

58 Klärungsorientierte Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Janine Breil, Rainer Sachse

Einleitung.....	652	Beziehungsaufbau.....	657
Störungsbild und Störungsmodell als Grundlage der Therapie.....	653	Realisierung der Basisvariablen.....	658
Die 1. Dimension: Emotionsregulationsstörung.....	653	Spezielle Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung.....	658
Die 2. Dimension: Interaktions- bzw. Schemastörung.....	653	Umgang mit Beziehungstests.....	661
Das Modell der doppelten Handlungsregulation....	654	Explizierung der Beziehungsmotive.....	662
Konkretisierung des Modells für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen.....	655	Konfrontation mit der Spiel-Ebene.....	663
Konkretisierung des Modells für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	655	Schemaklärung und -bearbeitung.....	663
Klärungsorientierte Psychotherapie nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation.....	657	Transfer in den Alltag.....	664
		Indikation und Integration von Klärungsorientierter Psychotherapie und Dialektisch-Behavioraler Therapie.....	664
		Fazit.....	665

Einleitung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan ist aktuell die (Verhaltens-)Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, für welche die meisten Effektivitätsnachweise vorliegen (s. Kap. 56). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie setzt als Behandlungsschwerpunkt an den Schwierigkeiten der Patienten an, Emotionen zu regulieren. Neben der Emotionsregulationsstörung werden von verschiedenen Autoren als zweiter großer Problembereich der Patientinnen dysfunktionale Schemata diskutiert. Im Abschnitt Störungsbild und Störungsmodelle wird kurz auf die Diagnostik und Heterogenität des Störungsbildes eingegangen, um deutlich zu machen, dass eine Unterteilung in zwei Dimensionen (Emotionsregulationsstörung und Interaktions- bzw. Schemastörung) sinnvoll sein könnte. Für jede der zwei Dimensionen ist ein entsprechendes Störungsmodell erforderlich, um passende therapeutische Interventionen abzuleiten. Da die Emotionsregulationsstörung bereits durch das neurobiologische Modell (Bohus 2002; Linehan 1996a; s. Kap. 8) gut erklärt ist und mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie eine effektive Behandlungsmöglichkeit vorliegt, soll an dieser Stelle lediglich auf diese Elemente verwiesen werden. Für die Interaktions-

bzw. Schemastörung sind die vorliegenden Modelle jedoch noch ausbaubedürftig. Es wird als Erklärungsmodell das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1999; 2001; 2002; 2004a; 2004b; 2006b) vorgeschlagen und daraus abgeleitete Interventionen der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP; Sachse 2003) vorgestellt.

Wir möchten unsere Sichtweise betonen, dass die Dialektisch-Behaviorale Therapie nicht in Konkurrenz zur Klärungsorientierten Psychotherapie, sondern in einem Ergänzungsverhältnis steht. Deshalb werden einige Überlegungen zur Indikation und Integration der beiden Ansätze vorgestellt.

Damit wird deutlich, warum dieses Kapitel den Titel »Klärungsorientierte Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung« trägt: Es enthält einen Vorschlag zur Integration von klärungsorientierten und verhaltenstherapeutischen Interventionen.

Störungsbild und Störungsmodell als Grundlage der Therapie

Neben der Heterogenität des Störungsbildes (Skodol, Gunderson et al. 2002a; Trautmann 2004) erschwert die hohe Komorbidität die Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum einen treten häufig Achse-I-Störungen wie Angststörungen, Depression, Substanzmissbrauch und Essstörungen auf (Skodol, Gunderson et al. 2002a; Zimmerman u. Mattia 1999), die Trautmann (2004) als Bewältigungsversuche der Patienten ansieht. Zum anderen findet sich eine hohe Komorbidität mit verschiedenen Achse-II-Störungen (American Psychiatric Association 2005), die bei Borderline-Patienten zu Therapiebeginn oft andere Diagnosen nahelegen (Trautmann 2004).

Es wird vermutet, dass dieser Inhomogenität ein Muster oder Subtypen zugrunde liegen (Conklin, Bradley u. Westen 2006). Eine der bekanntesten Unterteilungen findet sich in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour et al. 2006). Hier werden bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zwei Subtypen formuliert: Während beim impulsiven Typ vor allem Schwierigkeiten in der Emotionsregulation wie unüberlegtes Handeln, Wutausbrüche und unbeständige Stimmung im Vordergrund stehen, kommen beim Borderline-Typ weitere Kriterien hinzu, die schwerpunktmäßig Selbstbild und Verhalten der Patienten in Beziehungen aufgreifen. Unter Verwendung der Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen u. Zaudig 2003) ist es zudem möglich, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, ohne dass ein ausgeprägtes Emotionsregulationsdefizit vorliegt. In diesem Fall stehen die folgenden Kriterien im Vordergrund:

- verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
- instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen (Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung)
- Identitätsstörung: Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung

Auf der Grundlage dieser Möglichkeiten, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu konzeptualisieren, möchten wir vorschlagen, die Störung durch zwei Dimensionen zu beschreiben:

- Emotionsregulationsstörung
- Interaktionsstörung bzw. Schemastörung

Die Annahme, dass diese beiden Dimensionen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung relevant sind, entspricht auch der Auffassung anderer Autoren. Arntz (2005) führt

in der Einleitung zu einem »Special Issue« im Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry aus, dass nach Linehan (1993) das Emotionsregulationsdefizit und nach Beck, Freeman und Mitarbeiter (1990), Pretzer (1990) sowie Young (1994) die zugrunde liegenden Schemata das zentrale Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind und dass es – auch wenn weitere Forschung notwendig ist – Hinweise auf die Richtigkeit beider Annahmen gibt.

Die 1. Dimension: Emotionsregulationsstörung

Auf der ersten Dimension findet sich die Emotionsregulationsstörung. Diese wird von Linehan (1996a) als zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung postuliert und ist mit dem neurobehavioralen Entstehungsmodell (Bohus 2002; Linehan 1996a) hinreichend beschrieben. Mit der von Linehan entwickelten Dialektisch-Behavioralen Therapie existiert eine nachgewiesenermaßen wirksame Interventionsform, welche die Affektregulation verbessert.

Die 2. Dimension: Interaktions- bzw. Schemastörung

Nach Ansicht verschiedener Autoren gehen das ungünstige, extreme und vor allem wechselhafte Beziehungsverhalten der Borderline-Patienten sowie die Instabilität im Selbstbild auf spezifische affektiv-kognitive Schemata zurück (z. B. Beck, Freeman u. Associates 1990). Die Patienten entwickeln durch erlebte Traumata spezifische Trauma-assoziierte (Arntz 2004; Pretzer 1990; s. Kap. 57) sowie sehr unterschiedliche und widersprüchliche Schemata. Entsprechend fühlen und verhalten sie sich je nach Aktivierung sehr verschieden (Horowitz, Marmar et al. 1984). Die Inhalte der Schemata betreffen nach Pretzer (1990) drei Themen:

- Die Welt ist gefährlich und übelwollend.
- Ich bin machtlos und verletztlich.
- Ich bin von Natur aus inakzeptabel.

Dies wird durch Untersuchungen von Arntz, Dietzel und Dreessen (1999) sowie Giesen-Bloo und Arntz (2005) bestätigt. Es kann jedoch vermutet werden, dass es sich bei den drei Themenbereichen nicht um die einzigen Schemainhalte bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt, da diese Annahmen nicht alle Merkmale der Störung erklären, wie z. B. die ausgeprägte Angst vor dem Verlassenwerden (s. Kap. 16).

Dysfunktionale affektiv-kognitive Schemata führen zu ungünstigen Strategien in Beziehungen. Ein Modell für diese Dimension muss also die Entstehung und Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Interaktionsstrategien und Schemata der Patienten erklären. Hierzu scheint das Mo-

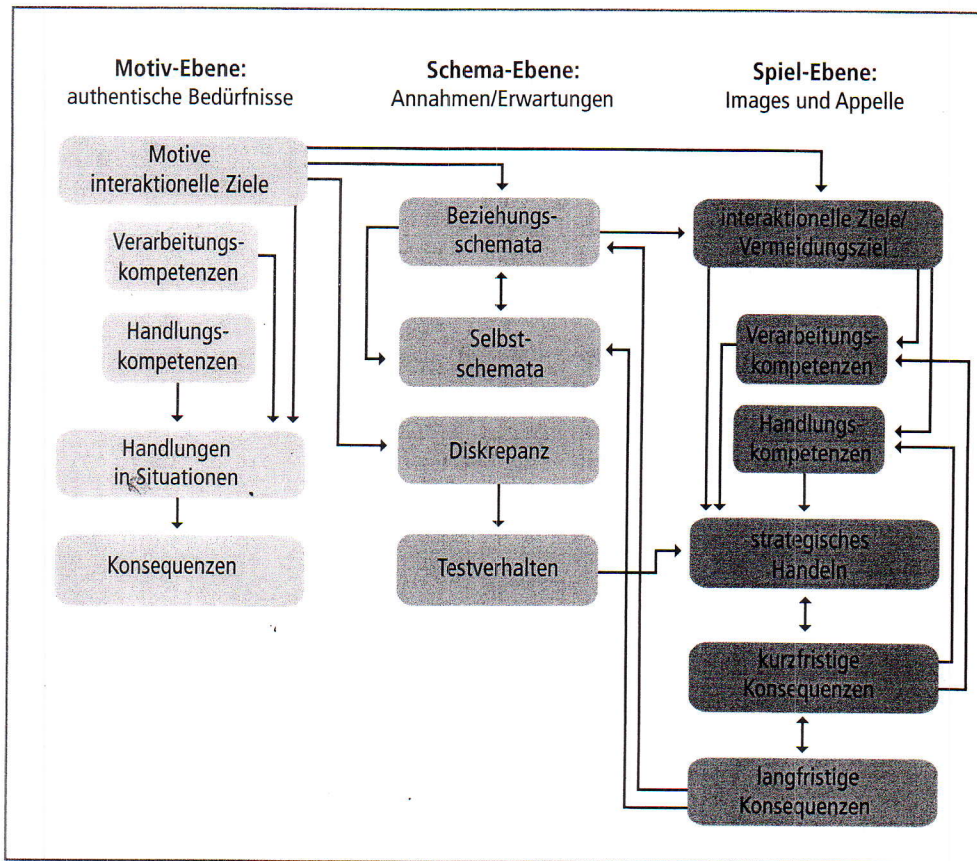


Abb. 58-1 Das Modell der doppelten Handlungsregulation.

dell der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1999, 2001, 2002, 2004a, 2004b, 2006b) geeignet.

