Dialog mit sich und der Welt wird aus der daraus resultierenden impliziten Erlebens- und Verhaltens-Matrix heraus geführt (Mertens 2011, Mitchell 2013, Ermann 2017).

Dass die Reife der Ich-Struktur und damit die Verfügbarkeit von Ich-Funktionen neben der genetischen und epigenetischen Ausstattung wesentlich vom jeweiligen entwicklungspsychologischen Milieu abhängt, also von der Art und Weise, wie die „frühe Umwelt“, also die wichtigsten Bezugspersonen, auf die Person in ihren wichtigen Entwicklungsphasen eingegangen sind, ist für die Psychodynamische Theorie und Behandlungspraxis essentiell. Konfliktfreie Zonen im Ich, wie es sich die amerikanisch psychoanalytische Ich-Psychologie der 60-iger-Jahre des letzten Jahrhunderts vorgestellt hat, worauf sich auch die Existenzanalyse gerne bezieht, sind bei niedrigem Ich-Struktur-Niveau kaum vorhanden. Die Funktionen des Spürens, des Wahrnehmens und des Entscheidens sind je nach individueller Entwicklung erheblich beeinträchtigt und können sich erst nach und nach in einem interpersonellen Feld (nach-)entwickeln.

Nach Martin Buber ist alles wirkliche Leben Begegnen. Hinsichtlich der Therapie von Personen mit einer Borderline- oder Ich-strukturellen Störung gilt ähnlich, dass ohne die reflektiert gestaltete interpersonelle Ebene, also ohne Begegnen, keine neue Wirklichkeit entstehen kann.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber
- Balint M (1987) Therapeutische Aspekte der Regression und die Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett-Cotta
- Benjamin L S (2001) Die Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien
- Berberich G, Zaudig M (2015) Das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Vol. 9. Heidelberg: Springer
- Clarkin J F, Yeomans F E, Kernberg O F (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer
- Ermann M (2017) Der Andere in der Psychoanalyse. Die untersubjektive Wende. Stuttgart: Kohlhammer
- Falkai P et al. Hrsg (2014) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5 ®: Deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe
- Frankl V E (1982) Der Wille zum Sinn. Bern/Stuttgart/Wien: Huber, 3^o
- Freud A (1978) Die Hauptaufgabe der Kinderanalyse. in: Die Schriften der Anna Freud, Bd. 10. München: Kindler, 2719–2732
- Heigl F & Heigl-Evers A (1975) Zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Göttinger Modells. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 9. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 237–266
- Hoffman S O (1986) Die sogenannte frühe Störung. Praxis Psychotherapie und Psychosomatik, 31. Heidelberg: Springer, 179–190
- Jaenicke C (2006) Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Linehan M M (1996) Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A & Holzey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, S 23–179
- Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas
- Lohmer M (2013) Borderline-Therapie: Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. Stuttgart: Schattauer
- Mentzos S (2009) Lehrbuch der Psychodynamik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Mertens W (2011) Psychoanalytische Schulen im Gespräch Bd. 2. Bern: Huber
- Milch W (2011) Lehrbuch der Selbstpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Mitchell S A (2013) Bindung und Beziehung. Relationales Denken in der Psychoanalyse. Giessen: Psychosozial
- Rohde-Dachser C (1979) Das Borderline-Syndrom. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Rudolf G (2004) Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer
- Rudolf G (2010) Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Stuttgart: Schattauer
- Wöller W & Kruse J (2001) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer

Anschrift des Verfassers:

DR. HANS-MARTIN ROTHE

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Städtisches Klinikum Görlitz

Girbigsdorfer Str. 1–3

D–02828 Görlitz

rothe.h-m@klinikum-goerlitz.de

„GRENZEN ÜBERSCHRITTEN“

Existenzanalytische Betrachtungen zur Situation inhaftierter Frauen mit Borderline-Symptomatik

WERNER GRUBER

Im folgenden Beitrag gewähre ich Einblick in den österreichischen Frauenvollzug aus der Sicht eines Sozialarbeiters mit 18 Jahren Berufserfahrung im Sozialen Dienst der Justizanstalt Schwarzau. Als existenzanalytischer Psychotherapeut in Ausbildung und Supervision werde ich diese Überlegungen aus Sicht der Existenzanalyse, insbesondere in Hinblick auf ein Fallbeispiel einer traumatisierten weiblichen inhaftierten Frau mit Borderline-Symptomatik, ergänzen. Dabei soll deren subjektives Erleben der Haftsituation nachvollziehbar gemacht werden. Außerdem wird die Justizanstalt Schwarzau als einzige Frauenvollzugsanstalt Österreichs vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline, Strafvollzug, Personale Existenzanalyse

„BORDER CROSSED“ – EXISTENTIAL ANALYTICAL REFLECTIONS ON THE SITUATION OF DETAINED WOMEN WITH BORDERLINE SYMPTOMS

The following contribution will grant insight into a prison for women in Austria from the perspective of a social worker with 18 years of professional experience in the social service of the Schwarzau prison. As an existential analytical psychotherapist in training and supervision, these reflections will be supplemented with the perspective of Existential Analysis, while regarding a traumatized imprisoned woman with borderline symptoms in particular. In doing so, the subjective experience of the conditions of detention should become transparent. Furthermore, the Schwarzau prison will be introduced as only correctional facility for women in Austria.

KEYWORDS: borderline, penitentiary system, Personal Existential Analysis

Es ist mir ein Bedürfnis, anhand eines Fallbeispiels die Komplexität der Haftsituation aufzuzeigen – insbesondere was es für eine traumatisierte, psychisch eingeeengte Frau bedeuten kann, wenn diese in einer so genannten „totalen Institution“ wie einer Justizanstalt einige Zeit leben muss. Eine totale Institution nach Goffman zeichnet sich dadurch aus, dass das Leben aller Mitglieder an einer eng umschriebenen räumlichen Stelle stattfindet und einer einzigen zentralen Autorität unterworfen ist (Goffman 1973). Herkömmliche Beispiele dafür sind Klöster, Gefängnisse, Psychiatrien oder Schiffsbesatzungen.

Einige Fakten

Im österreichischen Strafvollzug waren mit Stichtag 1. April 2017 insgesamt genau 9000 Menschen inhaftiert¹. Der Anteil der Frauen betrug dabei nur 511 Personen. Nicht einmal 5,7% der gesamt inhaftierten Personen in Österreich sind Frauen. Nur ca. jede 18. inhaftierte Person ist also eine Frau. Um 1980 war der Frauenanteil sogar nur bei 3,9%, seitdem stieg dieser Prozentsatz stetig an und erreichte 2012 den vorläufigen Höhepunkt mit 6,6%. Bis zum heutigen Tag ist der Prozentsatz wieder leicht im Sinken begriffen und liegt damit im europä-

ischen Durchschnitt.

Betrachtet man die inhaftierten Frauen nach Deliktgruppen, kann man feststellen, dass der Anteil von Frauen, welche wegen Eigentumsdelikten inhaftiert sind, um die 48%, wegen Delikten gegen das Suchtmittelgesetz bei rund 14%, wegen Gewaltdelikten (Delikten gegen Leib und Leben) bei 27% und wegen Verbrechen gegen die sexuelle Integrität bei nicht einmal 2% liegt. 9% der Delikte sind den vier Hauptgruppen nicht zuordenbar (Sicherheitsbericht des BMI aus dem Jahre 2015).

Europaweit führt die geringe Anzahl der inhaftierten Frauen leider dazu, dass diesem Sektor weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird als dem Männervollzug. Dies bedeutet im konkreten, dass veraltete Konzepte angewendet werden und eine so genannte „Übersicherung“ besteht. Es können insgesamt große Unterschiede in der Betreuung zwischen inhaftierten Frauen und inhaftierten Männern beobachtet werden.

Beispielsweise sind die Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten für inhaftierte Frauen begrenzt. Insbesondere wird auf psychische Erkrankungen zu wenig Rücksicht genommen. Dem gegenüber steht eine Vielzahl an behandlungswürdigen psychischen Erkrankungen von In-

¹ Laut offizieller Auskunft des Helpdesks (Republik Österreich Strafvollzugsakademie)

sassinnen. So gibt es einen hohen Anteil an Frauen mit Substanzabhängigkeiten, psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Während der Haft verschärfen sich diese Probleme meist und die Anfälligkeit der Frauen für Beschwerden nimmt zu. Zudem ist generell ein Anstieg von psychisch auffälligen Frauen in Haft zu beobachten.

Inhaftierte Frauen sind oft auch Mütter und Ehefrauen, sie leiden verstärkt unter der Trennung von der Familie und fühlen sich auch in der Haft dafür verantwortlich, dass die Familie außerhalb des Gefängnisses gut funktioniert. Sie versuchen ihr Beziehungsleben oft auch während der Haft aktiver zu leben als Männer und sind diesbezüglich von schlechtem Gewissen und Scham geplagt. Inhaftierte Frauen leiden oft unter einem besonders niedrigen Selbstwert. In der Haft selbst tun sie sich sichtlich schwerer damit als Männer, auf engem Raum mit fremden Menschen, die sie sich nicht aussuchen können, zusammen leben zu müssen (nach Dünkel 2005).

Der Frauenstrafvollzug in Österreich

Insgesamt gibt es in Österreich 26 Justizanstalten, davon gibt es eine einzige explizit für Frauen. Diese befindet sich im südlichen Niederösterreich, in Schwarzau am Steinfeld.

Bis Ende 2016 war die Justizanstalt auch für geistig abnorme, jedoch zurechnungsfähige Straftäterinnen zuständig. Die zuletzt sieben Frauen aus dieser Gruppe wurden Anfang 2017 ins Forensische Zentrum Asten bei Linz überstellt. Aktuell wird an einem Konzept einer Abteilung für drogenkranke, inhaftierte Frauen gearbeitet. Ab dem Herbst 2017 soll die therapeutische Arbeit mit den Frauen beginnen.

Die Justizanstalt Schwarzau befindet sich in einem ehemaligen kaiserlichen Jagdschloss und wurde Ende des 17. Jahrhunderts (von 1697–1730) erbaut. Seit 1957 dient das Schloss mit einem großzügigen Areal von ca. 24 Hektar, welches zum Teil landwirtschaftlich und gärtnerisch genutzt wird, als Justizanstalt.

Auf die diversen Abteilungen möchte ich hier nicht näher eingehen. Nur die Mutter-Kind-Abteilung sei explizit erwähnt, weil sie auch eine große Rolle bei meinem Fallbeispiel spielt. In die Mutter-Kind-Abteilung (offener Wohngruppenvollzug) dürfen inhaftierte Mütter mit ihren Kindern, wenn sie obsorgeberechtigt und obsorgefähig sind und bis zum voraussichtlichen Haftende der dritte Geburtstag des Kindes nicht überschritten wird, gemeinsam mit ihren Kindern leben. Kinder werden durchschnittlich rund um den ersten Geburtstag (wenn sie

mobil genug sind) langsam in den anstaltseigenen Kindergarten eingewöhnt. Dieser wird auch von Kindern des Personals in Anspruch genommen.

Als inhaftierte Person in Österreich hat man grundsätzlich Arbeitspflicht. Die Justizanstalt Schwarzau ist stolz und legt auch großen Wert darauf, dass sie für alle Inhaftierten eine Beschäftigungsmöglichkeit anbieten kann. Dies ist im österreichischen Gefängnisbereich eher selten.

Die Problematik von Inhaftierten mit Borderline-Symptomatik (Fallbeispiel)

Aus meiner Erfahrung als Sozialarbeiter und angehender Psychotherapeut möchte ich nun das subjektive Erleben von inhaftierten Frauen mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung ein Stück weit an Hand eines Fallbeispiels einer Insassin der Mutter-Kind-Abteilung nachfühlbar machen – Wie erlebt sie den Haftalltag? Welche Strategien hat sie, mit bestimmten Situationen umzugehen?

Das folgende Fallbeispiel hat mich vor allem deshalb berührt, weil es die leider oft anzutreffende Hilf- und scheinbare Ausweglosigkeit zeigt, in die Insassinnen – insbesondere wenn sie an einer Borderline-Persönlichkeit leiden – geraten und wie die ebenso hilflosen Interventionen von Justizwache-Bediensteten zu einer Eskalation der Situation beitragen (können).

Die 34-jährige Frau A. ist mit ihrem einjährigen Kind Milos in der Mu-Ki-Abteilung untergebracht.

In der Biografie von Frau A. werden rasch etliche schwere Traumatisierungen sichtbar. Die Frau wurde in Serbien geboren und im neunten Lebensjahr verschleppt. Mit 11 Jahren wurde sie erstmals schwanger, ihr erstes Kind wurde noch vor ihrem 12. Geburtstag geboren. Milos ist ihr fünftes Kind. Frau A. lebt seit sechs Jahren in Österreich, ist mit einem ca. 20 Jahre älteren Mann verheiratet, den sie im Prostituierten-Milieu kennengelernt hat.

Frau A. war strafrechtlich unbescholten, als sie wegen schwerer Körperverletzung zu dreieinhalb Jahren unbedingter Haft verurteilt wurde. Sie hatte ihren Ehemann mit mehreren Messerstichen schwer verletzt. Zum Verhaftungszeitpunkt war die Frau mit Milos schwanger. Der Kontakt zu den vier anderen Kindern ist sehr unterschiedlich – immer wieder kam es zu Beziehungsabbrüchen und -wiederanbahnungen. Zum aktuellen Zeitpunkt leben die vier zum Teil schon erwachsenen Kinder verstreut über Europa.

Zum Delikt kam es letztendlich, weil Frau A.'s 14-jährige Tochter dem Mann sexuellen Missbrauch vorwarf und Frau A. offenbar ihrer Tochter Glauben schenkte. Herr A. wurde strafrechtlich freigesprochen und angeblich soll sich die Tochter später auch für ihre Lügen entschuldigt

gt haben. In Untersuchungs-Haft wurde bei Frau A eine Borderline-Persönlichkeit diagnostiziert.

In Zuge der bevorstehenden Geburt gab es zwischen den Betreuungsdiensten eine Spaltung bezüglich der eingeschätzten Obsorgefähigkeit. Letztlich entschied das Jugendamt, dass Frau A. ihr Kind behalten könne. In vielen persönlichen Betreuungsgesprächen zeigte Frau A. ein sehr starkes Gesprächsbedürfnis und auch ihre Berührbarkeit war gut sichtbar und spürbar. Frau A. spricht gut Deutsch, doch wenn sie emotional wird, verfällt sie immer mehr in ihre Muttersprache, was es zum Teil sehr schwierig macht, sie ganz zu fassen und zu verstehen. Der psychologische Dienst der Justizanstalt entschied sehr rasch, Frau A. eine wöchentliche externe Psychotherapie zu verordnen. Frau A. setzte sich mit aller Kraft dafür ein, für ihren Sohn Milos sorgen zu können. Sie zeigte sich in der Mutter-Kind-Abteilung sehr bemüht und stand auch anderen Müttern immer wieder unterstützend mit Rat, Tat und Hilfsbereitschaft zur Seite.

Während der Haft kam es zu einer Versöhnung zwischen Frau und Mann, zwischen Opfer und Täter, der Mann stornierte den bereits vereinbarten Scheidungstermin. Zwischen Vater und Sohn wurde bei den wöchentlichen Besuchen und späteren Ausgängen schnell eine Beziehung aufgebaut.

Milos zeigte im ersten Jahr keine Entwicklungsauffälligkeiten. Er kränkelte nicht mehr oder weniger als andere Kinder in der Mu-Ki-Abteilung. Er war ein eher ruhiges Kind, wirkte sensibel und durchaus altersentsprechend an der Umwelt interessiert. So wie die Mutter fast von Anfang an ein sehr inniges Verhältnis zu ihm hatte, so schien auch er glücklich, wenn seine Mama ihm ganz nah war.

Mit 13 Monaten erkrankte Milos, er bekam Fieber. Es war ein Freitagnachmittag. Binnen der nächsten Tage steigerte sich die Sorge, ob die Mutter wirklich eigenverantwortlich für ihr Kind sorgen könne.

Während des Wochenendes wurde sie vom diensthabenden Personal immer wieder getröstet. Sie war sehr bald verzweifelt, da sie sich hilflos fühlte und ihr Kind nicht gut versorgt sah. Schnell fühlte sie sich in ihrer Besorgtheit nicht mehr verstanden. Am Montagvormittag fuhr man dann mit ihr und dem kranken Kind zum Kinderarzt. Sie bekam für ihren Sohn einige Medikamente und wurde getröstet, dass es nicht so schlimm sei und sicher bald besser werden würde. Doch zu diesem Zeitpunkt fiel es ihr längst schwer zu vertrauen. In ihrer Verzweiflung und ängstlichen Einengung rief sie immer wieder ihren Mann an und bat diesen, das Kind zu holen, damit dieser in Freiheit mit Milos zum Arzt oder ins Spital gehen sollte. Der Mann wiederum rief häufig in der Justizanstalt an und fragte nach, wie es dem Kind ginge

und was man als nächstes planen würde. Die Mutter dokumentierte nun fast stündlich die Höhe des Fiebers ihres Sohnes, laut ihren Aufzeichnungen blieb es noch über 24 Stunden sehr hoch. Die zuständigen Beamtinnen waren längst ungeduldig, es fiel ihnen sichtlich schwer, die sehr besorgte Mutter in ihrer Not wahrzunehmen und ernst zu nehmen. Sie bekam immer wieder verschiedenste Tipps, konnte sie aber schwer annehmen.

Frau A.'s große Angst war, dass Milos wie angeblich drei ihrer anderen Kinder Asthma bekommen könnte, doch zu diesem Zeitpunkt hörte man ihr längst nicht mehr richtig zu. Die Aggression bzw. die Genervtheit und auch die Impulsivität der zuständigen Beamtinnen Frau A. gegenüber wurde von Tag zu Tag von Stunde zu Stunde schlimmer... Das Fieber, welches zwischenzeitlich kurzfristig 40 Grad erreichte, ging nur langsam, aber doch etwas hinunter. Die Mutter konnte das aus meiner Sicht aber nur mehr bedingt wahrnehmen. Die Sorge und die Angespanntheit von Frau A. waren immens – dazu kam noch die Schlaflosigkeit.

Im sozialarbeiterischen Kontakt wirkte Frau A. bereits sehr verängstigt bis nahezu panisch, es bedurfte langer Gespräche, dass sie wieder ein wenig „zu Luft kam“.

Am Freitag (also eine Woche nach Krankheitsbeginn) kam die Psychotherapeutin zu den wöchentlichen Therapiesprachen. Bisher hatte Frau A. ihren Sohn immer in die Therapiestunde mitgenommen. Die Psychotherapeutin nahm aus ihrer Sicht ein sehr apathisches Kind wahr, teilte dies dem sozialen Dienst mit und sagte auch, dass sie dies dem Jugendamt und dem Kinderschutzzentrum melden werde, weil sie fürchte, dass das Kind nicht gut versorgt sei und die Mutter ja selbst in Haft keine Möglichkeiten hätte, mit dem Kind zum Arzt bzw. ins Spital fahren zu können. Daraufhin wurde die Mutter am späten Vormittag mit Milos wieder zum Kinderarzt gebracht. Dazu sollte man wissen, dass sich eine Justizanstalt freitags am späten Vormittag schon Richtung Wochenende bewegt, d.h. die Bereitschaft der Bediensteten, etwas außer der Norm zu tun, geht gegen Null. Frau A. wurde schon während der Fahrt zum Kinderarzt respektlos behandelt, so in der Art: „Na, haben Sie jetzt was sie wollten?“

Der Arzt stellte die Medikation für das Kind um, konnte auch sichtlich die Kindesmutter beruhigen. Ab diesem Zeitpunkt wurde der Gesundheitszustand von Milos wieder mit jedem Tag besser.

Doch der Ärger und der Zorn der involvierten Justizwachebeamtinnen gegenüber Frau A. bzw. gegenüber der agierenden Psychotherapeutin waren so hoch, dass man der Mutter sogar vorwarf, sie hätte beim zweiten Arztbesuch nur andere Medikamente bekommen, weil sie selbst so Druck auf den Arzt ausgeübt habe. Weiters gab es von einer zuständigen Beamtin die Drohung, „dass man da-

rauf schauen werde, dass das Kind vom Jugendamt abgenommen werde“. Was dies bei der Mutter, einer schwer traumatisierten Person, auslöste, muss hier wohl nicht extra erwähnt werden...

Auch in einer Mutter-Kind-Abteilung einer Justizanstalt entscheidet immer das örtlich zuständige Jugendamt über eine eventuelle Kindesabnahme. Es bedurfte der intensiven Interventionen des Sozialarbeiters und der Psychologin, um bei dem zuständigen Justizwachepersonal zumindest ein wenig Verständnis (für das Handeln und die Sorge der Mutter um Ihr Kind) zu erreichen.

Aus der Perspektive des außenstehenden (existenzanalytischen) Beobachters

Die Bediensteten sind natürlich nicht geschult, die Personale Existenzanalyse (PEA) anzuwenden. Man sieht, dass man schon bei der PEA0 scheitert, bzw. dass man sofort von der begonnen Beschreibung in den Ausdruck kommt, ein Phänomen welches man ja auch außerhalb des Gefängnisses sehr gut beobachten kann. So ist man natürlich weit von einem dialogischen Austausch entfernt.

Von Seiten der Institution kommt man nicht ins Verstehen, man kommt nicht ins Spüren (Gewissen), man kommt nicht in die Stellungnahme. Ein Problem taucht auf und muss sofort erledigt werden, damit es nicht zur Belastung wird. Also kommt man möglichst direkt von einer begonnenen PEA0 in die PEA3.

Beobachtet man das Szenario aus existenzanalytischer Sicht, sieht man die Bedürftigkeiten auf beiden Seiten sehr rasch. Man merkt, dass beide Seiten in einen Zustand der Hilflosigkeit gerieten. Bei den Justizwachebeamtinnen wurde deren professionelles Selbstverständnis berührt bzw. in Frage gestellt. „Wo kämen wir da hin, wenn uns eine externe Psychotherapeutin sagt, was wir zu tun haben oder wir wegen einem kranken Kind täglich zum Arzt fahren würden. Man tut für die Insassinnen mehr als für uns, wir schauen eh auf die Kinder, da braucht man uns nichts vorwerfen...“

Die gängigsten Copingstrategien in einer totalen Institution wie einer Justizanstalt sind wohl Gegenangriff (Machtdemonstration), Vermeidung, Negieren und Bevorzugung anderer Insassinnen.

Um in einem multiprofessionellen Team gut mit persönlichkeitsgestörten Menschen arbeiten zu können, bedarf es einer großen Bereitschaft, die tatsächliche Bedürftigkeit der Betroffenen zu erkennen. Es braucht einen guten teaminternen Austausch und im Zuge dessen auch immer wieder das Nachspüren und Gut-für-sich-selbst-sorgen-Können. Supervision wird zwar oft angeboten. Ihre Be-

deutung und die Möglichkeiten, was sie bewirken kann, darüber ist die Aufklärung oder das Verständnis manchmal leider noch immer sehr gering.

Was erlebt eine betroffene Frau? – eine existenzanalytische Betrachtung

Im folgenden inneren Dialog begeben sich nun in die oft schmerzhafteste Welt einer betroffenen Frau und zeige auf, wie sie empfinden, wahrnehmen könnte. Die folgenden Gedanken sind natürlich fiktiv, entstanden aus der Arbeit mit Insassinnen, die ähnliche Probleme hatten wie Frau A. Was also könnte in einer betroffenen Frau vorgehen?

„Mir geht es nicht gut! Der innere Schmerz meiner so genannten instabilen Psyche, des ständigen Hin- und Her-Gebeutel-Seins trifft auf die Situation des Eingesperrt-Seins, der fehlenden Freiheit, des Wegfalls vieler Selbstbestimmungsmöglichkeiten, der Einengung – das ist Verzweiflung pur.“

Als so genannte Borderline-Persönlichkeit habe ich Probleme in allen Grundmotivationen, alles wackelt – es fehlt der Halt, der Raum und der Schutz, es fehlt das Mögen und das Gemocht-Werden, es fehlt das genaue Wollen, meist fehlt das Spüren meiner sogenannten geistigen Person und der Sinn. Die Sinnhaftigkeit geht mir auch immer wieder verloren...

Dazu kommt eine starke Impulsivität, welche man mir zumindest immer wieder nachsagt... dabei habe ich mich schon so lange nicht mehr geschnitten...

Oft kann ich mit meiner Lebendigkeit nicht viel anfangen, sie wird einfach von der Umgebung missverstanden... das schmerzt sehr.

Nun bekomme ich scheinbaren Halt durch zum Teil sehr starke, starre, mir oft unverständliche Strukturen. Mag ich diesen Halt? kann ich den Halt annehmen, kann ich ihm denn vertrauen? Es fällt mir so schwer zu vertrauen, ich werde immer und immer wieder enttäuscht.

Und dieser Teufelskreis macht mich innerlich noch enger, um mich schlagender, ich fühle mich einsam(er)... letztendlich bin ich einsam...

Man gibt mir nun vor, wie ich sein soll, wie ich zu sein habe, wie man mich haben will... nur ja nicht auffallen, angepasst aber ja nicht scheinangepasst sein... vielleicht wie man mich mögen kann? Wie soll ich dem Vertrauen entgegen bringen können? Ich kann da nur schwer jemandem vertrauen, alle lügen doch... immer wieder... und sind nur auf ihren eigenen Vorteil bedacht...

Ich hab mich also anzupassen, soll möglichst nicht auffallen, doch ich beobachte, dass diejenigen, die auffallen, mehr Zuwendung bekommen. Man kümmert sich mehr um sie, man redet mit Ihnen, sie dürfen zwischenzeitlich in die Psychiatrie, nach Mauer-Öhling. Nicht, dass ich das anstrebe, aber wenn sich die Menschen hier herinnen richtig aufführen, dann – und erst dann – sieht man sie und nimmt sie ernst, manchmal zu ernst. Manche hier herinnen wissen genau wie sie zu etwas kommen... sie wissen wie sie das zuständige Personal um den Finger wickeln und dann werden sie bevorzugt behandelt.

Ich werde oft schlecht behandelt, ich kenne meine Rechte, ich lass mir das nicht gefallen... spätestens dann, wenn es mir zu viel wird... eigentlich nur dann, wenn ich ungerecht behandelt werde, (und das passiert leider oft)... Ich verstehe nicht, wieso mir das immer wieder passiert.

Ich möchte Ausgänge, meine Strafe ist nicht zu lange, man sagt mir, ich sei zu instabil, zu impulsiv. Ich höre, dass ich wohl zu wenig Grenzen in meinem Leben bekommen habe, ich finde das anmaßend... Ich denke, man will mich einfach nur hinhalten und auf Zeit spielen... Es gibt keine Klarheit!

Ich tue niemandem weh, aber wenn ich es nicht aushalte, dann muss ich zumindest verbal auszucken, da bin ich nicht mehr zu halten, ich merke, dass ich zu weit gehe, aber wie soll ich mich denn anders wehren?!

Und dann heißt es wieder, ich habe mich zu benehmen und man gibt mir wieder keine Chance, manchmal bekomme ich sogar eine so genannte Ordnungsstrafe und man spricht von schlechter Führung...

Immer wieder inszeniere ich Beziehungsabbrüche und beinahe im selben Moment tut es mir leid, aber ich kann dann nicht anders... ich bemühe mich so sehr und es wird nicht gesehen, immer wieder verliere ich den Boden unter den Füßen, ich kann kein Vertrauen haben, ich werde im besten Fall nur vertröstet, ich fühle mich nicht ernst genommen...

Die Psychotherapie tut mir gut, manchmal ist sie sehr anstrengend, aber eigentlich kann mir der Therapeut auch nicht helfen, dass ich früher Ausgänge bekomme, endlich Ausgänge bekomme! Ich bin längst im zeitlichen Rahmen dafür, ich hab doch ein Recht auf Ausgänge! Man vertraut mir nicht, ich werde das Haus erst mit Haftende verlassen. Wenn es so weitergeht, bekomme ich sicher keine bedingte, vorzeitige Entlassung...

Am Jahresanfang wurde ich von jemandem der Fach-

dienste gefragt, wie das Jahr 2017 werden soll. Ich zählte ihm die Dinge auf, welche sich verändern müssen durch die Anstaltsleitung, durch die Betriebschefin, durch die anderen Insassinnen, durch meine Eltern in Freiheit, mir fällt da sehr viel ein, ja, dann würde es mir besser gehen. Und der Sozialarbeiter fragte „Was ich denn selber verändern könne 2017?“ ... es liegt nicht an mir, ich habe keinen Handlungsspielraum, keine Freiheit, ich bin 100%ig auf andere angewiesen, manchmal fühle ich mich einfach nur als Spielball der Launen der Bediensteten...

Wenn ich draußen bin, wird alles anders, viel besser... Der Sozialarbeiter meint außerdem, „dass vielleicht vor der Haft auch nicht alles so gut gewesen sei“... Heute nervt er wieder einmal, er kennt mich nicht, er hat keine Ahnung, hört er mir überhaupt zu? ... Noch ein falscher Satz und ich bin weg und dann wechsle ich den Sozialarbeiter... Eigentlich kann ich eh gut mit ihm, aber heute passt es gar nicht... mir reicht's...

Ich kenne die vielen Ungerechtigkeiten in diesem Haus. Ich weiß, wer bevorzugt und wer benachteiligt wird, ich durchschaue vieles, dumm bin ich nicht...

In der psychotherapeutischen Gesprächsgruppe durfte ich nicht lange bleiben, weil ich zu ehrlich, zu unangenehm war, aber ich bin halt direkt und ich lasse mir nicht alles gefallen, das müssen sie aushalten, so bin ich...

Man erkennt mich nicht, sieht nicht mein Bemühen... Ich möchte weg... Manchmal, wenn es mir zu viel ist, ist mir dann alles egal, weil es sowieso sinnlos ist, was ich auch tue – man kann es den Leuten nicht recht machen... Was will man eigentlich von mir?

Ich bin so unglücklich... aber irgendwann (mit einem leicht verkrampften Lächeln) ... müssen sie mich da rauslassen...“

Als Sozialarbeiter und auch als angehender Psychotherapeut versuche ich die Beziehung zu halten und dabei gut zu unterscheiden, was ist im Dialog jetzt vielleicht starr von meiner Seite und was sind Grenzen, welche der Klientin vorsichtigen, annehmbaren Halt geben können, ohne dass sie gleich flüchten muss. Dies ist nach meiner Erfahrung eine große Gratwanderung.

Menschen mit Borderline-Persönlichkeit sind naturgemäß sehr gut im Verletzen des Gegenübers. Meine Erfahrung zeigt, dass dies nicht so leicht zu thematisieren ist – und doch finde ich es wichtig, es in die Beziehung einzubringen. Es ist ein Ernstnehmen meiner eigenen Befindlichkeit und ein Ernstnehmen des Gegenübers.

Zum Glück kann ich mich auf ein gut funktionierendes Team, in dem oftmalige Reflexion heikler Begegnungen möglich ist, verlassen. Spaltungen innerhalb des Teams zeugen oft von mangelnder teaminterner Kommunikation und können uns auch selbst helfen besser hinzuschauen. Wir können es als Herausforderung sehen, daran wachsen und uns entwickeln – und damit wiederum ein klein wenig den Betroffenen helfen, weil wir dann die Beziehung halten und im optimalen Fall eine anzunehmende Struktur anbieten können.

Ein Mensch mit Borderline-Persönlichkeit hat ein feines Gespür für die Schwächen des Gegenübers. Das wiederum bietet eine gute Möglichkeit, selbst sehr achtsam zu bleiben, achtsamer zu werden und – ein unbedingtes Muss – sehr auf die eigene Psychohygiene zu achten.

Literatur

- Dünkel, F (2005) Ausblick – 5 Thesen zum Frauenstrafvollzug. Internationale Studie zum Frauenstrafvollzug. Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und „best practice“. Universität Greifswald
- Goffman, I (1973) Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten. Berlin: Suhrkamp

Anschrift des Verfassers:

WERNER GRUBER

Wiener Neustädter Straße 54

A–2731 Saubersdorf

werner.gruber@existenzanalyse.at

SUPERGEIL UND VERHASST

Borderline und Sexualität – Verhaltensanalysen

SUSANNE ADAMEK

Die Borderline-Störung zeigt sich vor allem als eine Beziehungsstörung. Überschwängliche Zuneigung und hasserfüllte Abneigung - je größer die Nähe in einer Beziehung umso deutlicher sind die Schwierigkeiten. Das gilt ganz besonders für Liebesbeziehungen und die Sexualität. Sexuelles Erleben und das Sexualverhalten geben Aufschluss über die Beziehungsgestaltung eines Menschen: bei PatientInnen mit Borderline-Störung finden wir ganz unterschiedliche Ausprägungen. Das reicht von Fremdheit gegen die eigene Körperlichkeit mit völliger Ablehnung von zärtlicher Nähe und Sexualität bis zu extremer Form von Promiskuität, selbstschädigend-gefährlich und Mittel gegen Leere und Langeweile. Beispiele aus Literatur und Praxis werden die unterschiedlichen Phänomene deutlich machen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline-Störung, Sexualität, Angstabwehr, Regulationsversuch

HOT AND HATED

Borderline and Sexuality – Behavior Analysis

The borderline disorder reveals itself primarily as a relationship disorder. Exuberant affection and hateful reluctance – the greater the closeness in a relationship the clearer the difficulties are. This especially is true when it comes to love affairs and sexuality. Sexual experience and sexual behavior provide insight into the relationship structure of someone; in patients with borderline disorder we find very different characteristics. This ranges from foreignness towards one's own corporeity with total rejection of tender closeness and sexuality to extreme forms of promiscuity, self-destructively dangerous and countermeasure for emptiness and boredom. Examples from literature and practice illustrate varying phenomena.

KEYWORDS: borderline disorder, sexuality, defense against anxiety, regulation attempt

„Borderlinige“ Sexualität? Gibt's das?