Das Modell der doppelten Handlungsregulation

Das Modell postuliert die folgenden drei Ebenen (Abb. 58-1):

- Motiv-Ebene
- Schema-Ebene
- Spiel-Ebene

Auf der Motiv-Ebene finden sich grundlegende Bedürfnisse einer Person, aus denen konkrete interaktionelle Ziele abgeleitet werden, die dann durch entsprechende authentische Handlungen erreicht werden können. Der Erfolg bei der Handlungsausführung hängt vom Ausmaß der Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen der Person ab. Sachse (1999) geht von sechs Beziehungsmotiven aus:

1. Anerkennung: Motiv, als Person geliebt zu werden, okay zu sein
2. Wichtigkeit: Motiv, für andere Personen eine Bedeutung zu haben
3. Solidarität: Motiv, Unterstützung zu erhalten, vor allem wenn es einem schlecht geht, man angegriffen wird
4. Verlässlichkeit: Motiv, dass Beziehungen Bestand haben, belastbar sind

5. Autonomie: Motiv, in wichtigen Bereichen selber bestimmen zu können
6. Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen: Motiv, dass die Grenzen der eigenen Territorien respektiert, nicht überschritten werden

Durch die Frustration im Kindes- und Jugendalter bilden sich affektiv-kognitive Schemata über die eigene Person (Selbstschemata) und über Beziehungen (Beziehungsschemata), die inhaltliche Negationen der Motive darstellen (Beispiel: Motiv nach Wichtigkeit – Schema: »Ich bin nicht wichtig«).

Damit befindet sich das Kind in der Situation, dass es ein stark frustriertes Bedürfnis hat, gleichzeitig aber der Überzeugung ist, dass es dies durch authentisches Verhalten nicht befriedigen kann. Durch Modelllernen und Problemlösen lernt das Kind nun, Strategien anzuwenden, die das frustrierte Bedürfnis doch noch befriedigen sollen (= Ausbildung der Spiel-Ebene). Es entwickelt interaktionelle Ziele, die zwar mit dem Motiv verbunden sind, aber nicht mehr im direkten Zusammenhang damit stehen. Ein typisches Ziel, das mit dem Wichtigkeitsmotiv korrespondiert, ist beispielsweise Aufmerksamkeit.

Das Kind zeigt auf dieser Ebene Verhaltensweisen, aus denen der Interaktionspartner nicht mehr auf die eigentlichen

Motive schließen kann. Das Verhalten ist intransparent und wird deshalb als strategisch bezeichnet. Zu den Strategien gehört, ein bestimmtes Bild von sich zu zeichnen (Image) und damit zu beeinflussen, was die Interaktionspartner von der Person denken sollen. Dieses Image passt dann zu einer impliziten Aufforderung an den Interaktionspartner, etwas Bestimmtes zu tun oder eben nicht zu tun (Appell).

Auch auf der Spiel-Ebene hängt der Erfolg der Verhaltensweisen vom Ausmaß der Handlungs- und Verarbeitungskompetenzen ab (s. Sachse 2004b; 2005; 2006a).

Es wird deutlich, dass es sich bei der Ausbildung der Spiel-Ebene um einen Lösungsversuch des Kindes handelt. Damit sind die Strategien des Kindes erst einmal sinnvoll und nützlich in einer ungünstigen Umgebung. Im Erwachsenenalter hat sich der Kontext geändert, die Verhaltensweisen werden jedoch beibehalten.

Das strategische Handeln auf der Spiel-Ebene hat kurzfristig positive Konsequenzen (die interaktionellen Ziele auf der Spiel-Ebene werden erreicht), langfristig sind jedoch negative Konsequenzen die Folge (z. B. Streit, Beziehungsabbruch). Im Sinne der Lerntheorien erhöht sich durch die kurzfristige Verstärkung die Auftretenshäufigkeit des Verhaltens. Gleichzeitig bestätigen die negativen Konsequenzen die negativen Schemata. Hinzu kommt, dass das Erreichen der interaktionellen Ziele auf Spiel-Ebene nicht die Motive befriedigt (s. Langens 2009; Sachse, Breil u. Fasbender 2009), die so hoch in der Motivhierarchie und damit verhaltenssteuernd bleiben.

Konkretisierung des Modells für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen

Eine spezifische Persönlichkeitsstörung ist nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation durch eine bestimmte Kombination von Beziehungsmotiven, durch entsprechende Schemata und durch spezifisches Interaktionsverhalten auf Spiel-Ebene charakterisiert. Da für das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung Kenntnisse der anderen Störungen hilfreich sind, werden diese im Überblick in Tabelle 58-1 dargestellt (für eine ausführliche Darstellung s. Sachse 2004b).

Konkretisierung des Modells für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Folgenden sollen die Aspekte des Modells der doppelten Handlungsregulation für die Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammengefasst werden.

Aufgrund der massiven Frustration in der Kindheit und der häufigen Traumatisierungen bei Borderline-Patienten sind oft alle sechs Beziehungsmotive stark frustriert. An dieser Stelle sei betont, dass zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung das Erleben eines Traumas

keine notwendige Bedingung ist. Bei 40–60 % der Patienten lassen sich in Studien keine traumatischen Erfahrungen in Kindheit oder Jugend finden. Auch andere Frustrationen in Form von Vernachlässigung, Grenzüberschreitung, Autonomieeinschränkung oder Invalidierung können zur Ausbildung dysfunktionaler Schemata und eines auffälligen und für die Patienten kostenintensiven Interaktionsverhaltens führen (Fiedler 2007).

Die Möglichkeit der Frustration aller sechs Beziehungsmotive hat auf der Schema-Ebene die Konsequenz, dass die Beziehungs- und Selbstschemata im Vergleich zu anderen Patientengruppen sehr vielschichtige Inhalte haben. In Tabelle 58-2 finden sich Beispiele für Schemaannahmen mit der Zuordnung zum jeweiligen Motiv (s. auch Sachse, Breil u. Fasbender 2009). Wenn Schemata als Netzwerkstrukturen konzeptualisiert werden, kann davon ausgegangen werden, dass es sich nicht um isolierte Annahmen handelt, sondern dass mit jeder Annahme weitere Überzeugungen verknüpft sind. In diesem Netzwerk können auch die in Tabelle 58-1 genannten Schemata auftreten.

Da bei Borderline-Patienten alle Motive frustriert sein können, sind auch die Lösungsstrategien (interaktionelle Ziele, strategisches Verhalten, Images und Appelle der Spiel-Ebene) aller anderen Persönlichkeitsstörungen zu finden. Dies bedeutet für den Therapeuten, dass er in sein Modell über den Patienten eintragen muss, welche Persönlichkeitsstile dieser realisiert.

Entsprechend dem Vorliegen von Motiv-Schema-Kombinationen aus allen sechs Inhaltsbereichen zeigen die Borderline-Patienten auf der Spiel-Ebene eine Vielzahl von teilweise völlig inkompatiblen Lösungen. Beispielsweise triggern bei der Kombination eines dependenten mit einem paranoiden Anteil die Verhaltensweisen des einen Stils die Schemata des anderen. Dies erklärt auch die häufig vorkommenden Nähe-Distanz-Probleme der Borderline-Patienten – sie befinden sich in folgender Situation: Sind sie allein, wird das dependente Schema aktiviert und sie haben das Gefühl, alleine nicht leben zu können und dringend jemanden ganz eng bei sich haben zu müssen. Daraufhin suchen sie sich einen Partner und unternehmen viel, um die Beziehung möglichst schnell sehr eng zu machen. Je enger die Beziehung wird, desto weniger ist zwar das dependente Schema aktiviert, das paranoide Schema ist jedoch hochaktiviert. Sie bekommen große Angst, dass sie eingeschränkt, verletzt und ihre Grenzen nicht respektiert werden. Sie greifen ihrerseits den Partner an und bringen Distanz in die Beziehung. Hierdurch wird das paranoide Schema weniger, aber das dependente Schema wieder stärker aktiviert. Die Patienten pendeln zwischen Nähe und Distanz.