Wenn wir die Frage stellen, ob eine spezielle Art oder Haltung zur Sexualität beschreibbar ist, die typisch für Menschen mit Borderline-Störung ist, so gibt es sicherlich keine eindeutige Antwort. Dennoch können wir sagen, dass sexuelles Erleben und das Sexualverhalten Aufschluss über die Beziehungsgestaltung eines Menschen geben. Bei Menschen mit Borderline-Störung finden wir ganz unterschiedliche Ausprägungen, nicht selten in Extremformen: von völliger Ablehnung von Sexualität bis zu selbstschädigend-gefährlicher Promiskuität.

Um in das Thema einzustimmen, beginne ich mit einer Fallgeschichte aus der Literatur. Der Autor ist ein vielfach ausgezeichnete Psychiater und Psychoanalytiker aus den USA mit einer großen Nähe zur Existenzanalyse: Irvin D. Yalom. Er hat sein Wissen nicht nur als Fachliteratur für Experten publiziert, sondern auch in äußerst unterhaltsame Romane verpackt.

Hier ein **Fallbeispiel** aus seinem Roman „Die rote Couch“. Folgende Geschichte wird von einem Psychotherapeuten erzählt, von mir ein wenig gestrafft (Yalom 1998, 11–53). Belle Felini ist Mitte 30, aus wohlhabenden Verhältnissen, elegant gekleidet, gut aussehend. Die langärmelige Bluse im Sommer lässt auf Selbstverletzung schließen und richtig, es gibt eine lange Geschichte der Selbstzerstörung: Drogen verschiedener Art, einige Versuche mit Heroin, jedoch keine Abhängigkeit und Alkohol.

„Außerdem Essstörungen, vorwiegend Anorexie, gelegentlich aber auch bulimisches Erbrechen... Schnitte auf beiden Armen und Handgelenken – sie mochte den Schmerz und das Blut. Das waren die einzigen Augenblicke, in denen sie sich lebendig fühlte. Das hört man oft von Patienten. Ein halbes Dutzend Krankenhausaufenthalte – immer kurz. Hat sich nach ein oder zwei Tagen immer selbst entlassen. Verheiratet, keine Kinder. Sie wollte keine – meinte die Welt sei zu grässlich, um sie Kindern zuzumuten. Der Ehemann war nett, die Beziehung kaputt, nach ein paar Jahren Ehe kommt seine Libido abhanden, seine Energie fließt ausschließlich in seine Arbeit.“ (Yalom 1996, 12)

Bevor Belle zu Dr. Trotter, dem Erzähler, einem alten und erfahrenen Psychotherapeuten kam, war sie bei zahlreichen Therapeuten, manchmal für bis zu drei Monate, manchmal auch nur für eine einzige Sitzung, denn kaum jemand ist gut genug oder der Richtige für sie, sie ist schnell mit Kritik bei der Hand.

Es gab jedoch einen wichtigen Grund, eine neue Therapie zu beginnen: gefährliche sexuelle Spiele. Trotter: „Das war sogar ihr klar. Sie hatte immer mit solchen Sachen experimentiert, aber langsam wurde es massiv. Man stelle sich vor, dass sie mit ihrem Wagen auf der Autobahn neben Lastwagen oder Trucks her fuhr, sich den Rock hochzog und masturbierte, bis der Fahrer neben ihr auf sie aufmerksam wurde – bei 80 Meilen die Stunde (etwa 130km/h, Anm. d. Autorin). Wahnsinn. Dann nahm sie

die nächste Ausfahrt, und falls der Fahrer ihr folgte, hielt sie an, kletterte in seine Führerkabine und blies ihm einen. Solche lebensgefährlichen Sachen. Und zwar ständig. Sie war so außer Kontrolle, dass sie, wenn sie sich langweilte, in irgendeine heruntergekommene Bar fuhr und sich einfach jemanden aufgriff. Ihr kam es, wenn sie in gefährlichen Situationen steckte und unbekannte, potentiell gewalttätige Männer in sich spürte. Und dabei drohte ihr nicht nur von Männern Gefahr, sondern auch von den Prostituierten, denen es nicht passte, dass sie ihnen das Geschäft verdarb. Sie drohten ihr, sie umzubringen, und sie musste sich ständig neue Lokale suchen. Und Aids, Herpes, Safer Sex, Kondome? Als hätte sie nie etwas davon gehört.“ (Yalom 1998, 14–15)

Dieses Fallbeispiel mag plakativ sein, es zeigt jedoch anschaulich eine ganze Reihe von Pathologien, die verschiedene Symptome jener Menschen mit einer Borderline-Störung beschreiben:

Neben einer Essstörung, dem schädlichen Gebrauch von Drogen und Alkohol, regelmäßigen Selbstverletzungen sehen wir zweifellos ein hoch riskantes promiskuitives Sexualverhalten und die große Impulsivität als Symptomatik. Der Mehrheit der Fälle ihres impulsiven Verhaltens – so zeigt es sich im Lauf der Therapie – ging ein Gefühlszustand großer Hohlheit oder innerer Leere voran, und die Risiken, die sie einging, das Schneiden, der Sex, die Fressgelage, waren allesamt Versuche, buchstäblich Erfüllung zu finden oder sich ins Leben zurückzuholen, die wir als **Regulationsversuche** verstehen können.

Es waren Versuche, die im Grunde nutzlos waren und scheiterten, da sie zu tiefer Scham und in der Folge zu weiteren verzweifelten – und noch zerstörerischeren – Versuchen führten, sich lebendig zu fühlen.

Teufelskreis – ein selbsterstörerischer Verhaltenszyklus

- Gefühl der Leere, Langeweile, sich tot fühlen,
- Impulsivität, Unberechenbarkeit im Triebbereich, hohe Risikobereitschaft
- Selbstschädigendes körperliches und sexuelles Verhalten
- nach der Handlung: Scham
- Gefühl der Abstumpfung und Leere.

Dieses Ergebnis zeigt, dass der Regulationsversuch kurzfristig entlastet, aber langfristig scheitert.

Sichtweisen des sexuellen Verhaltens im Lauf der Geschichte – Exkurse

Das sexuelle Verhalten von Belle verstehen wir als Teil dieser Regulationsversuche im Sinne einer Borderline-Störung. Das ist ein moderner Zugang, denn nicht immer war diese Ansicht state of the art.

Wie hat man früher Sexualität gesehen und verstanden? Im 19. bis weit ins 20. Jahrhundert galt der Trieb als Motor für die Sexualität. Das hat man sich folgendermaßen vorgestellt: Sexuelle Spannungen bauen sich ständig auf, wie ein Kessel mit Wasser, der auf dem Feuer steht, und damit der Kessel nicht verbeult oder gar zerplatzt, muss der Dampf immer wieder abgelassen werden. Unkontrolliertes Ausströmen musste unterdrückt werden. Kontrolliertes Dampflassen war den Männern gelegentlich erlaubt, um Schlimmeres zu verhüten. Denn sonst komme es zu gefährlichen Situationen wie sexuellen Impulshandlungen oder zu einem Triebdurchbruch. Frauen sah man als weniger gefährdet an, die „gute Frau“ hatte keine Sinnlichkeit, ausgenommen waren die vulgären Frauen (Schmidt 1991, 2005).

Die gesellschaftliche Situation war bis in die 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts geprägt von Sexualverboten, einer Verzichtsmoral, dem sexuellen Mangel und einer sehr strengen Reglementierung der Befriedigung (z.B. der bedrohlich-straftende Umgang mit Masturbation und Homosexualität). Von Anhängern der Kirche wurde jegliche Sexualität außerhalb der Ehe als Sünde, die Wollust sogar als Todsünde gesehen. In der Gesellschaft wurde die sogenannte „Unzucht“ als moralische Verfehlung verurteilt. Das gilt für viele Menschen bis heute.

Die ersten Sexualwissenschaftler im 19. Jahrhundert waren Perversionsforscher, die jede Auffälligkeit im Sexualverhalten kategorisierten, um Ordnung zu schaffen. Durch sie wurde die perverse Sexualität in die Kategorie der Krankheit verschoben. Das war zumindest zu einem Teil moralisch entlastend, denn: Kranksein ist besser als Straffälligkeit.

Zurück zu Yaloms Fallgeschichte aus dem geschichtlichen Blickwinkel: Belle ist also eine schwere Sünderin. Als eine moralisch Verurteilte wird sie im Lauf der Geschichte zu einer Kranken, einer triebhaften Nymphomane, die einfach nicht genug kriegen kann.

Und wie verstehen wir sexuelle Verhaltensweisen heute? Die Sexualwissenschaft von heute sagt: Menschliche Sexualität kann nicht auf ein einfaches triebenergetisches Konzept reduziert werden – auf kein Dampfkesselmodell! Vielmehr stellt sie (unter psychodynamischen Gesichtspunkten) einen Erlebnisbereich dar, in dem Angstabwehr, Konfliktbewältigung und Wunscherfüllung die wesentlichen Komponenten sind.

Wie lässt sich nun das Verhalten von Belle erklären?

Um Belle einigermaßen verstehen zu können, sind Informationen zu ihrer Biographie hilfreich:

Ihre Mutter starb, als sie noch ein Säugling war, und sie wurde von einer Reihe distanzierter Schweizer Gouvernanten großgezogen. Ihr Vater litt an einer Keimphobie,

berührte sie nie, trug immer Handschuhe, inner- und außerhalb des Hauses. Die Dienstboten mussten sein gesamtes Papiergeld waschen und bügeln. Bis sie 14 Jahre alt war, durfte sie nicht zur Schule gehen und wurde zu Hause unterrichtet, aus Angst des Vaters, sie könnte Bakterien ins Haus einschleppen. Daher war es auch fast unmöglich, Freundschaften zu schließen (Yalom 1996, 36–37).

Schädigend/traumatisierend für Belle waren

- der frühe Verlust der Mutter,
- der häufige Wechsel ihrer Erzieherinnen,
- die Beziehung zum Vater, der sie nie berührte und an einer schweren Zwangsstörung litt,
- die Isolation von der Außenwelt bis zum 14. Lebensjahr,
- das Fehlen von Halt, Nähe und Wärme einer nahen Bezugsperson.

In der Folge entstanden Angst, Verlassenheitsgefühle, Einsamkeit und immer wieder Angst, die abgewehrt werden musste, um das Leben ertragen zu können.

Angst ist bei Menschen mit Borderline-Störung der zentrale Kern

Angst, eine archaische, traumatische, sogenannte frei flottierende Angst, eine Grundangst, wie wir in der Existenzanalyse sagen, ein Fehlen von Halt und Schutz ist bei Menschen mit einer Borderline-Störung ständige Begleiterin. (Als erste Angst- und Entwicklungsstufe wird die Vernichtungsangst bei Säuglingen beschrieben, die zweite Stufe ist die Angst während einer Traumatisierung und als dritte Stufe beschreibt Dulz (1999) die Borderline typische frei flottierende Angst, als „Folge einer als zu grauenvoll erlebten inneren Welt“.)

Der einzige Schutz bei den Säuglingen ist die haltende Funktion, der Säugling braucht, wie alle Primaten, als „Tragling“ das Gehaltenwerden.

Belle hat sich von ihrem Therapeuten übrigens immer genau das gewünscht: Körperkontakt und Gehaltenwerden. (Sie hat sich auch noch viel mehr gewünscht.)

Eine Form bzw. Möglichkeit der Angstabwehr ist neben Drogenkonsum und verschiedenen Süchten auch die Sexualität. Wie funktioniert das?

Agieren als Angstabwehr – Flucht nach vorn – „supergeil“.

Wirkt die schöne Belle etwa ängstlich? Im Gegenteil! Mutig geht sie auf fremde Menschen zu, begibt sich augenblicklich in sexuelle Kontakte, nicht als eine Schüch-

terne, sondern als Aufreißerin, aktiv, schnell und anonym. Das Risiko gibt ihr den Kick. Der Kick macht Lust, und sie fühlt sich „supergeil“!

Belle geht mit dieser Strategie – zumindest kurzfristig – als Souveräne hervor. Sie entflieht ihrer Leere. Sie wählt, sie verführt, sie handelt, sie hat abenteuerlichen Spaß und sie geht einfach. Sie kann nicht bedroht oder überwältigt werden, denn sie war die Aktive, sie kann nicht missachtet werden, sie hat erfolgreich verführt, sie kann nicht verlassen werden, denn sie hat schon verlassen. Sie hat (fast) alles unter Kontrolle. Sie ist nicht Opfer, sie ist Täterin. **Sie macht die Sexualität zu einem kontrollierbaren Bereich für zwischenmenschliche Beziehungen.** Sie bestimmt, was geschieht. Eine scheinbar unverletzliche Fassade! Das Agieren fungiert als Angstabwehr, es ist eine Art Flucht nach vorn. Leider ist der Erfolg nicht von Dauer, daher muss das Spiel immer wieder wiederholt werden. Wie es mit Belle und Dr. Trotter weitergeht, kann im Yaloms Roman „Die rote Couch“ nachgelesen werden.

Frage: Sind alle Menschen mit Borderline-Störung bereit zu einem hochriskanten Sexualverhalten?

Die Antwort ist nein, es ist eine von 3 Gruppen, wenn man eine Kategorisierung versucht (Dulz 2009).

Die **1. Gruppe** lebt mit hochriskantem sexuellem Verhalten:

- Gang Bang mit HIV,
- promiskuitives und ungeschütztes Sexualverhalten,
- Sado-Masochismus, der lebensbedrohlich werden kann, z.B. starkes Würgen beim Sex,
- das Ausliefern an gewaltbereite, oder auch völlig fremde Sexualpartner,
- die Kontaktaufnahme über Internet – häufig sadomasochistische Phantasien.

In die Therapie kommen Menschen erst, wenn sie entweder etwas erlebt haben, das auch ihre Grenze überschritten hat, oder wenn sie straffällig geworden sind.

Eine **2. Gruppe** der Menschen mit Borderline-Störung sind jene mit sogenanntem „normalen“ Sexualverhalten. Ich bevorzuge die Formulierung „unauffällig“ bzw. „zufriedenstellend für die Betroffenen“. Denn Normalität ist ein gesellschaftliches Konstrukt, das nichts über Qualität oder Gesundheit aussagt. Die Sexualität ist zwar unauffällig, ja sie wird sogar oft als besonders leidenschaftlich geschildert, als ein intensives emotionales Erlebnis. Hier ist die Impulsivität sicher von großem Vorteil. Und – ein typisches Beispiel für Borderliner – gleich danach kommt es aber zu einer abrupten Kehrtwendung: z.B. ganz plötzliche Kühle, Interessensverlust, eine Gereiztheit, vielleicht auch Vorwürfe bis hin zu Wutausbrüchen.

Wie kann man das verstehen? Nach dem Erlebnis der

Nähe muss wieder Distanz geschaffen werden. Die Nähe macht zu viel Angst. Es ist entweder die Angst, den anderen zu verlieren oder sich selbst im anderen zu verlieren. Das rettet zwar aus der Verschmelzungsangst, führt aber in die Verlassenheitsangst.

Die Beziehungen sind intensiv, aber instabil, die Beziehungsgestaltung ist meist sehr problematisch. Sie sind oft geprägt von einem Wechselspiel von überschwänglicher Zuneigung und hasserfüllter Abneigung, Partner werden idealisiert und entwertet. Man sagt Menschen mit Borderline-Störung eine „Beziehungssucht“ (Reinert 2004) nach. Sie mögen ja meist das Alleinsein nicht, da es für sie schnell leer und langweilig ist oder ihnen Angst macht. Sie sehnen sich nach Nähe und Beziehung, halten dann aber diese Nähe oft nicht aus. Die Sexualität an sich ist jedoch für die Menschen dieser Gruppe befriedigend, zufriedenstellend und nicht schädigend.

Und eine **3. Gruppe** lebt gar keine Sexualität. Aus der Praxis ist mir das gut bekannt: junge Frauen, die ihre Pulloverärmel bis über die Hände gezogen haben, damit die Narben der Schnitte nicht zu sehen sind. Das Begrüßen und Verabschieden mit Handgeben bedeutet eine Überwindung. Berührung ist unangenehm, oft eine Zumutung. Sie verspüren keine Lust, keinen Mut und haben keine Phantasien in Richtung Sexualität (der Sexualität, wie wir sie zunächst einmal allgemein verstehen).

Ihre Affektlosigkeit dient der Angstabwehr – „ich fühle nicht“.

Es besteht Fremdheit gegen den eigenen Körper: „Ich mag keine zärtliche Nähe“, oder „ich kann keine Nähe zulassen“.

Manche Patientinnen in ausgesprochen körperbetonter Kleidung, die man durchaus als sexy bezeichnen würde, fallen auch in diese Gruppe. Da wird wohl eine Sehnsucht nach sexueller Beziehung zum Ausdruck gebracht, die jedoch durch die Angst in Schach gehalten wird.

In diese Gruppe fallen auch PatientInnen (v.a. weibliche) mit Körperstörungen, wie wir sie von Frauen mit Essstörungen kennen.

Weiters gehören in diese Gruppe Menschen mit schweren Störungen bezüglich ihrer Identität:

- Wer bin ich? Wie bin ich? Bin ich weiblich, männlich?
- Wo stehe ich beruflich?
- Wie sind meine Beziehungs- und Freundschaftsmuster? Meine Werte?

Oder es besteht Unsicherheit in ihrer sexuellen Orientierung:

- Von welchem Geschlecht fühle ich mich eigentlich erotisch angezogen?

Wer nicht weiß, wem er oder sie sich zuwenden soll, wird es generell vermeiden.

Aggression und Perversion – „verhasst“

Neben der Angst als zentralem Affekt bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen hat auch die Aggression einen großen Anteil im Gefühlsspektrum von Menschen mit Borderline. Aggression kann gut in der Sexualität Ausdruck finden.

Sexualität ist eine der gefährlichsten Angelegenheiten der Welt, hat Sigmund Freud so treffend formuliert, weil sie auch immer an die Abgründe des Seelischen rührt. Sie stößt an Grenzen, geht über Grenzen, manchmal auch über Schmerzgrenzen. Schmerz zufügen oder zugefügt bekommen kann höchste Lust bedeuten. Ist das pervers? Wo liegt die Grenze? Stoller sah in der Perversion „die erotische Form von Hass“ (Stoller 1979).

„Die Geschichte der O“ von Dominique Aury war 1954, in den pruden 50er Jahren ein Skandalbestseller. Aktueller – 2011 – erschien E.L James' „50 Shades of Grey“. Mehr als 100 Millionen Exemplare wurden weltweit verkauft, ein wahrer Bestseller, der nicht nur von Männern, sondern vor allem von Frauen gekauft und gelesen wurde. Die Phantasien, die in diesen Büchern bedient werden, über totale Hingabe, über Ausgeliefertsein, die sado-masochistische Inszenierung vom Spiel mit Macht und Ohnmacht, gehört zum Repertoire von vielen Paaren. Das ist längst kein Randphänomen. Handelt es sich um eine Variation, eine Spielart, so sprechen wir nicht von Perversion im klinischen Sinn und es ist kein Hinweis auf eine Borderline-Störung.

Der Begriff Perversion bezeichnet sexuelle Vorlieben, die eine Funktion haben. Das sind Handlungen, die eine schöpferische, kompensatorische, das psychische Gleichgewicht wiederherstellende Leistung des Ichs sind (Schmidt 1991, 108).

Perversionen sexualisieren Konflikte und Ängste und werden damit zu einer Selbstrettungstechnik des Individuums, die ihm schlimmere Zusammenbrüche erspart. Sie sind oft voller Wut, voll Feindseligkeit und Hass – Hass auf sich selbst als Folge einer Aggressionsumkehr und auf entwertende, vernachlässigende Personen der eigenen Biographie. Das macht einige Perversionen gefährlich; für den Betroffenen, wenn sich der Hass in Autoaggression und Selbsterstörung äußert, oder für andere, wenn der Hass nach außen gewendet wird (Schmidt 2005, 90).

Perversionen haben einen Sinn. Deshalb ist es unsinnig, die sexuelle Vorliebe durch Strafen, Schmerzen, Verekelung einfach abzutrainieren oder abgewöhnen zu wollen.

„Die zahlreichen möglichen Symptome, wie Phobien, Zwänge, Drogenabusus, aber auch Sexualität dienen dem konstruktiven Umgang mit der unfassbaren frei flottierenden Angst. ... Auch die Sexualität dient dazu, Angst nicht zu spüren, zu reduzieren oder zu vermeiden. Es ist

eine Vermeidung emotionaler Nähe durch Handlungen mit Pseudonähe.“ (Dulz 2009, 713)

Zusammenfassung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung hat zwei Ebenen: Sie ist in erster Linie gekennzeichnet durch eine Beziehungsstörung, d.h. die Beziehung zu sich selbst und die Beziehung zu anderen ist gestört. Die zweite Ebene ist die der Symptome. Dazu gehört in vielen Fällen ein selbst- oder fremdschädigendes Sexualverhalten.

Die Art jedes Menschen, Sexualität zu leben, steht immer in Zusammenhang mit Erfahrungen der eigenen Lebensgeschichte. Die Persönlichkeit und die je eigene Sexualität sind immer untrennbar miteinander verbunden.

Jeder Mensch kommt mit bestimmten Bedürfnissen, Grundbedürfnissen (Loewit 1992; Längle 2013) auf die Welt. Ohne deren Befriedigung würden wir sogar sterben. Wir brauchen andere Menschen, die uns Halt, Schutz und Raum geben, die sich uns zuwenden, uns versorgen und uns lieben, die uns in unserem Sosein stärken und auch in unserer geschlechtlichen Identität wertschätzen und unsere Entwicklung fördern. Diese Grundbedürfnisse kennen wir als Grundmotivationen aus der Existenzanalyse.

Verwahrlosung, Entwertung, Missachtung oder gar Demütigung von Kindern in ihrer Körperlichkeit und auch in ihrem spezifischen Sosein als liebenswerte, sinnliche Geschöpfe haben einen großen Anteil an sexueller Traumatisierung – nicht nur der sexuelle Missbrauch an sich (Aigner, k.A.).

Störungen der Sexualität sind Schutzmechanismen. Wir verstehen sie als psycho-physische Reaktionen, die Sinn machen. Ihre Bedeutung zu entschlüsseln, ist unsere Aufgabe in der Therapie. Tabuisieren und Moralisieren verhindern die Bearbeitung sexueller Probleme. Daher hat der Therapeut/ die Therapeutin nicht nur eine haltende Funktion.

Es braucht Mut für die Auseinandersetzung mit der Sexualität der PatientInnen sowie auch mit der eigenen Sexualität und die Fähigkeit, die eigenen Ängste von denen der PatientInnen zu unterscheiden. Die Sexualität der Therapeutin/ des Therapeuten hat Auswirkungen auf die Therapie.

Literatur

- Aigner J C (k.A.) Die Bedeutung der Sexualität für die Persönlichkeitsentwicklung. Konsequenzen für Theorie, Beratung und Therapie. Vortrag anlässlich einer Tagung von Ehe-, Familien- und Lebensberater/innen Literatur beim Verfasser, Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck
- Dulz B (1999) Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? In: Persönlichkeitsstörungen 3. Stuttgart: Schattauer Verlag, 30–35
- Dulz B (2009) Borderline-Störungen und Sexualität. In: Medtropole 19. Hamburg
- Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse, Grundlagen. Wien: Facultas wuv
- Loewit K (1992) Die Sprache der Sexualität. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag
- Reinert T (2004) Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Schmidt G (1991) Das große Der Die Das über das Sexuelle. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
- Schmidt G (2005) Das neue Der Die Das Über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Stoller J (1979) Perversion. Die erotische Form von Hass. Reinbeck: Rowohlt
- Yalom D I (1998) Die rote Couch. München: btb

Anschrift der Verfasserin:

ADAMEK SUSANNE, DR.^{FN} PHIL.
 Psychotherapeutin (EA), Supervisorin & Coach,
 Sexualtherapeutin
 Rosenbursen Straße 8
 A–1010 Wien
 susanne@adamek.cc

„ICH BIN'S, ANITA, GANZ PERSÖNLICH!“

ERIKA LUGINBÜHL

Anita, eine junge Frau, welche an einer Borderline-Störung leidet, nimmt uns mit in ihre Welt. Sie steht seit siebeneinhalb Jahren in existenzanalytischer Psychotherapie sowie medikamentöser Behandlung. In dieser langen und intensiven Zeit hat sie eine beeindruckende Persönlichkeitsentwicklung vollzogen und in ihr ist der Wunsch aufgekommen, ihre Erfahrungen mit anderen Menschen zu teilen, sich mitzuteilen, aus der Anonymität zu treten. Sie hat ein Buch über ihr Leben mit dieser Krankheit geschrieben. Diese autobiographischen Aufzeichnungen zur Entstehung und zum Verlauf ihrer Borderline-Störung werden in diesem Artikel zitiert und ausführlich existenzanalytisch reflektiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Borderline-Störung, Autobiographie, existenzanalytische Reflexion

“IT'S ME, ANITA, ENTIRELY PERSONAL!”

Anita, a young woman suffering from Borderline disorder, takes us into her world. She has been in existential analytical psychotherapy as well as medical treatment for the past 7.5 years. In this long and intense time, an impressive personal development has taken place and the desire arose in her to share her experience with other people, to communicate and step out of anonymity. She has therefore written a book about her life with this disorder. In this article, the autobiographic memoirs of the emergence and development of her borderline disorder will be referenced and reflected upon from an existential analytical point of view.

KEYWORDS: Borderline disorder, autobiographic memoirs, existential analytical reflection

Einleitung

Im Vorwort zu ihrem Buch schreibt Anita:

„Vor Jahren verlor ich die Kontrolle über mich selbst. Ich verlor die Kontrolle über mein Leben, über meine Leidenschaft, das Leben in seinen prächtigen Farben zu sehen. Alles war nur noch schwarz, dunkel wie die Nacht, als wäre man in der Dunkelheit auf einer einsamen Insel ohne Lichtquelle. Einsamkeit und Selbsthass sind meine ständigen Begleiter, auch heute noch... Einsamkeit, obwohl da Menschen um mich sind, die ich liebe und mit denen ich mich verstehe. Die Einsamkeit ist größer und mächtiger als alles andere. Der Selbsthass ist unerträglich, alles was ich mache, genügt mir nicht... Das Herz schmerzt, die Gedanken kreisen, die Seele schreit, tobt und weint, und dies alles nur aus lauter Einsamkeit...“

Mit dieser prägnanten Schilderung ihres Leidens umreißt sie wesentliche Aspekte des existenzanalytischen Verständnisses der Borderline-Störung.

Die beschriebenen Symptome können einerseits als Ausdruck von Belastungen der Grundstrukturen erfüllter Existenz aufgefasst werden, andererseits als Ausdruck fehlender personaler Verarbeitung.

Strukturebene

Belastungen 3. GM: der Selbstverlust, die Einsamkeit, der Schmerz

Belastungen 2. GM: Depression – das Leben verliert seine Farbe, alles ist dunkel, depressives Gedankenkreisen

Belastungen 1. GM: Selbsthass – kann sich selber nicht annehmen und aushalten – Hass als Copingreaktion der 1. GM

Prozessebene

Das Verhalten ist geprägt von psychodynamischem Reagieren. Es kommt nicht zur Ausbildung von personaler Stellungnahme und damit zum beschriebenen Kontrollverlust.

Biographie

Anita ist, wie sie in ihrem Buch festhält, wohl behütet von Eltern und Grosseltern und zusammen mit ihrem um vier Jahre älteren Bruder in einem Vorort von Bern (CH) aufgewachsen. Als kleines Mädchen war sie eine Draufgängerin. Sie hat sich gerne mit den Buben gemessen. Bei Mutproben wurde sie von ihnen vorgeschickt. Dabei hat sie sich wiederholt Verletzungen zugezogen, die sie locker wegsteckte. In der warmen Jahreszeit verbrachte die Familie, inklusive Grosseltern, die Ferien und die Wochenenden auf dem Campingplatz. In der Nähe dieses Campingplatzes musste sie als ca. Fünf-jährige einen furchtbaren Unfall miterleben, bei dem ein Mädchen, das sie vom Sehen her kannte, von einem Zug erfasst wurde. Die Erinnerung an dieses traumatische Ereignis war lange verdrängt und kam ihr erst vor rund acht Jahren wieder ins Bewusstsein. Im Kindergarten und in der ersten Klasse erlebten die Eltern sie als sehr launisch. In der zweiten Klasse fing sie auf einmal an zu erbrechen, wenn sie lachte oder einfach so. Die medizinischen Abklärungen zeigten keine Ursache für diese Störung, und man vermutete

psychische Gründe, ohne dass ihnen nachgegangen wurde. Ab der dritten Schulklasse wurde sie von den anderen Kindern ausgegrenzt.

„Ich war oft alleine... ich war wie abgeschoben und auf mich selbst gestellt... ich zog mich auch nach der Schule immer mehr zurück.“

Auf dem Campingplatz, an der Feuerstelle im Wald, kam sie durch ältere Jugendliche schon als 12-Jährige in Kontakt mit Alkohol, Zigaretten und Cannabis. Wie sie diesen Konsum von Drogen erlebt hat, ist aus ihren Aufzeichnungen nicht auszumachen. Sie macht aber Andeutungen, dass sie wohl überfordert war.

„Mit zwölf habe ich mir auch das erste Mal eine Selbstverletzung zugefügt, indem ich mir mit dem Taschenmesser die Haut auf dem Handrücken abgeschabt habe... Warum, weiss ich heute nicht mehr, vielleicht war mir alles zu viel.“

„Bald kam dann die erste Berührung mit Kokain. Natürlich wieder an der Feuerstelle, wo denn sonst? Ich nahm ab und an Kokain, und damit ich mir dies leisten konnte, stellte ich mich auf den Strich! Meine Eltern wussten nichts, meine Lehrer ebenfalls nicht. Ich hatte die perfekte Maske auf und meine Leistungen waren wie bisher.“

Sie vertraute sich ihrem geliebten Großvater an. Mit seiner Unterstützung kam sie vom Kokain und vom Strich los. Gekifft, geraucht und getrunken hat sie jedoch weiterhin. Nach einem einjährigen Sprachaufenthalt in der französischen Schweiz begann sie im Juli 2002 eine Lehre als Hotelfachassistentin, welche sie im Sommer 2004 mit Bravour abschloss. Die Arbeit war sehr anstrengend, die Arbeitszeiten lang, und sie stand immer unter Zeitdruck. Dazu kam, dass sie von Vorgesetzten schikaniert, ausgenutzt und abgewertet wurde. Im Herbst 2004 wurde sie spät nachts auf dem Heimweg von der Arbeit von einem Unbekannten mit dem Messer bedroht und vergewaltigt.

„Um meinen Stress abzubauen, hatte ich Sex bis zum Abwinken, trank übermässig Alkohol, rauchte wie eine Dampflokomotive, konnte kaum schlafen und hatte einen großen Drang mich zu verletzen. ... Der Schmerz tat mir gut, ich konnte dann wieder mein gespielteres Lächeln aufsetzen und zur Arbeit oder unter Menschen gehen. Aber bei allem, was ich machte, fühlte ich mich einsam.“

Im Dezember 2006 hatte sie einen psychophysischen Zusammenbruch, von dem sie sich aber wieder aufrappelte. Kurz vor ihrem 23. Geburtstag, im Mai 2007, erlitt

sie den ersten psychogenen Krampfanfall. Viele weitere folgten später. Im Frühjahr 2008 musste sie wegen Suizidalität für einen Monat in der geschlossenen Abteilung der psychiatrischen Universitätsklinik behandelt werden. Dort wurde die Diagnose Borderline-Störung gestellt. Die anschliessende Therapie in einer Tagesklinik erlebte sie als Bestätigung ihres negativen Selbstbildes. Wenn sie sich abends, zu Hause, aus Überforderung Selbstverletzungen zugefügt hatte, so wurde sie am anderen Morgen für zwei Stunden von der Gruppe ausgeschlossen.

„Ich kann es heute noch nicht verstehen, warum musste ich raus aus der Gruppe... Ich hätte die Gruppe damals gebraucht, dazu zu gehören und nicht wie ein Parasit vertrieben zu werden. Das war nicht hilfreich, sondern nochmals eine Bestätigung: Du bist nichts! Du kannst nichts! Stirb endlich, du Versager! Ich wollte Hilfe und bekam aber nur Ablehnung.“

Nach einem gescheiterten Arbeitsversuch suchte sie rund ein Jahr später noch einmal professionelle Hilfe, aber in einer anderen Tagesklinik. Dort kam einiges ins Rollen. Sie fühlte sich von der behandelnden Psychiaterin ernst genommen, weshalb sie sich in den Gesprächen öffnen konnte. Im zweiten Gespräch hatte die Psychiaterin wegen eines Unfalls ein Wundpflaster über der Nase. Die Patientin berichtet dann:

„Ich schaute dies so an, und dann fing es an in mir zu brodeln. Mein Gehirn ratterte und ich war in eine massive Anspannung geraten. Ich konnte kaum richtig atmen und mir liefen die Tränen herunter. Sie fragte dann, was los sei, was ich brauche und was sie tun solle. Ich schaute sie an und sagte ihr, dass das Wundpflaster auf ihrer Nase aussehen würde wie ein Gleis und ich fing an zu erzählen, dass ich als kleines Kind mit ansehen musste, wie ein Kind vom Zug erfasst wurde, als ich mit dem Grossvater mit dem Fahrrad unterwegs zum Restaurant war. Mein Grossvater reagierte geistesabwesend, packte mich und trug mich schnell ins Restaurant... und als wir dann zurück mussten, waren sie gerade dabei, die Leichenteile einzusammeln.“

In den folgenden Tagen kamen noch zwei weitere traumatische Erfahrungen aus der Kindheit ins Bewusstsein. Für sie bedeutete es eine Erleichterung, darüber zu sprechen, auch wenn es sie anfangs verwirrte und sehr schmerzte. Der Bann war gebrochen, sie hatte einen Zugang zu sich gefunden und sie hatte die Erfahrung gemacht, dass therapeutische Gespräche sie weiter bringen.

So kam sie Mitte Oktober 2009 zu mir in Behandlung.

Existenzanalytische Reflexionen zur Pathogenese

Anitas Biographie ist eigentlich eine Geschichte von physischen und psychischen Überforderungen, von Grenzverletzungen, von Sich-selber-Übergehen, von Missachtung sowie von traumatischen Erfahrungen. Den schrecklichen Unfall, den sie als Kleinkind miterlebte, hatte sie aus dem Bewusstsein verdrängt. Um nicht das Risiko einzugehen, dass die Erinnerungen ins Bewusstsein kommen, vermied sie die Zuwendung zu sich selber. Ohne Zugang zu sich selber übergab sie sich, sie liess sich zum Drogenkonsum verführen und prostituierte sich. Bei der Arbeit wurde sie ausgenutzt und gedemütigt. Das Trauma der Vergewaltigung hatte sie ebenfalls verdrängt. Gegen außen ließ sie sich nichts anmerken, sie lächelte alles weg. In ihrem Innern brodelte es aber. Sie befand sich in einer unerträglichen Anspannung, die sie mit Exzessen oder mit Selbstverletzungen abzubauen versuchte.

In der EA wird Persönlichkeit als die psychische Struktur des Menschen betrachtet, die seinem spontanen Erleben und Reagieren eine für ihn charakteristische Neigung gibt. Ihre Entwicklung beruht auf einer vererbten und einer durch die Lebensumstände erworbenen Komponente (Längle 1996/2003). Diese regelhaften Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sind destruktiv (Längle 1996/2003), sie richten Schaden an. Das Erleben ist geprägt von innerer Anspannung. Grund dafür sind Eindrücke, die so schmerzhaft und leidvoll sind, dass sie nicht in das Selbst integriert werden können. Um dem Schmerz und dem Leid zu entkommen werden Copingreaktionen, also psychodynamische Schutzreaktionen, eingesetzt. Diese münden in ein fixiertes selbst- und fremdschädigendes Verhalten (Längle 2012). Persönlichkeitsstörungen entwickeln sich dann, wenn alle vier Grundbedingungen des Existierens belastet sind. Es sind aber nicht alle Grundbedingungen gleich stark betroffen. Je nachdem, welches existenzielle Grundthema am stärksten involviert ist, kommt es zur Ausbildung spezifischer Krankheitsbilder (Längle 1999).

Die Problematik von Anitas Borderline-Störung soll im Folgenden zuerst von der Strukturebene und anschließend von der Prozessebene her angeschaut werden.

Strukturebene

3. Grundmotivation

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Eintrittsstelle die Ebene der dritten GM (Längle 1999), wo

es um das Selbstsein geht, bzw. um die Fragen:

- Wer bin ich eigentlich – ich, ganz persönlich? Was für ein Bild habe ich von mir?
- Welches ist meine Stellungnahme zu dem, was ich von mir fassen kann? Kann ich zu mir ja sagen?

Um heraus zu finden, wer ich eigentlich bin, um ein Bild von mir selber zu bekommen, geht es darum, auf mich zu schauen und das, was ich von mir wahrnehme, ernst zu nehmen und wertschätzend zu beurteilen. Diese Auseinandersetzung mit mir selbst braucht den Anstoss von aussen. Es braucht andere Menschen, die sich für mich interessieren, die mir ein wohlwollendes, verantwortungsbewusstes und wenn nötig kritisches Gegenüber sind, die meine Grenzen beachten, die mich in meiner Einzigartigkeit respektieren und wertschätzen. Dieser Umgang, den andere mit mir pflegen, ist mir Modell für den Umgang mit mir selber.

Was für Erfahrungen hat Anita mit ihren Mitmenschen gemacht? Wie sind sie ihr begegnet?

- Schon in der Grundschule erlebte sie Ausgrenzung und Abwertung.
- Auf dem Campingplatz an der Feuerstelle wurde sie schon als 12-jährige von den älteren Jugendlichen dazu verführt zu rauchen, Alkohol zu trinken und später gar Drogen zu konsumieren. Außerdem wurde sie auf die Möglichkeit hingewiesen, auf den Babystrich zu gehen, um das Geld für den Drogenkonsum aufzutreiben.
- Als Prostituierte ließ sie sich auf dem Babystrich von den Kunden missbrauchen.
- Später bei der Arbeit als Hotelfachassistentin wurde sie ausgenutzt, abgewertet, bloßgestellt.
- Die Vergewaltigung löste in ihr Scham- und Schuldgefühle aus.
- Als sie dann professionelle Hilfe in Anspruch nehmen musste, fühlte sie sich von den Behandelnden abgeschoben, verachtet und bestraft für ihr Verhalten, das sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht anders steuern konnte.

Durch all die erfahrenen Abwertungen, Missachtungen und Demütigungen hat Anita ein schlechtes Bild von sich selber. Sie hat den negativen Beurteilungen anderer nichts entgegenzusetzen, und sie sieht sich als ein Ungeziefer, von dem man ihre Mitmenschen befreien müsste.

2. Grundmotivation

Die Ausdifferenzierung der Störung im Selbstsein zur Borderline-Persönlichkeitsstörung ergibt sich durch die Beteiligung des Themas der zweiten GM (Längle 1999), wo es um Zuwendung, emotionale Nähe, Beziehung zum

Leben, zu anderen Menschen und letztlich um die Beziehung zu sich selber geht. Indem wir uns Anderem zuwenden, zu Anderem in Beziehung treten, Nähe aufnehmen und uns berühren lassen, wird unsere Emotionalität angestoßen und unsere Vitalität gestärkt.

Anita hat in ihrem jungen Leben viele einschneidende, belastende und gar traumatische Erfahrungen gemacht. In der Folge vermied sie die Zuwendung zu sich selber, damit keine schmerzlichen Gefühle aufkommen konnten. So konnte sie den Zugang zu sich selbst, zum eigenen Erleben und zu den Gefühlen gar nie entwickeln. Dieser Zugang fehlte ihr dadurch im Alltag. So war sie den jeweiligen Lebensumständen orientierungslos ausgeliefert. Sie bezog sich selber nicht mit ein bei dem, was sie machte. Sie übergang sich regelmässig und schadete sich dadurch zusätzlich.

Prozessebene

Fehlende personale Auseinandersetzung

Ohne Zugang zu den Gefühlen war es ihr nicht möglich, sich personal mit der Welt und sich selber auseinanderzusetzen sowie Informationen oder Erfahrungen personal zu verarbeiten und so ins Selbst zu integrieren. Die Person, die geistige Dimension unseres Menschseins, war ihr nicht als Ressource zugänglich, und ihr Verhalten war geprägt von psychodynamischen Schutzreaktionen (Längle 1999).

Copingreaktionen der 3. GM

Anita stand unter dem Druck, unverarbeitete schmerzhaft Erfahrungen abwehren zu müssen. Der Schmerz hätte sie überwältigt. Um die schmerzhaften Erinnerungen zu unterdrücken, kommen bei der Borderline-Störung, nebst dem „auf Distanz gehen“ zwei gegensätzliche Copingreaktionen zum Einsatz: der Aktivismus und die Dissoziation als Totstellreflex der 3. GM. Über einen langen Zeitraum war es ihr gelungen, sich mit Aktivismus über Wasser zu halten. Als Hotelfachassistentin hatte sie lange Arbeitszeiten und stand unter Zeit- und Leistungsdruck. Und wenn ihr dies nicht genügte, dann half sie abends noch in einer Bar im Service mit. Als sie es kräftemässig nicht mehr schaffte, sich im Funktionieren zu halten, kam der Totstellreflex zum Einsatz, und zwar in Form der Dissoziation.

Unter psychisch extrem bedrohlichen Umständen kommt es zu emotionaler Verhärtung, wodurch der Schmerz nachlässt. Da das Fühlen aber insgesamt verloren geht, wird der psychische Zusammenhang im Erleben aufgelöst: Fühlen und Denken sind durch diese Dissoziation

der Psyche nicht mehr miteinander verbunden. Es kam zur Spaltung des Selbst, zum Selbstverlust (Längle 1999).

Folgende Symptome können den dissoziativen Phänomenen zugerechnet werden:

- Amnesie für den Zugunfall,
- der emotionslose Bericht über schlimmste Erfahrungen,
- das Ausschalten der Körperempfindungen, die Anästhesie der Haut, was dazu führte, dass sie sich ritzte, um sich wieder spüren zu können,
- das funktionelle Erbrechen in der Kindheit,
- die psychogenen Krampfanfälle (letztere als Konversionssymptome).

Beim Aktivismus und bei den dissoziativen Phänomenen geht es der Psyche darum, den Schmerz auf Distanz zu bringen. Dies geht auf Kosten des Zugangs zum eigenen Gefühl und zum Erleben seiner selbst und führt damit zu einem Verlust der psychischen Integrität. Dies führt zur Hemmung der Entwicklung und der Entfaltung von Gefühlen, was letztlich auf eine Hemmung der Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Reifung hinausläuft (Längle 1999).

Existenzanalytische Reflexionen zum therapeutischen Vorgehen

Was brauchte und braucht Anita, um die psychische Integrität aufzubauen, einen Zugang zu sich selber, zu ihrem Erleben zu finden und die Fähigkeit zur personalen Stellungnahme auszubilden (Längle 1998/2009)?

- Sie braucht Halt, ein Gehaltensein in der therapeutischen Beziehung, um sich sich selbst zuzuwenden zu können.
- Sie braucht Anleitung und Anstoß zum inneren Dialog, zum Prozess der personalen Verarbeitung.

Halt in der therapeutischen Beziehung:

Eine wesentliche Bedingung, dass es Anita möglich wurde, sich sich selbst zuzuwenden, war die Gewissheit, dass sie sich auf mich verlassen konnte. Dazu gehörte beispielsweise, dass unsere Termine immer am gleichen Wochentag und zur gleichen Zeit stattfanden. In den vergangenen sieben Jahren hatten wir so über 300 Gespräche, immer am Dienstagmorgen um acht Uhr.

Dazu gehörte aber auch, dass sie sich in Krisen, insbesondere, wenn sie in eine suizidale Krise geraten war, auf mich verlassen konnte. Wir trafen die verbindliche Abmachung, dass sie sich melden sollte, wenn sie es brauch-

te. Obwohl es sie einige Überwindung kostete, rief sie mich doch zuverlässig an, wenn sie von mir Unterstützung brauchte. In den ersten drei Jahren der Behandlung brauchte es ca. 30 Kriseninterventionen, entweder bei mir in der Praxis oder bei ihr zu Hause. Hausbesuche waren notwendig, wenn sie zu schwach war, um in die Praxis zu kommen, oder wenn sie in einen Erregungszustand geraten war, wo sie weinte, schrie und Mobiliar zertrümmerte oder wenn sie einen psychogenen Krampfanfall erlitten hatte. Das Ritzen machte mir weniger zu schaffen. Es war und ist aus meiner Sicht ein Ventil, wenn sie sich nicht spürt oder die Anspannung nicht mehr aushält.

Ich habe Anita einen sicheren Rahmen geboten, ihr Halt gegeben, indem ich zuverlässig da war. Ich habe sie mit ihrer Krankheit ausgehalten, mit ihrem Schweigen, mit ihrem Schreien, mit ihrem Sich-Verletzen, mit ihren Krampfanfällen. Ich habe die Beziehung zu ihr gehalten und bin ihr mit Respekt begegnet.

Anleitung zum Prozess der personalen Verarbeitung

Damit Anita aber in einen Umgang kommen konnte mit sich selber, mit ihrer Situation, mit ihren Erfahrungen, mit ihrer Krankheit, brauchte sie den Dialog, das Gespräch, das ich nach dem Leitfaden der personalen Existenzanalyse führte.

Häufig leite ich unsere Gespräche ein mit der offenen Frage: „u de?“, was so viel heisst wie „und dann?“

Was sagt Anita dazu?

„Jedes Gespräch fing nach der Begrüssung mit „u de?“ an. Kein wie geht es Ihnen, sondern einfach ein „u de?“, das mir die Freiheit gab, zu erzählen, was ich gerade wollte. So begegnen wir uns auch heute noch. Ein „u de?“, das viele Türchen schon geöffnet hat, ohne zu bedrängen.“

Sobald sich das Türchen aber geöffnet hat, geht es darum, Anita näher an sich und ihr Erleben heranzuführen, ohne sie emotional zu überfordern. Dabei stehen oft nur wenig belastende Erfahrungen im Fokus, denn den inneren Dialog können wir gut an der Bearbeitung von alltäglichen Begebenheiten üben. Dadurch sind unsere Sitzungen unspektakulär und Anita hatte oft das Gefühl, dass sie nicht weiterkomme.

„Oft hatte ich das Gefühl, die Therapie bringe mich nicht weiter... Die Gespräche mit Frau Luginbühl sind manchmal einfach nur nervend, für was gehe ich da hin, wenn ich eh nichts zu erzählen habe? Wir besprechen viele Alltagssituationen, welche mir wieder Probleme gemacht haben.“

Die Krampfanfälle waren wieder da, das Ritzen und das elende Nichts. Ich schluckte meine Medikamente, gehe zur Therapie, aber irgendwie geschieht nichts. Keine positive Veränderung. Es steht einfach immer alles still.“

Oft kam unser Gespräch ins Stocken, nachdem Anita aus ihrem Alltag oder aus ihrer Biographie etwas erzählt hatte. Zu meinen Fragen nach dem Erleben konnte sie nichts sagen. Was tun? Wie konnten wir aus dieser Stille und Leere wieder herausfinden? Zum Glück hatte ich ja noch mich! In mir lief der innere Dialog mit Anita, und ich fing deshalb an, meine Gedanken und Empfindungen laut zu formulieren. Anita sagt:

„Ich mag es, dass Frau Luginbühl mich teilhaben lässt, wenn sie nachdenkt, so ist keine peinliche Stille und ich bekomme eben mit, was sie sich so denkt. Das hat mir ganz viel geholfen.“

Aus meiner Sicht haben das beharrliche Dranbleiben an Alltagssituationen, das Nachfragen, das Vorzeigen des inneren Dialogs ihr letztlich geholfen, den Zugang zu sich selber zu finden und mit sich selber in den Dialog zu kommen. Sie empfand es oft als langweilig, aber diese „lange Weile“ im wahrsten Sinne des Wortes brauchte es, damit Anita heute sagen kann: *„Ich bin ‘s, Anita ganz persönlich!“*

Aktuelle Situation

Anita geht es heute deutlich besser. Nach vielen Jahren der Arbeitsunfähigkeit absolviert sie jetzt ein Praktikum im kaufmännischen Bereich, wo sie zu 60% angestellt ist. Sie hat ihren Text zum Buch „Ich bin ‘s, Anita, ganz persönlich!“ fertig gestellt. Franziska Linder, existenzanalytische Beraterin aus der Schweiz, im Hauptberuf Journalistin und zudem Psychologiestudentin, hat die Aufgabe übernommen, das Buch zu lektorieren und zu redigieren.

Es ist ein Jahr her seit der letzten Selbstverletzung, die vorletzte war vor 2½ Jahren. Der letzte psychogene Krampfanfall liegt drei Jahre zurück.

Sie pflegt eine freundschaftliche und respektvolle Beziehung zu sich selbst und ist mit sich selbst im Gespräch. Dazu kommt Anita noch einmal zu Wort, mit Beispielen aus dem letzten Kapitel ihres Buches:

„Du da, das Ich in mir, sag mal, was haben wir nicht für verrückte Zeiten erlebt! Weißt du noch, wie wir uns

gegenseitig zerstören wollten und uns so richtig gehasst haben? ... Und was machen wir heute? Wir haben die geilste Wohngemeinschaft, gezwungenermaßen, aber nun mit ganz viel Liebe, Achtung und Spaß. Ich möchte dir mal danke sagen für all die Jahre, die wir nun schon zusammen sind, auch für die schlechten und sehr unterirdischen Tage, die wir erlebt haben. Du hast mich doch nicht ganz im Stich gelassen, sondern irgendwann mal haben wir begonnen uns zu arrangieren... Liebes Ich, wir haben so gekämpft für ein besseres Leben. Es hat uns sehr viel Kraft gekostet, wir sind sehr tief gefallen und trotz allem sind wir beide wieder aufgestanden. Wir dürfen wirklich sehr stolz auf uns sein.“

„Danke mein liebes Ich, ich liebe dich!“

Literatur

- Längle A (1996/2003) Persönlichkeitsstörungen. Unterlagen für Ausbilder
 Längle A (1999) Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Kongressbericht Hysterie. Wien: GLE, 127–156
 Längle A (1998/2009) Borderline-Therapie. Unterlagen für Ausbilder
 Längle A et al (2012) Persönlichkeitsstörungen. Lexikon der EA und LT

Anschrift der Verfasserin:

ERIKA LUGINBÜHL-SCHWAB

Dr. med. et lic. phil.

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

Existenzanalytikerin

Kappelenring 54D

CH–3032 Hinterkappelen

erika.luginbuehl@bluewin.ch

Tel. + 4131 901 12 11

Fax + 4131 901 08 07

NOTFALLPLÄNE ZUR RÜCKFALLPROPHYLAXE SUIZIDALEN VERHALTENS FÜR DIE EXISTENZANALYTISCHE PRAXIS

CLEMENS FARTACEK, ANTON NINDL, RUPERT DINHOBL & MARTIN PLÖDERL

Menschen, die bereits einen Suizidversuch durchgeführt haben, tragen ein hohes Risiko für neuerliches suizidales Verhalten und sind daher eine wichtige Zielgruppe in der Suizidprävention. Der Notfallplan ist eine international etablierte und nachweislich wirksame Methode zur Rückfallprophylaxe von suizidalem Verhalten. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es diese Methode vorzustellen und für die existenzanalytische Praxis zu adaptieren. Für Letzteres wurden die persönlichen Gründe der Klienten zu leben und die Methode der Personal Existenzanalyse bei der Notfallplankonstruktion ergänzt. Unsere Erfahrungen mit dem Notfallplan sowie Anregungen für die Anwendung bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Suizid, Notfallplan, Personale Existenzanalyse, Suizidprävention

SAFETY PLAN INTERVENTIONS FOR RELAPSE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN EXISTENTIAL ANALYSIS THERAPY

Individuals who already have attempted suicide are at high risk for recurrence of suicidal behavior and are an important target group in suicide prevention. Safety planning is an internationally established and evidence-based tool to prevent recurrence of suicidal behavior. The objective of the paper at hand is to introduce this tool and adapt it for Existential Analysis therapy. The latter was realized by adding clients' personal reasons for living and the method of Personal Existential Analysis in the safety planning process. Our experiences with the safety plan and suggestions for its application to clients with borderline personality disorder are discussed.

KEYWORDS: suicide, safety planning, Personal Existential Analysis, suicide prevention

Im Jahr 2015 suizidierten sich in Österreich 1.249 Menschen. Das sind zweieinhalb Mal mehr Suizid- als Verkehrstote (BMG 2016). Ein vorangegangener Suizidversuch gilt als stärkster Risikofaktor für neuerliche Suizidversuche und Suizide (Franklin et al. 2016). Darüber hinaus zeigen Studien, dass mit jedem Auftreten akut suizidaler Zustände, künftige länger anhalten wie auch leichter ausgelöst und intensiver erlebt werden (Joiner & Rudd 2000; Witte et al. 2005). Dementsprechend erscheint es verständlich, dass die Rückfallprophylaxe in der Suizidprävention einen hohen Stellenwert hat (z.B. Michel & Jobs 2011).

Ein international etabliertes Konzept zur Rückfallprophylaxe stellt der *Notfallplan* dar. Dabei handelt es sich um eine mit den Klienten erarbeitete verschriftlichte Liste individueller Bewältigungsstrategien, die dabei unterstützen soll, akut suizidalen Zuständen präventiv entgegenzuwirken. Solche Notfallplaninterventionen reduzieren nachweislich suizidales Verhalten (Bryan et al. 2017) und werden schulübergreifend in etlichen Leitlinien (Bernert et al. 2014) und in der *best practice* für die Behandlung suizidaler Klienten angeführt (<http://www.sprc.org/>).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das derzeit wohl etablierteste Notfallplankonzept von Stanley und Brown (2012) vorzustellen und es für die existenzanalytische Praxis zu adaptieren. Dafür werden zunächst die relevanten suizidologischen Grundlagen zu akut suizidalen Zuständen kurz zusammenfasst. Danach stellen wir die

Schritte des Notfallplans nach Stanley und Brown (2012) vor, um darauf aufbauend auf Modifikationsvorschläge für die existenzanalytische Praxis einzugehen. Abschließend geben wir einige Anregungen für die Anwendung bei Klienten¹ mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Akut suizidale Zustände

In der suizidologischen Literatur werden akut suizidale Zustände als Phasen im suizidalen Prozess mit einem besonders hohen Suizidrisiko beschrieben (Fartacek 2016): Anders als bei Suizidgedanken, die den Suizid als eine unter vielen Möglichkeiten bei gegebener Distanzierungsfähigkeit in Erwägung ziehen, geht die Kontrolle über die Suizidalität in akut suizidalen Zuständen verloren. Der Suizid wird wie in einem Tunnel als einziger Ausweg erachtet. Dissoziiert wirkend sind die Betroffenen aus dieser Fokussierung nur schwer zu lösen, weshalb Alvarez (1972, 120) diesen Zustand auch als „closed world of suicide“ benennt. Die Konsequenzen des Suizides für sich oder signifikante andere werden nicht mehr berücksichtigt und Gründe zu leben sind nicht mehr zugänglich.

Namhafte Suizidologen verschiedener Schulen erklären das Auftreten akut suizidaler Zustände durch die Emergenz eines spezifischen *State of Mind*, der in der scientific community als *suizidaler Modus* bezeichnet wird (Michel

¹ Das generische Maskulinum wird wegen der besseren Lesbarkeit verwendet und gilt für beide Geschlechter.

& Jobes 2011). Dieser ist theoretisch sowie empirisch fundiert, weist eine hohe ökologische Validität auf (Fartacek 2016) und wäre im dreidimensionalen Menschenbild der Existenzanalyse als Copingreaktion der Psychodynamik der Ebene der Psyche zuzuordnen (Längle 1998; Kolbe 2010). Hinsichtlich der Genese suizidaler Entwicklungen kann man aus heutiger Sicht von einer zugrundeliegenden komplexen multifaktoriellen Wechselwirkung ausgehen (Fartacek et al. 2016), die vor dem Hintergrund des Strukturmodells der Existenzanalyse (Längle 2002) als Erschütterung aller vier Grundmotivationen imponiert (Nindl 2004). Während sich einige Facetten dieser Wechselwirkung über einen längeren Zeitraum aufschaukeln können, wird davon ausgegangen, dass der suizidale Modus zudem in situ durch Kernthemen getriggert wird (z.B. der Glaube, nicht lebenswert zu sein oder zur Last zu fallen; Michel & Jobes 2011). Der Inhalt der Kernthemen kann interindividuell variieren und oft erst anhand der individuellen Biographie verstanden (Michel & Jobes 2011) und durch idiographische Verfahren fassbar gemacht werden (Fartacek et al. 2015).

Nottfallpläne zur Prävention akut suizidaler Zustände

Der Notfallplan von Stanley und Brown (2012) stellt eine mit den Klienten in kooperativer Haltung erarbeitete verschriftlichte Liste individualisierter Warnzeichen und Bewältigungsstrategien dar, die sie dabei unterstützen soll, suizidale Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen und akut suizidalen Zuständen präventiv entgegenzuwirken. Die Notfallplan-Konstruktion umfasst folgende sechs Schritte (für eine genauere deutschsprachige Beschreibung siehe Fartacek et al. 2014):

1. *Exploration von Warnzeichen* (z.B. Stressoren, Emotionen, Kognitionen, Verhaltensweisen), die auf suizidale Entwicklungen aufmerksam machen und festlegen, ab wann der Notfallplan zur Anwendung kommt.
2. *Exploration internaler Bewältigungsstrategien*, die ohne Hilfe anderer Menschen angewendet werden können und ermöglichen, sich von Suizidgedanken und -impulsen selbstständig abzulenken (z.B. Trainieren, Beten, kalte Dusche).
3. *Exploration sozialer Ressourcen*, die dabei helfen, sich von Suizidgedanken abzulenken (z.B. Kontakt mit Angehörigen, Besuch von Kaffeehäusern).
4. *Exploration von Helfern aus dem privaten Umfeld*, die sich bereit erklären, in Krisensituationen durch Entlastungsgespräche zur Seite zu stehen.

5. *Exploration professioneller Helfer*, die eine adäquate notfallpsychiatrische Versorgung ermöglichen (z.B. niedergelassene Psychiater, psychiatrische Ambulanzen).
6. *Beseitigung potenzieller Suizidmethoden*, sodass diese in akut suizidalen Zuständen nicht zur Verfügung stehen (z.B. vorübergehende Verwahrung der Medikamente durch einen Angehörigen).

Anregungen zur Erarbeitung von Notfallplänen in der existenzanalytischen Praxis

Der Versuch einer existenzanalytischen Adaptierung des Notfallplankonzeptes von Stanley und Brown (2012) hat uns zwei wesentliche Ergänzungen vornehmen lassen. Erstens halten wir es für wichtig, die *Gründe* der Klienten *zu leben* im Notfallplan zu implementieren, nachdem sich deren Präsenz im Sinne Frankls (1946/1991) empirisch als protektiver Faktor gegen suizidales Verhalten erwiesen hat (Johnson et al. 2011). Zweitens verknüpfen wir die Notfallplankonstruktion mit der *personalen Existenzanalyse* (PEA; Längle 1993). Nachdem der suizidale Modus als bedrohliches psychodynamisches Geschehen verstanden werden kann, erscheint es für die Rückfallprophylaxe aus existenzanalytischer Sicht als zentral, die Person in suizidalen Entwicklungen aus ihrer Blockierung zu lösen, wofür die PEA indiziert ist (Längle 1998). Im Folgenden wollen wir einen möglichen Prozess zur Erarbeitung von Notfallplänen vorstellen, der diese Ergänzungen berücksichtigt:

Therapeutische Allianz

Zu Beginn gilt es im Sinne der therapeutischen Allianz auf die Indikation, das Ziel und den Ablauf der Notfallplankonstruktion einzugehen. Dabei fragen wir auch die Teilnahmebereitschaft der Klienten an. Denn es könnte sein, dass die im Notfallplan implizierte Entscheidung gegen neuerliches suizidales Verhalten noch nicht möglich ist. Dies ist eine für die Therapie wichtige Erkenntnis und kann ein Indiz dafür sein, dass die Krisenintervention noch nicht abgeschlossen ist.

Gründe zu leben

Nach der Einwilligung in die Notfallplanerstellung, gilt es das *Wofür* anzufragen. Damit sind die Gründe zu leben gemeint, die es dem Klienten ermöglichen – trotz des Leids, das er erfahren hat und in künftigen Krisen möglicherweise wieder erleben wird – am Leben festzuhalten. Dies ist im Sinne des von Viktor Frankl aufgegriffenen Gedanken Nietzsches „Wer ein Warum zu leben hat, er-

trägt fast jedes Wie“ (Frankl 1991, 101) zu verstehen. Die Gründe zu leben, die dem Klienten nach erfolgreicher Krisenintervention wieder zugänglich sein sollten (Granello 2010), sind im Notfallplan explizit anzuführen. Sie sollen in kritischen Phasen daran erinnern, wofür es wert ist, den Notfallplan anzuwenden.

Deskription des suizidalen Prozesses

Im nächsten Schritt geht es darum, eine kohärente Deskription der individuellen suizidalen Dynamik zu gewinnen. Existenzanalytisch betrachtet entspricht dies der PEA_0 . Hierfür halten wir die Klienten dazu an, die Entwicklung von Beginn der Krise bis zum Suizidversuch zu schildern. Dabei liegt der Fokus auf dem Verlauf der Suizidalität und auf signifikanten Belastungen (z.B. kritische Lebensereignisse, Symptome), die zum Voranschreiten der suizidalen Entwicklung beigetragen haben könnten. Der Übersicht halber kann es hilfreich sein, signifikante Aspekte des geschilderten Prozesses chronologisch auf einer Zeitachse einzuzeichnen.

Auf Tuchfühlung mit dem Kernthema des suizidalen Modus

Anhand der Deskription kann nun das Kernthema des suizidalen Modus gehoben werden. Hierfür fokussiert man die Geschehnisse (z.B. zwischenmenschliche Konflikte) unmittelbar vor dem sogenannten *point of no return* – also die Schwelle, bevor die Betroffenen in den suizidalen Modus kippen – (z.B. *Gab es einen Zeitpunkt, ab dem Sie sich vor den Suizidgedanken nicht mehr schützen konnten bzw. die Kontrolle über diese verloren haben? Gab es irgendwelche Ereignisse, die in diesem Moment das Fass zum Überlaufen gebracht haben?*). Darauf bezogen lässt sich nun die primäre Emotion, der Impuls und phänomenologische Gehalt im Sinne der PEA_1 heben. Im phänomenologischen Gehalt (*Was gab Ihnen das zu verstehen?*) lassen sich oftmals die relevanten Kernthemen berühren. Wir sehen im Kontext der Krisenintervention jedoch davon ab, potenzielle Traumatisierungen hinter den Kernthemen im Detail zu explorieren, um keine Destabilisierung zu riskieren (siehe hierzu Tutsch & Bukovski 2016).

Innere Stellungnahme und Bündnis gegen den suizidalen Modus

Um die innere Stellungnahme (PEA_2) einzuleiten, fragen wir die Klienten zunächst, inwieweit sie verstehen, dass die Krise in diesem Ausmaß eskalieren konnte und was dazu beigetragen hat (z.B. *Verstehen Sie, was da in Ihnen vorgegangen ist, dass es so weit kommen konnte?*). Je nach Reflexionsvermögen der Klienten und Transparenzgrad der PEA_0 und PEA_1 ist ihnen der Zusammenhang zwi-

schen Suizidversuch, Belastungen und Kernthemen mehr oder weniger klar. Der Therapeut steht mit seiner Expertise zur Verfügung, um ein im Konsens validiertes Modell für die individuelle suizidale Dynamik mit den Klienten zu formulieren. Sich akut suizidale Zustände als aktiven selbstdestruktiven Anteil vorzustellen, der unter bestimmten Bedingungen emergiert, wird unserer Erfahrung nach von vielen Klienten als hilfreiches Bild erachtet.

Auf Basis des Verständnisses der individuellen suizidalen Dynamik werden die Klienten nun zur inneren Stellungnahme angeleitet (z.B. *Was sagen Sie aus heutiger Sicht dazu?*). An dieser Stelle kann es auch hilfreich sein, dem suizidalen Modus die bereits explorierten Gründe zu leben gegenüberzustellen. Fällt diese Entscheidung gegen den suizidalen Modus aus, sind die Klienten in der Regel zu einem kollaborativen Bündnis gegen den Suizid bereit. Gelingt es noch nicht, eine lebensbejahende Haltung einzunehmen, hat dieser Moment unserer Erfahrung nach dennoch ein besonderes Potenzial, ein Bündnis einzugehen, am Leben zu bleiben, um sich gemeinsam der Ergründung dessen zu widmen, was im Leben fehlt und wie dies realisiert werden kann.

Der Notfallplan

Als Handlungsplan kann der Notfallplan, wie er von Stanley und Brown (2012) konzipiert wurde, vor dem Hintergrund der PEA als Ausdruck (PEA_3) verstanden werden (vgl. Längle 1993). Dabei profitiert die Warnzeichenexploration enorm von einer gründlichen Deskription des suizidalen Prozesses (PEA_0). In Ergänzung zu Stanley und Brown (2012) erachten wir es als wichtig, bei den Warnzeichen explizit auf deren Spezifität für suizidale Entwicklungen einzugehen (*Tritt das Warnzeichen nur im Kontext suizidaler Entwicklungen auf oder auch in anderen Situationen?*), um falsch-positive Vorhersagen zu reduzieren (Fartacek et al. 2014). Manchmal sind dabei Wechselwirkungsgefüge von mehreren Faktoren spezifischer als einzelne (z.B. Partnerschaftskonflikt in Kombination mit Alkohol und wochenlang vorangegangenen Schlafstörungen). Zudem können Symptome erst ab einer bestimmten Intensität oder Dauer zum Warnzeichen werden (z.B. Leeregefühle länger als drei Tage). Um den prädiktiven Wert von Warnzeichen zu erhöhen, empfehlen wir deren Validierung anhand weiterer suizidaler Krisen, falls vorhanden.

Nachdem die Ressourcen, Lebensumstände und Art der suizidalen Dynamik zwischen den Klienten stark variieren können, sind die von Stanley und Brown (2012) veranschlagten Schritte nicht bei allen Klienten gleich ergiebig. So lassen sich bei manchen Klienten beispielsweise keine geeigneten Helfer im privaten Umfeld festmachen. Bei anderen Kli-

enten verläuft die suizidale Dynamik so rasch, dass nach erfolgloser Anwendung internaler Bewältigungsstrategien gleich zur Kontaktaufnahme mit professionellen Helfern übergegangen werden sollte. Demnach sind die Notfallstrategien für jeden Klienten zu individualisieren.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, den Notfallplan in sensu (inklusive der inneren Stellungnahme) durchzuspielen. Dies ermöglicht, potenzielle Barrieren und Probleme bei der Anwendung vorab zu erkennen und erste Übungseffekte zu erzielen. Weiters gilt es, die Notfallplankonstruktion als *work in progress* zu sehen und den Notfallplan nach jeder Krise zu evaluieren und gegebenenfalls zu optimieren.

Wichtig erscheint uns auch, den Notfallplan in den Worten des Klienten zu formulieren, damit er für diesen verständlich ist. Zudem soll die Form des Notfallplans so sein, dass dieser vom Klienten immer bei sich getragen werden kann (z.B. im Scheckkartenformat). Manche Klienten wollen sich den Notfallplan selbst kreativ gestalten. Mittlerweile ermöglichen auch Apps den Notfallplan digital am Handy überall bei sich zu haben (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.crisis.app>).

Notfallpläne bei Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nachdem der vorliegende Kongressband der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gewidmet ist, wollen wir noch ein paar Anregungen zur Anwendung von Notfallplänen bei diesem Klientel geben.