Je nachdem, welche Schemata aktuell aktiviert sind, wirkt und verhält sich der Borderline-Patient also völlig unterschiedlich. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Stimmungsschwankungen nicht ausschließlich durch

Tab. 58-1 Motive, Schemata und Aspekte der Spiel-Ebene bei den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen.

Störung	Motive	Zentrale Schemata	Spiel-Ebene
Histrionisch	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtigkeit • Solidarität • Verlässlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin nicht wichtig. • Beziehungen sind nicht solidarisch. • Beziehungen sind nicht verlässlich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit, die Wichtigste sein • einfordern, Verantwortung abgeben • Image: Ich bin arm dran. Ich bin sexy. Ich bin unterhaltsam ... • Appell: Gib mir Aufmerksamkeit. Kümmere dich um mich.
Narzisstisch	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit • Solidarität • Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • negatives Selbstkonzept: Ich bin nicht okay. Ich bin ein Versager. • positives Selbstkonzept: Ich habe außergewöhnliche Fähigkeit. Ich bin toll. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung für Leistung, sei besser als andere, zeige wenig von dir • Regel-Setzen • Image: Ich bin toll! Ich habe Großes geleistet (gegen Widerstände)! • Appell: Bewundere mich! Kritisiere mich nicht!
Dependent	<ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit • Solidarität 	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen sind nicht verlässlich. • Beziehungen sind nicht solidarisch. • Ich bin alleine nicht lebensfähig. 	<ul style="list-style-type: none"> • unentbehrlich sein, Streit vermeiden • Image: Ich bin schwach und hilfsbedürftig. • Appell: Verlass mich nicht. Kümmere dich um mich. Übernimm Verantwortung.
Selbstunsicher	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin nicht attraktiv. • Ich bin sozial inkompetent. • Ich habe nichts zu bieten. 	<ul style="list-style-type: none"> • zurückhaltend, nicht auffallen • so gut wie keine Images und Appelle
Paranoid	<ul style="list-style-type: none"> • Grenzen • Autonomie • Solidarität • Anerkennung 	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Grenzen werden nicht respektiert. • Andere schaden mir. • Alle stellen sich gegen mich. • Wenn ich nicht sofort hart reagiere, gehe ich unter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pass auf. Lass niemandem etwas durchgehen. Zeige keine Schwäche. Zeige, dass du dich wehren kannst. • Image: Ich bin stark und gefährlich. • Appell: Bleib mir vom Leib!
Passiv-aggressiv	<ul style="list-style-type: none"> • Grenzen • Autonomie • Anerkennung 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere schränken meine Autonomie ein. • Meine Grenzen werden nicht respektiert. • Wenn ich mich wehre, wird es schlimmer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lass dich nicht einschränken oder über dich bestimmen. • Wehre dich nur offen, wenn es ungefährlich ist. • Image: Ich bin arm dran. Andere schaden mir. Ich werde behindert.
Zwanghaft	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit • Solidarität • Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin nicht okay. • Ich bin toxisch. • In Beziehungen wird man abgewertet, bloßgestellt. In Beziehungen wird man eingeschränkt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folge deinen Normen. Regel-Setzen. • Wenn deine Normen angegriffen werden, leiste Widerstand. • Achte nicht auf deine Bedürfnisse. • Image: Ich kenne mich aus. Ich bin moralisch. • Appell: Halte dich an meine Normen.
Schizoid	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit • Verlässlichkeit • Solidarität 	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen bringen nichts. • Ich kann mich nur auf mich selber verlassen. • Ich kann mit sozialen Situationen nicht umgehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bleib allein. • Mach dich nicht abhängig. • wenige Images und Appelle

eine emotionale Vulnerabilität und mangelhafte Coping-Strategien zu erklären sind. Auch durch die Aktivierung der widersprüchlichen, leicht aktivierbaren, massiv negativen Schemata der Patienten kann es jederzeit zu einem Stimmungsumschwung kommen. Von einem Wechsel der Stimmungslage in Abhängigkeit von einem Wechsel der aktivierten affektiv-kognitiven Schemata geht auch Fiedler (2007) aus.

Mit der Situation, dass Stimmung und Verhalten der Borderline-Patienten rasch wechseln, sind auch Therapeuten konfrontiert, wenn sich Patienten zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen hin- und herbewegen.

Eine bislang nicht erwähnte Strategie auf der Spiel-Ebene ist der Beziehungstest (Silberschatz 1986; Silberschatz, Curtis u. Nathans 1989; Silberschatz, Curtis et al. 1990; Silberschatz, Fretter u. Curtis 1986). Der Beziehungstest setzt sich aus der zwischen dem frustrierten Motiv (An-

Tab. 58-2 Beispiele für mögliche Schemainhalte, den frustrierten Motiven zugeordnet.

Frustriertes Motiv	Schemata
Anerkennung	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin nicht okay./ Ich habe keine positiven Eigenschaften. • Ich bin scheiße.
Wichtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin nicht wichtig./ Ich habe anderen nichts zu bieten. • Ich bin toxisch./Ich schade anderen./ Ich bin eine Belastung.
Solidarität	<ul style="list-style-type: none"> • Niemand hilft mir./ Niemand ist auf meiner Seite. • Ich erhalte keinen Schutz.
Verlässlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen sind nicht verlässlich./ Beziehungen sind nicht belastbar. • Ich bin alleine nicht lebensfähig.
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Andere bestimmen über mich./ Andere schränken mich ein. • Andere kontrollieren mich.
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Andere überschreiten meine Grenzen. • Ich kann meine Grenzen nicht schützen.

näherungstendenz) und dem negativen Schema (Vermeidenstendenz) bestehenden innerpsychischen Diskrepanz zusammen, welche der Patient aufzulösen versucht. Dies kann er mithilfe folgender Testformen tun:

1. Kritik am Therapeuten in seiner Rolle
Bei dieser Art von Test kritisiert der Patient den Therapeuten als Therapeuten, z. B.: »Sie haben mich in einem desolaten Zustand nach Hause geschickt«.
2. Persönliche Kritik am Therapeuten
Hierbei greift der Patient den Therapeuten an, er kritisiert ihn als Person, z. B.: »Sie sehen unsympathisch aus«.
3. Aufforderung zur Grenzüberschreitung
Der Patient fordert den Therapeuten mehr oder weniger direkt auf, seine Grenzen zu überschreiten, z. B.: »Ich habe Schwierigkeiten, über meine Traumatisierung zu reden. Helfen Sie mir und bohren Sie mal«.
4. Provokation
Der Patient kann versuchen, die »wunden Punkte« des Therapeuten zu nutzen, um ihn zu provozieren, also ärgerlich zu machen, z. B.: »Ihre Zimmereinrichtung ist so düster, dass ich hier nicht mit Ihnen arbeiten kann«.
5. Andeuten von Suizidalität
Patienten können Suizidalität andeuten, um zu testen, ob sich der Therapeut um sie kümmert.

Besteht der Therapeut den Test, wird die Annäherungstendenz stärker als die Vermeidenstendenz; fällt der Therapeut durch den Test, ist es umgekehrt.

Für die Dimension der Interaktions- bzw. Schemastörung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird ein klärungsorientiertes Vorgehen vorgeschlagen, das unter anderem auf Schemaklärung und -bearbeitung abzielt, darüber hinaus aber noch weitere Interventionen vorschlägt, die spezifisch für Persönlichkeitsstörungen sind.

Klärungsorientierte Psychotherapie nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation

In der Klärungsorientierten Psychotherapie werden bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen verschiedene Therapiephasen unterschieden: Die erste Therapiephase ist die Phase des Beziehungsaufbaus. Des Weiteren wäre es günstig, wenn die Patienten eine Repräsentation davon entwickeln würden, welche intransparenten Strategien und Manipulationen sie einsetzen. Häufig ist hierzu die Konfrontation mit der Spiel-Ebene notwendig. Dies kann dann auch der Entwicklung eines Arbeitsauftrags zur Schemaklärung und -bearbeitung dienen. Außerdem sollte den Patienten geholfen werden, neues (authentisches) Verhalten in den Alltag zu transferieren (Transfer in den Alltag).

In den folgenden Abschnitten werden die Interventionen diesen verschiedenen Therapiephasen zugeordnet dargestellt.

Beziehungsaufbau

Wenn bei den Patienten eine Interaktions- bzw. Schemastörung vorliegt, muss der Therapeut mit denselben Schwierigkeiten rechnen, welche die Patienten außerhalb des Therapieraums in Beziehungen haben. Borderline-Patienten können zwischen Abwertung und Idealisierung schwanken, Beziehungen können sowohl schnell sehr intensiv werden als auch enden. Vor allem das stark Widersprüchliche im Verhalten von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (z. B. dependente und gleichzeitig paranoide Züge), aber auch das stark Bedürftige bzw. Fordernde macht für Beziehungspartner den Umgang schwierig und belastet diese häufig. Dasselbe gilt für Psychotherapeuten. Diese Beziehungsprobleme sind vermutlich auch der Grund, warum Borderline-Patienten von vielen Therapeuten mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen in der psychotherapeutischen Arbeit als schwierig erlebt werden.