Unsere Erfahrungen mit dem Notfallplan bei Klienten mit BPS sind im klinischen Kontext bislang positiv. Wir empfinden den Notfallplan als unterstützend, indem er eine klare, gemeinsam vereinbarte Struktur zum Umgang mit suizidalen Krisen vorgibt, die bei Klienten mit BPS häufig auftreten können (Paris 2004). Weiters kann er für manche Klienten eine korrigierende Erfahrung sein. Denn Klienten mit BPS erleben das Ende der klinischen Versorgung oftmals als Zurückweisung oder Beziehungsabbruch. Der Notfallplan symbolisiert hingegen, dass das Bündnis gegen den suizidalen Modus (bei Einhaltung der vereinbarten Struktur) und die therapeutische Beziehung über die Entlassung hinaus bestehen bleibt. Dies kann es den Klienten erleichtern ins ambulante Setting überzugehen, ohne mit Suizidalität reagieren zu müssen, um die Entlassung zu verhindern, was auch das hohe Hospitalisierungsrisiko dieses Klientels reduzieren kann.

Unserer Erfahrung nach unterscheidet sich die oben beschriebene Notfallplankonstruktion bei Klienten mit BPS nicht wesentlich von der Anwendung bei anderen Klienten.

Es erscheint jedoch hilfreich, auf die Unterscheidung von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten sowie von akuter und chronischer Suizidalität einzugehen (siehe hierzu Plöderl 2012). Denn der Notfallplan ist zwar zur Prävention von akut suizidalen Zuständen bzw. suizidalem Verhalten, nicht aber zur Prävention von chronischer Suizidalität und nicht-suizidaler Selbstverletzung gedacht, die sogar eine beruhigende, suizidpräventive Funktion haben können (Paris 2004).

Weiters kann der suizidale Prozess bei Klienten mit BPS sehr rasch verlaufen (teilw. weniger als zehn Minuten; Fartacek 2016). Ein solch kurzer Prozess erschwert natürlich die Notfallplanung und setzt voraus, dass die Warnzeichen schnell erkannt werden. Nachdem Klienten mit BPS bei der differenzierten Emotionswahrnehmung häufig Defizite aufweisen, kann es hilfreich sein, das Erkennen der individuellen Warnzeichen zu trainieren. Dabei können regelmäßige Selbstbeurteilungen der Warnzeichen helfen (z.B. Linehan 1993), wie dies beispielsweise durch Diary Cards (z.B. Dinhobl et al. 2010) oder elektronische Tagebücher (z.B. Fartacek et al. 2016) realisiert werden kann.

Das hohe Tempo suizidaler Prozesse von Klienten mit BPS gilt es auch bei den Bewältigungsstrategien zu berücksichtigen. So sollen beispielsweise nur jene professionellen Anlaufstellen angeführt werden, die auch adäquat rasch reagieren können (z.B. psychiatrische Ambulanzen, Krisenhotlines). Inwieweit hierfür Krisentelefonzeiten, die von manchen Therapeuten in freier Praxis angeboten werden, geeignet sind, gilt es gegebenenfalls zu klären.

Resümee

Der Notfallplan nach Stanley und Brown (2012) stellt ein international etabliertes und nachweislich wirksames Konzept zur Rückfallprophylaxe von suizidalem Verhalten dar. Aus existenzanalytischer Perspektive fällt jedoch auf, dass die Person in diesem Konzept unzureichend Berücksichtigung findet, weil es sich um eine reine Handlungsanleitung für den Umgang mit künftigen suizidalen Krisen handelt. Ob der Klient den Notfallplan überhaupt anwenden will und wofür es wert ist, dies zu tun, wird nicht thematisiert. Die Schritte der Notfallplankonstruktion könnten apersonal „absolviert“ werden, ohne dass die zugrundeliegende Entscheidung für das Leben je angefragt wurde. Dementsprechend treten wir dafür ein, dieses Konzept um die Gründe zu leben zu erweitern und die Notfallplankonstruktion in den Prozess der personalen Existenzanalyse zu integrieren.

Gemäß unseren bisherigen Eindrücken wird der Notfallplan von unseren Klienten gut angenommen und von Kli-

enten und Therapeuten als haltgebende Struktur in suizidalen Krisen erlebt. Wir hoffen, dass unsere Adaptation dazu beiträgt, Notfallpläne als *best practice* Intervention bei suizidalen Klienten auch für die existenzanalytische Praxis nutzbar zu machen.

Anschriff des Verfassers:

MAG.RER.NAT. DR.PHIL. CLEMENS FARTACEK
 Psychotherapeut, Klinischer und Gesundheitspsychologe am
 Universitätsinstitut für klinische Psychologie & am Bereich für
 Krisenintervention und Suizidprävention der Universitätsklinik
 für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian Doppler Klinik,
 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Uniklinikum Salzburg
 Ignaz-Harrer-Str. 79
 A-5020 Salzburg
 c.fartacek@salk.at

Literatur

- Alvarez A (1972) *The savage God*. New York: Random House
- Bernert RA et al. (2014) A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention. *Academic Psychiatry* 38, 585–592
- BMG (2016) *Suizidprävention Austria*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Bryan CJ et al. (2017) Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in US Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders* 212, 64–72
- Dinhobl R, Aistleitner U, Plöderl M & Fartacek C (2010) Existenzanalytische Anwendung dialektischer Verhaltenstherapieelemente. *Existenzanalyse* 27, 81–86
- Fartacek C (2016) *Die nichtlineare Dynamik suizidaler Prozesse*, Dissertation an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
- Fartacek C, Kralovec K, Pichler EM, Fartacek R & Plöderl M (2014) Notfallpläne zur Rückfallprävention von suizidalem Verhalten. *Suizidprophylaxe* 41, 68–73
- Fartacek C, Plöderl M & Schiepek G (2015) Idiographisches Systemmonitoring in der Suizidprävention. In: Sammet I et al. (Hg) *Der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer, 82–94
- Fartacek C, Schiepek G, Kunrath S, Fartacek R & Plöderl M (2016) Real-time monitoring of nonlinear suicidal dynamics. *Frontiers in Psychology* 7, 130
- Frankl V (1946/1991) *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH., Kleiman EM et al. (2016) Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 143, 187–232
- Granello DH (2010) A suicide crisis intervention model with 25 practical strategies for implementation. *Journal of Mental Health Counseling* 32, 218–235
- Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ & Tarrier N (2011) Resilience to suicidality. *Clinical Psychological Review* 31, 563–591
- Joiner TE & Rudd MD (2000) Intensity and duration of suicidal crisis vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 909
- Kolbe C (2010) Zur Bedeutung der Psychodynamik in der existenzanalytischen Psychotherapie. *Existenzanalyse* 27, 46–54
- Längle A (1993) *Personale Existenzanalyse*. In: Wertbegegnung. Wien: GLE, 133–160
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 98, 16–27
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatrica* 1, 5–13
- Linehan MM (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Michel K & Jobes D (Hg) (2011) *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Nindl A (2004) Wenn das Leben keinen Sinn mehr hat: Existenzanalytische Überlegungen zu Suizidalität und Suizidprophylaxe. *Existenzanalyse* 21, 63–66
- Paris J (2004) Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 42–48
- Plöderl M (2012) *Suizidalität: Das Leben beenden oder das Leiden beherrschen*, Abschlussarbeit Existenzanalyse
- Stanley B & Brown GK (2012) Safety planning intervention. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 256–264
- Tutsch L & Bukovski R (2016) Trauma: Dissoziation und Integration. *Existenzanalyse* 33, 4–15
- Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE & Schmidt NB (2005) Variability in suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders* 88, 131–136

AN-GEFRAGT, STATT AB-GEFRAGT!

ESTHER KOHL

Der Text geht der Frage nach, wie viel Raum es im schulischen Alltag einer gymnasialen Oberstufe für die phänomenologische Haltung der Offenheit geben kann und ob ein personaler Umgang mit den SchülerInnen möglich ist. Nach einigen theoretischen Überlegungen wird anhand von Beispielen aus dem Schulalltag der Wilhelm Wagenfeld Schule in Bremen gezeigt, wie das Anfragen der Person des Schülers während seines Abstimmungsprozesses mit der Wirklichkeit gelingen kann. Dadurch können Potenziale und Ressourcen der SchülerInnen aufgedeckt und Psychodynamiken beruhigt werden, was neben einem erfolgreichen Schulabschluss auch eine kompetente Zukunftsorientierung ermöglicht.

SCHLÜSSELWÖRTER: Personales Handeln, Haltung der Offenheit, Wille zum Sinn, Sinn als Kontexterfahrung, Gegenständliche Orientierung

INQUIRY. INSTEAD OF INTERROGATION!

The text deals with the two major issues of how much space for the phenomenological attitude of open-mindedness can be found and provided in everyday learning in A-level education and whether a personal interaction with students is possible. Following theoretical considerations, it will be shown how the dialogical approach of inquiring the student's person during the process of synchronizing his actions with reality can be successful on the basis of examples from day-to-day school life in the Wilhelm Wagenfeld Schule Bremen, a professional school of art, design and media. Thus, the student's potentials and resources can be revealed and psychodynamics can be conciliated. This enables students to finish their school career successfully and gives them a competent orientation towards their future.

KEYWORDS: personal action, phenomenological attitude of open-mindedness, will to meaning, meaning as experience of context, object orientation

Einleitung

In der Abteilung des Beruflichen Gymnasiums der Wilhelm Wagenfeld Schule in Bremen, einer Berufsbildenden Schule für Kunst, Design und Medien, absolvieren ca. 250 Jugendliche zwischen 14 und 20 Jahren die letzten drei Jahre ihrer schulischen Laufbahn und verlassen die Schule mit der Allgemeinen Hochschulreife, dem Abitur.

Eine Besonderheit dieser Schule ist die berufliche Orientierung vor allem durch Agentur- und Auftragsarbeit, selbstorganisiertes Lernen, ein Betriebspraktikum mit gestalterischem Schwerpunkt und Projektmanagement. Die SchülerInnen erwerben in den Fachrichtungen Gestaltung und Multimedia spezielle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch analoge und digitale Arbeitsweisen.

Bei vielen unserer SchülerInnen beobachten wir einen bemerkenswerten Motivationsschub: Mit dem Angebot, sich kreativ zu betätigen, verbessern sich auch ihre Lernleistungen in den Kernfächern Mathematik, Deutsch, Englisch und in den Naturwissenschaften. Auch ihre Bereitschaft, freiwillig mehr Zeit in gestalterische Projekte zu investieren, ist hoch.

In unserer Schule lernen auch Schülerinnen und Schüler mit psychisch bedingten Einschränkungen. Ihre Sozialisation hinterlässt oft so intensive Spuren, dass ein Bestehen des Abiturs zu Beginn nicht möglich scheint. Aktuell haben wir an unserer Schule rund zehn Prozent SchülerInnen mit erheblichen psychischen Einschränkungen. Worin liegt nun die Kompetenz unserer Schule, genau diese SchülerInnen erfolgreich bis zum Abitur begleiten zu können?

AB-schlussqualifikation und AN-schlussqualifikation

Wir ermöglichen unseren Jugendlichen sowohl eine AB-schlussqualifikation mit der Orientierung auf möglichst gute Noten im Abitur; gleichzeitig aber auch eine AN-schlussqualifikation mit dem Erlernen von Kompetenzen, die ihnen den Schritt in die Arbeitswelt erleichtern können. Das ist ein Erfolgsmodell. Wir haben jedes Jahr ca. ein Viertel Abiturienten mit einem Notendurchschnitt, von 1,0 bis 1,9 – Daten, die im Schulvergleich zählen. Wo aber bleibt im Schulvergleich der Blick auf das hintere Viertel? Wer schaut auf die Wackelkandidaten, die trotz schwieriger häuslicher, gesundheitlicher oder persönlicher Verhältnisse doch noch das Abitur bestehen?

Umdenken

Wir können diese SchülerInnen zum Abitur führen, weil wir kompetent sind, SchülerInnen mit speziellen Herausforderungen besonders zu begleiten. Die jungen Menschen haben bei uns nicht einfach nur drei Jahre bis zum Abitur zu funktionieren. Sie haben die Möglichkeit, sich personal in ihren Lernprozess einzubringen und sich so in ihrer Einzigartigkeit und Einmaligkeit zu finden, zu stabilisieren und zu zeigen – und zwar ganz im existenzanalytischen Sinne.

Es geht darum, auf der Basis von „**Psychodynamik** zur LebensERhaltung“ in der Schule eine „**Noodynamik** zur Le-

bensGestaltung“ des Lernprozesses zu entfalten und zu stärken. Prinzipiell wollen junge Menschen etwas leisten. Dafür brauchen sie Anregungen, Spielräume, Zeit und Ungestört-heit. LehrerInnen sollten in dieses Wollen Vertrauen entwickeln und den Mut haben, mit weniger Druck zu arbeiten.

Wille zum Sinn

Frankl schreibt: „Zum Wesen des Menschen gehört das Hingeordnet- und Ausgerichtetsein, sei es auf etwas, sei es auf jemand, [...]“ (Frankl 1959, 80) Er sieht als „fundamentalontologisches Charakteristikum menschlichen Daseins die Selbst-Transzendenz der Existenz“. Der Mensch „ist auf die Welt hin orientiert, auf die Welt da draußen, und innerhalb dieser Welt sucht er einen Sinn, den er zu erfüllen vermöchte, oder einen Menschen, den er lieben könnte“ (Frankl 1985, 266). Das gilt auch für Jugendliche in der Pubertät, die sich die Frage nach dem Sinn des Lebens ganz vehement stellen. Frankl konstatiert: „Die Idee eines Willens zum Sinn darf nicht im Sinne eines Appells an den Willen missdeutet werden.“ (Frankl 2011, 112) Auf die Schulsituation bezogen bedeutet das: Wir können die Motivation der SchülerInnen nicht erzwingen. Frankl schreibt auch: „[...] – und vor allem kann ich nicht wollen wollen“. (ebd., 112) Sobald LehrerInnen das verstanden haben, befreit sie das vom Druck, ihre SchülerInnen ständig zum Lernen motivieren zu müssen.

„An den Willen zum Sinn appellieren heißt vielmehr den Sinn selbst aufleuchten lassen – und es dem Willen überlassen, ihn zu wollen.“ (ebd., 112)

Das stellt LehrerInnen stets neu vor die Frage, wie sie den Schulalltag so gestalten können, dass er die Verwirklichung eigener Möglichkeiten für die SchülerInnen aufzeigt. „Selbstverwirklichung stellt sich dann von selbst ein, als eine Wirkung von Sinnerfüllung.“ (ebd., 112) Sie kann nicht auf direktem Wege erreicht werden, sondern nur auf einem Umweg. „Selbstverwirklichung kann man nicht erzielen, sie muss er-folgen.“ (ebd., 112)

Viktor Frankl definiert drei Wertekategorien, die es dem Menschen ermöglichen, Sinn zu finden: 1. Schöpferische Werte, 2. Erlebniswerte und 3. Einstellungswerte (vgl. Längle 2002, 42). Wie können SchülerInnen aber einen Wert für sich erkennen, nach dem sie dann streben können? Das Abitur allein scheint als Wert meist nicht stark genug, damit Jugendliche drei Jahre lang täglich neu motiviert arbeiten. Es dient als Ziel, taugt aber nicht für den Alltag.

Die Existenzanalyse benennt vier Charakteristika für personale Werte: 1. Attraktivität – sich hingezogen fühlen zu etwas; 2. Dauer, Verweilen – die Zeit verfliegt nur so; 3. Beheimatung, Ort – sowohl lokal als auch sozial und 4. Lebendigkeit durch das Sinnstiftende – das noetische

Prinzip. (vgl. Längle 2002, 42)

Sich als LehrerInnen hierüber im Klaren zu sein ist wichtig, denn dann können wir die Frage stellen: „Kann Schule also ein Ort des Wollens sein oder ist dies eine Utopie?“ (Kolbe 2006, 5)

Sinn als Kontexterfahrung

Nach Viktor Frankl ist Sinnerfüllung nur durch Werteverwirklichung zu erreichen: „[...] nur in dem Maße, in dem wir Aufgaben und Forderungen erfüllen, Sinn erfüllen und Werte verwirklichen, erfüllen und verwirklichen auch wir uns selbst. [...] Will ich werden was ich kann, so muss ich tun, was ich soll. [...] Will der Mensch zu seinem Selbst, will er zu sich kommen, so führt der Weg über die Welt.“ (Frankl 1959, 103) Das hier genannte „Sollen“ meint primär nicht die von außen gestellten Anforderungen, sondern das innere Sollen des Menschen. Alfried Längle geht hierbei noch weiter, indem er Sinnerleben auch durch Kontexterfahrung für möglich hält. „Das Ich ist [...] bezogen auf seine Kontexte sowie auf Zukünftiges.“ (Längle 2014a, 21) Dieses entspricht der 4. GM des Strukturmodells der Existenzanalyse, der Sinnmotivation der Existenz: „Der Mensch will **sinnvolles Wollen**.“ (Längle 2013, 82) Er braucht hierfür das Vernehmen des situativ Geforderten, damit er sich hingeben kann in eine Handlung, die ihn wiederum erfüllt. Längle benennt hierfür drei grundlegende Voraussetzungen (ebd., 82f.): Ein Tätigkeitsfeld – bei uns die jeweils konkrete gestalterische Aufgabenstellung; einen Kontext – die fächerimmanenten Zusammenhänge in den drei Jahren unserer gymnasialen Oberstufe; und einen Wert in der Zukunft – das Abitur, die Berufsorientierung und die gestalterische Lebensbewältigung. Diese drei Elemente bieten wir in unserer Schule.

Anfrage des Lebens

Die grundsätzliche Auffassung der Existenzanalyse ist komprimiert in Frankls Grundannahme: „Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt, [...] er ist der



Abb. 1: Das Leben verantworten

Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu ver-antworten hat.“ (Frankl 2011, 107)

In unserer Schule bedeutet das: Jede Aufgabenstellung ist eine Anfrage an die SchülerInnen. Bei ihrer gestalterischen Antwort ist ihre ganze Kreativität gefragt (siehe Abb. 1). Bei den Besprechungen ihrer Präsentationen werden sie durch Fragen ihrer MitschülerInnen und des Lehrers tiefer in die Ausdrucksdimensionen ihres eigenen Produktes geführt. Dadurch setzen sie sich mit dem Dargestellten und mit sich selbst auseinander. Sie erleben sich als wirklich **ANgefragte** und haben die Zeit, die Ruhe und den geschützten Raum, sich dialogisch mit dem Äußeren und ihrem Inneren auseinander zu setzen. Sie lernen, dass sie mit den Formen der Gestaltung ihre Auffassung von Welt in Erscheinung bringen.

Angefragt werden die SchülerInnen zunächst mit dem Fokus auf die formale Betrachtung: „Welche Formmittel haben Sie verwendet?“ (z.B. Farben, Figuren, Kontraste, Positionierungen). Anschließend geht es weiter in die inhaltliche Betrachtung: „Was soll der Betrachter darin begreifen? Wodurch schaffen Sie es, dieses dem Betrachter nahe zu bringen?“ Die Intention des Lehrers ist hierbei, die SchülerInnen für diese Facetten zu sensibilisieren und ihnen fundierte Aussagen über ihre Empfindungen und Intentionen zu entlocken.

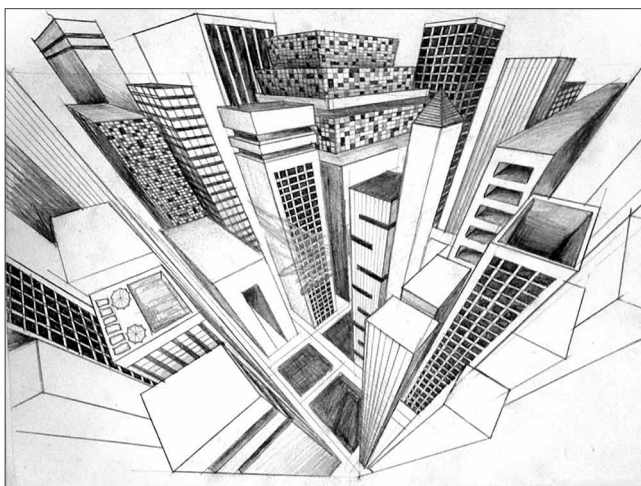


Abb. 2: Gestalterische Sicht auf Welt

Sie lernen, ihre Auffassung, Meinung, Sichtweise von Welt, aber auch ihre Freude und ihr Leiden an der Welt zum Ausdruck zu bringen (siehe Abb. 2). Gestalterische Mittel rufen meist mehrdeutige Aussagen hervor, so gibt es in der Gestaltung keine Fixierung an der gültigen Sprache, wie in anderen Unterrichtsfächern.

Jeder Schüler hat seine eigene Umgangsweise mit der jeweiligen Aufgabenstellung, so dass eine Vielzahl unterschiedlicher Resultate entsteht. Zusätzlich nimmt auch jeder Be-

trachter ein Produkt unterschiedlich wahr. Aus sich heraus entwickelt er die Aussage des Werkes, welche zu ihm in dessen (des Werkes) und in seiner (des Betrachters) Einzigartigkeit spricht. Somit hat jeder Betrachter aus seinen persönlichen Erfahrungen, seinem Vorwissen und aus seinem innersten Erleben heraus einen individuellen Zugang zum Werk. Dieses Vorgehen im Gestaltungsunterricht erfordert den Dialog zwischen mir selbst – dem Ich und dem Werk – dem Du, und führt somit zum Gestalter hin.

Haltung der Offenheit

Bei der Betrachtung der Resultate sollte sich der Lehrer ganz der individuellen Persönlichkeit des Schülers öffnen und keine eindeutigen Interpretationen vornehmen. Dafür ist die phänomenologische Haltung der Offenheit des Lehrers erforderlich.



Abb. 3: Anfrage der Schüler

Zur Unterstützung der phänomenologischen Haltung im Dialog führt Alfried Längle in seinem Prozessmodell der Personalen Existenzanalyse drei Fragen an: „1. Was zeigt sich? 2. Wie wirkt das auf mich? und 3. Ist es wirklich so?“ (Längle 2014b, 45) Genau in diese Richtung gehen die Fragen an die SchülerInnen. Sie können spüren, dass sie an-gefragt werden, statt ab-gefragt (vgl. Kohl 2017, 22).

Unsere GestaltungslehrerInnen praktizieren diese phänomenologische Haltung der Offenheit, welche den SchülerInnen gut tut (siehe Abb. 3). Die SchülerInnen lernen allmählich, sich über die Sprache der Gestaltung mit der Welt, mit anderen und mit sich auseinander zu setzen, um ihre eigenen Möglichkeiten zu erkennen, auszuloten und zu verwirklichen.

SchülerInnen sind zunächst häufig sehr empfindlich in solchen Gesprächen und wenig bereit, kritischen Fragen nachzugehen. Aufgrund ihrer bisherigen Schulsozialisation vermuten sie, dass ihre Antworten letztlich mit „rich-

tig“ oder „falsch“ bewertet werden. Erst allmählich bauen sie Vertrauen auf. Dieses ist möglich, indem sie aufgefordert werden, in ein Resultat bzw. ihr Produkt verschiedene Veränderungen einzubringen, diese dann nebeneinander zu legen und deren unterschiedliche Wirkungen auf den Betrachter zu erspüren und zu begründen.

Schüler als Person

Existenzanalytisch gesehen, werden die SchülerInnen in diesem Moment als Person angefragt. Die Existenzanalyse differenziert zwischen Ich und Person. Nach Alfred Längle haben beide jeweils „unterschiedliche Perspektiven und Aufgaben. Während die Person auf das Erschauen des Wesentlichen gerichtet ist, fällt dem Ich die Aufgabe zu, einen Willen zu gebären und machbare Entscheidungen zu treffen“ (Längle 2014a, 17).

Die Person ist das Innerste des Menschen, das Tiefste, das Wesentlichste. Sie aktualisiert und konkretisiert sich jeweils im Dialogischen, und zwar in jeder neuen Situation wieder neu. So kommt es auch, dass sich ein und derselbe Schüler bei verschiedenen Lehrern, in verschiedenen Fächern und mit verschiedenen Aufgaben jeweils unterschiedlich verhält. Es wird immer wieder deutlich, dass es stets um das Herstellen (oder Fehlen) von Beziehungen geht: zum Lehrer, zu den Mitschülern, zum Unterrichtsgegenstand, zur Aufgabe, zu sich selbst, zum aktuellen Lebenskontext, zum zukünftigen Sein. Im Gestaltungsunterricht stellt der Schüler in der Situation des Erschaffens und des Besprechens seines Resultates eine direkte Verbindung zwischen Innenwelt und Außenwelt her (siehe Abb. 4). Die Person des Schülers denkt sich etwas beim Gestalten und wägt ab. Nach dem Erhalten des Auftrages spürt der Schüler in sich hinein, was als Vorstellung oder Bild in ihm entsteht, unterstützt durch eigene Scribbles, Skizzen, Entwürfe. Dann überprüft er die äußeren Bedingungen, welche Zeit, welcher Umfang, welche Mittel und Materialien ihm zur Verfügung stehen. Anschließend gleicht er ab, über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten er verfügt. Nun gilt es, all dieses miteinander abzustimmen. Während jeder Phase des Prozesses der Umsetzung der Aufgabenstellung ist er ständig aufgefordert, diese Abgleiche zu aktualisieren. Er befindet sich also ununterbrochen im Dialog mit sich und seiner Welt. Christoph Kolbe formuliert: „Um sich mit den Situationen [...] auseinanderzusetzen, bedarf es der Kompetenz, sich abzustimmen.“ (Kolbe 2014, 36)

Diese Abstimmkompetenz kann der Schüler bei uns erlernen. Hat er Vertrauen gefasst und ist er schon fortgeschrittener in seiner Entwicklung, bezieht er seinen Lehrer als Gegenüber mit in seinen Schaffens- und Abgleichprozess ein, um sich Rückmeldungen und Unterstützung zu holen. Es gibt auch

einige SchülerInnen, die sich selbst zwar kreativ ausdrücken wollen, aber das Gespräch über ihren Umsetzungsprozess bzw. ihr Resultat scheuen. Manchmal trauen sie sich nicht zu fragen oder sich zu einem Resultat eines Mitschülers zu äußern, diesem dann Fragen zu stellen oder Hinweise zu geben. Schrittweise lernen sie, sich sowohl über die Sprache der Gestaltung als auch mit Hilfe der Annäherung durch Worte mit anderen und mit sich auseinander zu setzen.

Waibel/Wurzrainer stellen fest: „Lernen ist somit höchst subjektiv und personal. Lernen bedeutet und bedingt Veränderung. Daher scheint es zielführend, Lernprozesse nicht nur auf die Person zuzuschneiden, sondern von ihr ausgehen zu lassen. Nicht Differenzierung und Individualisierung sind gefragt, sondern Personalisierung und offen gestaltete Lernprozesse.“ (Waibel & Wurzrainer 2016, 91)



Abb. 4: Abstimmprozess des Schülers

Das ist eine grundlegende Herausforderung für die Schule: Es geht nicht um das Erlernen oder Anwenden neuer Methoden, sondern klar um eine Haltungsänderung des Lehrers. Diese erst ermöglicht ihm, in personaler Weise die Lern- und Entwicklungsprozesse seiner SchülerInnen zu führen und zu begleiten.

Gegenständliche Orientierung

Eine kluge und sensible Aufgabenstellung fordert die SchülerInnen zu personalem Handeln heraus, sie wollen Sinnvolles und geben sich diesem in Selbstvergessenheit hin. In dem Moment kann Wertberührung geschehen. Was zunächst als pure Erledigung der gestellten Aufgabe begann, kippt plötzlich in Selbstvergessenheit und Hingabe beim Ergreifen einer Möglichkeit zur Erfüllung eines inneren Sollens (siehe Abb. 6). Die SchülerInnen fühlen sich hingezogen zu etwas im Außen und erleben in dieser Sachorientierung Selbstverwirklichung und Erfüllung. Im Rahmen der Arbeiten für das halbjährige Abiturpro-

jekt scheuen sie weder Zeit noch Mühe, noch Gelder, um ein besonders eindrucksvolles Endprodukt zu erstellen. Frankl ist überzeugt: „Intentionalität gehört zum Wesen menschlichen Daseins und Transzendentalität zum Wesen von so etwas wie Sinn und Werten. [...] Erst wenn die primäre gegenständliche Orientierung verfehlt wird und gescheitert ist, kommt es zu jener zuständigen Interessiertheit. [...], denn dem wahren Menschen geht es nicht um irgendwelche Zustände in seiner Seele, sondern um die Gegenstände in der Welt.“ (Frankl 1959, 104) Dieses zeigt sich gerade auch im Bereich der „Integration“, sie wird nicht gelingen, wenn immer nur sie selbst im Fokus steht und man lediglich über sie redet. Analog zur Selbstverwirklichung kann auch Integration nicht erzielt werden, sondern sie kann nur dann erfolgen, wenn unterschiedliche Menschen gemeinsam an einem Projekt mitwirken. Die Ausrichtung auf ein gemeinsames Resultat, Produkt oder Ziel bringt in ihrem Umsetzungsprozess zwangsläufig Integration mit sich. Das beste Beispiel hierfür ist der Fußball: ein Ball, ein Auftrag, ein Ziel, im Fokus gemeinsam erfolgreich sein ... dann ist es egal, woher die Spieler in der Mannschaft kommen.

Personales vs. funktionales Handeln

In unserer Schule lernen die Jugendlichen von Anfang an, mit allem, was sie sind und was sie tun, anderen zu begegnen. Sie lernen dadurch eine besondere Art von Dialogfähigkeit: mit sich, mit der Aufgabe, mit den strukturellen Anforderungen von Schule und mit anderen Menschen. Indem sie mit ihrem Werk gesehen und angefragt werden, fühlen sie sich als Person angesprochen, fühlen sie sich wirklich gemeint. Die guten Noten stellen sich bei einem derart konsequenten Vorgehen eigentlich wie von selbst ein, sie sind hierbei lediglich ein „Nebenprodukt“, denn

PERSONAL	FUNKTIONAL
frei	unfrei
eigen-verantwortlich	nicht verantwortlich
selbst zuständig	andere zuständig
entschieden	vorgegeben
Sich-Einlassen	Norm erfüllen
persönlich wichtig	funktional wichtig
betrifft mich direkt	betrifft etwas anderes, nicht mich
bedeutsam an sich	bedeutsam für etwas anderes
in der Situation wertvoll	für später evtl. wertvoll
Selbstvergessenheit	Aufwand-Nutzen-Kalkulation
Wert an sich	Mittel zum Zweck
Eigenwert	Nutzwert
mit Zustimmung, Ja dazu	als Verpflichtung, Zwang
aus der Noodynamik heraus	aus der Psychodynamik heraus
WOLLEN	MÜSSEN

Abb. 5: Personal vs. Funktional

die SchülerInnen wollen zunächst ein gelungenes Werk schaffen.

Noten allein stiften keine wirkliche Motivation. Sie sind Funktion, sind Zweck, deshalb stimulieren sie lediglich funktionales Handeln und funktionales kurzfristiges Lernen und das Feilschen um Punkte. Noten dienen mit den ihnen zugrunde liegenden Kriterien wohl zur Orientierung. Geht es jedoch um Wertberührung, sind sie ungeeignet. Für langfristiges Lernen ist personales Handeln erforderlich (siehe Abb. 5). Deshalb lege ich interessierten BewerberInnen bei den Beratungsgesprächen als erstes nahe: Wenn sie kein Interesse an oder Lust zu intensiver Gestaltung haben, sollten sie lieber eine andere Schule wählen, denn sonst können die drei Jahre bis zum Abitur sehr anstrengend und sehr lang werden.



Abb. 6: Sinnorientierung

Frankl sieht als Zentrum der Logotherapie die Selbsttranszendenz und insbesondere ihren „motivationstheoretischen Aspekt, die fundamentale Sinnorientiertheit des Menschen“ (Frankl 1984, 250). Die Suche nach Sinn rangiert bei den Strebungen des Menschen an oberster Stelle, weshalb Frankl die Logotherapie auch als „Höhenpsychologie“ (Frankl 1985, 267) und somit als Ergänzung zur Tiefenpsychologie bezeichnet. Seine Überlegungen zur Gefährdung des Menschen, unter den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen in ein existenzielles Vakuum abzugleiten, lassen sich ebenso auf die Schule übertragen. Logotherapie ist „Healing through Meaning“ und seine Forderung ist, der „Sinnleere“ durch eine „Sinnlehre“ beizukommen (Frankl 1984, 250). Dieses sollte das wichtigste Anliegen von Schule sein: Es geht immer um den konkreten Sinn einer konkreten Person in einer konkreten Situation. Im Schulalltag ist es sicherlich nicht in allen Fächern gleichermaßen für alle SchülerInnen zu jeder Zeit möglich, deren „Willen zum Sinn“ anzusprechen. Deshalb sollten den SchülerInnen unterschiedlichste Angebote im Verlauf einer Schulwoche und eines Schuljahres aufgezeigt und gemeinsam mit

ihnen geschaffen werden, die sie in die Verfassung bringen, „auf dem Hintergrund der Wirklichkeit eine Möglichkeit wahrzunehmen“ (Frankl 1984, 251).

Das Strukturmodell der Existenzanalyse mit seinen 4 GM hat mich verstehen lassen, dass bei jedem Schüler jeweils individuelle Elemente innerhalb der drei personalen Grundbedingungen (1.–3. GM) nicht zugänglich oder gestört sein können. Aufgrund dieser Störungen hat er dann keinen oder einen erschwerten Zugang zur Sinnmotivation (4. GM) und rettet sich mit verschiedenen Ausprägungen von Eskapismus durch den Schulalltag.

In dem Maße, in dem die Jugendlichen ihre gegenständliche Orientierung, also ihre Wertausrichtung, verlieren, verstärkt sich ihr Ausleben von Befindlichkeiten. Dieses bekommen wir LehrerInnen zu spüren: im Ignorieren von unterrichtlichen Anforderungen, im Nichterledigen von Hausaufgaben, durch Schwänzen und Attestfälschungen bis hin zur Schulverweigerung. Ein und dieselben Verhaltensweisen haben oft unterschiedliche Ursachen und sind stets individuelle Bewältigungsmechanismen, also Copingreaktionen, welche auf tieferliegende Probleme verweisen. In persönlichen Gesprächen versuchen wir diese zu ergründen. Erst wenn wir wissen, aus welcher Quelle das Verhalten gespeist wird, können wir angemessene pädagogische Maßnahmen ergreifen: Zielvereinbarungen, besondere Begleitung durch den Klassenlehrer, Unterstützung durch Schülertutoren, einen Vertrauenslehrer oder den Sozialpädagogen, Schullaufbahngespräche in der Leitung des Beruflichen Gymnasiums oder auch Beratungsgespräche in einer passenden externen Beratungsstelle bis hin zu Gesprächen mit der Polizei.

LehrerInnen erleben Copingreaktionen von Schülern häufig als Affront gegen sich persönlich und antworten darauf selbst mit Copingreaktionen. Sie richten dann viel Aufmerksamkeit, Zeit und Energie auf Ordnungsmaßnahmen, statt in persönlichen Gesprächen den Ursachen für das Verhalten der SchülerInnen nachzugehen. Diesen negativen Fokus auf funktionales Handeln versuche ich in meiner Leitungstätigkeit allmählich auf die positive Orientierung der LehrerInnen hin zu einem personalen Umgang mit den einzelnen Schülern zu verschieben. Die LehrerInnen sind dabei aufgefordert, das auffällige Verhalten der SchülerInnen als ein Verhalten aus deren Not heraus zu verstehen. Erst dann können Potentiale und Ressourcen aufgespürt und produktiv zugänglich gemacht werden. Diese Betrachtungsweise ist für viele LehrerInnen oft neu und bringt Beruhigung in ihr Erleben. Individuelle Beispiele der letzten vier Jahre zeigen, wie wir einzelne Schüler trotz starker Beeinträchtigungen doch noch zum Abitur begleitet haben (vgl. Kohl 2017, 33f.).

Der Text eines Graffitis, mit welchem ich unsere 2016er Abiturienten aus der Schule entließ, bringt diese Überlegungen auf den Punkt:

Wenn ich nur darf, wenn ich soll,
aber nie kann, wenn ich will,
dann mag ich auch nicht,
wenn ich muss.

Wenn ich aber darf, wenn ich will,
dann mag ich auch, wenn ich soll,
und dann kann ich auch,
wenn ich muss.

Denn schließlich:
Die können sollen,
müssen wollen dürfen.

(Graffiti am U-Bahnhof Berlin-Alexanderplatz im Herbst 1989, nach M. Kratzsch 1996 – Sammlung Wohlgemuth)

Literatur

- Frankl V E (1959) Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V E (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim und Basel: Beltz, 80, 104
- Frankl V E (1984) Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Logotherapie. In: Frankl V E (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim und Basel: Beltz, 250
- Frankl V E (1985) Der Mensch auf der Suche nach einem letzten Sinn. In: Frankl V E (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim und Basel: Beltz, 266
- Frankl V E (2011) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. München: DTV, 107, 112
- Kohl E (2017) Existenzielle Pädagogik. Zwei pädagogische Konkretionen personaler Begegnung im Unterricht einer gymnasialen Oberstufe. Abschlussarbeit für die Ausbildung in Logotherapie und existenzanalytischer Beratung. Bremen 17.07.2017, 22, 33f.
- Kolbe Ch (2006) Die personale Motivation und Dialogfähigkeit in der Pädagogik. <http://www.christophkolbe.de/images/stories/personale-motivation.pdf>, 5
- Kolbe Ch (2014) Person und Struktur. Menschen im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. Existenzanalyse 31/2/2014, 36
- Längle A (2002) Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie). 3. Teil: Zweite Grundmotivation. Wien: GLE, 42
- Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag, 82–84
- Längle A (2014a) Die Aktualisierung der Person. Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz. Existenzanalyse 31, 2, 17, 21
- Längle A (2014b) Existenzielles Coaching. Theoretische Orientierung, Grundlagen und Praxis für Coaching, Organisationsberatung und Supervision. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag, 45
- Waibel E M/ Wurzrainer A (2016) Motivierte Kinder – authentische Lehrpersonen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 91
- Fotos und Schülerarbeiten aus verschiedenen Archiven der Wilhelm Wagenfeld Schule

Anschrift der Verfasserin:

Dipl. Päd. Esther Kohl

Stolzenauer Straße 22

D–28207 Bremen

esther.kohl@gmail.com

www.wilhelm-wagenfeld-schule.de

„BLOSS NICHT DIE NERVEN VERLIEREN.“

Borderline-Dynamiken in der Schule

MARTIN HÖTZER

Auch Schule geschieht im polaren Spannungsfeld zwischen Bewertung von „Richtig und Falsch“, Sympathie und Antipathie, Macht und Hilflosigkeit, Zugehörigkeit und Isolation usw. In den Interaktionen zwischen Jugendlichen, Eltern, Lehrern gibt es mitunter schmerzvolle, heftige „Be-Gegnungen“. Anhand von zwei Fallbeispielen werden Einblicke in charakteristische Borderline-Phänomene geboten und Ansätze für verstehendes und deeskalierendes Handeln vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schule, Jugendliche, Konflikte, Borderline-Dynamik

“BETTER NOT LOSE ONE'S NERVES.“

Borderline dynamics in school

School also takes place in the polar field of tension between evaluation of right and wrong, sympathy and antipathy, power and helplessness, affiliation and isolation etc. Every now and then, painful and harsh “en-counters” take place in the interaction between juveniles, parents, and teachers. On the basis of two case examples insights are provided into characteristic borderline phenomena and approaches for comprehensive and de-escalating action are presented.

KEYWORDS: school, juveniles, conflicts, borderline dynamics

Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Begegnungen mit jungen Menschen und ihrem Umfeld aus dem schulärztlichen Alltag geschildert, außerhalb eines psychotherapeutischen Settings. Allerdings helfen das therapeutische Wissen und die Erfahrung, die Not dieser jungen Menschen besser zu verstehen: Sind Selbstwert und Selbstbild schwach und instabil, stehen dahinter oft prägende Bezugspersonen, die, wenn schon nicht generell abwertende, so doch zumindest emotional ambivalente Partner für die Kinder sind. Daraus resultieren Auffälligkeiten, die charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind:

- Angst vor dem Verlassenwerden
 - Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung
 - Instabiler Selbstwert und Selbstwahrnehmung
 - Impulsivität, erhebliche Gefühlsschwankungen, wiederholte Wutausbrüche
 - Suizid-Drohungen, riskantes und selbstverletzendes Verhalten
 - Gefühl der inneren Leere
 - paranoide Vorstellungen/Gedanken unter Belastung
- Übrigens hängen viele „Störungen“, von denen im schulischen Kontext oft die Rede ist, mit dem Selbst-Thema zusammen:
- Krisenhafte Pubertätsverläufe
 - ADS, ADHS
 - Autismus-Spektrum-Störungen
 - Essstörungen
 - Impulskontrollstörungen, Selbstverletzendes Verhalten
 - Schulmobbing
 - Sucht
 - Religiöse Radikalisierung

All diesen Störungen liegen letztlich Schwierigkeiten im Selbstwert, im Selbstbezug und Selbstbild zugrunde – und dieses Wesentliche sollte in der Fülle der Diagnostikriterien zu diesen Störbildern nicht aus den Augen verloren werden. Der phänomenologische Blick kommt im existenzanalytischen Verständnis vor jeder Diagnose.

Fallgeschichte 1

Maria (Name geändert) hatte bereits in der Unterstufe bei den routinemäßigen schulärztlichen Untersuchungen über häufige Kopfschmerzen und Einschlafstörungen geklagt, außerdem ritzte sie sich die Unterarme, weswegen ihre Familie sie in eine Therapie schicken wollte. Die Eltern ließen sich gerade scheiden, der Vater verließ in der Folge die Wohnung. Zu ihm hatte sie seit dieser Zeit kaum mehr Kontakt, von der Mutter, bei der sie wohnt, sagte sie schon damals, diese könne sie nicht verstehen. Sie ist das jüngste von vier Kindern, die älteren Geschwister arbeiten bereits und sind weggezogen. Maria vermisst sie.

Mittlerweile hatte sie das selbstverletzende Verhalten aufgegeben – ohne therapeutische Unterstützung. Die private wie schulische Lebenssituation schien unauffällig. Dann kommt Maria eines Tages ins Schularztzimmer und bittet um ein Gespräch.

Sie schickt voraus, dass sie generell wenig über sich rede. Seit ca. vier Monaten habe sie eine subjektive Veränderung bemerkt. Sie denke mehr über sich nach, beobachte sich und spreche auch mehr mit Freunden. Sie sei zu dem Gespräch gekommen, auf das sie sich schriftlich vorbereitet hat, um zu erkennen, was falsch mit ihr sei, und sie

erwarte eine objektive Meinung. Ein Freund hätte eine schizoide Störung gegoogelt, nachdem sie ihm von sich erzählt hatte.

Maria spricht, zeitweise ihren Zettel zu Hilfe nehmend, um nichts zu vergessen, von ihren Erfahrungen, zwischendurch kommen ihr die Tränen: „Menschen machen mich aggressiv, es wird für mich schnell zu viel. Ich habe ein Bild im Kopf: ich in der Ecke sitzend – alle umringen mich – ich stoße sie ab. Wenn ich mit Menschen zu tun habe, fühle ich mich oft überfordert und spüre einen extremen Druck im Kopf. Ich habe nicht viele Freunde, einen wirklichen, alle anderen halte ich auf Abstand. Ich habe keine Sehnsucht nach zwischenmenschlichen Beziehungen – eine platonische Beziehung wäre perfekt. Es ist viel Gleichgültigkeit in mir. Wenn ich starke Emotionen habe, dann vor allem Aggressivität und/oder Trauer. Wenn ich Beziehungen eingehe, dann so, dass ich anfangs emotional sein kann, aber es ist wie erlernt, ein spielerisches „Jagen“. Auch habe ich anfangs viel Hoffnung und Liebesgefühle, aber sobald es ernst wird, sackt das Interesse ab, es schlägt um, ich ziehe mich zurück, gehe auf Distanz und die kleinsten Dinge fangen an, mich zu stören. Ich suche Gründe, um die Trennung, die ja ich will, dem anderen in die Schuhe zu schieben, ich manipulierte. Ich habe kein Verlangen nach Sex – wenn, dann als etwas, das dem anderen guttut. Männer wollen mehr Liebe, Sex, Kuschneln, Gefühle. Ich will eher Abstand. Ich kann nicht offen über meine Gefühle sprechen.“

Maria berichtet kurz über ihre letzte Beziehung, in der ihr Freund sich an sie klammerte; es sei ihr damit sehr schlecht gegangen. In Gedanken hätte sie schon zur Klinge zum Ritzen gegriffen, es sei ihr aber gelungen, den Impuls wieder zu unterdrücken.

„Wenn ich keine Zeit für mich habe“ sagt sie, „geht es mit der Psyche bergab. Ich bin introvertiert und kann gut mit mir alleine sein. Emotionen kann ich gut gegenüber Tieren aufbauen.“

Maria erwähnt, dass es seit ihrem sechsten Lebensjahr immer so war. Ab dem achten Lebensjahr kann sie sich an das vorherrschende Gefühl der Trauer erinnern, seither lebe sie zurückgezogen in ihrer Einsamkeit. Das sei der einzige Raum, wo sie sich regenerieren könne. In der Gruppe, v.a. wenn ihre eigene Meinung gefragt sei, spüre sie rasch Angst und ein Unwohlsein, bei Diskussionen erlebe sie sich zwar als ruhig, steige allerdings rasch aus und flüchte. Soweit Marias Beschreibungen.

Ich antworte Maria, dass ich es von ihr sehr mutig und bemerkenswert finde, so offen über sich und ihre Gefühle zu sprechen. Die Freude habe es in unserem Leben manchmal schwer, wenn unangenehme Gefühle wie Aggressionen, Unsicherheit, Selbstzweifel, Trauer... im

Leben überwiegen. Ich biete ihr ein Bild an: „Im Gefühlsleben ist es oft so, wie wenn wir vor einer überfüllten Straßenbahn stehen: Wir wollen schon dringend einsteigen und an unser Ziel kommen; aber wenn eine überfüllte Straßenbahn vor dir hält, lässt du die Leute zuerst höflich aussteigen. Vielleicht wollen deine Nein-Gefühle auch zuerst einmal aussteigen dürfen, dein Druck, deine Spannungen, deine Ängste und Traurigkeit an einer Haltestelle ankommen dürfen, indem du deine Gefühle wahrnimmst, sie benennst und darüber nachdenkst, was dir deine Gefühle sagen wollen und schließlich auch mit jemandem darüber sprichst, so wie jetzt mit mir.“

Maria solle sich für das, was in ihr vorgeht, auf keinen Fall schämen müssen. Alles mir Anvertraute seien wichtige Themen für ihre weitere Entwicklung und ich rate ihr, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen – auch in Anbetracht der bevorstehenden Matura und des damit verbundenen Lernstressses. Wie ihre psychischen Probleme fachlich genau hießen, fände ich zum jetzigen Zeitpunkt gar nicht so wichtig. Wichtig sei vielmehr, dass sie sich damit auseinandersetzen und für sich Lösungen erarbeiten könne.

Maria besprach meinen Vorschlag mit ihrer Mutter und teilte mir in einem nächsten Gespräch mit, dass sie eine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen werde, allerdings erst, wenn sie mit ihrem Studium beginnt. Jetzt eine Vertrauensbeziehung aufzubauen und dann bald zu einem neuen Therapeuten zu wechseln, fände sie nicht zielführend.

Soweit zu diesem relativ unkomplizierten Fallbeispiel einer Schülerin. Unkompliziert deshalb, weil die junge Frau – die Themen gut bei sich anbinden und auch in sich halten kann,

- eine hohe Reflexionsfähigkeit hat,
- emotional berührbar ist,
- und bereit ist, Hilfe zu suchen und anzunehmen.

Insgesamt scheint hier die Prognose gut: Ein Problembewusstsein ist vorhanden, der Alltag bewältigbar, Impulse können weitgehend kontrolliert werden und die Selbststanzierung ist zumindest im Gespräch gut möglich.

Fallgeschichte 2

Ungleich komplizierter verhält es sich im zweiten Fall, weil sich hier die Schwierigkeiten eines Schülers wie Wellen, die von einem Epizentrum ausgehen, auf sämtliche Ebenen der Schulstruktur und darüber hinaus ausbreiten und sie quasi „infizieren“:

Den ersten Kontakt hatte ich mit der Mutter des zwölfjährigen Simon (Name geändert), die sich in der Schule verzweifelt an mich wendet, weil Simon in der Klasse immer

wieder „auszucke“, schreie und mit Fäusten schlage oder mit Gegenständen wie z.B. Sesseln werfe, wenn er sich von Mitschülern missachtet oder bedrängt fühlt und mitunter auch während des Unterrichts wütend die Klasse verlasse. Diverse Versuche seitens des Klassenvorstands und einer Vertrauenslehrerin, die Situationen in der Klasse zu klären und zu deeskalieren, seien bislang gescheitert.

Die Mutter erzählt, dass Simon bis vor einem Jahr aufgrund der Berufstätigkeit der Eltern viel Zeit in der Obhut der Großeltern väterlicherseits im damals gemeinsamen Wohnhaus verbracht habe. Die Beziehung zwischen Simon und den Großeltern sei von Spannungen geprägt gewesen, unter denen das Kind sehr gelitten habe: Während die jüngere Schwester in den Augen der Großeltern immer alles richtig mache, war Simon der, der nie genügen konnte. Seit die Familie eine eigene Wohnung hat, sei der Kontakt zwischen Simon und den Großeltern völlig abgebrochen.

Die Beziehung zum Vater sei belastet. Er übe auf Simon immer Druck aus, vor allem auch, was sportliche und musikalische Aktivitäten anlange. Vieles funktioniere nur unter dem Aspekt des Müssens und Simon bekäme vom Vater immer wieder zu hören, dass er „für nichts zu gebrauchen“ sei. Auch zuhause, vor allem infolge von Konfliktsituationen mit seinem Vater, schreie Simon und schlage auf die Tür ein. Danach bricht er in sich zusammen, er weine und sage nur, es verstehe ihn keiner. Simons Mutter berichtet auch über Zwänge und Verlustängste. Während einer schulischen Wien-Woche hätte er beispielsweise befürchtet, der Mutter könnte in seiner Abwesenheit etwas passieren. Als sich in der weiteren Umgebung des Hauses ein Verkehrsunfall ereignet hatte, hätte sich Simon in seiner Angst kaum beruhigen lassen u.v.m.

Die schulischen Leistungen seien verbesserungswürdig, Simon bekomme Nachhilfe, er lerne zuhause allerdings nichts. Wenn die Mutter ihn darauf anspricht, bekäme sie oft zu hören: „Ich weiß eh, ich bin zu blöd für alles.“

Während des Gespräches, in dem sie oft den Tränen nahe ist, beschäftigen die Mutter immer wieder Selbstzweifel, ob sie nicht zu wenig hinter ihrem Sohn stehe. Die Partnerschaft sei auch belastet, wenngleich ihr Mann seinen Eltern gegenüber immer zur eigenen Familie gestanden sei. Seit dem Kindergarten schon habe Simon keine Freunde. Bereits in der Volksschule habe er diese Impulsdurchbrüche gehabt, in der jetzigen Klasse werde er oft von den Mitschülern massiv lächerlich gemacht, auch verbal bedroht und weil er am ehesten mit den Mädchen zusammen sein wolle, werde er als „Tunte“ beschimpft.

Aus dem Geschilderten wird bereits deutlich, wie sehr das Kind in seinem Selbstwert und in seinem Selbstbild verstört ist, dass es mit fragwürdigen Mitteln darum kämpft,

wahrgenommen zu werden, und dass es die Beziehungen zu allernächsten Bezugspersonen wie zum Vater und den Großeltern als nicht tragfähig und unsicher erlebt.

Und es wird ersichtlich, wie die – begründeten – intensiven Emotionen des Kindes, das Symptom-Träger ist, ebenfalls starke und ambivalente Emotionen im Umfeld auslösen:

Die Mutter ist verzweifelt und fühlt sich schuldig.

Die Klassenlehrer fühlen sich hilflos und hin- und hergerissen zwischen den lebenswürdigen Seiten dieses Kindes einerseits – die hat Simon ohne Zweifel – und der Untragbarkeit seines Verhaltens andererseits.

Der Vater, ganz im Kielwasser seiner eigenen Eltern, setzt seine tiefe Betroffenheit in Gereiztheit, Strenge und Druck um.

Die Mitschüler reagieren auf das, was sie buchstäblich „angeht“, mit Abwertung und Beschimpfung.

In einem weiteren Gespräch mit Simon und seiner Mutter bestätigt sich im Großen und Ganzen die von der Mutter beschriebene schulische und private Lebenswirklichkeit auch aus der Sicht von Simon. Simon schildert noch weitere Vorkommnisse in der Schule und sagt, dass die Gespräche mit seiner Mutter, dem Klassenvorstand, der Vertrauenslehrerin und dem Direktor schon hilfreich gewesen seien und wenn er blöd angeredet werde, helfe es, aus der Klasse zu gehen und „durchzuatmen“. Sein Vater allerdings sage, er solle sich wehren und zurückhauen. Auf die Frage, was sich verändern solle, sagt er als erstes, sein Papa solle sich nicht so schnell aufregen und nicht so viel mit ihm schimpfen. Als zweites wünscht sich Simon Freunde und als drittes mehr innere Ruhe und Zeit zum Überlegen, wenn er in die Enge kommt, damit er „weniger auszucke“.

Ich empfehle Simon, die Vorkommnisse in der Schule aufzuschreiben, gebe der Mutter eine Mobbingbroschüre mit, erkläre und übe mit Simon eine Atemtechnik ein, sodass er mehr Ruhe finden kann, und äußere den Wunsch, seinen Vater in die gemeinsamen Gespräche miteinzubeziehen. Dieses kommt einen Monat später zustande, davon später.

In der Zwischenzeit war es zu weiteren Vorfällen in der Klasse gekommen: u.a. hatte Simon in einer neuerlich Konfliktsituation Suizidabsichten angedeutet. Bei einem Streit mit einem sehr angepassten, schüchternen Mädchen, das ebenfalls Schwierigkeiten in der Klassengemeinschaft hatte, war Simon wieder einmal handgreiflich geworden und verletzte das Mädchen leicht, das daraufhin mit seiner Mutter die Unfall-Ambulanz aufsuchte und dort eine Anzeige machte. Nun tritt also auch noch die Polizei auf den Plan, was die Lage nicht gerade beruhigt. Von schulischer Seite wurde Simon aus diesem Anlass im Rahmen eines Gespräches verpflichtet, die Pausen im Sekre-

ariat zu verbringen, um weitere Übergriffe hintanzuhalten. Daraufhin fand ein Gespräch zwischen Schulleitung, dem Klassenvorstand, den Eltern sowie einer Kinder-Psychologin statt, welche die Eltern um eine Intervention ersucht hatten, weil in der Schule Erziehungsmethoden angewandt würden, welche einer gedeihlichen Persönlichkeitsentwicklung ihres Kindes entgegenstünden. Diese legt – aus Sicht der Schulleitung anklagend und vorwurfsvoll – den Fokus darauf, dass es seitens der Schule doch möglich sein müsste, die Situation mittels Gesprächen zwischen Klassenvorstand und Klasse zu entschärfen und zu klären.

Die Eltern kommen schließlich mit Simon zu mir als Schularzt zu einem gemeinsamen Gespräch. Ich wollte den Vater mit einbeziehen, um die Ressourcen der Vater-Sohn-Beziehung zu explorieren und auch den Vater für weitere außerschulische Hilfsangebote zu sensibilisieren. Im Gespräch beklagt der Vater, dass Simon nichts annehme, sich vorwiegend am Computer aufhalte und sich verkrieche. Außerdem hätte er zu wenig Selbstvertrauen; er solle doch auf der Klarinette das Leistungsabzeichen machen. Die Mutter erwähnt, dass Simon gespalten sei, weil er im Zusammensein mit dem Vater immer das Gefühl habe, etwas falsch zu machen. Simon sagt, dass sein Papa wegen kleinster Fehler immer gleich grantig sei.

Auf die Frage, wo es ihm mit seinem Vater gut gehe, antwortet Simon, wenn er mit seinem Vater balge, wenn der Vater grille und: sein Vater sei der beste Fußballtrainer. Auf die Frage, was er an Simon schätze, antwortet sein Vater, dass er ein freundliches, nettes Wesen habe und hilfsbereit gegenüber seiner Mutter und der jüngeren Schwester sei.

Der Vater erschien anfangs distanziert, konnte sich aber im Lauf des Gespräches mehr und mehr einbringen und die Interaktionen zwischen Vater und Sohn fühlten sich lebendig und echt an. Ich betonte, dass es aus meiner Sicht sehr wertvoll wäre, diese positiven Facetten der Beziehung weiterzuentwickeln. Außerdem wäre es sinnvoll, die früheren hilfreichen Familiengespräche mit einer Psychotherapeutin wieder aufzunehmen. Von schulischer Seite sei geplant, einen externen Schülerberater hinzuzuziehen, um die Klassenkonflikte zu bearbeiten. Auch eine psychologische Testung von Simon wurde erwogen. Somit sollten einige Wochen vor Schulschluss die Weichen gestellt werden, um besser in das nächste Schuljahr starten zu können. Kurz vor Beginn des nächsten Schuljahres schrieb die Psychologin einen mehrseitigen Brief an die Schulbehörde, in welchem das Kind ausschließlich als Mobbingopfer vorgestellt und die in dem beschriebenen Gespräch erhobenen Vorwürfe gegen die Schule wiederholt wurden. Es wird schlussfolgernd beklagt, dass die Lehrkräfte nicht ausgebildet und nicht fähig seien, Mobbing rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Die psychologische Testung von Simon, die tatsächlich gemacht wurde, beschrieb seine „mangelnde Ich-Stärke“, das „mangelnde Selbstwertgefühl und die hohe Realitätsflucht“. Es zeige sich bei ihm „mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und dissoziatives Verhalten“. Erwähnt werden auch das familiäre Perfektionsstreben und die hohe Frustration, wenn das Kind diese Vorgaben nicht erreicht. Simon wird kurz darauf überraschend aus der Schule genommen.

Es ist in dem Geschilderten ein Stück weit sichtbar geworden, wer dieser Simon ist und warum er so in Bedrängnis gerät, was ihn in die Enge treibt. Außerdem wurde deutlich, dass die emotionale Intensität, von der er gequält wird, das Umfeld gleichsam „ansteckt“ und verschiedenste heftige Reaktionen auslöst. Mittlerweile sind ja auch noch die Schulleitung mit ihrer Pausen-Maßnahme dazugekommen, die Polizei, die ja per se auch „Alarm“ verkörpert und die Psychologin, die die Aufgeregtheit der Eltern übernimmt und auch noch verstärkt, indem sie an die Schulbehörde schreibt.

Und schließlich sei noch auf eine dritte Dynamik hingewiesen, nämlich die, die aus dem „Epizentrum“ wegtreibt auf Nebenschauplätze – das ist hier sehr gut zu sehen: Im Zentrum steht eigentlich das Kind in seiner tiefen inneren Not.

Die Mutter gerät in Selbstvorwürfe und legt das Zentrum zunächst in ihre Schuldgefühle. Das ist für sie aber nicht auszuhalten. Meinen – vielleicht auch zu schnell ausgesprochenen – Hinweis auf Mobbing nimmt sie dankbar auf, das bringt sie von ihren Schuldgefühlen weg.

Der Vater, der im Gespräch berührbar erscheint von diesen sehr versteckten zärtlichen und freundschaftlichen Gefühlen in der Beziehung zu seinem Sohn, verlegt sich schließlich darauf, sich über die Schulleitung zu empören. So kann er dieses unsichere Terrain der feinen Emotionen schnell wieder verlassen und gerät nicht in die „Gefahr“, vielleicht seine eigene Kindheit zu betrauern.

Die Psychologin lässt sich völlig vereinnahmen von dieser Perspektive der Eltern und legt den Schwerpunkt auf die Defizite der Schule insgesamt. ... Das heißt nicht, dass an all diesen Themen nichts dran wäre. Da kann man überall arbeiten und etwas verbessern usw. Aber das ist nicht der Kern. Das schafft zwar kurzzeitig eine gewisse Entlastung, aber das Kind bleibt in seiner und mit dieser äußeren Borderline-Dynamik auf der Strecke.

Resümee

In aller Kürze sind hier also zwei recht unterschiedliche junge Menschen mit ihren Schwierigkeiten zur Sprache

gekommen: Maria, die sich gut spüren und die gut bei sich bleiben kann. Hier war es möglich, sie auf ihrem Weg zu bestärken, sie zu ermutigen, Begleitung in Anspruch zu nehmen. Mehr war in dieser Konstellation, im System Schule nicht möglich und auch nicht nötig. Anders verhält es sich bei Simon, wo in den Systemen von Familie und Schule gleichsam Zentrifugalkräfte zu wirken beginnen, die ihn buchstäblich hinaustreiben.

Nun könnte der Fokus auf das Scheitern des Helfens gelegt werden. Es ließe sich gut analysieren, warum das so gelaufen ist und was ein anderes Mal alles zu tun sei. Darauf soll an dieser Stelle verzichtet werden. Die Schule ist sowieso der Hort der Forderungen, die nicht nur an Schüler, sondern auch von verschiedenen Seiten an Lehrer und Eltern gerichtet werden, mit der häufigen Nebenwirkung, dass die Bequemen und Lethargischen noch bequemer und lethargischer werden und die Aktiven und Engagierten sich bis zur Selbstaufgabe engagieren.

Wenn es hier im Kontext der Borderline-Dynamik unverzichtbare Leitlinien geben kann, dann diese zwei:

1. Beziehung halten, so gut es eben möglich ist, und hierin die Grenzen des Systems und der persönlichen Möglichkeiten respektieren. Ruhe und Gelassenheit bewahren; gerade in diesem Wirbel, der da entsteht, sind Aufgeregtheit und Aktionismus kontraproduktiv; ein wacher und warmherziger Ruhepol sein, auch auf die Gefahr hin, dass es nicht gelingt, den Fokus auf dem Wesentlichen zu halten;
2. Gelassen bleiben aus der Erkenntnis, dass wir eben nicht allwissend und allmächtig sind – Experten hin oder her – dass wir das, was wir wissen und vermögen auch nur in den Dienst stellen können. Manchmal gelingt es, damit zu helfen, und manchmal müssen wir darauf vertrauen, dass den Menschen anderswo geholfen wird, oder es aushalten, dass Hilfe jetzt jedenfalls nicht möglich ist.

In diesem Sinn sei hier abschließend Jean Vanier (2006) zitiert, der im Zusammenleben mit behinderten Menschen seine Weisheit gewonnen hat. Er verweist die Helfer darauf, der Gebrochenheit mit Respekt zu begegnen und stellt fest: *„Es besteht die Versuchung ..., viel (zu) tun, um so unsere Gefühle der Einsamkeit und der Unsicherheit zu überdecken. Es besteht immer die Gefahr, sich in die Arbeit zu stürzen, um sich nützlich, wertvoll und erwünscht vorzukommen.“* Aber, so fährt er fort, die Helfer müssen *„geduldig und behutsam mit sich umgehen...., immer wieder daran erinnert werden, dass sie nicht hauptsächlich fürs MACHEN gekommen sind, sondern um das SEIN zu erlernen und dass sie nicht wie ein Ingenieur kommen sollen, ausgerüstet mit dem Handwerkszeug des Wissens und der*

Theorie, um zu reparieren, was kaputt gegangen ist“, sondern „sich auf der Suche nach einem Geheimnis befinden: dem Geschenk der zwischenmenschlichen Beziehung.“

Literatur

Vanier J (2006) Zusammenhang. Kirchenzeitung der Caritasgemeinde 41, 5

Anschrift des Verfassers:

DR.MED. MARTIN HÖTZER

Presserhofstr. 2a

A-9800 Spittal

martin.hoetzer@aon.at

PSYCHOMETRICS IN PURSUIT OF EXISTENCE: A NEW VERSION OF THE TEST OF EXISTENTIAL MOTIVATIONS

VLADIMIR B. SHUMSKIY, EVGENY N. OSIN, ELENA M. UKOLOVA

We present four studies aimed at the development and validation of a new Russian-language instrument measuring existential fulfillment and based on the hierarchical structure of the four existential fundamental motivations developed by A. Längle (2003; 2016). Based on phenomenological descriptions and focus groups, we created a set of 93 items. The first study used two online samples ($N = 818$ and $N = 215$, respectively). Using hierarchical cluster analysis, expert-rating procedure and confirmatory factor analysis with cross-validation we generated a hierarchically structured set of 36 items grouped into 4 fundamental motivation scales forming a general index of existential fulfillment, each comprised by 3 subscales corresponding to the prerequisites of respective fundamental motivation. The scales demonstrated acceptable reliability: Cronbach's α was in the .79-.88 range for the fundamental motivation scales and .93 for the general existential fulfillment score. In the same study we explored evidence for the convergent and discriminant validity of the new TEM by examining its associations with measures of subjective well-being, basic psychological need satisfaction, and self-esteem. TEM showed moderate to strong associations with other measures of positive functioning. The second study using a large online sample ($N = 3766$) found weak associations of TEM scores with gender and age and moderate positive associations with measures of self-control and systemic reflection. The third study ($N = 658$) explored the associations of TEM scores with the Big Five and measures of anxiety and depression. Existential fulfillment was positively associated with extraversion and emotional stability and showed incremental validity over the Big Five traits in predicting state anxiety and depression. The fourth study found significant differences in existential fulfillment between females with symptoms of binge eating disorder ($N = 188$) and those from general population. The results indicate the new TEM is a reliable instrument with a theoretically predicted structure and provide preliminary evidence of its validity in research settings. We discuss the challenges and possibilities of development of psychometric tools based on existential-analytic theory.

KEYWORDS: existential analysis, existential fulfillment, fundamental existential motivations, psychometrics, confirmatory factor analysis, psychological well-being, eudaimonia

PSYCHOMETRIE, DER EXISTENZ AUF DER SPUR: EINE NEUE VERSION DES TESTS ZUR EXISTENZIELLEN MOTIVATION

Wir stellen vier Studien vor, welche auf die Entwicklung und die Validierung eines neuen russischsprachigen Instruments zur Messung der existenziellen Erfüllung abzielen und sich auf die hierarchische Struktur der vier existenziellen Grundmotivationen nach A. Längle (2003; 2016) stützen. Anhand phänomenologischer Beschreibungen und Schwerpunktgruppen erstellten wir einen Katalog von 93 Items. Die erste Studie verwendete zwei online Stichproben ($N = 818$ und $N = 215$, jeweils). Mit Verwendung der Hierarchischen Clusteranalyse, dem Experten-Rating Verfahren und der Konfirmatorischen Faktorenanalyse mit Kreuzvalidierung entwickelten wir ein hierarchisch strukturiertes Set von 36 Items welche, in 4 Grundmotivationskalen eingeteilt, einen allgemeinen Index existenzieller Erfüllung bildeten, jedes davon drei Subskalen beinhaltend, entsprechend den Bedingungen der jeweiligen Grundmotivation. Die Skalen wiesen akzeptable Reliabilität auf: Cronbach's α war im Bereich von .79-.88 für die Grundmotivationskalen und .93 für die Werte der allgemeinen existenziellen Erfüllung. In derselben Studie erkundeten wir Hinweise für die konvergente und diskriminante Validität des neuen TEM, indem wir Zusammenhänge mit Messungen des subjektiven Wohlbefindens, der grundlegenden psychischen Bedürfnisbefriedigung und dem Selbstwertgefühl untersuchten. Der TEM wies moderate bis starke Zusammenhänge mit anderen Werten des positiven Funktionierens auf. Die zweite Studie, welche eine größere online Stichprobe verwendete ($N = 3766$), ortete schwache Zusammenhänge von TEM-Werten mit Geschlecht und Alter und moderat positive Zusammenhänge mit Werten der Selbstkontrolle und systemischen Reflexion. Die dritte Studie ($N = 658$) untersuchte die Zusammenhänge von TEM-Werten mit den Big Five und Werten der Angst und Depression. Existenzielle Erfüllung wurde positiv assoziiert mit Extroversion und emotionaler Stabilität und wies erhöhte prognostische Validität bei den Big Five Merkmalen Angstneigung und Depression auf. Die vierte Studie stellte zwischen Frauen mit Symptomen der Binge Eating Disorder ($N = 188$) und jenen der Allgemeinbevölkerung signifikante Unterschiede in existenzieller Erfüllung fest. Das Ergebnis belegt, dass der neue TEM ein zuverlässiges Instrument mit einer theoretisch festgelegten Struktur ist und vorläufige Nachweise ihrer Validität im Forschungsumfeld erbringt. Die Herausforderungen und Möglichkeiten der Entwicklung psychometrischer, auf existenzanalytischer Theorie basierende Instrumentarien werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzanalyse, existenzielle Erfüllung, existenzielle Grundmotivationen, Psychometrie, Konfirmatorische Faktorenanalyse, psychisches Wohlbefinden, Eudaimonie

Introduction

One of the principal challenges faced by psychometricians working in the field of existential psychology is the highly abstract level of the constructs borrowed from

philosophy. Notions like existence or existential fulfillment are hard to operationalize without reverting to philosophical language.