Schon das Vorhandensein einer Interaktionsstörung weist auf die Notwendigkeit einer gezielten Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten hin. Hinzu kommt, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung konsistent mit positivem Outcome über unterschiedliche Therapieformen hinweg assoziiert ist und besonders der Beitrag des Therapeuten zu der Beziehung (Patientenurteil) einen, wenn auch moderaten, Zusammenhang mit dem Outcome hat (Martin, Garske u. Davis 2000; Norcross 2002; Orlinsky, Ronnestad u. Willutzki 2004). Außerdem wird die Bedeutung des Aufbaus und der Aufrechterhaltung einer guten therapeutischen Allianz gerade bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung betont und in verschiedenen Therapierichtungen als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung gesehen (Beck, Freeman u. Associates 1990; Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999; Turner 1987; 1994). Korrespondierend konnten Spinhoven, Giesen-Bloo et al. (2007) in ihrer Studie nachweisen, dass die Qualität der Beziehung Therapieabbrüche vorhersagt (genauer: negative Beurteilungen der therapeutischen Beziehung nach der Anfangsphase der Therapie – nach drei Monaten – durch den Patienten und durch den Therapeuten). Zudem ist die Verbesserung bzw. Entwicklung der therapeutischen Beziehung im ersten Behandlungsjahr mit einer späteren Reduktion der Borderline-Symptomatik verbunden.

Um eine stabile therapeutische Allianz aufzubauen, sind die folgenden vier Aspekte zu beachten (Sachse 2006c):

- Realisierung der Basisvariablen
- spezielle Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung
- Umgang mit Beziehungstests
- Explizierung der Beziehungsmotive

Realisierung der Basisvariablen

Es empfiehlt sich grundsätzlich, die gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen (s. Kap. 60) in der Beziehungsgestaltung zu realisieren:

- empathisches Verstehen
- Akzeptierung
- Respekt
- emotionale Wärme
- Kongruenz und Echtheit
- Loyalität

Gerade wenn zu Beginn der Therapie noch nicht klar ist, welche Beziehungsmotive beim Patienten im Vordergrund stehen, vermeidet man so Fehler und schafft unter Umständen schon ein gewisses Maß an »Beziehungskredit«. Beziehungskredit wird als Bild verwendet, um sich den Stand bzw. die Qualität der therapeutischen Beziehung vorzustellen: Der Therapeut hat bei seinem Patienten ein Beziehungskonto mit einem bestimmten Kontostand, der

zeigt, inwieweit der Patient dem Therapeuten vertraut. Durch bestimmte Arten von Interventionen (z. B. alle Handlungen, die der Beziehungsgestaltung dienen) kann der Therapeut Beziehungskredit schaffen, d. h., er zahlt auf das Beziehungskonto ein. Wenn er genügend Kredit auf dem Konto hat, kann er sich auch Interventionen leisten, die Beziehungskredit »abbuchen« (wie z. B. Konfrontationen). Wichtig ist, dass das Konto nicht ins Minus gerät, da sonst eine Beziehungskrise provoziert wird. Dementsprechend kann es im Therapieprozess immer wieder notwendig sein (z. B. nach einer Konfrontation), Interventionen zu realisieren, die Beziehungskredit schaffen.

Gerade bei Patienten mit massiven Erfahrungen von Invalidierung, die sehr negativ auf erneute Invalidierung reagieren können, sind die Basisvariablen von entscheidender Bedeutung, da diese dem Patienten wertschätzend und akzeptierend vermitteln, dass seine Sicht verstehbar ist – ohne sie als einzig mögliche zu bestätigen (s. auch Kap. 56).

Spezielle Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung

Über die Basisvariablen hinaus ist es zur Etablierung einer therapeutischen Allianz wichtig, dass sich der Therapeut komplementär, also motivbefriedigend, zum jeweils aktualisierten Beziehungsmotiv verhält.

Bei der Betrachtung der Komplementarität sind die folgenden drei Aspekte relevant.

Komplementarität zur Motiv-Ebene

Bei der Komplementarität zum jeweils aktualisierten Beziehungsmotiv hat der Therapeut zwei Möglichkeiten. Zum einen sollte er ein Verhalten realisieren, das das Motiv des Patienten trifft, es so befriedigt und langfristig in der Motivhierarchie sinken lässt. Zum zweiten kann der Therapeut explizite Beziehungsbotschaften in Hinblick auf das Motiv senden. In Tabelle 58-3 sind für jedes Motiv Verhaltensweisen und explizite Botschaften aufgeführt.

Der Therapeut benötigt an dieser Stelle eine gute Verarbeitungskapazität, da es erforderlich ist, richtig zu erkennen, welches Beziehungsmotiv beim Patienten gerade handlungswirksam ist, damit das Therapeutenverhalten hierauf ausgerichtet werden kann. Dies impliziert, dass der Therapeut sehr flexibel sein sollte. Er muss, wenn der Patient in einen anderen Modus wechselt, sein Verhalten anpassen.

Es gibt einen weiteren, speziellen Aspekt in der Beziehung zu Borderline-Patienten: Es ist wichtig, dass sich der Therapeut nicht ärgert. Ärger bedeutet, dass der Therapeut seine Akzeptierung verliert und das Verhalten des Patienten negativ beurteilt. Für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es jedoch häufig schwer, zwischen der Abwertung ihres Verhaltens und der Ablehnung ihrer Person zu unterscheiden. Der Grund hierfür liegt in den

Tab. 58-3 Die sechs Beziehungsmotive mit den entsprechenden komplementären Verhaltensweisen und expliziten Beziehungsbotschaften.

Motiv	Komplementäres Verhalten	Explizite Beziehungsbotschaft
Anerkennung	nicht bewerten, akzeptieren und respektieren, nicht defizitär behandeln, Ressourcen anerkennen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich finde Sie und was Sie tun okay. • Ich bewerte nichts. • Sie müssen nichts tun oder leisten, ich mag Sie einfach so.
Wichtigkeit	wichtig und ernst nehmen, Interesse signalisieren (zugewandt, aufmerksam, nachfragen), Verständnis signalisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Ich nehme Sie ernst. • Ich nehme Sie wichtig. • Ich interessiere mich für Sie.
Solidarität	da sein (nicht genervt sein), wenn es dem Patienten schlecht geht, keine Aufträge von Dritten annehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich möchte Sie unterstützen. • Ich bin für Sie da (wenn es Ihnen schlecht geht).
Verlässlichkeit	anrufen, wenn Termine ausfallen, aushalten (nicht ärgerlich sein), wenn der Patient ärgerlich o. Ä. ist	<ul style="list-style-type: none"> • Ich werde Sie nicht wegschicken. • Ich bleibe bei Ihnen.
Autonomie	Transparenz: erklären, was der Therapeut wann und warum tut, keinen Druck ausüben, den Patienten nicht definieren, den Patienten bestimmen lassen, ihm Kontrolle geben, Interventionen als Angebote formulieren	<ul style="list-style-type: none"> • Ich möchte/werde nicht für oder über Sie bestimmen. • Ich möchte/werde Sie nicht einschränken. • Sie entscheiden, worum es geht und was Sie tun.
Grenzen	Grenzen respektieren, nicht zu tiefgehende Interventionen machen	<ul style="list-style-type: none"> • Ihre Grenzen sind mir wichtig. • Ich möchte/werde Ihre Grenzen nicht überschreiten. • Sie dürfen jederzeit sagen: »Stopp«, und ich halte mich daran.

starken negativen Schemata und der damit einhergehenden Tendenz, sich selbst für ablehnungswürdig, Beziehungen für bedrohlich (u. a. weil man in ihnen massiv abgewertet und bloßgestellt werden kann) und damit Ablehnung für wahrscheinlich zu halten. Ablehnung und Abwertung sind mit extrem negativen Gefühlen, mit der Bestätigung des eigenen negativen Selbstkonzeptes und aufgrund der im Schema komprimierten Erfahrungen teilweise mit der Erwartung von und Angst vor heftiger Bestrafung verbunden. Um sich zu schützen, achten die Patienten bei Interaktionspartnern genau auf Anzeichen von Ablehnung, wie z. B. Ärger. Durch das kleinste Zeichen von Ablehnung bzw. Ärger oder wenn ein Therapeut sogar explizit sagt, dass er sich ärgert, können sich die Patienten bedroht und als Person komplett abgelehnt fühlen.

Das heißt nicht, dass Therapeuten jedes Verhalten der Borderline-Patienten hinnehmen müssen. Grenzen zu setzen und therapeutische Regeln verbindlich zu machen, ist für die Patienten wichtig. Aber der Therapeut sollte, um das zu tun, nicht ärgerlich sein müssen.

Zu einem Zeitpunkt, an dem die therapeutische Beziehung tragfähig ist, kann und sollte der Therapeut den Patienten auch darauf hinweisen, dass sein Verhalten bei anderen Ärger auslösen kann und Folgen hat (z. B. Streit, Beziehungsabbrüche). Aber auch hierzu ist der Ärger des Therapeuten nicht notwendig und kann, wenn er auftritt, den Fokus des Patienten von der inhaltlichen Konfrontation hin zur therapeutischen Beziehung lenken, die für den Patienten infrage steht.

Nicht-Komplementarität zur Spiel-Ebene

Der Therapeut sollte sich so weit wie möglich nicht komplementär zu den intransparenten Strategien des Patienten verhalten, da dies zwei negative Konsequenzen hat: Einerseits stabilisiert komplementäres Verhalten zur Spiel-Ebene das System des Patienten und vermindert dadurch die Änderungsmotivation. Andererseits ist das Verhalten auf Spiel-Ebene nicht zu sättigen. Das heißt, wenn der Therapeut hierauf eingeht, macht der Patient nur mehr desselben. Nach einiger Zeit kann der Therapeut dann das Gefühl bekommen, dass er sich anstrengen kann, wie er will, dass es aber nie genug ist. Und das stimmt auch: Auf Spiel-Ebene bekommen Patienten nie genug, weil die Motive unbefriedigt bleiben. Häufig löst dies bei Therapeuten Ärger aus, was in der Beziehung zu Borderline-Patienten sehr ungünstig ist und oft zu Beziehungsabbrüchen führt.

Da das Einfordern von Sonderregeln Teil der Spiel-Ebene ist, ist es wichtig, dass die Regeln, die für die Therapie gelten, klar sind und dass sich Therapeut und Patient daran halten. Der Therapeut kann dem Patienten den Sinn der Regeln erklären, sie sind aber nicht zu diskutieren. Wenn der Patient Schwierigkeiten hat, sich an die Regeln zu halten, kann der Therapeut hierfür Verständnis äußern, dem Patienten Hilfe anbieten, mit ihm klären, was es so schwer macht, und mit ihm erarbeiten, wie es gelingen kann, sich an die Regeln zu halten. Die Regeln sollten aber beibehalten werden. Dies setzt natürlich voraus, dass sie sinnvoll, d. h. therapeutisch begründet sind. Regeln sollten nicht aufgrund einer Vorliebe des Therapeuten dafür eingeführt und

durchgesetzt werden, sondern weil sie für den erfolgreichen Ablauf der Therapie notwendig sind.

Wegen der dargestellten negativen Folgen ist es sinnvoll, sich grundsätzlich nicht komplementär zur Spiel-Ebene zu verhalten. Es gibt jedoch Fälle, in denen der Therapeut über eine Komplementarität zur Spiel-Ebene nachdenken kann. Zu einen kann das Verhalten des Patienten auf Spiel-Ebene zu Therapiebeginn verhindern, dass der Therapeut eine Komplementarität zur Motiv-Ebene wirksam umsetzen kann. Dies ist beim Anerkennungsmotiv (d. h. der Patient will als Person gemocht werden) der Fall, wenn der Patient stark seine Kompetenzen betont. Dann kann es notwendig sein, dass der Therapeut betont, dass er die Kompetenzen des Patienten sieht und schätzt (= Komplementarität zur Spiel-Ebene). Die Botschaft »Ich mag Sie als Person, auch wenn Sie keine Kompetenzen hätten« ist langfristig zusätzlich wichtig, wird den Patienten zu Beginn aber nicht überzeugen (»Sie kennen mich als Person doch noch gar nicht«).

Zum anderen kann es sein, dass der Patient mit einer vollständigen Frustration der Spiel-Ebene nicht umgehen kann und es dadurch häufig zu Beziehungskrisen kommt. Manche Patienten mit einem starken Wichtigkeitsmotiv sind z. B. sehr empfindlich, wenn der Therapeut auf die Uhr schaut. Hier könnte der Therapeut anbieten, einen Wecker zu stellen, der kurz vor Ende der Sitzung klingelt. Damit kommt er dem Patienten entgegen, er schaut nicht mehr auf die Uhr (= Komplementarität zur Spiel-Ebene). Er stellt aber trotzdem sicher, dass er weiß, wann die Sitzung beendet ist. Zusätzlich sollte er sich komplementär zum Wichtigkeitsmotiv verhalten.

Wenn es dem Therapeuten notwendig erscheint, komplementär zur Spiel-Ebene zu sein, dann sollte er bestimmte Punkte dabei beachten:

Komplementarität zur Spiel-Ebene ...

- ... sollte eine bewusste Entscheidung sein.
- ... sollte nur so kurz und eingeschränkt wie möglich sein.
- ... sollte nur dann stattfinden, wenn es für den Therapieprozess nicht schädlich ist.

Wenn eine Komplementarität zur Spiel-Ebene heißen würde, einen dieser drei Punkte, vor allem den letzten, nicht einzuhalten, sollte der Therapeut es nicht tun, auch dann nicht, wenn die Therapie vom Patienten beendet wird.

Umgang mit Images und Appellen

Der Therapeut ist in der Therapie zuerst mit der Spiel-Ebene und den hierauf befindlichen Images und Appellen konfrontiert. Wenn er sich hierzu nicht komplementär verhalten soll, muss er in anderer Form damit umgehen (Sachse 2003; 2004b).

Der erste wichtige Schritt ist, dass er sich klarmacht, dass der Patient gerade nicht inhaltlich arbeiten möchte, sondern eine bestimmte Art von Beziehung anstrebt. Das heißt, der Patient verarbeitet und kommuniziert nicht auf der Inhaltsebene, sondern auf der Beziehungsebene. Das wiederum bedeutet, der Therapeut sollte seinerseits primär Beziehungsbotschaften verarbeiten und sich darüber bewusst sein, dass alle seine inhaltlichen Interventionen als Beziehungsbotschaft verstanden werden. Eine Empfehlung an den Patienten, sich in gewisser Weise zu verhalten, wird von diesem also nicht dahingehend aufgefasst, wie er sich verhalten soll, sondern, je nach dominantem Modus, beispielsweise als Absichtserklärung, sich um den Patienten zu kümmern, als Versuch, sein Problem schnell zu lösen und die Schwere seiner Situation so nicht hinreichend zu würdigen oder gar als Autonomieeinschränkung.

Die grundsätzliche Empfehlung zum Umgang mit Images und Appellen ist, sie explizit zu machen und damit inhaltlich aufzugreifen. So macht der Therapeut deutlich, dass er die Images und Appelle verstanden hat. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der Patient aufhören kann, sie zu vermitteln, da er weiß, sie sind angekommen. Der Therapeut muss sich überlegen, welches Image er bestätigen kann, ohne damit den Therapieprozess zu schädigen, welche er besser umformuliert oder ganz ignoriert. Dasselbe gilt für Appelle. Es gibt Appelle, denen der Therapeut folgen kann, andere blockieren den Prozess. Dazu einige Beispiele.

Das Image »Ich bin schwer belastet« kann der Therapeut bestätigen, da es den Patienten in der Regel sehr schlecht geht. Er kann Formulierungen wählen wie »Ihnen geht es schlecht«, »Es ist sehr schlimm«, »Sie sind sehr belastet«. Ein Image, das der Therapeut nicht bestätigen kann, wäre »Ich bin hilflos«. Wenn der Therapeut dem Patienten sagen würde: »Ja, Sie sind völlig hilflos«, wären sich beide einig, dass der Patient in der Therapie nicht mehr arbeiten muss und der Prozess wäre gestört. Der Therapeut kann dieses Problem umgehen, indem er sagt: »Sie haben den Eindruck, völlig hilflos zu sein« oder »Sie fühlen sich völlig hilflos«. Hierdurch macht er deutlich, dass er versteht, was der Patient sagen will, dass dies aber die Konstruktion, also das subjektive Erleben des Patienten ist, nicht die Realität. Manchmal ist es sinnvoll noch eine Aussage hinzuzufügen, wie: »Meine Erfahrung ist: Wenn man sich in der Therapie die Situation noch einmal neu anguckt, findet man eine Lösung.«

Bei Appellen gibt es ebenfalls unterschiedliche Varianten. Es gibt Appelle, denen kann der Therapeut folgen, da sie den Prozess nicht behindern, sondern eigentlich therapeutisch sind, wie der Appell »Verstehe mich«. Der Therapeut kann sich bemühen, den Patienten zu verstehen, da dies zur Therapie gehört. Zusätzlich hat der Therapeut die Möglichkeit, eine explizite Botschaft zu senden (»Mir ist es wichtig, Sie zu verstehen«).

Es gibt häufig den Appell, die Sichtweise des Patienten zu bestätigen bzw. sich mit ihm gegen andere zu solidarisieren. Dies kann z. B. durch folgende Äußerung kommuniziert werden: »Mein Mann ist scheiße und deshalb geht es mir schlecht (Image). Das sehen Sie doch genauso?!« (Appell). Einem solchen Appell sollte der Therapeut nicht folgen. Tut er es doch, bestätigt er, dass der Patient nichts tun muss/kann, da das Problem extern lokalisiert ist. Eigentlich muss der Mann in Therapie! Eine Möglichkeit, damit umzugehen, ist auf den Imageteil der Äußerung zu fokussieren: »Ihnen geht es schlecht.« Der Therapeut kann auch hier den Eindruck des Patienten in seine Intervention einbeziehen (»Sie haben den Eindruck, dass Sie schlecht behandelt werden.«). Da es um Solidarität geht, kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, eine explizite Beziehungsbotschaft anzuschließen: »Ich möchte Sie gerne unterstützen, dass es Ihnen besser geht.«

➤ Eine dritte Variante sind solche Appelle, die der Therapeut teilweise bestätigen kann: »Übernehmen Sie Verantwortung für mich«. Diesem Appell kann der Therapeut nicht vollständig folgen oder ihn bestätigen, da der Patient, wenn der Therapeut ihm alle Verantwortung abnimmt, in der Therapie nicht mehr arbeiten muss. Außerdem wird er vom Therapeuten abhängig. Gleichzeitig hat und übernimmt ein Therapeut für den Therapieprozess einen Teil der Verantwortung, und das kann er dem Patienten auch sagen: »Ich übernehme meinen Teil der Verantwortung«.