The philosophical concept of existence denotes a specific reality of something – an actual being – which is neither

a thing itself nor any of its properties. As claimed by Heidegger (1985, 110), existence is “an entity *whose what is precisely to be and nothing but to be*”. In application to a human being, existence can be defined in the following way: “Of everything which in the naturally lived experience belongs to life by contents, of everything that a person manages and of what he/she could say that he/she ‘has’ it in some respect, he/she may eventually find out that it does not essentially belong to him/her and that it could be taken away without any causing any harm to his/her last, innermost core. ... This last, innermost core of a human being that lies ‘outside’ of all given contents and can only be experienced by means of every content definable in any way falling away from it as superficial, this [core] is called existence in a strict existential-philosophical sense” (Bollnow, 2009, 155).

According to Frankl, it was only during his time in the concentration camp that he experienced himself as “naked existence”, whose only external attributes were a body deprived of clothes and a prisoner’s number (Frankl, 1992, 28). At the level of individual experience, existence is some kind of an “indestructible remainder”, which is hard to verbalize, operationalize or measure. Acknowledging this fact, Boss (1979) expressed his doubt that existential psychology could be developed within a natural science paradigm and saw the goal of existential philosophy in teaching researchers to keep close to their immediate experiences of phenomena, allowing the latter to reveal their meanings and relations.

This is why phenomenology remains a primary method of existential philosophy and psychology that aims to transcend the notions and linguistic constructs and explicate the basic preverbal human experience with its invariant ontological foundations (Merleau-Ponty 1962; Heidegger 1985). These ontological foundations constitute a reality that lies beyond words, can be experienced, rather than logically construed, and precedes language, in which it can be objectified. Heidegger’s (1962) contribution to philosophy was a set of concepts (i.e., *existentials*) that describe this extra-cultural reality; however, Heidegger’s language is rather hard to grasp, which makes it difficult to apply in empirical studies.

In Längle’s (2003; 2016) Existential Analysis (EA) framework, this “last, innermost core of a human being” (Bollnow 2009, 155) is described using words of everyday language that can be understood by individuals from different cultures (e.g., support, space, protection, time, relationships, attention, justice, etc.). Längle’s theory presents existence in a structured way, as comprised of four existential fundamental motivations with their respective prerequisites, types of personal activity, conse-

quences of deficit, coping strategies and deep emotional experiences. Because of its clear structure and use of non-philosophical language, the EA theory opens up possibilities to develop psychometric instruments for quantitative measurement of human existence by means of self-report questionnaires tapping into subjective phenomena.

In the present paper, we discuss some of the psychometric challenges posed by existential concepts and describe the development of a new measure to showcase some possible approaches that can be used to cope with these challenges.

Psychometric challenges of existential concepts

Psychometrics has dealt with highly abstract concepts for a very long time. After all, notions like extraversion or neuroticism can only be operationalized as sets of self-report indicators, whose composition is theoretically based and empirically validated. The contemporary standards of validation suggest to collect evidence from various sources in order to make an argument for the validity of a measure for a specific purpose and context, including substantive validity, structural validity and external validity (Flake, Pek & Hehman 2017). However, if constructs that are easily defined in terms of specific phenomenological or behavioral manifestations (e.g., specific emotions or attitudes) can be accessed via direct self-report approach (Paulhus & Vazire 2007) which largely rests on face validity, more abstract constructs require more rigorous validation approaches.

The first challenge posed by existential constructs is associated with their nature. Existential concepts are based on rich phenomenological descriptions (Spinelli 2005), rather than precise scientific definitions. Individual perceptions by different people may accentuate different aspects of invariant phenomena and may even only partially overlap. To achieve high content validity, the creation of existential instruments needs to be a collective effort. The other feature of phenomenological descriptions is that they are expressed in narratives drawing heavily on linguistic meanings and cultural contexts. A literal translation from one language to another may fail to convey some important aspects of the meaning or result in formulations that are perceived as somewhat artificial in the target culture. As a result, a simple translation and back-translation procedure used in many cases is not likely to work well with existential-themed instruments which need a committee of experts who should be familiar both with the EA theory and the phenomena it describes, as well as with both cultures.

The second challenge associated with existential constructs is that they are hard to discover using exploratory methods. Existential concepts typically describe

modes of relating to the world which cannot be easily defined in an abstract way (except in philosophical treatises), without reference to some thematic content or specific life situations. For instance, items related to other people may tap into different existential fundamental motivations if they refer to getting support from other people (1st FM), having warm and close relationships (2nd FM), getting respect and attention from others (3rd FM) or pursuing a common vision of the future (4th FM). Apart from thematic content, additional sources of variance contributing to the associations of items include item direction (forward-scored vs. reverse-scored items), accidental similarity of item wording, and item position and order effects, among others. As a result, the target existential concept is not the only source of shared variance of items, and may not even be the strongest one. In such situations, exploratory factor analyses (EFA) often yield unstable factor structures with factors describing more superficial item characteristics (such as thematic content or item direction) instead of the existential variables.

The third challenge faced by researchers working in the EA field involves preserving the complex phenomenological construct content when using newer analytic methods to demonstrate structural validity. Researchers often aim to apply confirmatory factor analysis (CFA), where the default model imposes very stringent assumptions on item sets (i.e., that all the shared variance of items can be explained by theoretically expected factors and that each item only loads on one factor). However, it is notoriously difficult to create a longer set of items that would meet these assumptions. As a result, CFA favors short and homogeneous scales that can only cover conceptually narrow constructs, whereas some older well-established scales developed theoretically or by means of exploratory methods, such as the Big Five, may often fail to demonstrate a good fit (see Marsh et al. 2010). The possible answers to this challenge include creating hierarchical models for broad constructs to account for item heterogeneity (Reise, Waller, Comrey 2000) and using exploratory structural equation modelling to account for imperfect indicator items that may reflect more than one factor (Marsh et al. 2010; 2014).

Thus, when developing a new EA measure, researchers would do well by using some expert procedure in order to ensure that the candidate items are relevant indicators of the target construct, and that they provide a good coverage of the full scope of content of the target construct (i.e., they form a representative sample of the population of its possible indicators). Constructs, such as existential fundamental motivations that may be expressed in a range of different behaviors and experiences, typically require a larger number of items to ensure that the construct is not

reduced to one of its facets. The researchers need to be aware of this possibility both at the stages of item generation and of item analysis, because trying to attain a short *and* reliable scale almost inevitably leads to a sacrifice of content validity.

In order to cope with this complexity, development of EA measures needs, first, to combine theory-driven approaches (expert procedures) with data-driven procedures (exploratory analyses) for item selection and, second, to use more robust and flexible statistical tools that can incorporate theory into model building. These methodological principles were applied earlier to the development of TEMIR, a Russian-language measure of existential fulfilment in relationships (Ukolova, Shumskiy & Osin 2014; 2016). In the present paper we aim to present a new Russian version of Test of Existential Motivations (TEM) based on the same principles.

A new Russian version of TEM

The first German version of TEM developed by Eckhardt (2001) included 56 items selected using an expert procedure, item-scale correlations and reliability analysis. A Russian translation of the TEM based on the German version was validated by Koryakina (2010; 2015), who used several general population samples and found good internal consistency of the primary scales (α in the .80 to .89 range) and of the general index ($\alpha = .95$ to .96). TEM showed expected positive associations with meaning in life and negative associations with anxiety, depression, and neuroticism indicators.

Despite its important role as a clinical tool in existential analysis, TEM has not undergone structural validation studies using EFA and CFA and only limited data is available about its convergent and discriminant validity, which may explain why TEM has enjoyed relatively little use in research. Also, the existing Russian version of TEM was translated from German and included some items perceived as unnaturally-sounding or difficult by Russian-speaking respondents. To overcome these limitations, we aimed to develop a new Russian version of TEM to evaluate the fulfilment of the four fundamental motivations (4 FMs).

In contrast to the past version of TEM, we relied on a more differentiated theoretical model incorporating the prerequisites of the 4 FMs (presented in Table 1). This model provides a well-structured theoretical framework to guide item development and selection, which could result in better content validity of the items, while keeping the questionnaire relatively concise.

FM (Content)	Prerequisites		
1 FM (Possibility of being in the world)	Space	Protection	Support
2 FM (Value of life)	Relationships	Time	Closeness
3 FM (Value of self)	Justice	Attention	Appreciation
4 FM (Meaning)	Structural context	Field of activity	Value in the future

Table 1: Theoretical structure of the existential fundamental motivations and their prerequisites

Below we present four studies aimed at the development and validation of a new version of the Test of Existential Motivations in Russian-language samples.

Study 1¹

The aim of Study 1 was to develop an item pool, investigate the structure, and examine preliminary evidence of the reliability and validity of the TEM.

Methods

Sample and procedure

We used two online samples of volunteers who were invited to participate in an anonymous study of well-being in social networks. Sample 1 ($N = 818$) included 68.9% females and 31.1% males aged 18 to 75 (age 20 or below: 15.2%, 21–30: 62.3%, 31–40: 14.9%, 41–50: 4.4%, over 50: 3.2%). The respondents were invited using mailing lists and announcements in online groups. Sample 2 ($N = 215$) included 62.8% females and 37.2% males aged 16 to 69 (age 20 or below: 9.8%, 21–30: 55.4%, 31–40: 22.8%, 41–50: 9.8%, over 50: 2.3%). Sample 1 was used for the initial development of the measure (calibration sample), sample 2 was used to cross-validate the resulting structure (validation sample).

Instruments

Test of Existential Motivations (TEM). Based on the descriptions created by A. Längle (2003; 2016), we developed a list of statements reflecting the phenomenal content of the 12 prerequisites of the 4 fundamental motivations. At this stage, we aimed to balance the number of forward-scored and reverse-scored items. The initial set of items was revised by the authors during group discussions and using focus groups with graduate students studying existential analysis resulting in 93 items (of those, 37 forward-scored and 56 reverse-scored items, with 7 to 9 items per prerequisite). The respondents were asked to rate the extent

to which each item corresponds to their life using a 4-point scale (from 1 – “Disagree completely” to 4 – “Agree completely”). Respondents in both samples filled out the pool of 93 items administered in random order to eliminate the effects of item order and position on item selection.

To obtain preliminary evidence of discriminant and convergent validity of TEM, we used a number of well-being scales. A group of respondents in the calibration sample ($N=105$) filled out three additional questionnaires:

1. *Mental Health Continuum – Short Form* (Keyes 2009; Russian version by Osin: see Zemojtel-Piotrowska et al., under review). The 14-item questionnaire with a 6-point response scale includes 3 subscales tapping into emotional well-being (frequency of positive emotions), social well-being (connectedness and integration within the society), and psychological well-being (items tapping into the 6 components of psychological well-being described by Ryff & Keyes 1995).
2. *Basic Psychological Needs Satisfaction Scale* (Gagné 2003; Russian version by Gordeeva & Osin: see Yagiyaev, Osin & Gordeeva 2015) with 21 items rated on a 7-point scale measures the satisfaction of basic needs for autonomy, competence, and relatedness described in Self-Determination Theory (Deci & Ryan 2002).
3. *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg 1979; Russian version by Bodalev & Stolin 2002), a 10-item instrument with 4-point response scale.

Respondents in the validation sample ($N=215$) also filled additional measures:

1. *Satisfaction With Life Scale* (Diener et al. 1984; Russian version by Leontiev: Osin & Leontiev 2008) includes 5 items rated on a 7-point response scale tapping into a general cognitive evaluation of life.
2. *Subjective Happiness Scale* (Lyubomirsky & Lepper 1999; Russian version by Leontiev: Osin & Leontiev 2008), a 4-item measure of general subjective experience of happiness with a 7-point response scale.
3. *Subjective Alienation Questionnaire* (Osin 2009), based on Maddi’s alienation test (Maddi, Kobasa & Hoover 1979) operationalizing the theory of existenti-

¹ Study 1 was previously published in Russian as part of: Shumsky, V. B., Ukolova, E. M., Osin, E. N., & Lupandina, Y. D. (2016). Measuring existential fulfillment: An original Russian version of Test of Existential Motivations. *Psychology Journal of the Higher School of Economics*, 13(4), 763–788.

al neurosis (Maddi 1967). It measures 4 forms of alienation (vegetativeness, powerlessness, nihilism, adventurousness) across 5 life domains (work, society, relationships, family, and self) and includes 60 items rated on a 100-point scale.

We expected that the general index of existential fulfilment and all four FM scales would be positively correlated with indicators of positive functioning (happiness, life satisfaction, basic psychological needs satisfaction, self-esteem) and negatively correlated with alienation. Because some of these indicators are theoretically related to the contents of specific fundamental motivations, we also aimed to investigate the differences in the patterns of association of individual TEM scales.

Results

Structural validity

To validate the theoretical classification of the items into 12 prerequisites, we recruited 13 experts with at least 4 years of experience studying existential-analytic counseling and therapy. For each item, the experts were asked to choose one of the 12 prerequisites that it reflects. We used Krippendorff's alpha (Hayes & Krippendorff 2007) to evaluate the overall reliability of expert ratings. As an index of expert agreement for each item, we calculated the proportion of experts with a prevalent opinion. The mean proportion of experts who agreed with item classification across 93 items was .70 ($SD = .17$). Only 15 items showed mean expert agreement of .50 or below. However, for the whole pool of 93 items, Krippendorff's alpha was .50 at the level of prerequisites and .71 at the level of motivations, indicating that unambiguous classification of items, particularly at the level of prerequisites, was a rather difficult task for the experts.

To select the items for the final version of the questionnaire, we used data from Sample 1. Because the associations between the items were expected to have a hierarchical structure (with 12 prerequisites at level 1, 4 motivations at level 2, and 1 general fulfilment factor at level 3), we started by looking for groups of items with homogeneous content using hierarchical cluster analysis. We used Ward's method with squared Euclidean metric based on standardized item scores to control for the differences in the means and variance of individual items (Revelle 1979; Milligan & Hirtle 2003).

The resulting structure included 4 large clusters which generally corresponded to the 4 FM, and 23 smaller groups of items, 3 to 6 items in each, capturing more specific themes related to prerequisites of the FM. For the final questionnaire we aimed to pick three indicator items for each of the 12 prerequisites, ensuring that 3 criteria would be met: a) sufficiently high content validity (based on expert ratings), b) absence of item pairs with similar formulations, c) high internal consistency of scales at the level of the 4 FM (more important) and at the level of specific prerequisites (less important).

The structural validity of the resulting item set was tested using confirmatory factor analysis in Mplus 7.4. Because the 4-point response scale was used, we modelled variables as ordered categorical and used the robust WLSMV estimator to address the possible non-normality (Finney & DiStefano, 2006). At the first stage, we aimed to achieve a simple structure of 12 first-order factors (model 1). To increase the discriminant validity of the subscales, we used modification indices to select out and replace items with strong cross-loadings (one item at each step), after which the model was re-evaluated. We used the values of CFI close to .95 or above and those of RMSEA close to .06 or below as evidence of good model fit (Hu & Bentler 1999). Once the first-order structure of the item set

Model	Fit indices				Comparison with previous model	
	χ^2	df	CFI	RMSEA (90% CI)	$\Delta\chi^2$	Δdf
Calibration sample (N=818)						
1. 12 first-order factors	1686.11*	528	.947	.052 (.049-.055)	--	--
2. 4 second-order factors	2302.49*	576	.921	.061 (.058-.063)	548.29*	48
3. 1 third-order factor	2273.50*	578	.922	.060 (.057-.062)	.98	2
Cross-validation sample (N=215)						
1. 12 first-order factors	904.47*	528	.952	.058 (.051-.064)	--	--
2'. 4 second-order factors	1148.47*	577	.928	.068 (.062-.074)	256.19*	49
3'. 1 third-order factor	1142.70*	579	.929	.067 (.062-.073)	.81	2

Note: * $p < 0.001$.

Table 2: Fit indices of the structural models

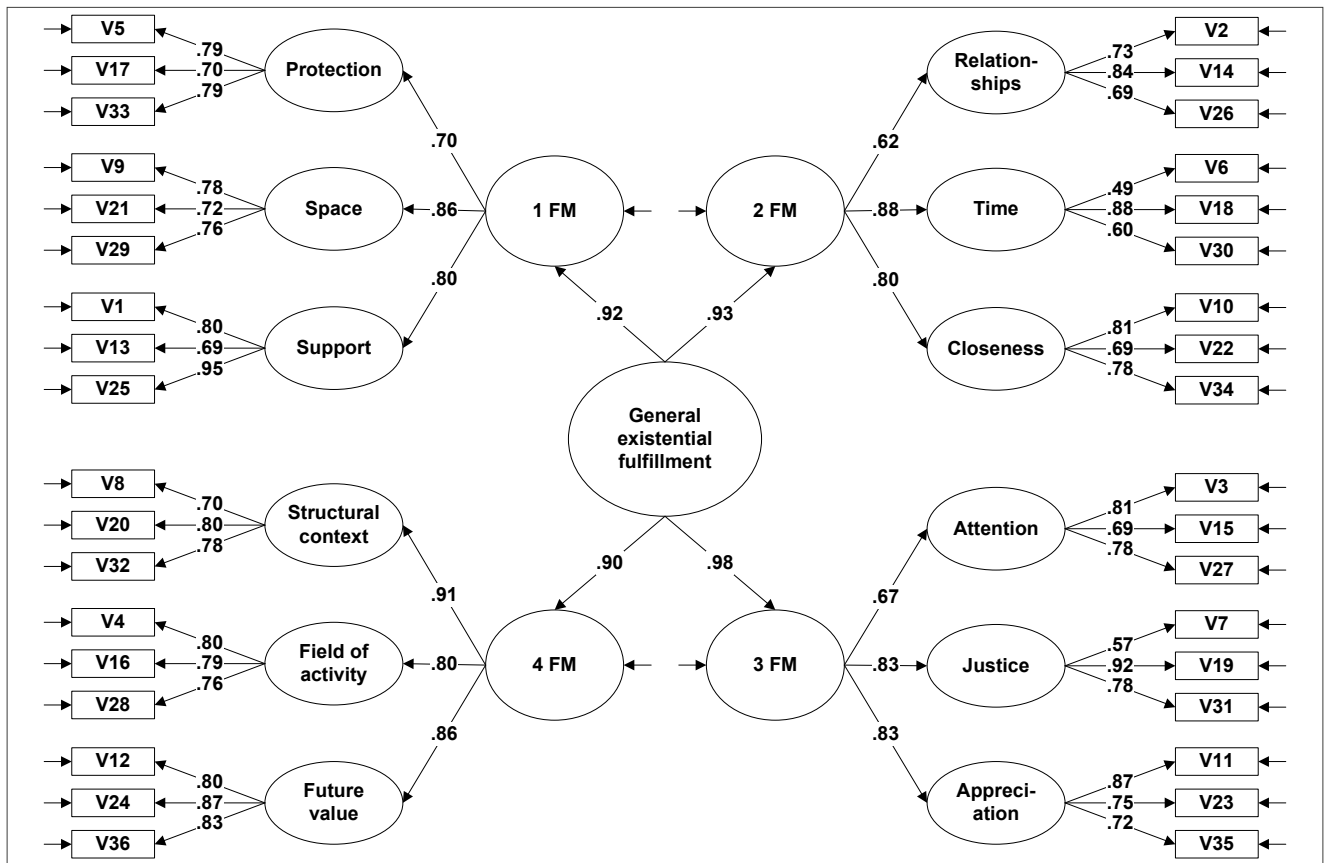


Figure 1: Parameters of the Model 3 (calibration sample)

Note. The formulations of the items comprising the new Russian version of TEM are given in the Appendix. Reverse-scored items are inverted.

showed a good fit, we tested a hierarchical model with 4 second-order factors (model 2), and a model with a single third-order factor (model 3). To compare nested models, we used the DIFFTEST function.

The resulting fit indices for all models are given in Table 2. Model 1 showed a good fit to the data. The fit of the nested Model 2 with 4 second-order factors was significantly worse, according to the chi-squared difference test, but the practical fit indices were still within the acceptable fit ranges (see Table 2). The introduction of a single third-order factor in model 3 did not significantly affect the fit of the model.

To cross-validate the resulting structure we tested the 3 models in the second sample. The model with 12 first-order factors fit the data quite well. Model 2 had convergence difficulties, because of non-identified loading of the second prerequisite of the second FM. To identify the model, we fixed these parameters to the same value as observed in Sample 1. The resulting model (2') again showed a significantly worse, but acceptable fit (see Table 2), and the introduction of a single third-order factor did again not impact the fit.

All the standardized item loadings were statistically significant and sufficiently high, both in the calibration sample ($.49 < \lambda < .95$) and in the cross-validation sample ($.36 < \lambda < .94$). The parameters of the resulting model (3) in the calibration sample are shown in Figure 1.

Internal consistency

To evaluate the internal consistency of the resulting scales, we calculated Cronbach's alpha in both samples. The

Scale (subscale)	Calibration sample	Validation sample
General Existential Fulfilment	.93	.94
1 FM	.84	.85
Protection	.73	.75
Space	.74	.76
Support	.77	.80
2 FM	.79	.82
Relationships	.73	.78
Time	.63	.61
Closeness	.72	.72
3 FM	.79	.79
Attention	.64	.62
Justice	.71	.70
Appreciation	.75	.75
4 FM	.87	.88
Structural context	.76	.75
Field of activity	.75	.79
Value in the future	.82	.87

Table 3: Internal consistency of the scales and subscales

resulting values (shown in Table 3) are sufficiently high to use the general existential fulfilment index and the 4 FM scores for individual feedback. The subscales show acceptable reliability for research purposes.

The distributions of the observed scores of the 4 FM scales and the general existential fulfilment index were close to normal in both samples (the absolute values of skewness and kurtosis did not exceed .60).

Convergent and discriminant validity evidence

To evaluate the convergent validity of the TEM, we used the Pearson correlations of the 4 FM and the general existential fulfilment index with measures of psychological well-being in both samples. The results are presented in Table 4. All 4 FM and the general well-being index showed moderate to strong associations with well-being indices (.42 to .77 range). The associations of existential fulfilment with subjective

well-being and alienation in the cross-validation sample are presented in Table 5. Again, all the associations of TEM scales with well-being and alienation were moderate to strong (.33 to .76 range)

To evaluate the viability of TEM subscales, we used multiple regression to investigate the differences in the shared variance of individual fundamental motivation scales with other instruments. The 4 FM scaled were entered simultaneously as predictors of each criterion variable. Despite the 4 FM being intercorrelated, the multicollinearity check showed that their tolerance values did not exceed .40 and the Variance Inflation Factor did not exceed 2.5 for any of the 4 scales, which makes them acceptable to use as predictors in a multiple regression (Tabachnick & Fidell 2007). The results are given in Table 6.

All the regression models were statistically significant, with the share of criteria variance explained by the 4 TEM

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. General Exist. Fulfilment												
2. 1 FM	.82											
3. 2 FM	.85	.61										
4. 3 FM	.87	.64	.69									
5. 4 FM	.85	.59	.59	.64								
6. Emotional well-being	.70	.55	.62	.63	.56							
7. Social well-being	.55	.42	.44	.44	.55	.56						
8. Psychological well-being	.68	.46	.65	.57	.61	.69	.63					
9. Need for autonomy	.77	.73	.64	.72	.57	.54	.38	.48				
10. Need for competence	.73	.54	.64	.58	.70	.56	.38	.67	.51			
11. Need for relatedness	.71	.64	.68	.64	.49	.57	.46	.56	.66	.55		
12. Self-esteem	.77	.60	.63	.74	.64	.55	.33	.54	.61	.65	.54	
Cronbach's alpha	.93	.77	.78	.80	.87	.83	.82	.85	.70	.73	.78	.81

Table 4: Correlations of the TEM with well-being indices (N=105)

Note. All the associations are significant at $p < .001$.

	α	Gen. Ex. Ful.	1 FM	2 FM	3 FM	4 FM
Satisfaction with life	.87	.68	.67	.49	.58	.58
Subjective happiness	.87	.76	.67	.60	.67	.66
General alienation	.95	-.73	-.63	-.56	-.68	-.64
Alienation from work	.82	-.54	-.43	-.34	-.54	-.54
Alienation from society	.84	-.50	-.42	-.33	-.51	-.47
Alienation from relationships	.86	-.58	-.50	-.50	-.56	-.45
Alienation from family	.88	-.56	-.54	-.50	-.47	-.44
Alienation from self	.87	-.74	-.61	-.57	-.67	-.69
Vegetativeness	.85	-.76	-.63	-.60	-.70	-.69
Powerlessness	.88	-.71	-.61	-.51	-.69	-.64
Nihilism	.87	-.61	-.53	-.44	-.59	-.53
Adventurousness	.76	-.41	-.38	-.39	-.34	-.30

Table 5: Correlations of TEM with subjective well-being and alienation (N=215)

Note: All the coefficients are significant at $p < .001$.

Dependent variable	N	R2	β coefficients			
			1 FM	2 FM	3 FM	4 FM
Emotional well-being	105	.49***	.13	.27**	.25**	.17
Social well-being	105	.33***	.08	.12	.05	.40***
Psychological well-being	105	.51***	-.07	.41***	.11	.34***
Autonomy need satisfaction	105	.64***	.41***	.13	.35***	.02
Competence need satisfaction	105	.57***	.06	.31***	.04	.46***
Relatedness need satisfaction	105	.56***	.29**	.36***	.23**	-.04
Self-esteem	105	.61***	.12	.13	.43***	.22*
Satisfaction with life	215	.50***	.45***	.02	.13	.19*
Subjective happiness	215	.58***	.28***	.14*	.24***	.23**
General alienation	215	.55***	-.19**	-.10	-.34***	-.22**
Alienation from work	215	.35***	-.05	.10	-.33***	-.34***
Alienation from society	215	.29***	-.09	.07	-.35***	-.21*
Alienation from relationships	215	.36***	-.16	-.21**	-.34***	.02
Alienation from family	215	.34***	-.31***	-.23**	-.10	-.02
Alienation from self	215	.56***	-.14*	-.11	-.28***	-.34***

Table 6: Regression of criterion variables on the 4 TEM scales
Note: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

scales ranging from 29% to 64%. The variables sharing 50% or more variance with existential fulfilment included basic psychological need satisfaction, self-esteem, subjective well-being (happiness and satisfaction with life), psychological well-being, as well as general alienation and alienation from self.

Unlike the R-squared, which captures all the variance of the 4 FM scales, the beta coefficients reflect only the unique variance of each FM scale (excluding the variance shared by all 4 scales, which only contributes to the R-squared). We found that most variables, with the exception of subjective happiness, were only associated with some existential motivations.

Discussion

Based on the expert classification of items and on their empirical structure, we selected a subset of indicator items for the 12 prerequisites of FM and tested its structural validity, given the theoretical model. The results of confirmatory factor analyses provided strong support for the 12-factor model and the model with 4 factors fit the data acceptably. The worse fit of the 4-factor model is associated with unexplained covariances of prerequisite factors, because indicator items for prerequisites belonging to different FM may overlap in terms of thematic content (e.g., they may refer to people, oneself, one's daily activities, etc.). However, controlling for these systematic effects would require a much larger number of items. Overall, the findings indicate that the resulting empirical structure of the questionnaire shows a relatively

good correspondence with the theoretical model, which was confirmed in an independent sample.

The internal consistency coefficients for the FM scales and the total existential fulfilment score are sufficiently high to interpret individual scores in low-stakes settings. The reliability coefficients for prerequisites are, predictably, lower, due to a smaller number of items, which restricts the use of prerequisite subscale scores to research purposes.

The strong associations of TEM scales with a range of subjective and psychological well-being measures are in line with the theoretical understanding of existential fulfilment as a well-being construct. The specific associations of individual FM scales are generally in line with theoretical expectations based on descriptions of existential FM.

The first FM was specifically associated with the satisfaction of the need for autonomy (where part of the items reflect the possibilities for independent action offered by life) and satisfaction with life, which reflects the conditions of life. The connection of the 1st FM to the alienation from family and satisfaction of the need for relatedness is explained by the theme of support coming from significant others.

The second FM was specifically associated with psychological well-being, need for relatedness, need for competence, emotional well-being, alienation from family and alienation from relationships. With the exception of the need for competence, these associations are in line with the theoretical content of the 2nd FM.

The third FM was specifically associated with self-esteem and the need for autonomy, as well as alienation from work, society, relationships, and self, reflecting the

contexts where a person can feel unappreciated. The additional associations with emotional well-being and the need for relatedness are explained by the theme of lack of interest and attention to oneself and other people.

The fourth FM was specifically associated with the need for competence, social well-being, psychological well-being, as well as alienation from work, self, and society. These domains are united by the theme of engagement in meaningful activity which links a person to larger social contexts.

These findings provide preliminary evidence of convergent validity of existential fulfilment index and individual FM scales, supporting the viability of individual scales in research contexts. However, given the strong associations of the FM scales, in practical situations they may provide relatively little additional information to the total score, which should be preferable, because of its higher precision.

Study 2

The aim of Study 2 was to replicate the structure of the TEM in a larger sample, and to investigate its associations with other psychological variables, as well as age and gender.

Methods

Sample and procedure

Participants ($N = 3766$) were invited via an entertainment website to participate in an anonymous online research survey of well-being and adult development. The sample included 51.9% males and 48.1% females aged 16 to 60 ($M = 25.87$, $SD = 5.91$, median = 25).

Instruments

Test of Existential Motivations (TEM). The respondents completed a 36-item version developed within Study 1. *Brief Self-Control Scale (BSCS)*: Tangney, Baumeister & Boone 2004; Russian version by Gordeeva et al. 2015) This 13-item instrument with a 5-point response scale measures self-reported ability to control one's behaviour, emotions, and impulses. We expected that self-control would be positively associated with existential fulfilment. *Differential Test of Reflection (DTR)*: Leontiev & Osin 2014), a 30-item questionnaire using a 4-point response scale, operationalizing Leontiev's 3-component model of reflexive processes. According to the model, systemic reflection (a tendency to look at oneself within the context of situations and life in general) is a productive form of reflection conducive to dialogue with the world. The other two forms, introspection (rumination, inability to

self-distance from one's immediate emotional responses to situations) and quasi-reflection (fantasizing, avoidance of reflection) are non-productive. DTR includes three scales, systemic reflection, introspection, and quasi-reflection. We expected systemic reflection to be positively associated with existential fulfilment, in contrast to the other two forms of reflection.

Results

We tested the same set of models as in Study 1 using WLS (ADF) estimator to take advantage of the large sample size (Finney & DiStefano, 2006). The model with 12 first-order factors showed acceptable fit to the data ($\chi^2 = 6683.82$, $df = 528$; CFI = .927, RMSEA = .056 (90% CI: .054-.057)), the fit of the model with 4 factors was similar ($\chi^2 = 7581.26$, $df = 576$; CFI = .917, RMSEA = .057 (90% CI: .056-.058)). The introduction of a third-order factor did not make any statistically significant difference to the model fit. The factor loadings were statistically significant and high for all items ($.52 < \lambda < .96$), with the exception of item 3 ($\lambda = .19$). The alpha reliability coefficients were .93 for the general fulfilment index and .81, .79, .71, and .86 for the 4 FM scales.

The correlations of TEM with other constructs are given in Table 7. All the TEM scales were moderately positively associated with self-control. The two maladaptive types of reflective processes were moderately negatively associated with TEM scores. Systemic reflection was positively associated with TEM, particularly with the 3rd FM and 4th FM.

	A	Gen. Ex. Ful.	1 FM	2 FM	3 FM	4 FM
Self-Control	.75	.47	.36	.39	.41	.44
Systemic Reflection	.84	.26	.10	.19	.30	.30
Introspection	.87	-.59	-.56	-.49	-.51	-.48
Quasi-reflection	.83	-.32	-.31	-.27	-.26	-.26

Table 7: Pearson correlations of TEM scores with self-control and reflection

Note: all the coefficients are significant at $p < .001$.

Table 8 presents the associations of TEM scores with age and gender. The associations with age in the 16-40 range were nearly monotonous and weakly positive, indicating higher fulfilment in adulthood, compared to adolescence and emerging adulthood. The associations with gender were less uniform. Compared to females, males reported lower attention to their inward world and that of others, lower closeness and support, but higher protection and space. However, these effects were confined to specific prerequisites. The gender differences in the FM scores and general fulfilment were extremely weak.

Scale (subscale)	Association with gender, ρ (F=1, M=2)	Association with age, ρ
General Existential Fulfilment	-.05**	.10***
1 FM	.03	.04*
Support	-.12***	.09***
Protection	.14***	.01
Space	.06***	.00
2 FM	-.08***	.10***
Relationships	.00	.07***
Time	-.05**	.10***
Closeness	-.13***	.07***
3 FM	-.10***	.13***
Attention	-.25***	.00
Justice	.00	.09***
Appreciation	.00	.18***
4 FM	-.03*	.09***
Structural context	-.05**	.17***
Field of activity	.02	-.04*
Value in the future	-.04**	.09***

Table 8: Associations of TEM scores with age and gender

Note: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$; the significance of the 2-tailed Student t test is given for Cohen's d.