Insgesamt ist es unumgänglich, dass der Therapeut die Images und Appelle hört und analysiert und jeweils entscheidet, wie er mit den einzelnen Komponenten umgehen kann und will.

Umgang mit Beziehungstests

Wie vorgestellt testen Borderline-Patienten die Therapeuten aufgrund der großen Diskrepanz zwischen den stark frustrierten Motiven und den sehr negativen Schemata häufig und teilweise auch hart. Je nach Therapiephase bzw. Stand der therapeutischen Beziehung kann ein Therapeut unterschiedlich mit den Tests »Kritik am Therapeuten in seiner Rolle«, »persönliche Kritik« und »Provokation« umgehen. Hierbei gibt es fünf Möglichkeiten.

Der erste wichtige Punkt, der für alle Tests und Phasen gilt, ist, dass sich der Therapeut nicht ärgern sollte. Ärger bedeutet, dass der Therapeut das Verhalten des Patienten bewertet und damit nicht zu akzeptieren ist. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben im Laufe ihres Lebens massive Abwertung erfahren und entsprechend negative Schemata aufgebaut, die sagen: »Ich bin nicht akzeptabel«. Aufgrund dessen können diese Patienten nicht unterscheiden, ob der Therapeut ein bestimmtes Verhalten oder sie als Person inakzeptabel findet.

Ärger beim Therapeuten bedeutet auch, dass bei ihm Schemata aktiviert wurden, er also persönlich reagiert und nicht mehr therapeutisch. Dies ist auch der Grund, warum Selbsterfahrung des Therapeuten an dieser Stelle erforderlich sein kann. Wie erwähnt versuchen die Patienten, die persönlichen Grenzen des Therapeuten zu überschreiten. Die Empfehlung, sich nicht zu ärgern, meint nicht, dass der Therapeut dies hinnehmen muss. Günstig wäre lediglich, nicht ärgerlich Grenzen zu setzen.

Provokation als Test kann der Therapeut allein dadurch bestehen, dass er sich nicht ärgert.

Die zweite Möglichkeit im Umgang mit Beziehungstests wäre, eine explizite Botschaft an das aktivierte Beziehungsmotiv zu senden – auch hier nicht ärgerlich (»Ich möchte Sie unterstützen«). Dies kann der Therapeut auch bei geringem Beziehungskredit tun, vorausgesetzt, er erkennt, welches Motiv gerade aktiviert ist. Manchmal bietet es sich an, das Motiv und/oder die aktivierten Zweifel vorher noch zu explizieren: »Sie wünschen sich von mir Unterstützung./Sie haben Zweifel, ob ich solidarisch bin. Ich möchte Sie aber sehr gern unterstützen.«

Eine dritte Variante, die wiederum mehr Beziehungskredit erfordert, wäre, transparent zu machen, was zwischen Therapeut und Patient passiert ist, d. h. was das Testverhalten ausgelöst hat, und den Patienten dann mit dem Testcharakter zu konfrontieren: »Sie haben sich in der letzten Sitzung weit geöffnet und haben das Gefühl, ich bin Ihnen zu nah gekommen. Und jetzt beschimpfen Sie mich, um zu testen, ob ich trotzdem bei Ihnen bleibe/ob ich Sie immer noch mag.« Weiterhin kann der Therapeut signalisieren, dass es für ihn okay ist, dass er sich aber langfristig einen anderen, einen offenen Umgang damit wünscht.

Wenn die Beziehung zum Patienten dies zulässt, kann der Therapeut als vierte Möglichkeit anfügen, dass dieses Verhalten bei anderen Menschen Ärger auslösen und damit für den Patienten Folgen hätte: »Wissen Sie, für mich ist das völlig okay. Ich könnte mir aber vorstellen, dass sich andere Leute, wenn sie XY machen, ärgern und es Streit gibt oder Beziehungen beendet werden. Und mein Eindruck ist, dass Sie eigentlich genau das Gegenteil möchten.« Wenn der Patient das nachvollziehen kann, kann der Therapeut ihm anbieten, zu klären, warum der Patient sich so verhält.

Bei der fünften Option würde der Therapeut das Verhalten des Patienten nicht explizit machen, sondern versuchen, das getriggerte Schema zu klären. Die Idee dahinter ist, dass der Therapeut durch sein Verhalten ein Schema beim Patienten aktiviert hat, der Patient aber auf den Therapeuten fokussiert. Der Therapeut versucht nun schrittweise, den Fokus des Patienten von sich weg auf das Schema zu lenken und einen Klärungsprozess zu initiieren.

Zusammenfassend lassen sich fünf Arten des Umgangs mit Beziehungstests festhalten:

- nicht ärgern
- nicht ärgern und explizite Botschaft an das Beziehungsmotiv des Patienten
- nicht ärgern und explizieren, was der Patient tut und warum er es tut
- nicht ärgern und Konfrontation mit möglichen Reaktionen anderer auf das Verhalten des Patienten, Klärung der Gründe anbieten
- nicht ärgern und Klärung des getriggerten Schemas

Bei der »Testart Kritik am Therapeuten« steht der Behandler – bevor er eine der beschriebenen Umgangsmöglichkeiten wählt – vor einem zusätzlichen Problem: Er muss erst einmal entscheiden, ob es sich um eine ernst gemeinte/authentische Kritik oder um einen Beziehungstest handelt. Das Vorgehen ist zu Beginn in beiden Fällen gleich:

- Intensität und Ziel erkennen und benennen: »Ich merke, dass Sie mit *mir* und dem, was ich in der letzten Stunde getan habe, *sehr unzufrieden* sind.«
- Loben und damit deutlich machen, dass der Therapeut es völlig in Ordnung findet, dass der Patient kritisiert: »Ich finde es gut, dass Sie das ansprechen. Denn dadurch können wir die bei Ihnen entstandene Unzufriedenheit jetzt klären.«
- Kontrolle über den Prozess übernehmen: »Ich finde es wichtig, dass wir uns jeden Ihrer Kritikpunkte ganz gründlich und nacheinander ansehen, damit wir keinen Aspekt vergessen.«

An dieser Stelle muss der Therapeut nun entscheiden, ob es sich um eine authentische Kritik oder einen Beziehungstest handelt. Einige Kriterien zur Unterscheidung finden sich in Tabelle 58-4.

Bei einer authentischen Kritik würde die Kritik des Patienten nun inhaltlich geklärt werden und der Therapeut würde hierzu Stellung beziehen.

Tab. 58-4 Unterscheidungsmerkmale authentische Kritik versus Beziehungstest.

Authentische Kritik	Beziehungstest
Patient will auf eine Metaebene.	Patient will nicht auf eine Metaebene.
Patient will diskutieren und ist diskussionsbereit.	Patient will nicht diskutieren und ist nicht diskussionsbereit.
Es wird dem Therapeuten inhaltlich klar, was den Patienten stört.	Die Kritikpunkte und Fehler bleiben unklar und unkonkret, Seife-in-der-Dusche-Phänomen.
Negative Effekte für den Patienten und andere werden nur am Rande erwähnt.	Negative Effekte für den Patienten und andere werden überbetont.

Bei einem Beziehungstest geht es dem Patienten jedoch nicht um Inhalte. Er hat frustrierte Motive und getriggerte Schemata. Hier hat der Therapeut nun die oben beschriebenen Möglichkeiten.

Bei der Testform »Aufforderung zur Grenzüberschreitung« ist es wichtig, der Aufforderung nicht nachzukommen, diese explizit abzulehnen und dem Patienten die Gründe hierfür zu erklären: »Mir ist es wichtig, Ihre Grenzen nicht zu überschreiten. Deshalb möchte ich nicht bohren, sondern darauf achten, wie weit Sie gehen wollen.«

Wenn der Patient Suizidalität andeutet, muss der Therapeut erst einschätzen, ob der Patient tatsächlich über Selbstmord nachdenkt oder ob er über das Andeuten von Suizidalität versucht, etwas anderes (z. B. häufigere Sitzungen) zu erreichen. Einen Manipulationsversuch kann der Therapeut daran erkennen, dass die Gedanken und Pläne des Patienten bei dem Versuch, die Suizidalität abzuklären, unkonkret und vernebelt bleiben. Andere mögliche Kriterien sind, dass der Patient ploppt, d. h. das Thema wechselt, Suizidalität andeutet, dann aber nicht darüber reden will, dass Forderungen oder Appelle mit der Suizidalität verbunden sind, dass der Patient jammert, ohne dass der Therapeut mitschwingen kann (mangelnde Authentizität), und dass die Gründe für die Suizidalität unangemessen oder absurd erscheinen. Mit keinem dieser Kriterien kann man jedoch sicher bestimmen, ob es sich um einen Manipulationsversuch handelt. Letztendlich kommt es auf die Einschätzung des Therapeuten an. Wenn der Therapeut zu der Entscheidung kommt, dass es sich um einen Manipulationsversuch handelt, kann er versuchen, dies mit dem Patienten zu besprechen, die Manipulation transparent zu machen und das dahinter stehenden Motiv zu klären. Im Anschluss daran, kann der Therapeut eine passende Beziehungsbotschaft an den Patienten senden, ohne auf übertriebene Forderungen einzugehen. Außerdem kann er mit dem Patienten besprechen, ob er sich einen anderen Weg vorstellen kann, seine Wünsche zu äußern. Auch wenn dies gelingt bzw. wenn ein Transparentmachen der Manipulation nicht möglich ist, bleibt die Frage, ob sich der Patient von der Suizidalität distanzieren kann. Ist dies nicht der Fall oder bekommt der Therapeut kein klares Bild vom Ausmaß der Suizidalität, wird das Notfallsystem eingeschaltet. Dies hat zwei Vorteile: Der Therapeut kann sicher sein, dass dem Patienten nichts passiert, und er lässt sich nicht manipulieren. Erfahrungsgemäß hat dies auch kaum negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, da die Patienten sich ernst genommen fühlen.

Explizierung der Beziehungsmotive

Ein weiterer Aspekt der Beziehungsgestaltung ist das Explizieren der Beziehungsmotive. Der Therapeut muss erkennen, welche Motive und Wünsche beim Patienten im

Tab. 58-5 Beziehungsmotive und passende Explizierungen.

Beziehungsmotiv	Explizierung
Anerkennung	<ul style="list-style-type: none"> • Sie wünschen sich, von anderen gemocht zu werden. • Sie möchten okay gefunden werden, ohne etwas dafür tun zu müssen.
Wichtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Sie wollen für andere wichtig sein. • Sie möchten ernst genommen werden. • Sie wünschen sich, dass andere sich für Sie interessieren.
Solidarität	<ul style="list-style-type: none"> • Sie wünschen sich Unterstützung. • Sie möchten, dass jemand an Ihrer Seite steht.
Verlässlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Sie wünschen sich, dass jemand bei Ihnen bleibt. • Es wäre schön, wenn ein Streit/eine andere Meinung die Beziehung nicht gefährden würde.
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist Ihnen wichtig, selber zu entscheiden (ohne dass Ihnen jemand reinquatscht). • Sie möchten selber bestimmen, was Sie tun.
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Sie wollen, dass Ihre Grenzen respektiert werden. • Sie möchten, dass Ihr Bereich sicher ist.

Vordergrund stehen, und diese dann benennen. In Tabelle 58-5 finden sich Explizierungsbeispiele für die sechs Beziehungsmotive. Dies kann sich (wenn es an den richtigen Stellen eingesetzt wird) sehr positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken. Bei der Explizierung des Bedürfnisses nach Schutz der eigenen Grenzen sollte jedoch Vorsicht geboten sein, da Patienten dies als Grenzüberschreitung empfinden können.

Ein weiterer Effekt der Explizierung der Beziehungsmotive ist, dass der Patient hierdurch eine Repräsentation seiner Motive aufbauen kann. Dies ist vor allem bei Patienten mit Alienation (= Entfremdung vom eigenen Motivsystem) wichtig, um diese aufzuheben.

Konfrontation mit der Spiel-Ebene

Den Patienten sind jedoch nicht nur ihre Motive nicht bewusst. Häufig haben sie ebenfalls keine bewusste Repräsentation der intransparenten Strategien der Spiel-Ebene. Auch wenn das Ausmaß an Einsicht in die intransparenten Strategien sehr unterschiedlich ist, ist es wichtig, die Patienten mit ihrem Verhalten zu konfrontieren und ihnen die damit verbundenen Folgen (langfristige Konsequenzen) zu verdeutlichen. Für die Konfrontation bei Borderline-Patienten

ist es von besonderer Bedeutung, dass der Therapeut nicht persönlich verärgert ist. Es muss dem Patienten deutlich werden, dass der Therapeut sie auf gewisse Verhaltensweisen hinweist, weil er sie unterstützen möchte, und dass dieses Verhalten nicht ungünstig ist, weil der Therapeut es negativ bewertet (für den Therapeuten ist es okay, was der Patient tut), sondern weil es für den Patienten Kosten hat.

Die Konfrontation hat mehrere Funktionen: Einerseits kann das Erkennen der Folgen die Patienten motivieren, in der Therapie mitzuarbeiten. Andererseits ist die Erkenntnis, sich dysfunktional zu verhalten, eine notwendige Voraussetzung für eine Verhaltensänderung. Weiterhin wirkt die Tatsache, dass man sich ungünstig verhält, die Frage auf, warum man dies tut. Wenn sich der Patient diese Frage stellt, hat der Therapeut einen Arbeitsauftrag zur Schemaklärung und -bearbeitung.

Schemaklärung und -bearbeitung

Da Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr negative und konflikthafte Schemata aufweisen, ist für sie eine Schemaklärung und -veränderung von großer Bedeutung.

In der Regel sind die relevanten Schemata nicht repräsentiert. Da ein Schema einer Bearbeitung jedoch nur dann zugänglich ist, wenn die zentralen Schemaaspekte kognitiv repräsentiert sind, ist zu Beginn das Schema zu klären. Nur ein valide repräsentiertes und aktiviertes Schema kann bearbeitet werden. Ziel der Schemaklärung ist damit die systematische und valide Repräsentation des dysfunktionalen Schemas. Die Schemaklärung ist ein komplexer Prozess, für den die Klärungsorientierte Psychotherapie geeignete Methoden zur Verfügung stellt (s. Sachse 2003). Es ist aber auf jeden Fall zu bedenken, dass nur aktivierte Schemata geklärt (und verändert) werden können. Schemaklärung geht deshalb auch immer mit der Aktivierung verschiedener negativer Emotionen einher. Daher ist zu beachten, dass dies erst Inhalt der Psychotherapie mit Borderline-Patienten wird, wenn die Patienten in der Lage sind, mit negativen Gefühlen umzugehen. Zudem benötigen sie zur Auseinandersetzung mit den negativen Schemata einen positiven Gegenpol. Damit sind Ressourcen gemeint, auf welche der Patient zurückgreifen kann, wenn es ihm schlecht geht. Fehlen hinreichende Ressourcen, besteht die Gefahr, dass der Patient durch die Klärung zu sehr destabilisiert und suizidal wird.

Die dysfunktionalen Schemata der Borderline-Patienten sind nach der Klärung im Therapieprozess aktiv zu bearbeiten. Die Patienten müssen motiviert werden, gegen ihre Schemata anzugehen. Sie müssen unterstützt werden, ihre Schemata zu prüfen und zu widerlegen sowie kognitive und affektive Alternativen zu entwickeln. Hierzu empfiehlt die

Klärungsorientierte Psychotherapie das Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). Es handelt sich um eine Zwei-Stuhl-Technik, die als Rahmentchnik zur Bearbeitung von Schemata konzipiert wurde, in welcher der Patient angeleitet wird, sein eigener Therapeut zu sein und sich von seinen Schemata zu distanzieren. Im EPR kommen verschiedenste Strategien zum Einsatz. Neben kognitiven Methoden werden Strategien der Schema-Aktivierung mit Methoden der affektiven Umstrukturierung, der Imagination, aber auch der Ressourcen-Aktivierung und der Motivierung kombiniert (Sachse, Püschel et al. 2008).

Die Schemaklärung und -bearbeitung soll es den Patienten erleichtern, im Alltag neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

Transfer in den Alltag

Entsprechend kann in der Therapie mit dem Patienten erarbeitet werden, was aus den Erkenntnissen über intransparente Strategien und aus den bearbeiteten Schemata für sein Verhalten folgt. Veränderungen wie das Ausprobieren authentischen Verhaltens können geplant und mit verhaltenstherapeutischen Methoden wie Rollenspielen geübt oder als Hausaufgaben vereinbart werden.

Der Durchlauf durch die Phasen ist nicht linear, mehrere Phasen können sich überlappen. Beziehungsgestaltung spielt zu Beginn der Therapie eine größere Rolle, verliert bei Borderline-Patienten jedoch nie ganz an Bedeutung. Die Möglichkeit zur Konfrontation hängt auch vom Stand der Beziehung ab. Nur in einer ausreichend tragfähigen therapeutischen Allianz wird sich der Patient mit der Konfrontation auseinandersetzen und nicht verärgert reagieren. Auch Schemaklärung und -bearbeitung werden häufiger aufeinander folgen, da mehrere Schemata relevant sind. Entsprechend wird immer wieder eine Transferphase eingeschoben. Es ist auch möglich, dass ein Schema gerade geklärt wird, während man parallel bereits an Verhaltensänderungen arbeitet.

In diesem Abschnitt wurde schwerpunktmäßig das Vorgehen der Klärungsorientierten Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben.

Klärungsorientierte Interventionen stehen in einem Ergänzungsverhältnis zur Dialektisch-Behavioralen Therapie. Abhängig vom relevanten Problembereich des Patienten (Emotionsregulationsstörung und/oder Interaktions- bzw. Schemastörung) kann es günstig sein, Dialektisch-Behaviorale Therapie und Klärungsorientierte Psychotherapie im Rahmen einer klärungsorientierten Verhaltenstherapie zu kombinieren. Im folgenden Abschnitt wird darauf eingegangen, wann eine Indikation für die Dialektisch-Behaviorale Therapie oder für die Klärungsorientierte Psychotherapie besteht und wie eine Kombination von Dialektisch-Behavioraler Therapie und klärungsorientiertem Vorgehen im Therapieverlauf aussehen könnte.

vioraler Therapie und klärungsorientiertem Vorgehen im Therapieverlauf aussehen könnte.