Discussion

The structure of the TEM was successfully replicated in the larger sample, providing support for the 4 FM scales and the general fulfilment score. Positive correlations with self-control indicate that individuals who are better able to control their impulses and to delay gratification are more likely to achieve existential fulfilment. Within existential-analytic theory, capacity for self-control can be viewed as a result of self-distancing, which is described as an important prerequisite for existential fulfilment (Längle, 2016). The associations of reflexive trait with existential fulfilment suggest that rumination, which implies difficulties in self-distancing from one's feelings, and quasi-reflection, which implies ignoring the real situation, can make it more difficult for a person to achieve existential fulfilment. In contrast, systemic reflection, a tendency to look at oneself in the context of the current situation, is associated with higher existential fulfilment (in particular, 3 FM and 4 FM). In the context of existential-analytic theory, systemic reflection corresponds to the notion of existential dialogue, which involves considering oneself and the world in their relationship.

The weak positive associations with age suggest that young adults may find more existential fulfilment with time, as they advance towards psychological maturity. Unfortunately, we are unable to make any reliable con-

clusions about individuals aged over 40, because their percentage in the online sample was quite small and this subgroup may not be representative. Clearly, more research in diverse populations is needed. Similarly, the gender differences we found for the FM scales were rather weak and were only pronounced for specific prerequisites. Because the sample was balanced with respect to gender, these findings can be seen as more reliable, indicating that males are more apt in achieving protection and space, whereas females more readily experience support, closeness, and attention. Future research could find out whether these minor differences are related to differences in gender role standards or in the social opportunities available for males and females.

Study 3

The aim of Study 3 was to investigate the associations of TEM with conventional personality variables, including the Big Five personality traits, social desirability, anxiety, and depression in order to obtain additional evidence of convergent and discriminant validity. More specifically, we sought evidence of incremental validity of TEM over neuroticism (emotional stability) in predicting emotional ill-being.

Methods

Sample and procedure

Participants ($N = 658$) were recruited using snowball approach in social networks to complete an anonymous online research survey of personality traits. The sample included 26.0% males and 74.0% females aged 17 to 51 ($M = 22.72$, $SD = 5.85$, median = 21).

Instruments

Test of Existential Motivations (TEM), the 36-item version developed in Study 1.

Big Five – 2 Questionnaire (BFQ-2: Caprara, et al. 2007; Russian version by Osin: Osin et al. 2015) includes 80 items with a 5-point response scale and measures 5 dimensions of the Big Five model (extraversion, stability, agreeableness, conscientiousness, and openness). It also includes a social desirability or “lie” scale (comprised by egoistic and moralistic bias subscales).

State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger 1983; Russian version by Hanin 1976), a 40-item measure of state anxiety and trait anxiety using a 4-point response scale.

Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961; Russian version by Balashova: Karelin, 2007) includes 21 items and uses a 4-point response scale.

	Alpha	Gen. Ex. Ful.	1 FM	2 FM	3 FM	4 FM	State Anx.	Traite Anx.	Depr.
Extraversion	.84	.48***	.31***	.48***	.43***	.47***	-.27***	-.35***	-.25***
Agreeableness	.87	.34***	.22***	.41***	.31***	.28***	-.20***	-.11**	-.10*
Conscientiousness	.85	.29***	.23***	.19***	.24***	.35***	-.16***	-.25***	-.18***
Stability	.91	.45***	.49***	.31***	.40***	.38***	-.57***	-.74***	-.44***
Openness	.85	.24***	.12***	.17***	.26***	.30***	-.19***	-.26***	-.05
Lie Scale	.76	.29***	.25***	.23***	.25***	.28***	-.38***	-.46***	-.20***
State Anxiety	.93	-.66***	-.68***	-.56***	-.55***	-.54***		.77***	.63***
Trait Anxiety	.90	-.65***	-.64***	-.51***	-.58***	-.56***	.77***		.59***
Depression	.88	-.68***	-.68***	-.54***	-.60***	-.55***	.63***	.59***	

Table 9: Correlations of TEM with Big Five scales, anxiety and depression indices

Note: all correlation coefficients are significant at $p < .01$.

	Dependent variables				
	Gen. Ex. Ful.	1 FM	2 FM	3 FM	4 FM
R-squared	.44***	.33***	.38***	.33***	.37***
β , Extraversion	.39***	.26***	.41***	.33***	.36***
β , Agreeableness	.20***	.13***	.31***	.17***	.10**
β , Conscientiousness	.10**	.08*	.03	.06	.18***
β , Stability	.40***	.48***	.27***	.35***	.29***
β , Openness	-.05	-.11**	-.12***	.02	.04
β , Lie	-.05	-.06	-.03	-.05	-.02

Table 10: Results of multiple regression analysis

Note: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Results

First, we investigated the associations of TEM scales with other variables (see Table 9). Existential fulfilment showed predictable and strong negative associations with anxiety and depression, indicating convergent validity of TEM. Existential fulfilment was positively associated with extraversion, agreeableness, conscientiousness, stability, and openness, but the magnitude of these associations was moderate, suggesting discriminant validity of TEM. The associations with the lie scale were only marginal. When the effect of lie scale was controlled for using partial correlations, all the associations of TEM with other constructs remained significant, except for the correlation of the 1st FM with Openness, indicating that these associations can not be explained by social desirability.

To investigate the shared variance of specific TEM scales with the Big Five traits, we performed a series of simultaneous multiple regression analyses entering the Big Five scales as predictors of each TEM scale. The results are shown in Table 10.

The proportion of variance shared by individual TEM scales with the Big Five traits ranged from 33% to 38% (and was 44% for the total score, due to its higher reliability). Extraversion and emotional stability emerged as the strongest predictors, suggesting that these traits are associated with experiencing higher existential fulfilment. The lie scale did not reveal any significant effects when other traits were controlled for, suggesting that the contribution of social desirability to TEM in anonymous research conditions is quite small.

To rule out the possibility that associations of TEM with anxiety and depression can be explained by basic personality traits, we performed a hierarchical regression analysis. We aimed to find out if TEM (entered at Step 2) would exhibit incremental validity over the Big Five traits (entered at Step 1). Because some of the tolerance values for TEM scales were below .30, we only used the total TEM score in this analysis to avoid multicollinearity. The results are presented in Table 11.

The findings support the incremental validity of existential fulfilment over the basic personality traits when predicting state anxiety and depression. For trait anxiety, the incremental effect was weaker but still statistically significant.

	Dependent variable		
	State Anxiety	Trait Anxiety	Depression
Step 1, ΔR -squared	.38***	.62***	.25***
β , Extraversion	-.20***	-.28***	-.24***
β , Agreeableness	-.09**	.06*	-.02
β , Conscientiousness	.03	-.01	-.05
β , Stability	-.55***	-.71***	-.43***
β , Openness	.01	-.04	.14***
Step 2, ΔR -squared	.16***	.08***	.26***
β , Extraversion	.01	-.13***	.02
β , Agreeableness	.01	.14***	.11***
β , Conscientiousness	.09**	.02	.02
β , Stability	-.35***	-.57***	-.17***
β , Openness	-.02	-.06*	.10**
β , TEM: Gen. Ex. Ful.	-.53***	-.37***	-.67***

Table 11: Hierarchical multiple regression of anxiety and depression measures on Big Five and TEM
 Note: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Discussion

The analyses in this study help to establish the place of existential fulfilment within the nomological network of more conventional personality constructs. The associations of TEM with the Big Five traits were only moderate, suggesting that existential fulfilment does not reduce to basic personality dispositions. The associations with extraversion and neuroticism were the most pronounced. This is to be expected, because existential fulfilment is largely an emotional phenomenon, whereas extraversion and neuroticism are associated with proneness to experiencing positive and negative emotions, respectively. Multiple regression analyses generally confirmed this finding and revealed some meaningful differences in the overlapping variance of individual TEM scales with the Big Five dimensions. Thus, emotional stability was a particularly strong predictor of the 1st FM, suggesting that experiences of support, protection, and space are stronger in individuals with better control of their emotions and impulses. The 2nd FM was mostly predicted by extraversion and agreeableness, both relevant for interpersonal relationships. Conscientiousness, which is relevant for goal-directed activity, only emerged as a pronounced positive predictor of the 4th FM. The weak negative effects of openness do not fit well with theoretical expectations

and need to be replicated using other measures of the Big Five and in other samples before they can be interpreted with confidence. Finally, social desirability (lie) was found to make only a minor contribution to existential fulfilment in the anonymous setting of the present study. The pronounced negative correlations of existential fulfilment with anxiety and depression are in line with its interpretation as a well-being construct. We also found that existential fulfilment is more strongly associated with state anxiety and depression than is neuroticism. Hierarchical regression analyses confirmed that neuroticism (emotional stability) does not fully explain the associations of ill-being and existential fulfilment, providing evidence of incremental validity of the latter. This finding is in line with the theoretical view of existential fulfilment as a construct tapping into the higher-level dimension of human being and may also explain the negative symptoms of “noogenic neuroses” that cannot be explained by basic personality traits.

Study 4

The aim of Study 4 was to investigate the criterion validity of TEM using a group of individuals suffering from a pre-clinical form of a psychological disorder. We used a sample of females with symptoms of binge eating disorder.

Methods

Sample and procedure

Participants ($N = 204$) were female volunteers invited using social network communities related to eating disorders to participate in an anonymous online study of eating disorders and well-being. The age of the respondents was 16 to 56 ($M = 23.98$, $SD = 7.69$, median = 22).

Instruments

Test of Existential Motivations (TEM), a 36-item version developed in Study 1.

Binge Eating Disorder Questionnaire included 6 items describing the symptoms of Binge Eating Disorder (*American Psychiatric Association*, 2013): eating much more rapidly than normal, eating until feeling uncomfortably full, eating large amounts of food when not feeling physically hungry, eating alone because of being embarrassed by how much one is eating, feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty after overeating and a sense of loss of control over eating. The respondents were asked to indicate the presence or absence of each symptom in the past 3 months.

Scale	Study 2, M (SD) N=1811	Study 4, M (SD) N=188	Student t (688)	Effect size, Cohen's d
General Ex. Ful.	97.41 (19.38)	89.78 (16.84)	5.20***	.40
1 FM	23.67 (5.67)	20.76 (4.83)	6.79***	.52
2 FM	23.32 (5.61)	21.74 (5.07)	3.71***	.28
3 FM	27.31 (4.77)	24.89 (4.43)	6.66***	.51
4 FM	23.11 (6.39)	22.39 (5.69)	1.48	.11

Table 12: Comparison of the means between a neutral sample and an eating disorder group
Note: *** $p < .001$.

Results

We excluded the data of respondents who reported fewer than 3 symptoms of eating disorders ($N = 16$) and compared the mean scores in the resulting sample ($N = 188$) with the mean scores for TEM obtained in Study 2 for female respondents..

The results of mean comparison are given in Table 12. The binge eating disorder group showed significantly lower scores on all the TEM scales, except for the 4 FM. The differences on the 1st FM scale and the 3rd FM scale were the most pronounced.

Discussion

The results suggest that binge eating disorder in females is associated with a deficit of the 1st and the 3rd fundamental motivations. Binge eating disorder can be considered as a less severe form of bulimia. According to A. Längle and colleagues (Längle et al., 2012), the basis of bulimia is lack of turning towards oneself (2 FM) and of being able to access the self (3 FM). We believe that the deficit of the 3 FM may be a common basis for binge eating disorder and bulimia, whereas deficit of the 1 FM may arise as a consequence, reflecting the experience of inability to cope with the problem. The findings indicate that TEM can differentiate female respondents with binge eating disorder from general population, providing preliminary evidence of criterion validity of the measure. Comparative studies in various clinical groups using more representative general population samples are needed in order to validate the TEM as a quick assessment instrument for screening individuals with various disorders.

General discussion and conclusions

The active development of existential-analytic practice in counselling and therapy calls for new psychometric instruments operationalizing existential concepts. Unfortunately, the use of these instruments in scientific research remains very limited, potentially due to scarcity of empiri-

cal data showing their structural and construct validity. We believe that the complexity of existential constructs requires extra effort on behalf of researchers aspiring to operationalize them, both at the item development stage and the statistical analysis stage.

We present a new version of the Test of Existential Motivations (TEM), aiming to improve the psychometric properties of this measure and to look for evidence of its validity. The new TEM is based on a hierarchical structure of prerequisites of the 4 fundamental motivations. Questionnaires based on this approach do not tap into the personal activities or basic experiences (fundamental trust, fundamental value, etc.) associated with the fundamental motivations and may not fully cover the phenomenal reality of the four FM, but tap into the basis for fulfilment of each FM. Future studies, using a wide range of EA-based instruments, could confirm psychometrically the links between different aspects of the FM described using phenomenological approach.

In this work, we have developed a new set of items within the context of the Russian language and used expert procedures to ensure that these items are sufficiently clear and related to their respective target phenomena. The theoretically expected structure of the new measure was confirmed in two studies using CFA in three different samples. The scales of the TEM show strong associations with other measures of psychological well-being and ill-being (anxiety and depression), weak to moderate associations with the Big Five personality traits and other psychological variables conducive to existential fulfilment (self-control, systemic reflection), weak associations with social desirability in anonymous online samples, and, finally, predictable differences between respondents from a pre-clinical group and general population. These results constitute preliminary evidence of convergent, discriminant, and criterion validity of the new measure. The 4 FM scales are strongly correlated, suggesting that the prerequisites of different fundamental motivations are interconnected and existential fulfilment can be treated as a general construct or as a combination of its components, depending on the research purpose.

Clearly, more research using various clinical groups and more representative general population samples in realistic settings, such as counselling, is needed to investigate the validity of TEM for diagnostic purposes. We hope that the EA-based instruments of a newer generation, such as TEM and TEMIR, because of their theoretically-based and empirically confirmed structure, could be more readily recognized as scientific research tools, bridging the gap between existential psychology and mainstream psychological science. To help ensure this, we suggest to use similar approaches for the development of new English and German-language instruments operationalizing the existential motivations.

Another way to bridge this gap is to establish relationships between the constructs described in EA and in other theories. Within a broader context of psychology, the model of existential fulfilment can be viewed as a eudaimonic well-being theory (Waterman 2013). Empirically, this construct converges quite well with well-being measures based on other theories, such as Keyes' (2009) model of psychological well-being and Self-Determination Theory (Deci & Ryan 2002). The prerequisites, or components, of well-being described in different theories show a good convergence (Huta & Waterman 2014) and some of their prevalent themes (e.g., meaning and perspective, connectedness and relationships, autonomy and authenticity, effort and achievement) are also key themes of the fundamental motivations described in EA. Careful theoretical analysis is needed to analyze the parallels and the differences between EA and these eudaimonic well-being theories.

The principal limitations of this study include non-representative samples (all the samples we used were anonymous online volunteers); the findings concerning associations with demographic variables can only be treated as preliminary. The evidence of criterion validity is also very limited: data from various clinical groups are needed to find out the TEM profiles associated with different types of psychopathology and to compare the sensitivity of TEM to that of well-established clinical measures (such as the STAI, BDI, MMPI, etc.). However, we believe that the accumulated evidence regarding the reliability and validity of TEM allows to use it as a research and screening tool in non-clinical populations. We hope that this work carried out in a Russian context can serve as an inspiration and incentive for researchers working in the existential-analytical paradigm to develop new psychometric instruments in other languages.

Acknowledgments

The authors are grateful to Anastasia Chukarina, Marina Dorohova, Yana Lupandina, Tatiana Nazarova, and Mari-

na Selina, who helped collect the data. The study has been funded by the Russian Academic Excellence Project '5-100'. The authors have contributed equally to the paper.

References

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4(6), 561–571
- Bodalev AA & Stolin VV (2002) *Obshechaya psikhodiagnostika* [General psychodiagnosics]. Saint Petersburg: Rech
- Bollnow OF (2009) *Das Wesen der Stimmungen* [The Nature of Moods]. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Boss M (1979) *Existential foundations of medicine and psychology*. New York: Jason Aronson
- Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L & Vecchione M (2007) *BFQ-2: Manuale*. Firenze, Italy: OS
- Deci EL & Ryan RM (2002) Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. *Handbook of self-determination research*, 3–33
- Eckhardt P (2001) Skalen zur Erfassung existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. *Existenzanalyse* 18(1), 35–39
- Finney SJ & DiStefano C (2006) Nonnormal and categorical data in structural equation modeling. In GR Hancock & RO Mueller (Eds.), *Structural Equation Modeling: A Second Course* (pp. 269–312). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Flake JK, Pek J & Hehman E (2017) Construct validation in social and personality research: current practice and recommendations. *Social Psychological and Personality Science* 8(4), 370–378
- Frankl VE (1992) *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*. Boston: Beacon Press
- Gagné M (2003) The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion* 27, 199–223
- Gordeeva TO, Osin EN, Suchkov DD, Ivanova TY, Sychev OA & Bobrov VV (2016) Fenomen samokontrolya lichnosti: Diagnostika i svyazi s uspešnost'yu i blagopoluchiem [Personality self-control: measurement and associations with achievement and well-being]. *Kul'turno-Istoricheskaya Psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology] 12(2), 46–58 doi: 10.17759/chp.2016120205
- Hanin Yu L (1976) *Kratkoe rukovodstvo po primeneniyu shkaly reaktivnoi i lichnostnoi trevožnosti Ch.D. Spilbergera* [A brief manual on application of the State-Trait Anxiety Inventory by Ch.D. Spielberger]. Leningrad: LNII FK
- Hayes AF & Krippendorff K (2007) Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures* 1, 77–89
- Heidegger M (1962) *Being and Time*. N.Y.: Harper & Row
- Heidegger M (1985) *History of the Concept of Time: Prolegomena*. Bloomington: Indiana University Press
- Hu L & Bentler P (1999) Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 6, 1–55
- Huta V & Waterman AS (2014) Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of Happiness Studies* 15(6), 1425–1456
- Karelin AA (2007) *Bolshaya enciklopediya psikhologicheskikh testov* [Encyclopedia of psychological tests]. Moscow: Eksmo, 34–35
- Keyes CLM (2009) *Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Retrieved from <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>
- Koryakina UM (2010) Adaptaciya oprosnika ekzistencial'nykh motivacii "TEM" (Test ekzistencial'nykh motivacii) A. Längle, P. Eckhard [Adaptation of the questionnaire of existential motivations "TEM" (The Test of Existential Motivations) of A. Längle, P. Eckhard] // *Eksistencialnyi analiz* 2, 139–148

- Koryakina UM (2015) Usloviya ispolnennoy zhizni: opisaniye i izmeryeniye ekzistentsial'nykh motivatsii [Conditions for fulfilled life: description and measurement of existential motivations] // Nacional'nyi psikhologicheskii zhurnal [National Psychological Journal] 4(20), 49–65
- Längle A (2003) The art of involving the person – fundamental existential motivations as the structure of the motivational process. *European Psychotherapy* 4(1), 25–36
- Längle A (2016) *Existenzanalyse – Existentielle Zugänge in der Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Längle A, Jöbstl B, Kathan-Windisch R, Klun C, Lopatka K, Probst C, Probst M, Trobisch D, Wyckoff P, Zeiringer H (2012) Bulimie – die Betrogene Verheissung: Phänomenologisches Verständnis und existentieller Zugang. *Existenzanalyse* 29(1), 46–56.
- Leontiev DA & Osin EN (2014) Refleksiya “horoshaya” i “durnaya”: Ot obyasnitel'noi modeli k differentsialnoy diagnostike [“Good” and “bad” reflection: from an explanatory model to differential assessment]. *Psikhologiya: Zhurnal Vysshei Shkoly Ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics] 11(4), 110–135
- Lyubomirsky S & Lepper H (1999) A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research* 46, 137–155
- Maddi SR (1967) The existential neurosis. *Journal of Abnormal Psychology* 72(4), 311–325
- Maddi SR, Kobasa SC & Hoover M (1979) An alienation test. *Journal of Humanistic Psychology* 19(4), 73–76
- Maddi SR, Khoshaba DM, Harvey RH, Fazel M, & Resurreccion N (2011) The personality construct of hardness, V: relationships with the construction of existential meaning in life. *Journal of Humanistic Psychology* 51(3), 369–388
- Marsh HW, Lüdtke O, Muthén, B, Asparouhov T, Morin AJ, Trautwein U, & Nagengast B (2010) A new look at the big five factor structure through exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment* 22(3), 471–491
- Marsh HW, Morin AJ, Parker PD, & Kaur G (2014) Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology* 10, 85–110
- Merleau-Ponty M (1962) *Phenomenology of Perception*. London: Routledge and Kegan Paul
- Milligan GW & Hirtle SC (2003) Clustering and classification methods. In JA Schinka & WF Velicer (Eds.) *Handbook of Psychology*. Vol. 2. *Research Methods in Psychology* (pp. 165–188). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Osin EN (2009) Subjective experience of alienation: measurement and correlates. *Existenzanalyse* 26(1), 4–11
- Osin EN & Leontiev DA (2008) Aprobatsiya russkoyazychnykh versii dvukh shkal ekspres-ocenki urovnya sub"ektivnogo blagopoluchiya [Validation of Russian-language versions of two short subjective well-being scales]. In: III Vserossiyskii sociologicheskii kongress, materialy dokladov. [3rd Russian Congress on Sociology: Proceedings CD] M: Institut sociologii RAN, Rossiiskoe obshchestvo sociologov (ISBN 978-6-89697-157-3)
- Osin EN, Rasskazova EI, Neyaskina YY, Dorfman LY, & Aleksandrova LA (2015) Operatsionalizatsiya pyatifaktornoi modeli lichnostnykh chert na rossiiskoi vyborke [Operationalization of the five-factor personality trait model in a Russian sample]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological Assessment] 3, 80–104
- Paulhus DL, & Vazire S. (2007) The self-report method. In: R. W. Robins, R. C. Fraley, and R. Krueger (Eds.) *Handbook of Research Methods in Personality Psychology*. New York: Guilford Press, 224–239
- Revelle W (1979) Hierarchical cluster analysis and the internal structure of tests. *Multivariate Behavioral Research* 14, 57–74
- Reise SP, Waller NG, & Comrey AL (2000) Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment* 12(3), 287–297
- Reise SP (2012) The rediscovery of bifactor measurement models. *Multivariate Behavioral Research* 47(5), 667–696
- Rosenberg M (1979) *Conceiving the Self*. New York: Basic Books
- Ryff CD & Keyes CLM (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 719–727
- Shumsky VB, Ukolova EM, Osin EN, & Lupandina YD (2016) Measuring existential fulfillment: An original Russian version of Test of Existential Motivations. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics* 13(4), 763–788
- Spielberger CD (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y) (“self-evaluation questionnaire”)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Spinelli E (2005) *The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage
- Tabachnick BL & Fidell LS (2007) *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education
- Tangney JP, Baumeister RF, & Boone AL (2004) High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality* 72(2), 271–324
- Ukolova EM, Shumskiy VB, & Osin EN (2014) TEMIR – A test to measure existential motivations in interpersonal relationships: factorial structure, reliability, and validity. *Existenzanalyse* 31(2), 5–13
- Ukolova EM, Shumskiy VB, & Osin EN (2016) What makes a good relationship? Predictors of existential fulfillment in heterosexual romantic relationships. *Existenzanalyse* 33(2), 102–108
- Waterman AS (2013) *The best within us: positive psychology perspectives on eudaimonia*. American Psychological Association.
- Yagiyayev II, Osin EM, & Gordeeva TO (2015) Rosiis'komovna adaptatsiya metodiki zadovolenosti bazovikh psikhologichnykh potreb na ukrains'kii ta rosiis'kii vybirti [Russian-language adaptation of basic psychological needs satisfaction scales in Ukrainian and Russian samples]. In: Visnik Kam'yanets'-Podil's'kogo natsional'nogo universitetu imeni Ivana Ogiienka: Psikhologichni nauki [Herald of the I. Ogiienko Kamyanyets-Podil'sky National University: Psychological Sciences] 7, 182–190. Kamianets-Podilskiy: Medobori-2006.
- Żemojtel-Piotrowska, M, Piotrowski, J, Osin, EN, Ciecuch, J, Adams, BG, et al. (in press). *Mental Health Continuum – Short Form: The structure and application for cross-cultural studies*. *Journal of Clinical Psychology*.

Anschrift der Verfasser:

PH.D., UNIV. DOZ. VLADIMIR SHUMSKIY

Department of Psychology

National Research University “Higher School of Economics”,

Moskau

vshymk@hse.ru

PH.D., UNIV. DOZ. EVGENY OSIN

International Laboratory of Positive Psychology of Personality

and Motivation

National Research University “Higher School of Economics”,

Moskau

eosin@hse.ru

PH.D., UNIV. SENIOR LECTURER ELENA UKOLOVA

Department of Psychology

National Research University “Higher School of Economics”,

Moskau

**Appendix. Items of the Russian version of TEM
(translated from Russian).**

1. I have a reliable support in life
2. I easily engage in contact with people
3. I am not very interested in my inward life
4. I have enough opportunities to choose the things to do
5. I often experience anxiety and fear
6. I always lack time for things I consider really important to me
7. I believe that life treats me fairly
8. I feel a part of something important
9. I feel that I do not have enough space in life
10. There is no one I am really close to
11. There is nothing I could respect myself for
12. I do not have any definite goals or plans in life
13. I do not feel support from close people
14. I find it hard to get close to people
15. I find the world pretty boring
16. I feel that I have few chances to show what I am capable of
17. I feel well protected against life troubles
18. I have a feeling that I am wasting the time of my life
19. Other people do not appreciate me
20. I feel that I am needed in the world
21. I have enough space for life and development
22. I feel discomfort when I get emotionally close to another person
23. I understand that I do not have enough self-respect (dignity)
24. I do not have any objectives that could guide my life
25. I have nothing to count on as a support in life
26. I prefer to keep a distance from others
27. I am not really interested by the inward life of other people
28. I see the world as a wide field of possibilities
29. I feel pressured by the circumstances of my life
30. I spend most of my time doing things I consider really important
31. I feel that other people treat me unfairly
32. I have found my place in life
33. I usually feel insecure
34. Engaging in close relationships results in difficulties and disappointments for me
35. I value myself for being the way I am
36. I do not know what I want from life

DULZ B, HERPETZ S, KERNBERG O, SACHSSE U (HRSG)
(2011)

Handbuch der Borderline-Störungen.

Stuttgart: Schattauer-Verlag. 2. Aufl., 1022 S., 55 Abb.,

ISBN: 987-3-7945-2472-3, € 122,40 (A), 119,00 (D).

Es liegt eine überarbeitete Auflage des Standardwerkes vom Jahre 2000 vor. In dieser Ausgabe wurden die jüngsten Ergebnisse aus Forschung (insbesondere Neurobiologie) und Weiterentwicklung von Therapiemethoden (insbesondere die mentalisierungsbasierte Psychotherapie und die Schematherapie) einbezogen.

Das umfangreiche und gewichtige Buch ist in fünf Kapitel gegliedert.

Zunächst wird auf die *Geschichte und die Epidemiologie* eingegangen, mit einem kritischen Kapitel zur Frage, ob sich Borderline zu einem epidemiologischen Massenphänomen entwickelt (was der Autor Stone mit einem Ja beantwortet, aber nicht wegen der Zunahme der Pathologie selbst, sondern wegen der verfeinerten Diagnostik).

Das zweite Kapitel über die *Grundlagen* geht sehr differenziert verschiedenen Ursachen nach, von der Genetik über die Affektregulation mit ihren neurobiologischen Grundlagen (immer wieder im besonderen Bezug zur Psychoanalyse), der Bindungstheorie und anderer Entwicklungsaspekte von Kindheit und Adoleszenz, der Rolle der Traumalogie, soziokultureller und transkultureller Faktoren, der Kognition und sozialen Wahrnehmung, der Identität und der Interaktion.

Das dritte Kapitel konnte relativ kurz sein und befasst sich mit *Klassifikation und Diagnostik*, wobei auf Diagnostik und Psychoanalyse, in Verbindung zu Narzissmus und bipolarer Störung, ADHS und forensischer Psychiatrie eingegangen wird.

Der *Symptomatologie* wird ein großes Kapitel gewidmet. Es geht auf wichtige Unterscheidungen und Überlappungen ein, die bezüglich der Angst, den psychosenahen Symptome, den dissoziativen, hysterischen und antisozialen Störungen bestehen (überraschenderweise nicht speziell zur narzisstischen Störung). Die Bedeutung des selbstverletzenden Verhaltens, der Affektspannung, der Suizidalität, des Selbstwertes und der Scham, der Drogen, der Essstörungen und der Sexualität wird in jeweils eigenen Kapiteln behandelt.

Den größten Raum nimmt das letzte Kapitel über die *Therapie* ein. Hier werden in mehreren Beiträgen die Hauptverfahren der tiefenpsychologischen Richtungen und der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie dargestellt, ein Kapitel behandelt die Gesprächspsychotherapie. Der traumazentrierten Arbeit wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Eine Reihe spezieller Aufsätze widmen

sich der Selbstwertproblematik, der Behandlung komorbider Störungen, der Ego-state Therapie, der Psychoedukation, der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, der Paartherapie, der Familientherapie, der Körpertherapie, der Kunsttherapie, der Pharmakotherapie und dem Betreuungsrecht. Natürlich wird auch auf das Konzept der Mentalisierung und Achtsamkeit eingegangen, bei dem Kernberg in seinem Beitrag jedoch zurückhaltend und vorsichtig vorgeht.

Aus einer existenzanalytischen Sicht wäre kritisch anzumerken, dass eine existentielle oder phänomenologische Herangehensweise in dem Buch leider nicht vorkommt, was sicherlich auch mit der eigenen Publikationslage zu tun hat. Aber immerhin widmet sich ein Kapitel von den 1000 Seiten der Sinnfrage (Sachsse), wenngleich in eher humoristischer, allgemein-philosophischer bzw. allgemein-theologischer Betrachtungsweise, mit durchaus guten soziokulturellen Aspekten. Frankl wird zwar erwähnt (allerdings nur zitiert nach Zirks 2007), ohne dass auf ihn inhaltlich eingegangen wird. Doch abgesehen davon gesteht der Autor (Mitherausgeber des Buches) ein, dass er sich beim Thema Sinn hilflos fühlt und es gerne delegiert, was er in diesem Kapitel auch gemacht hat. Das Thema wird in sechs Abschnitten unter den Überschriften „Shit happens...“ mit Bezügen zu verschiedenen Religionen abgehandelt, was angesichts der existentiellen Wichtigkeit der Thematik polemisch wirkt. Was uns aus einer existenzanalytischen Sicht jedoch schwierig vorkommt, und wir daher hier hervorheben möchten, ist, dass der Autor aus seinem subjektiven Gefühl heraus und ohne Belege große Vorbehalte gegenüber der psychotherapeutischen Arbeit mit Sinn anmeldet und den Verdacht hegt, „dass auf solche Fragen ausgewichen wird, wenn es in der Psychotherapie handwerklich schwierig wird. Dann flüchten sich die Beteiligten auf die höchste aller Metaebenen ...“ (870) Er sieht in der Sinnsuche ein „Abwehr- oder Widerstandsphänomen oder (... eine) verklausulierte Form der therapeutischen Kapitulation und Resignation“ (ebd) und man müsse sich mit der Sorge auseinandersetzen, unseriös zu arbeiten. Er vertrete mit „einiger Berechtigung“ die Position: „wer die Sinnfrage stellt, leidet und einer behandlungsbedürftigen Depression; die Sinnfrage ist stets Symptom einer Depression und ein Hinweis auf zumindest latente Suizidalität.“ (871) Dass dies so sein kann, sei unbestritten. Aber dass es *nur* so ist, ist doch ein Reduktionismus und Psychologismus.

Was zudem bemerkenswert ist, ist der Umstand, dass sich der Autor trotz eingestandener Hilflosigkeit und Unkenntnis des Umgangs mit Sinn einen wissenschaftlichen Artikel in einem Fachbuch zutraut. Vielleicht ist ein solches Ausmaß an Unkenntnis phänomenologischer,

existentieller und auch das Sinnthema einschließender Arbeit in der Psychotherapie und die Ignorierung einer immerhin weltweiten Bewegung mit tausenden von Therapeuten einer gewissen Engführung der therapeutischen Perspektive und einem entsprechenden wissenschaftlichen Eigenganges zuzuschreiben, wie er in Deutschland unter dem Diktat des wissenschaftlichen Beirats vorherrscht. Der WBP nimmt sich z.B. heraus, Dutzende wissenschaftliche empirische Studien, die in angesehenen europäischen und amerikanischen Zeitschriften mit Peer-Reviewverfahren erschienen sind, als unwissenschaftlich zu deklarieren und als unzureichend zum Beleg der therapeutischen Wirksamkeit humanistischer Psychotherapien abzuqualifizieren (Kriz 2014). Dieses enge Wissenschaftsverständnis hat zu einem ziemlichen Kahlschlag der humanistischen (und anderer) Bewegungen in Deutschland geführt. Der Fokus dieses Buches ist vorherrschend aus dieser Perspektive auf Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie gerichtet. Insofern ist dieses Buch als sehr auf das gegenwärtige deutsche Psychotherapieverständnis zugeschnitten anzusehen. Das haben auch Doering et al in ihrem Artikel bemängelt. Sie wollten die Forschungsperspektive nicht dem Ziel „einer Schulenideologie“ unterwerfen, „die in Deutschland der Psychotherapieentwicklung eher geschadet haben dürfte“, und wollten sie „hinter sich lassen“ (852)

Dass die so hoch angesehene Wissenschaftlichkeit doch nicht immer durchgehalten wird, zeigt m. E. auch die Arbeit von Birger Dulz über die Aktualität der Freud'schen Verführungstheorie, die doch einen tendenziösen Charakter hat. Sie scheint mir mehr eine emphatische Rehabilitierung Freuds im Sinne von „ich hab doch Recht“ zu sein, die berechtigt, dem Urvater weiter Glauben schenken zu können.