Indikation und Integration von Klärungsorientierter Psychotherapie und Dialektisch-Behavioraler Therapie

Die Frage nach der Indikation lässt sich anhand der beiden Dimensionen (Emotionsregulationsstörung und Interaktions- bzw. Schemastörung) beantworten. Wie die Darstellung im bisherigen Kapitel bereits nahelegt, wäre für Patienten, die eine Emotionsregulationsstörung (und keine Interaktions- bzw. Schemastörung) aufweisen, die Dialektisch-Behaviorale Therapie die Interventionsform der Wahl. Für Patienten mit einer reinen Interaktions- bzw. Schemastörung (ohne Emotionsregulationsschwierigkeiten) kann auf ein klärungsorientiertes Vorgehen zurückgegriffen werden. Wenn in jeder dieser zwei Dimensionen Schwierigkeiten bestehen, müssen Techniken aus beiden Ansätzen kombiniert werden. Zu einem ähnlichen Schluss kommen Sieswerda, Arntz et al. (2007). Die Autoren betonen die Bedeutung dysfunktionaler Schemata für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und schlussfolgern, dass ein Fokus der Therapie auf der Veränderung der Schemata liegen sollte, obwohl die Patienten weiterhin von einem allgemeinen Training der Emotionsregulation profitieren würden.

Der Fall, in dem beide Problembereiche vorliegen (Emotionsregulationsstörung und Interaktions- bzw. Schemastörung), stellt den Behandler vor die große Herausforderung, die Interventionen der Dialektisch-Behavioralen Therapie und der Klärungsorientierten Psychotherapie zu kombinieren und Entscheidungen bezüglich der Reihenfolge der therapeutischen Strategien zu treffen. Um diese Entscheidungen zu erleichtern, wird im Folgenden eine Möglichkeit der Integration beider Therapieansätze vorgeschlagen.

Als Grundlage zur Beschreibung eines Therapieprozesses, in dem Dialektisch-Behaviorale Therapie und Klärungsorientierte Psychotherapie kombiniert werden, eignen sich die Phasen der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie unterteilt die Behandlung in eine Vorbereitungs- und drei Therapiephasen.

Während die Vorbereitungsphase spezielle Inhalte hat, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll, werden in der ersten Therapiephase schwere Probleme auf der Verhaltensebene behandelt. Hierzu gehört auch das Training von Emotionsregulationsfertigkeiten.

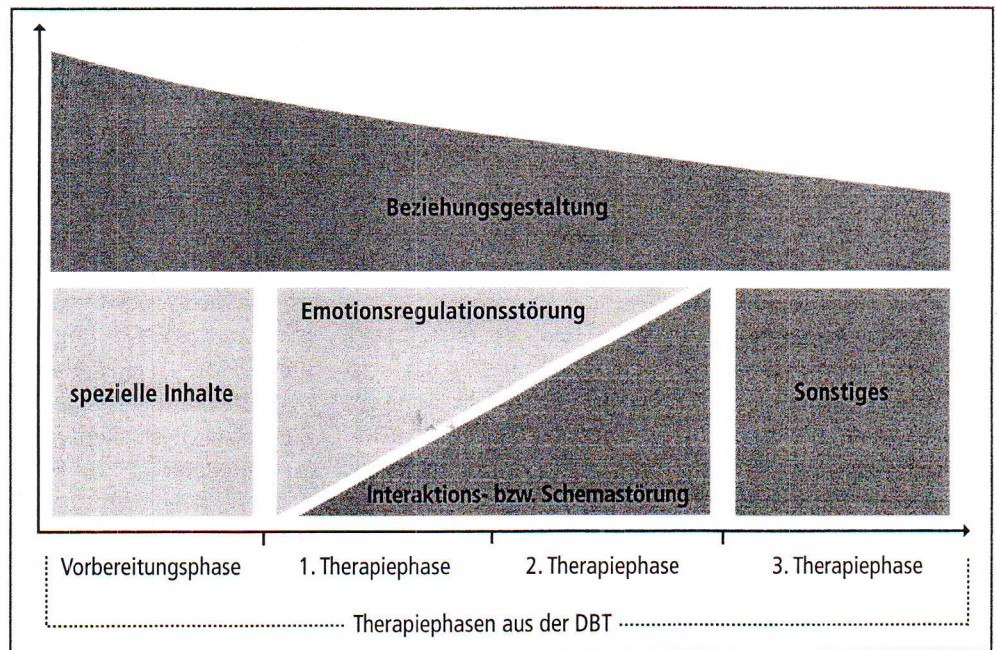


Abb. 58-2 Behandlungsschwerpunkte in den einzelnen Therapiephasen.

In der zweiten Therapiephase stehen dann Probleme mit Folgen traumatischer Erfahrungen im Fokus. Hierfür werden bestimmte Voraussetzungen aufseiten des Patienten formuliert, die in der ersten Therapiephase geschaffen wurden (Bohus 2002):

- Suizidalität ist eindeutig geklärt.
- Der Patient ist in der Lage, Emotionen zu modulieren.
- Es wird kein selbstschädigendes Verhalten zur Spannungsreduktion eingesetzt.
- Zentrale Fragen der (Über-)Lebensqualität sind gelöst (z. B. keine real traumatisierende Umgebung, keine Drogen und kein Alkohol, tragende soziale Kontakte, stabilisierende Freizeitaktivität).
- Der Patient kann im Selbstmanagement dissoziative Phänomene revidieren.

In diese zweite Phase würde auch die Schemaklärung und -bearbeitung fallen, für welche dieselben Voraussetzungen gelten wie für die Trauma-Arbeit.

Außerdem können die Patienten mit steigender Stabilität zunehmend mit ihrem interaktionellen Verhalten auf Spiel-Ebene konfrontiert werden. Dies kann vorsichtig bereits in der ersten Phase geschehen, wenn der Patient in der Lage ist, mit einer entsprechenden Rückmeldung umzugehen und der Eindruck besteht, dass durch eine wenn auch kleine Verhaltensänderung Entlastung entsteht. Der Patient wird dann auch bei dem Transfer in den Alltag unterstützt.

In die dritte Therapiephase der Dialektisch-Behavioralen Therapie fallen noch weitere Probleme der Lebensführung.

Beziehungsgestaltung ist am Anfang der Therapie deutlich wichtiger als die inhaltliche Arbeit, da der Erfolg bei der Etablierung einer guten therapeutischen Allianz die Voraussetzung darstellt, um inhaltlich arbeiten zu können. Hier können die Vorschläge, die aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation folgen, und die Strategien der Validierung zum Einsatz kommen. Auch wenn die inhaltliche Arbeit im Laufe der Therapie immer weiter in den Fokus rückt, wird eine gezielte Gestaltung der Beziehung durch den Therapeuten während des gesamten Prozesses erforderlich sein (Abb. 58-2).

Fazit

Wie dargestellt, stellt die Dialektisch-Behaviorale Therapie eine effektive Behandlungsform für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dar (s. Kap. 56). Die Erweiterung dieses Ansatzes um Elemente der Schemabearbeitung als zusätzlichem Schwerpunkt in der Therapie (s. Kap. 57) wird von einigen Autoren als Möglichkeit gesehen, die Effektivität weiter auszubauen. Das Einbeziehen spezieller Aspekte von Persönlichkeitsstörungen, wie sie mit dem Modell der doppelten Handlungsregulation beschrieben werden, kann einen weiteren hinzugewinn bringen. Zum einen versprechen wir uns, mit einer klärungsorientierten Verhaltenstherapie Patienten zu erreichen, die sonst nicht erfolgreich behandelt werden können. Zum anderen können bereits erfolgreich behandelte Patienten die Erfolge in anderen Bereichen weiter ausbauen.

Gleichwohl sollte bedacht werden, dass nach der dargestellten Konzeption der zwei Dimensionen auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht als dichotomes Konzept (gestört vs. nicht gestört) gesehen wird. Dementsprechend unterscheiden sich die Patienten im Ausmaß der Emotionsregulationsstörung und auch in der Stärke der Ausprägung der Persönlichkeitsstörung. Es ist zu erwarten, dass der Therapieerfolg zum Teil vom Grad der Störung beeinflusst wird. Bei Patienten mit entweder einer Emotionsregulationsstörung oder einer Interaktions- bzw. Schemastörung, d. h. bei Problemen in nur einer der zwei Dimensionen, und bei Patienten, die zwar in beiden Bereichen Schwierigkeiten aufweisen, bei denen diese Probleme aber nur relativ schwach ausgeprägt sind, ist mit größeren und schnelleren Erfolgen zu rechnen als bei Patienten mit massiven Beeinträchtigungen in beiden Dimensionen.

Unabhängig davon, welche Elemente zusätzlich in die Therapie integriert werden, wird damit zu rechnen sein, dass bei Patienten mit großen Schwierigkeiten auf verschiedenen Ebenen Erfolge nur langsam zu erreichen sind und dass in den zur Verfügung stehenden Therapiezeiten nicht alle Probleme aufgearbeitet werden können.

Dennoch sind wir überzeugt, dass mit einer klärungsorientierten Verhaltenstherapie relevante Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen erreicht werden können. Neben einer verbesserten Emotionsregulationsfähigkeit können die Patienten lernen, Ressourcen aufzubauen oder vorhandene Ressourcen besser zu nutzen, sich besser von ihren Schemata zu distanzieren und sich in Beziehungen anders zu verhalten.