Eine sehr moderne, kritische Arbeit ist die von Kind, der die psychoanalytischen Borderlinerkonzepte analysiert und dann auf die bahnbrechenden Erkenntnisse von Daniel Stern eingeht, die die klassischen Konzepte der Psychoanalyse eigentlich außer Kraft setzen. Er resümiert: „die wissenschaftlich-klinische Auseinandersetzung mit dem Borderline-Syndrom ist offenbar nicht beendet...“ (34)

Es ist nicht möglich, ein so umfangreiches Werk gebührend in einer Buchbesprechung zu beschreiben. Es ist ungenügend bereichernd, in die verschiedenen Perspektiven, Theorien und praktischen Ansätze hineinschauen zu können, über Forschungsergebnisse zu erfahren, neuere Entwicklungen diskutiert zu bekommen, und so die eigene Arbeit mit den PatientInnen anreichern zu können.

Trotz der obigen Kritik ist dieses Buch eine Fundgrube für Daten, Theorien, Reflexionen, Forschungen und Behandlungsweisen, gründlich recherchiert und gut belegt,

auch wenn sie, wie gesagt, nicht ganz der Breite und therapeutischen Vielfalt entsprechen, wie wir sie in Österreich gewohnt sind.

Alfried Längle

Literatur:

Kriz J (2014) Deutsche Verhältnisse. Zu den Hintergründen und dem Kontext des Anerkennungsverfahrens Humanistische Psychotherapie Projekt Psychotherapie 01/2014 (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. bvvp), 18–19

Dazugehörige Literatur:

Kriz J (2014) Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. In: Sulz, Serge (Hrsg.): Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet? München: CIP-Medien, 154–185

Kriz J (2014) Vermessene „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie in Deutschland. In: Hartmann-Kottek, Lotte (Hrsg.): Gestalttherapie – Faszination und Wirksamkeit. Eine Bestandsaufnahme. Gießen: Psychosozial-Verlag, 353–357

Kriz J (2014) Sinn und Unsinn von Richtlinientherapie – Grundlagen der Humanistischen Psychotherapie. Gestalt-Zeitung, 27, 54–58

Kriz J (2015) Psychotherapieforschung – und ihre Beschränkung durch einen schulenspezifischen Bias Resonanzen. E-Journal für Bio-psychoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3(1). Zugriff am 15.11.2015. Verfügbar unter <http://www.resonanzenjournal.org>.

WOLFGANG HERZOG, WOLFGANG WÖLLER,
JOHANNES KRUSE

Psychosomatik

Erkennen – Erklären – Behandeln

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2017

Das Lehr- und Praxisbuch für Psychosomatische Medizin bezieht sich auf das Bio-Psycho-Soziale Modell und ein psychodynamisches Verständnis in der Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen und Krankheiten. Psychosomatische Störungen und Erkrankungen im engeren Sinn sowie eine in speziellen klinischen Bereichen integrierte Psychosomatik werden nach einer gut nachvollziehbaren Grundstruktur beschrieben: Nach einer Definition, Klassifikation, Häufigkeitsangabe und Prognose folgen die Schwerpunkte „Erkennen“, „Erklären und Verstehen“, sowie „Behandeln“. Zugunsten dieser Themen wird auf vorgeschaltete Theorie- und Grundlagenkapitel verzichtet, statt dessen ein phänomenologischer Zugang im Erkennen, ein hermeneutischer Zugang im Erklären und Verstehen und ein evidenzbasierter Zugang im Behandeln zu den beschrie-

benen Störungsphänomenen gewählt.

Angereichert durch viele Praxisbeispiele werden Interessierten, Ärzten, Psychologen, Pflegenden und Studierenden, an die sich das Buch richtet, prozesshaft Begegnungen mit PatientInnen ermöglicht und die beschriebenen Störungsbilder komprimiert und verständlich veranschaulicht.

Um Psychosomatische Erkrankungen **erkennen** zu können, fordern die Autoren eine phänomenologische Offenheit als Grundvoraussetzung. Für das praktische Vorgehen beim Erkennen werden betreffend der erhaltenen Informationen in der Begegnung die objektive Ebene (Was sehe ich als Behandler?), die Interaktionsebene (Wie verhält sich der Kranke?), die subjektive Ebene (Was erlebt der Kranke auf welche Weise?) und die szenische Ebene (Welche Beziehung entwickelt sich zu dem Kranken?) beachtet. Alle Informationsebenen gründen in unterschiedlicher Weise in der Beziehung zum Patienten, womit die therapeutische Beziehung in den Augen der Autoren zur Grundvoraussetzung für das Erkennen wird. Psychosomatische Medizin wird zur Beziehungsmedizin ernannt. In der Kommunikation zwischen dem Menschen in Not und dem Menschen als Helfer werden jeweils der Inhalts- und der Beziehungsaspekt beachtet, beiden Bedeutung beigemessen und angeregt, wie vor allem auch auf den Beziehungsaspekt eingegangen werden kann.

Um die Erkrankung zu **erklären** und zu **verstehen** gehen die Autoren in Anlehnung an das bio-psycho-sozialen Modell der Psychosomatischen Medizin vor und analysieren die Interaktionen zwischen den biologischen, den subjektiven und individuellen Faktoren des Patienten und seiner sozialen Umwelt. Diese Vorgangsweise schenkt dem Körper nicht weniger, sondern der „Seele“ mehr Aufmerksamkeit. Anliegen ist es, zu einer ganzheitlichen Betrachtung von Körper und „Seele“ als biografischer Einheit zu kommen. Es sollen dabei die naturwissenschaftliche Logik der Medizin und ein lebensgeschichtlicher, hermeneutischer und kulturwissenschaftlicher Ansatz, der das einzelne Subjekt in seiner individuellen Subjektivität mit seinen lebensgeschichtlichen Bezügen zu verstehen versucht, miteinander in Beziehung gesetzt werden. Bei der Beantwortung der Frage - Warum erkrankt ein Patient in dieser Situation an dieser Erkrankung? – wird im Wesentlichen den Fragen der Vulnerabilität und Prädisposition, der auslösenden Situation und Chronifizierungsfaktoren nachgegangen. Neben Risikofaktoren zur Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen werden, dem Salutogenese-Konzept entsprechend, auch protektive Faktoren beachtet. Offen bleibt in dieser

Herangehensweise die existenzielle Frage: Wie geht der Mensch mit seinen Umständen um?

Den Zusammenhang zwischen Symptomentwicklung und prädisponierender Persönlichkeit beschreiben die Autoren als sehr unterschiedlich und führen ihn auf acht Störungsmodelle zurück. Sie geben in deren Beschreibung einen Überblick über die gängigsten derzeit bestehenden Modelle zur Erklärung psychosomatischer Erkrankungen. Wichtig erscheint der Hinweis, dass sich die Modelle nicht ausschließen und bei jedem Patienten neu darauf zu achten und im Grunde phänomenologisch zu schauen ist, welche Perspektive in der aktuellen Therapiesituation hilfreich ist, um einen passenden Interventionsplan zu erstellen.

1. Das *Konfliktmodell* bezieht sich in der psychodynamischen Psychotherapie auf das Strukturmodell der Persönlichkeit nach S. Freud (Über-Ich, Es, Ich) und versteht einen Konflikt als ein Zusammentreffen unterschiedlicher Bestrebungen innerhalb einer Person oder zwischen mehreren Personen (äußere oder interpersonelle Konflikte, innere Konflikte, verinnerlichte Konflikte). Insbesondere unbewusste, intrapsychische Konflikte wirken pathogen. In auslösenden Situationen werden unbewusste, verinnerlichte Konflikte aktualisiert. Unangenehme Gefühle wie Angst, Scham, Wut, etc. werden abgewehrt. Folge der Abwehr ist die psychische oder psychosomatische Symptomatik. Ziehen sich bei allgemein guter Lebensbewältigung konstante Konfliktmuster durch das Leben, die sich wiederholen und aktualisiert die auslösende Situation dieses Konfliktmuster so liegt dessen Beachtung in der Behandlung nahe.
2. Das *Strukturmodell* versteht die Symptomatik vor dem Hintergrund der Fähigkeiten des Patienten, sich selbst und seine Beziehungen zu regulieren. Werden die frühkindlichen Entwicklungsprozesse u.a. durch eine sehr wenig einfühlsame oder gewalttätige Umwelt, durch schwere Erkrankung der Eltern u.v.a. gestört, so können sich diese strukturellen Fähigkeiten im Kind nicht ausreichend entwickeln, sondern es kommt zu strukturellen Einschränkungen in der Persönlichkeit: mangelnde Emotionsregulierung, mangelnde Mentalisierung, verändertes Selbsterleben, Bindungsstörung, mangelnde Selbstfürsorge und Selbstberuhigung. Strukturelle Defizite sind eine Prädisposition für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen. Die Symptome entwickeln sich, wenn die Struktur überfordert ist, u.a. durch Verluste, Frustrationen, Angriffe, Vereinnahmungen, Schwächungen des Selbstwertes durch Kränkungen, Beschämungen, Entwertungen, Verletzungen des Grundbedürfnisses des Selbst, emotionale Überflutung als Bedrohung des

Selbst. Kann der Behandler strukturelle Defizite beim Patienten erkennen, empfiehlt es sich, vorerst an der Ich-Struktur zu arbeiten.

3. Das *Traumamodell* gibt einen Rahmen um die Folgen extremer Stresserfahrungen auf die „seelische“ und körperliche Gesundheit der Betroffenen zu verstehen und zu erklären. Sind potentiell traumatische Erlebnisse Ausgangspunkt für die Symptomentwicklung, so weisen die Autoren darauf hin, dass zusätzlich auf eine differenziert zu betrachtende Arbeit bei entweder einfach oder komplex traumatisierten Menschen zu achten ist.
4. Das klassische *Lernmodell*, das psychische Störungen als Folge gelerntem Fehlverhalten interpretiert, kann die Entstehung psychischer Störungen wohl alleine nicht erklären, trägt aber zum Verständnis der Aufrechterhaltung wesentlich bei. Weiterentwicklungen dieser kognitiven Ansätze beobachten, dass Metakognitionen von besonderer Bedeutung für die Entstehung der Symptomatik sind. Psychoedukative Interventionen beruhen vorwiegend auf dem Lernmodell.
5. Das Modell der *Krankheitsverarbeitung* beschreibt den Prozess, wie sich PatientInnen mit einer bestehenden chronischen Erkrankung auseinandersetzen. Überdies erläutert es Ursachen dieser Störungen, die in einer unempathischen Arzt-Patienten-Kommunikation, Fehlern in der Behandlung, unrealistischen Vorstellungen des Patienten über die Erkrankung u.a.m. gesehen werden.
6. Im *systemisch-familientherapeutischen Modell* ist Krankheit ein Teil einer größeren, störenden oder gestörten Interaktion an der eine oder mehrere Personen leiden. Die Perspektive dieses Modells liegt in der Lösung und auf der Zukunft. Dieses Modell wird insbesondere im Umgang mit chronisch körperlich erkrankten Menschen weiterentwickelt.
7. In *biologischen Modellen* werden psychische Störungen primär als Ausdruck gestörter Hirnfunktionen betrachtet. Diese Modelle geben einen Hintergrund für das Verständnis der Wirkung von Psychopharmaka. Ergebnisse neuerer Studien weisen darauf hin, dass der alte Gegensatz zwischen „erbt und erworben“ zugunsten einer komplexen Beziehung von Veranlagung und Umweltfaktoren aufgegeben wird. Insgesamt beschreiben die Autoren die Ergebnisse über die molekularen Faktoren für die Entstehung psychosomatischer und psychischer Störungen als enttäuschend und verweisen auf die zunehmend im Zentrum der Aufmerksamkeit stehenden epigenetischen Untersuchungen. In diesen wird z.B. der Einfluss frühkindlicher Belastungen auf die psychophysiologische

Stressreagibilität nachgewiesen. Neurobiologische Veränderungen der Informationsverarbeitung aufgrund schwerer psychischer Traumatisierungen finden in der Behandlung derselben zunehmend Beachtung. Es werden Hinweise auf die enge Verknüpfung sozialer und psychischer Schmerzsymptome gegeben, da „Sich-ausgeschossen-Fühlen“ neurobiologisch ähnliche Netzwerke aktiviert wie körperliche Schmerzzustände. Zentral in den biologischen Modellen ist die Aussage, dass auch durch Psychotherapie und den damit vermittelten Beziehungserfahrungen neurobiologische Veränderungen zu erzielen sind.

8. Das *Stressmodell* beschreibt die Auswirkungen von Belastungssituationen auf die psychophysiologischen Regulationsvorgänge sowie die Beeinflussung des Immunsystems durch das Stresssystem.

Erfreulich ist zu bemerken, dass auch ein psychodynamisch geprägtes Verständnis die Augen offen hält für darüber hinausreichende Verständnismodelle, dass eine initiale Diagnostik auch hier immer nur Hypothesencharakter hat und im Verlauf der Therapie immer neu hinterfragt und überarbeitet werden soll.

In der psychosomatischen Medizin umfasst **Behandeln** nach Auffassung der Autoren

- Beziehungsorientierung,
- das Wissen, dass Diagnose und Therapie nicht strikt zu trennen sind, sondern jede Diagnose schon eine therapeutische Wirkung hat, Worte also infizieren,
- dass der psychosomatisch erkrankte Mensch, auch wenn er vornehmlich seine körperlichen Beschwerden beachtet und darüber berichtet, in seinem emotionalen Erleben in den Mittelpunkt zu rücken ist und im Gespräch vorsichtig zu diesem hingeleitet werden soll,
- dass die ganzheitliche Betrachtung der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene das Behandlungskonzept prägen soll,
- eine breite Variation der Behandlungsstrategien,
- den Forschungen der Salutogenese entsprechend Resilienz- und Ressourcenorientierung.

Diese Sichtweise von Behandlung ist eine für PsychotherapeutInnen im Allgemeinen und für ExistenzanalytikerInnen im Besonderen keine neue, sondern bestätigt deren Konzepte, wenngleich einem existenziell geprägten Behandler die personale Dimension in diesen Ausführungen immer wieder fehlen wird.

Das Buch gibt im Einführungsteil weiters Hinweise auf das psychosomatisch-ärztliche Gespräch, das dem Beziehungsaufbau und der initialen Diagnostik dienen soll. Grundlagen

der Kommunikation sowie hilfreiche Gesprächstechniken zur Strukturierung werden beschrieben, um Ärzte zu motivieren, offene Fragen zu stellen und eine vertrauensvolle Beziehung und ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufzubauen. Ausgangspunkt bilden zwar die körperliche Beschwerden, die Patienten sollen aber angeregt und vorsichtig begleitet werden, auslösende Situationen für das Auftreten der Beschwerdesymptomatik zu identifizieren bzw. ein erweitertes Gesundheit-Krankheitsverständnis zu entwickeln, statt rein somatisch-ursächlich zu denken.

Psychoedukation, Entspannungsverfahren, physikalischen Therapien, Meditation, Imagination, Biofeedback und Sport werden in der Behandlung genauso Bedeutung beigemessen wie der psychosomatischen Grundversorgung und der Psychotherapie.

Die Autoren umreißen die Versorgungsstrukturen in der Psychosomatischen Medizin in Deutschland und geben somit einen Überblick über die ambulante sowie stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung, über Tageskliniken, Konsiliar- und Liaisondienste, Rehabilitation, Prävention und auch über das Ausmaß der Aus- und Weiterbildungen der unterschiedlichen Behandlergruppen.

In der Beschreibung der Psychosomatischen Störungen und Krankheiten im engeren Sinn (Essstörungen, Funktionelle und somatoforme Störungen, Schmerzstörungen, Angststörungen, Depressive Störungen, Störungen in Folge von Belastungen) findet der Leser Definitionen der einzelnen Störungsbilder sowie Hinweise auf die Begriffsgeschichte, Diagnostische Klassifikation nach ICD-10, Verweise auf die Epidemiologie und Prognose und in den Kapiteln Erkennen – Erklären – Behandeln nach der oben beschriebenen Grundstruktur wertvolle Hinweise in komprimierter Form, sowie Informationen, die den Zugang zu PatientInnen und dem jeweils geeigneten Behandlungsweg bereichern können. Durch Fallbeispiele angereichert ist es den Autoren gelungen, ein Nachschlagewerk für BehandlerInnen zu konzipieren, das bei vorhandener Ausbildung die wesentlichen Kriterien dieser Störungen gut veranschaulicht und zusammenfasst.

Im Kapitel der integrierten Psychosomatik in speziellen klinischen Bereichen (Herz-Kreislaufkrankungen, Lungenheilkunde, Gastroenterologie, Gynäkologie, Onkologie, Diabetes Mellitus, Geriatrie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) beeindruckt die Aufnahme aktueller Trends in der modernen Medizin. Statt Heilung wird ein möglichst guter Gesundheitszustand angestrebt, statt vollständiger Genesung ein möglichst weitgehendes Wohlbefinden. Die Spezifitätslehre – hier spezifischer Konflikt, dort typische psychosomatische Krankheitsmanifestation

- findet keine hinreichende empirische Basis und wird verworfen. Es wird festgestellt, dass die früher als „klassisch“ psychosomatisch beschriebenen Entitäten von Alexander aus heutiger Sicht genauso viel oder genauso wenig „psychosomatisch“ sind wie viele andere Volkskrankheiten. Für alle Erkrankungen gemeinsam wird festgestellt, dass es vielfältige individuelle Möglichkeiten für das Zustandekommen der psychosomatischen Phänomene gibt und die Krankheitsverarbeitung sowie ein bestmöglicher Umgang mit den spezifischen Anforderungen der Erkrankung durch den erkrankten Menschen in seiner spezifischen Lebenssituation mit seinen spezifischen kognitiven, psychischen, emotionalen Stärken und Schwächen in seiner sozialen Lebenslage mit, trotz und gerade auch durch den zuständigen Behandler erschwert sein und manchmal auch scheitern kann.

Mutig werden psychosoziale Faktoren zur Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung früher rein der somatischen Medizin zugerechneten Erkrankungen sowie psychosomatische und somatopsychische Wechselwirkungen aufgezeigt und Behandlungswege zur Verbesserung der Erkrankungen neben den organmedizinischen Interventionen genannt.

Behandelnde PsychotherapeutInnen ohne medizinische Vorkenntnisse erhalten komprimiert und gut verständlich Definition, Symptome, Risikofaktoren von Erkrankungen aus den angeführten Bereichen. Deren psychosozialen Aspekte werden genannt und mit psychosomatischen Fragestellungen und Therapieansätzen verbunden. Vor allem PsychotherapeutInnen, deren Klientel sich auch aus Menschen mit somatopsychischen Erkrankungen zusammensetzt, erhalten hier ein übersichtliches Werk mit wertvollen und hilfreichen Informationen und Hinweisen zu den gängigsten Erkrankungen, praxisnah veranschaulicht durch zahlreiche Fallbeschreibungen und versehen mit Hinweisen, welches die vorrangigen Themen und Ziele einer begleitenden Psychotherapie sein könnten.

Insbesondere für alle psychosomatisch tätigen BehandlerInnen, aber auch für interessierte Laien mit einem ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis liegt hier ein sehr empfehlenswertes Buch vor, das aber leider auch aufgrund des Zugangscodes für die kostenlose Freischaltung auf der Online-Plattform eRef sehr teuer ist.

*Mag.^a Renate Bukovski, MSc
Aubach 5, 4873 Redleiten
renate.bukovski@existenzanalyse.at*

UNIVERSITÄTSLEHRGANG EXISTENZIELLE PÄDAGOGIK STARKE KINDER – AUTHENTISCHE ERWACHSENE

Die Uni for Life bietet ab Herbst 2017 in Kooperation mit der GLE unter der Leitung von Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Maria Waibel berufsbegleitend in 7 Semestern einen

Masterlehrgang zum Master of Arts (MA)
in Existenzieller Pädagogik an.

BeraterabsolventInnen der GLE können sich diese Ausbildung auf den Masterlehrgang anrechnen lassen.

WEITERBILDUNG AN DER UNIVERSITÄT GRAZ in Kooperation mit der GLE I und der GLE Ö

ANSPRECHPARTNERIN Mag.^a Sigrid Reithofer-Lepolt

Tel.: +43 316 380 1280 **Fax:** +43 316 380 9007 **Email:** sigrid.reithofer-lepolt@uniforlife.at

Info: www.existenzanalyse.at

Universitätslehrgang „Existenzanalyse und Logotherapie“

der Universität Salzburg in Kooperation mit der GLE

Neuer Kurs ab WS 2018/19:

Vöcklabruck / Salzburg

Laufende Kurse

seit WS 2016/17: Vöcklabruck / Salzburg

seit WS 2017/18: Wien / Salzburg

Anmeldung und Information:

sekretariat.ulg@existenzanalyse.at

Akademischer Abschluss zum Master of Science (Existenzanalyse)
Ausbildung zur/m Psychotherapeutin/en im Fachspezifikum Existenzanalyse

www.universitaetslehrgang-existenzanalyse.at

WEITERBILDUNGSTERMINE

Weiterbildungscurricula:
Neue Gruppen

Persönlichkeitsstörungen

Leitung: Prof. DDr. Alfred Längle

Innsbruck: Start: 03.–4.11.2017;

weitere Termine: 12.–13.01.2018; 17.–18.03.2018;

09.–10.06.2018; 15.–16.09.2018

Anmeldung u. Info: alfried.laengle@existenzanalyse.org

Weiterbildung zum Supervisor/zur Supervisorin:

Block B-Teamsupervision und Coaching

Leitung: Dr. Anton Nindl

Salzburg: 02.–04.02.2018, 08.–10.06.2018

Wien: 07.–09.09.2018, 14.–16.12.2018

Anmeldung u. Info: anton.nindl@existenzanalyse.at

Paartherapie

Leitung: Mag.^a Susanne Pointner, Marc Sattler

Baden bei Wien NEUER Kurs: 16.–18.03.2018

Alltengbach, NÖ: weitere Termine: 09.–11.11.2018;

Frühjahr und Herbst 2019

Anmeldung u. Info:

susanne.pointner@existenzanalyse.org

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Leitung: Mag.^a Andrea Kunert, Dr. Roman Biberich

Wien: Start: 25.–26.05.2018

Anmeldung u. Info: andreakunert@gmx.at oder

roman.biberich@gmx.at

Psychotherapie

Leitung: Dr.ⁱⁿ Liselotte Tutsch, Mag.^a Renate Bukovski, MSc

Salzburg, S: Start: 21.–23.09.2018; weitere Termine:

02.–04.11.2018, 01.–03.02.2019, 12.–14.04.2019,

06.–08.09.2019, 25.–27.10.2019

Anmeldung u. Info: renate.bukovski@existenzanalyse.at

Schizophrenie und andere psychotische Zustandsbilder – existenzanalytische Zugänge

Leitung: Dr.ⁱⁿ Karin Matuszak-Luss

Wien: NEUER Kurs: Ende 2018, Anfang 2019 geplant

Anmeldung u. Info: info@psyordination.at

Psychosomatik

Leitung: Mag.^a Renate Bukovski, MSc

Co-Leitung: Mag.^a (FH) Kerstin Breckner, MSc, BEd.

St. Georgen, OÖ: NEUER Kurs: Start ab Herbst 2019

Anmeldung u. Info: renate.bukovski@existenzanalyse.at

Besuchen Sie unsere eigene Homepage
für die Zeitschrift EXISTENZANALYSE

WWW.EXISTENZANALYSE.NET

MIT INFOS ZUR ZEITSCHRIFT

Inhalt der letzten Hefte – Abstracts der
letzten Hefte,
Stichwortverzeichnis – Autorenverzeichnis
Archiv früherer Ausgaben,
Forschung – eigenes Archiv
Redaktion, Wissenschaftlicher Beirat,
Hinweise für Autoren

ONLINE-ABONNEMENT

BESTELLUNG VON JAHRES-ABOS *

Subskription für **Online-Version** Euro 25,–

Subskription für **gedruckte Version** Euro 30,–

Subskription für kombiniertes Abo **Online- &
Druck-Version** Euro 40,–

BESTELLUNG VON EINZELHEFTEN

Einzelpreis: Sommerausgabe Euro 15,– /

Online-Version: Euro 12,50

Winterausgabe (Kongressbericht) Euro 20,– /

Online Version: Euro 17,50

Alle Preise inkl. Versand Europa

Die Umrechnung der Preise in Schweizer

Franken erfolgt tagesaktuell

* Mitglieder der GLE erhalten die gedruckte
oder online Zeitschrift kostenlos.

Die Zeitschrift erscheint halbjährlich, im Juli u.
Dezember (je Heft ca. 70–140 Seiten)

**Bestellung: GLE-International,
Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien
subscription@existenzanalyse.net
www.existenzanalyse.net**

EXISTENZANALYSE veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsartikel, Projektberichte und Falldarstellungen mit Bezug zur Forschung, Anthropologie und Praxis der Existenzanalyse. Die Zeitschrift nimmt im Forum/Diskussionsteil auch Erfahrungsberichte und Fallberichte zur Anwendung der Existenzanalyse auf, weiters Forschungsimpulse, Diskussionsbeiträge zu publizierten Artikeln und Berichte aus der Redaktion.

Manuskripte sind generell per e-mail an die Redaktion zu senden (redaktion@existenzanalyse.net). Es können Arbeiten in Deutsch oder Englisch eingereicht werden.

Voraussetzung für die Einreichung eines Manuskripts an die Redaktion ist, dass die Arbeit noch nicht publiziert oder an anderer Stelle zur Publikation eingereicht wurde.

Alle Manuskripte gehen in ein redaktionelles Gutachten.

Wissenschaftliche Arbeiten unterliegen einem peer-review-Verfahren, wobei zwei unabhängige anonyme Gutachten eingeholt werden (Review Verfahren durch den wiss. Beirat). Das Ergebnis wird dem Autor/der Autorin mitgeteilt, ob und gegebenenfalls mit welchen Änderungen die Arbeit akzeptiert wird.

Mit der Annahme und Veröffentlichung des Manuskripts geht das ausschließliche Copyright an die GLE-International als Herausgeber über. Es liegt in der Verantwortung der Autoren die Einwilligung für die Reproduktion von Abbildungen aus anderen Publikationen einzuholen.

Formale Gestaltung der Manuskripte

Manuskripte sollen von Anfang bis zum Ende auf ein und demselben System (Microsoft Word) erfasst werden (1,5-zeilig, Schriftgröße 12, breiter Rand, ohne spezifische Formatierungen und bereits korrekturgelesen).

Am Anfang jedes Artikels stehen der **Titel** des Artikels, der **Name** des Verfassers/der Verfasserin, ein kurzes **Abstract** (5–10 Zeilen) und 3–5 **Schlüsselwörter** (wenn möglich auch auf englisch), die stichwortartig auf den Inhalt der Arbeit verweisen sollen.

Innerhalb des Artikels soll es im Sinne der Übersichtlichkeit **Zwischenüberschriften** geben.

Für **Literaturhinweise** im Text sollen in Klammern Autor und Erscheinungsjahr des Titels, auf den verwiesen wird, und bei Zitaten die Seitenzahl durch Beistrich getrennt, angegeben werden. Mehrere Verweise werden durch Strichpunkte getrennt.

z.B. (Müller 1998, 56) oder (Müller 1998, 1999; Müller & Meier 1980)

Für das **Literaturverzeichnis** (alphabetisch) am Ende des Artikels sind die bibliographischen Angaben wie folgt zu gestalten:

Autor (Jahr) Buchtitel. Verlagsort: Verleger

Autor (Jahr) Beitragsartikel. In: Herausgebername (Hg) Buchtitel. Verlagsort: Verleger, Seitenangabe

Autor (Jahr) Titel des Artikels. Name der Zeitschrift, Band, Seitenangabe von–bis.

Den Autor bitte jeweils mit Nachnamen und abgekürztem Vornamen angeben.

z.B.:

Maier A (1998) Psychotherapie. Wien: Deuticke

Müller B (1998) Existenzanalyse. In: Maier A (Hg) Psychotherapie. Wien: Deuticke, 50–54

Schmid C (1999) Therapiemethoden. Existenzanalyse 13, 1, 4–12

Gibt es von einem Autor zwei unterschiedliche Publikationen aus demselben Jahr, so sind diese durch „a“, „b“ etc. voneinander zu unterscheiden.

z.B.:

Maier A (1998a) Psychotherapie. Wien: Deuticke

Maier A (1998b) Psychologie. Wien: Deuticke

Angaben zum Autor (am Ende des Manuskripts):

Akademischer Grad, Vor- und Zuname, Anschrift, e-mail.

(Nicht für die Veröffentlichung gedacht, sondern für die Redaktion sollen Telefonnummer und Faxnummer des Autors angegeben werden.)

z.B.:

Anschrift der Verfasserin:

Dr.phil. Susanne Müller

Beispielstraße 25/5

A–1090 Wien

muller@existenzanalyse.org

Jede **Tabelle** oder **Illustration** mit Legenden auf einem eigenen Blatt mit Hinweis, an welcher Stelle im Text die Darstellung eingefügt werden soll. Abbildungen müssen qualitativ zur Reproduktion geeignet sein (z. B. als jpg mit mindestens 300 dpi). Abbildungen werden im Druck schwarz-weiß wiedergegeben, graphische Abbildungen sollen so gestaltet sein, dass ein schwarz-weiß-Druck die Aussage wiedergeben kann, im Online-Abo der Zeitschrift sind sie auch in Farbe. Abbildungen können nur in Absprache mit der Redaktion veröffentlicht werden.

Die einzelnen Seiten sind durchnummerieren, aber (zum Zweck der Anonymität der Begutachtung) bitte nicht mit Kurztiteln (Running heads) zu versehen.

Artikellänge: 1 Seite in der Existenzanalyse ohne größere Überschriften und Tabellen (also ziemlich voll) hat 5.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen). Ein wissenschaftlicher Artikel mit ca. 8–10 Seiten hat ca. 45.000–60.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen). Ein Erfahrungsbericht bzw. Diskussionsbeitrag mit ca. 3–5 Seiten hat ca. 16.500–27.500 Zeichen, das Literaturverzeichnis bei diesen Forumsbeiträgen sollte auf 10 Werke beschränkt sein.

Umbruchkorrekturen sind vom Autor vorzunehmen und auf beim Satz entstandene Fehler zu beschränken.

Der Autor (die Autorin) erhält ein pdf des Beitrags und 3 Hefte als **Belegexemplare** kostenlos. Reduktion auf Heft-Preis für Autor für weitere Exemplare: -30%

Urheberrechte

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt die GLE-International vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren, sowie das Recht der Übersetzung in andere Sprachen. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Waren- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Eigentümer und Copyright-Inhaber: © GLE-International/Wien

Redaktionsanschrift

Redaktion der Zeitschrift EXISTENZANALYSE

GLE-International

(z.Hd. Dr. Silvia Längle)

Eduard Sueß Gasse 10

1150 Wien / Österreich

Tel.: 0043/1/9859566

Fax: 01/9089574

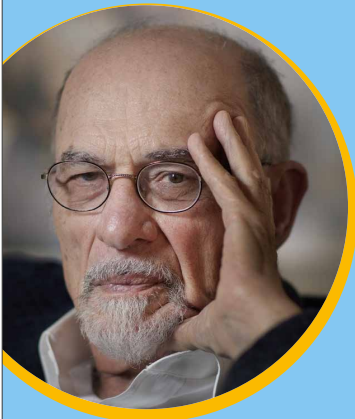
Mail: redaktion@existenzanalyse.net

Homepage: www.existenzanalyse.net

Wachstum ermöglichen

Veränderungsprozesse
in Psychotherapie & Beratung

27.–29. April 2018



Live-Interview
Irvin Yalom



GLE International
Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse

Internationaler Kongress
Technische Universität Dresden

Telefon: +43 (0)1 985 95 66
Telefax: +43 (0)1 908 95 74

www.existenzanalyse.org

NEUE AUSBILDUNGSKURSE 2018

ÖSTERREICH

Salzburg/Graz, September 2018

Universitätslehrgang „Existenzanalyse und Logotherapie“

Universität Salzburg in Kooperation mit der GLE-Österreich

Leitung: DR.^{IN} MED. BARBARA JÖBSTL

Info: Tel.: 0676/324 69 49 –

Di 12:00–14:00

sekretariat.ulg@existenzanalyse.at

Infos für alle GLE-Ausbildungen in Österreich:

Sekretariat der GLE-Ö:

Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339

sekretariat@existenzanalyse.at

www.gle.at

Innsbruck, 10./11.02.2018

Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: MAG.^A RENATE BUKOVSKI, MSc

St. Georgen am Längsee (Kärnten), 14./15.04.2018

Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: DR. JOHANN ZEIRINGER

St. Georgen am Längsee (Kärnten), 14./15.04.2018

Lebens- und Sozialberatung

Leitung: DR. MARTIN HÖTZER

Wien, 21./22.04.2018

Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: MAG.^A DORIS FISCHER-DANZINGER

Wien, 19./20.10.2018

Lebensberatung & Lebenscoaching

Leitung: MAG.^A SUSANNE POINTNER

Lochau, 16.–18.11.2018

Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: DR. CHRISTOPH KOLBE

DEUTSCHLAND

Dresden, Herbst 2018

Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie

Leitung: DIPL. PSYCH. INGO ZIRKS

Info: Dipl. Psych. Ingo Zirks

Tel: 0049/(0)30/28869232

i.zirks@existenzanalyse.com

Hamburg/Hannover, September 2018

Fachspezifikum Existenzanalyse (klin. Teil)

Leitung: DR. CHRISTOPH KOLBE & HELMUT DORRA

Info: Hamburger Institut der Akademie für

Logotherapie & Existenzanalyse

Tel: 0049/(0)4106-612044

akademie.hamburg@existenzanalyse.com

SCHWEIZ

Bern, Juni 2018

Basislehrgang in Existenzanalyse und Logotherapie,

Lehrgang Psychotherapie resp. Beratung folgen

anschliessend

Leitung: DR. MED. ET. LIC. PHIL. ERIKA LUGINBÜHL-SCHWAB &

DR. PHIL. ZDENKA CAMACHOVÁ DAVET

Info: GES – Gesellschaft für Existenzanalyse

Schweiz

Tel.: 0041/(0)31/332 42 05

ges@existenzanalyse.org

Weitere Ausbildungen in:

**Tschechien, Rumänien, Polen, Russland, Ukraine,
Kanada, Chile, Argentinien, Mexiko.**



GLE International

Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse