

Borderline-Erkrankung und Integrative Bewegungstherapie*

Geschichte, Diagnose, Genese und vergleichende therapeutische Ansätze in Klinik und Praxis dargestellt anhand einer Fallbeschreibung und ergänzender kasuistischer Beispiele

M.J. Waibel, Aulendorf

Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und den FPI-Publikationen. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Autors / der DGIB

1. Einführung

Eine Aussage von einer meiner ersten „Borderline-PatientInnen“ werde ich wohl mein Leben lang nicht mehr vergessen: ... *was ich da bräuchte?, vielleicht in den Arm genommen zu werden, aber ich würde mir immer noch lieber die Zunge abbeißen, als das zuzugeben...*

Das war Anna, eine Patientin die ich zu Beginn einer ambulanten Therapie fragte, was sie denn in diesen schwierigen Situationen bräuchte, die sie mir schilderte.

Anna wurde mit 18 Jahren zum ersten Mal in die Klinik mit der Diagnose „neurotische Depression mit zwanghaften Zügen“ eingewiesen. Sie hatte damals noch nicht die spezifische Diagnose einer Borderline-Erkrankung. Diese Diagnose wurde ergänzend infolge des ersten und des zweiten Klinikaufenthalts gestellt. Damit möchte ich vorweg eine Hauptschwierigkeit ansprechen, wenn man von einer Borderline-Erkrankung spricht: die grundsätzliche Problematik der Diagnosstellung einer Borderline-Erkrankung und die Definition bzw. Vieldeutigkeit des Begriffes der Borderline-Erkrankung. In der Fachliteratur und in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Welt ist dieser Begriff nach wie vor umstritten. Ich habe aus diesem Grund als Titel für die nachfolgende Arbeit nicht Begriffe wie Borderline-Syndrom etc. gewählt, da sie schon eine spezifische Aussage zur Erkrankung treffen.

Zunächst ein paar kurze Ausführungen zur geschichtlichen Entstehung des Borderline Begriffes und seiner Vieldeutigkeit mit dem abschließenden Versuch einer ersten Definition.

2. Kurzer geschichtlicher Rückblick zum Begriff des „Borderline“

Geht man in die Geschichte zurück, seitdem psychiatrische Erkrankungen klassifiziert wurden, gibt es Fallberichte, die an der Grenze (on the border) von existierenden diagnostischen Kriterien liegen. Hughes (s.b. Ullmann 1989) prägte 1884 den Begriff "borderland patients". Der Fallbericht "Der Wolfsmann" von S. Freud 1918 wird als Beschreibung eines Borderline-Patienten bezeichnet, obwohl Freud selber den Begriff des Borderline anscheinend nie verwendet hat (vgl. Diskussion bei Rohde-Dachser 1989,28 und Abend 1994,16). Kraepelin (s.b. Ullmann 1989) wird die erste Diskussion der "Borderline-Affektiven-Störung" in 1921 zugeschrieben. Stern (ebd.) bezeichnete 1938 mit "borderline" eine Gruppe ambulanter Patienten, welche für die Psychoanalyse zu gestört waren. Melanie Klein (1962) prägte schließlich 1946 den Begriff der "projektiven Identifikation" (s. dazu Abschnitt 4) in ihren Überlegungen zur Pathologie der internalisierten Objekt-Beziehungen bei sogenannten Borderline-Patienten. Dieser Begriff spielt noch heute

in der Diagnostik von Borderline-Erkrankungen eine wichtige Rolle, wie wir später sehen werden. Kernberg hat es schließlich ab 1967 mit seiner ersten Publikation "Borderline Personality Organization" im Journal der amerikanischen psychoanalytischen Gesellschaft geschafft, daß sich der Begriff zu einem eigenständigen psychiatrischen Krankheitsbild entwickelt hat und Eingang in den DSM III finden konnte (s. dazu Abschnitt 3).

Was jedoch mit einem Borderline-Syndrom, einer Borderline-Störung, einer Borderline-Persönlichkeit, einem Borderline-Zustand usw. schließlich gemeint ist, muß beim jeweiligen Autor nachgelesen werden, bzw. man muß nachfragen, wenn jemand eine solche Aussage trifft.

In der klinischen Praxis haben sich drei Begriffsebenen etabliert (Ullmann 1989,27; Rohde-Dachser 1989,39):

- das Borderline Syndrom
- die Borderline-Persönlichkeit und
- der Borderline Zustand

Das Borderline-Syndrom bezieht sich auf typische Krankheitsmanifestationen, die regelhaft in Verbindung miteinander auftreten. Borderline-Persönlichkeit (Borderline Personality Organization, s.dazu Kernberg 1967) meint gleichbleibende Strukturmerkmale der Ich-Organisation. Borderline-Zustand beschreibt eine Krankheitsperiode, bei der es sich um eine vorübergehende Dekompensation der Persönlichkeit handelt (Rohde-Dachser 1989, s.a. Mentzos 1992,145).

Christa Rohde-Dachser, Autorin des bekanntesten deutschsprachigen Buches "Das Borderline Syndrom" (1989) definiert "Borderline" als "*ein eigenständiges psychisches Krankheitsbild, das phänomenologisch im Grenzbereich von Neurose, schwerer Charakterstörung und Psychose angesiedelt ist, sich differentialdiagnostisch aber hinreichend genau von diesen nosologischen Kategorien unterscheiden läßt*".

Hoffmann/Hochapfel (1992,140) sehen im Borderline-Syndrom "*...jene Fälle, die phänomenologisch keine Psychose haben, bei denen aber die Psychodynamik und die Ich-Verzerrung der von Psychotikern entspricht*".

Aufgrund dieser deskriptiven Definitionen und nicht klar spezifizierbaren klinischen Einordnung scheint es nun umso wichtiger sich näher mit den diagnostischen Kriterien der beiden bekanntesten Manuale für psychische Störungen zuzuwenden: dem DSM III-R und dem ICD 10.

3. Versuch der klinischen Einordnung und Objektivierung der Borderline-Erkrankung

3.1. Objektivierung nach dem DSM III-R und IV

Offizielle diagnostische Kriterien für die Borderline-Erkrankung wurden erstmalig 1980 durch die Aufnahme in den DSM-III festgelegt. Der DSM III ist das "Diagnostic und Statistical Manual of mental Disorders" der American Psychiatric Association. 1987 erschien davon eine revidierte Fassung: der DSM III-R. Ich werde in den nachfolgenden Ausführungen mich auf diese aktuelle Fassung beziehen, die auch im Hinblick auf die Borderline-Erkrankung gegenüber dem DSM-III einige Veränderungen erfahren hat. Inzwischen liegt der DSM IV in der englischsprachigen Version vor mit neuen Veränderungen. Er ist bislang noch nicht übersetzt.

Der DSM III-R und IV klassifiziert unter der Kategorie "Persönlichkeitsstörung"

in Gruppe A

- die schizotypische Persönlichkeitsstörung (301.22, 301.20)

in Gruppe B

- die Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83) und
- die narzißtische Persönlichkeitsstörung (301.81)

Ich beziehe mich im nachfolgenden auf die Version des DSM IV in der Beschreibung von Rohde-Dachser 1995. Diagnostische Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind hier folgendermaßen beschrieben:

Ein durchgängiges Muster von Instabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbildes und der Affekte und eine bemerkenswerte Impulsivität, die im frühen Erwachsenenalter beginnt und in verschiedenen Zusammenhängen sichtbar wird.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen gegeben sein:

1. Ver zweif eltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern (nicht bei suicidalem oder selbstverstümmelndem Verhalten, siehe Kriterium [5]);
2. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet;
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Unbeständigkeit des Selbstbildes oder der Selbstgefühls;
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren und Freßanfälle) (gilt nicht für suicidales oder selbstverstümmelndes Verhalten, siehe Kriterium [5]);
5. Wiederkehrendes suicidales Verhalten, Gesten oder Drohungen, oder selbstverstümmelndes Verhalten;
6. Affektive Instabilität, die auf ausgeprägte Stimmungsänderungen zurückgeführt werden kann (z.B. intensive episodische Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern);
7. Chronische Gefühle der Leere;
8. Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder wiederkehrende Prügeleien);
9. Vorübergehende, auf Streß zurückzuführende paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Der DSM-IV unternimmt somit eine Fortschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Nachfolger des DSM III und III-R. Eine größere Bedeutung wird nun der Unfähigkeit, das Alleinsein zu ertragen beigemessen. Neu ist das Kriterium 9, das im Zusammenhang mit Streß steht.

3.2. Objektivierung nach dem ICD 10

Der ICD-10, die Internationale Klassifikation psychischer Störungen, wurde von der Weltgesundheitsorganisation 1991 als Nachfolger des ICD-9 publiziert. Der ICD-9 hatte den Nachteil nur sogenannte Diagnosen aufzuzählen ohne nähere Bestimmungsmerkmale, was, so könnte man sagen, ihn gegenüber dem DSM III-R wesentlich undifferenzierter machte. Mit der stark veränderten Fassung des ICD-10 ging die WHO in Richtung des DSM-III R, also der Klassifikation psychischer Störungen auf mehr phänomenologischer Ebene.

In der Einleitung zum ICD-10 schreiben die Autoren im Abschnitt 12. Persönlichkeitsstörungen auf Seite 30:

„Nach anfänglichem Zögern wurde eine kurze Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31) als eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) schließlich doch einbezogen, auch hier in der Hoffnung, die Forschung zu stimulieren“.

Hier nachfolgend der Auszug aus dem ICD-10:

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

- Dazugehöriger Begriff: Borderline Persönlichkeitsstörung)

Im ICD-10 findet sich unter F21 daneben die sogenannte "schizotype Störung" mit dem unglücklichen dazugehörigen Unterbegriff Borderline-Schizophrenie. Der ICD-10 findet somit noch nicht die differenzierte Einordnung der Borderline-Erkrankung wie der DSM.

3.3. Objektivierung aus symptomatologischer und phänomenologischer Sicht

Rohde-Dachser sieht das Problem (vgl. Rohde-Dachser 1989,41-44) der Diagnosestellung der Borderline-Erkrankung darin, daß vielfältige Symptome in rascher oder unterschiedlicher Zeitfolge auftreten. Eine diagnostische Einordnung nach nur einer psychiatrischen Exploration wird damit nahezu unmöglich gemacht.

So beschreibt (ebd.) sie einen 45-jährigen Patienten der innerhalb von drei Jahren folgende Symptome zeigte: Zwangsvorstellungen, wahnhafte Ideen, optische Halluzinationen, massive frei flotierende Angst, Déjà-vu-Erlebnisse, Zwangsweinen, Bettnäsen, Höhenangst, Andeutungen von erlebter Gedankenausbreitung, hypochondrische Ideen, Impotenz, Mordimpulse gegenüber der Ehefrau, Denkhemmungen, Beziehungsdenken, Entfremdungsgefühle, Straßenphobie aus Angst vor Glätteis im Sommer, Beeinflussungserlebnisse.

Dieser Patient wurde in den drei Jahren aus gegebener Veranlassung mehreren Psychiatern vorgestellt, die zu unterschiedlichen Diagnosen kamen und die Schwere der Erkrankung sehr verschieden einschätzten.

Kernberg (1967) unternahm den Versuch, charakteristische Symptome die bei der Borderline-Erkrankung auftreten, zu erfassen. Kernberg betonte hierbei, daß gleichzeitig wenigstens zwei oder mehrere der genannten Symptome auftreten müssen, wenn ernsthaft die Diagnose Borderline in Erwägung gezogen werden sollte.

In Anlehnung an Kernberg erläutere ich nun wesentliche Borderline-Symptome und beschreibe diejenigen die bei Anna auftraten:

3.3.1. Chronische, frei flotierende Angst

ist dann besonders kennzeichnend, wenn sie zusammen mit neurotischen Symptomen oder pathologischen Charakterzügen auftritt. Frei flotierende Angst ist als sogenannte „schwimmende oder schwebende Angst, also nicht an feste Objekte gebundene Angst zu verstehen“. Man könnte sie auch als eine allgegenwärtige Angst bezeichnen, die ständig in der Vorstellung des Patienten vorhanden ist und sich an passende Vorstellungsinhalte bindet.

Anna hatte viele Formen von Ängsten, die z.T. spezifisch sich auf Situationen bezogen aber auch unspezifisch waren. So kam sie schnell durcheinander, wenn ein Termin in ihrem Tagesplan nicht klappte, bzw. abgesagt wurde. Sie hatte dann schnell Angst, den Tag nicht mehr im Griff zu haben; bzw. war sich unklar wie sie den Tag bewältigen konnte. In der Therapie interpretierte sie fast jede meiner Aussagen zu ihrer Fortentwicklung als meine Absicht, die Therapie möglichst schnell zu beenden und sie loszuwerden. Bei sehr konfliktbesetzten Inhalten (z.B. ihre Mutterbeziehung) gliedert sie schnell in dissoziative Zustände (s.3.3.5.) ab.

3.3.2. Multiple Phobien

treten in der Weise auf, daß sie dem Patienten schwerwiegende soziale Beschränkungen auferlegen und in der Form, daß sie einen Übergang zur Zwangsneurose (Angst vor Schmutz und Ansteckung) und zu paranoiden Zügen zeigen.

Anna war zeitgleich auch in der Behandlung bei einem Verhaltenstherapeuten, da sie weder mit Bus noch U-Bahn oder sonstigen öffentlichen Verkehrsmitteln fahren konnte. Vor größeren Menschenmengen hatte sie Angst. Ich habe sie einmal selbst erlebt, wie sie in einem Festzelt, das zunächst leer war, nicht mehr mit ihrem Freund weggehen konnte, weil sich draußen inzwischen eine größere Menschenmenge angesammelt hatte. Nachdem sie sich ein neues Auto gekauft hatte, entwickelte sie eine sehr zwanghafte Form des Abschließens. Sie lief nach dem Aussteigen mehrfach um das Auto und prüfte ob es abgeschlossen war. Wenn sie dann vom Auto wegging, quälte sie sich lange mit dem Gedanken, ob das Auto auch wirklich abgeschlossen sei.

3.3.3. Zwangssymptome, die sekundär ich-synton geworden sind und die Qualität überwertiger Ideen und Verhaltensweisen angenommen haben.

Hier schwankt der Patient zwischen dem Wunsch, die lästigen Gedanken und Verhaltensweisen loszuwerden und dem Versuch sie als „vernünftig“ anzusehen.

Kernberg nennt das Beispiel eines Patienten mit Waschzwang, der ein ausgefeiltes System von Erklärungen zur Hand hatte, um sein Verhalten hygienisch zu begründen.

3.3.4. Multiple, ausdifferenzierte oder bizarre Konversionssymptome

wenn sie chronifiziert sind bzw. mit bizarren Bewegungsabläufen verbunden sind oder mit entsprechenden Körperhalluzinationen auftreten.

Rohde-Dachser (1989,47) berichtet von einem Patienten, der seit über 15 Jahren einen bizarr anmutenden Tic der Kopfmuskulatur anbot. Anna wies abgesehen von einer schweren Körperbildstörung und einem äußerst negativ geprägten Körpererleben keine solchen Symptome auf.

3.3.5. Dissoziative Reaktionen

treten als vorübergehende Dämmerungszustände, Bewußtseinsstörungen oder sogar tranceartige Zustände auf. Dabei verliert der Patient Zeitbewußtsein und zum Teil

auch das räumliche Bewußtsein. Häufig treten solche Bewußtseinstörungen nur sehr subtil auf.

Ich habe bereits in 3.3.1. angedeutet, daß Anna solche Zustände in verschiedener Form hatte. Bei bedrohlichen Inhalten verfiel sie in einen dissoziativen Zustand von bis zu einer halben Stunde, wobei sie sich häufig weder an die vorherige Ereignisse noch an die Zeit, die inzwischen verfließen war, erinnerte. Sie war dabei nicht ansprechbar und konnte soweit ich mich erinnere, auch nie aus einem solchen Zustand herausgebracht werden. Ein Protokollauschnitt der das Hineingleiten in einen solchen Zustand beschreibt verdeutlicht dies: „... das Gefühl überfordert zu sein, und nicht mehr durchzublicken wurde immer stärker. Ich verstand nicht mehr was er wollte, hatte dauernd das Gefühl wir reden aneinander vorbei. Brauche nur die Sicherheit, da er es sofort und ohne Umschweife sagt. Irgendwann reden wir über Rasierklingen. Wenn ich letztes Mal welche gehabt hätte. Blicke nicht mehr durch - ein totales Chaos ist in meinem Kopf....“

3.3.6. Depressionen

zeigen sich vorrangig mit ohnmächtiger Wut oder mit Gefühlen der Hilflosigkeit im Anschluß an den Zusammenbruch eines idealisierten Selbstbildes. Dabei fehlen Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und die Sorge um die eigenen Person. Akte körperlicher Selbstverletzung als unspezifische Erleichterung um Wut abzureagieren gehören hier ebenso dazu wie auch suizidale Handlungen, die im Zustand immenser Wut vollzogen werden. Zumeist ist die Depression eine direkte Folge einer aktuellen emotionalen Belastung.

Wie schon eingangs erwähnt wurde Anna von ihrem Hausarzt mit der Diagnose „neurotische Depression“ eingewiesen. Diese Diagnose ist nach differentialdiagnostischen Kriterien nach ihrem ersten Klinikaufenthalt nicht mehr zutreffend gewesen, da hierfür die typischen Anzeichen von Schuld und antriebsloser Niedergeschlagenheit gefehlt haben. Ebenso waren uns auch die anderen Umstände wie Selbstverletzung bekannt. Anna reagierte in emotional schwierigen Situationen je nach Ausmaß mit Wut, Impulshandlungen und Selbstschädigung. Oft waren wir uns im Team sehr uneinig, ob sie wohl suicidal gefährdet sei. Ich erinnere mich an eine Situation, wo ich in der Gruppe eine andere Patientin in den Arm nahm, die über eine belastende Szene aus ihrem Leben berichtete. Anna stand daraufhin impulsiv auf, verließ die Gruppe ohne etwas zu sagen und schlug die Tür hinter sich zu. Auf dem Zimmer nahm sie eine Schere und fügte sich kleine Schnitte bei, wie ich dann später erfuhr.

Anschließend zog sie sich für einige Tage im Zimmer zurück und wollte mit niemandem sprechen und nichts essen.

3.3.7. Polymorph-perverse Sexualität

Hierunter fallen Personen, bei denen mehrere perverse Züge gleichzeitig existieren: heterosexuelle und homosexuelle Vermischungen ohne längere Partnerbindung mit sadistischen Elementen, Exhibitionismus, Sexsucht. Aber auch sexuell gehemmte Menschen deren bewußte Phantasien multiple perverse Inhalte aufweisen gehören dazu. Je instabiler dabei die Objektbeziehungen sind, die sich mit diesen Interaktionen und Gedanken verbinden, desto eher muß an eine Borderline-Erkrankung gedacht werden.

Anna hatte damals schon bei ihrer Klinikeinweisung eine stabile Freundschaftsbeziehung, und zeigte keine sexuellen Auffälligkeiten. Zur Sexualität hatte sie jedoch eine sehr problematische Einstellung, da sie Sex ablehnte und sie mit ihrem Freund nur deshalb sexuellen Verkehr hatte, weil er es wollte und sie Angst hatte, er würde sie auch sonst nicht mehr in den

Arm nehmen bzw. sie ablehnen.

3.3.8. Episodischer Verlust der Impulskontrolle

Hierunter sind chronische Impulsdurchbrüche zu verstehen, die außerhalb der Impulskontrolle liegen und nicht gesteuert werden können. Insbesondere sind hier eine nicht zu steuernde Wut und Süchte wie Drogenabhängigkeit, Fresssucht, Alkoholismus sowie Kleptomanie zu nennen.

Anna hatte immer wieder Fressanfälle, weitere Impulsdurchbrüche habe ich schon in den vorherigen Punkten benannt.

3.3.9. Denk- und Wahrnehmungsstörungen

können auftreten in Form von Störungen der Gedankenkontinuität, des Gedankenflusses, sowie Störungen der Bewußtheit und Aufmerksamkeit. Ebenso können rigide und verzerrte Vorstellungen über Intellekt, Gefühl, Verhalten und Sexualität vorhanden sein. Dieser Punkt ist jedoch bei mehreren Autoren umstritten.

Bei Anna war es auffällig, wenn sie z.B. auf eine Therapiestunde wartete und ich sie begrüßte, dieses gar nicht wahrnahm. Ich konnte sie auch mehrfach ansprechen, wenn sie z.B. ein Buch las. Sie nahm mich nicht wahr. Erst wenn ich in ihr Blickfeld trat, nahm sie Kontakt auf.

Nach diesem Gang durch die Psychopathologie einer Borderline-Erkrankung sei abschließend noch einmal betont, daß es unzulässig wäre, ohne eine genaue strukturelle Beobachtung des Patienten, auf eine Borderline-Erkrankung allein aufgrund dieser Symptome zu schließen.

4. Die Borderline Erkrankung als strukturelle Störung und die dazugehörigen

Abwehrmechanismen

Es war wiederum Kernberg (1967), der die Borderline-Erkrankung unter strukturellen Gesichtspunkten beschrieben hat. Kernberg spricht von der „Borderline-Personality-Organization“, also der Borderline-Persönlichkeits-Organisation. Kernberg meint damit, daß der Borderline-Erkrankte über eine typische Form der Persönlichkeitsorganisation verfügt. Dabei handelt es sich um eine Ich-Störung, die den gesamten psychischen Apparat beeinflusst. Der Kern dieser Ich-Störung besteht in der Unfähigkeit zur Entwicklung reiferer Abwehrmechanismen im Sinne der Verdrängung. Inkompatible Vorstellungen und Gefühle werden bei reiferen Abwehrmechanismen durch eine Barriere von Gegenbesetzungen von bewußten und vorbewußten Erleben fern gehalten. Bei der Borderline-Erkrankung treten an ihre Stelle **archaische Spaltungsmechanismen** (s.a. bei Petzold 1988, 44). Zentraler Abwehrmechanismus der Borderline-Erkrankung ist die **Spaltung**. Äußere Objekte werden in gute und böse Objekte aufgespalten. Dadurch wird z.B. vermieden, daß z.B. das Bild einer gütigen, versorgenden Mutter mit dem Bild einer bösen, strafenden, kalten Mutter in Verbindung gebracht wird.

Erste Hinweise in der klinischen Arbeit auf eine Borderline-Erkrankung sind meist im Team zu beobachten. Das Team ist in der Einschätzung zum Patienten gespalten. So kann es sein, daß die Krankenschwester den Patienten liebevoll und nett empfindet, der Psychologe hingegen als schwierig und agitiert. Der Borderline-Patient spaltet das Team. Auch Anna war dies schnell gelungen: Arzt und ich waren die sogenannten guten Objekte, die beiden Krankenschwestern beschrieb sie hingegen als kalt und unhöflich, sie sagte, die hätten ihren Berufsvollkommen verfehlt. Das wechselt, sobald es zu einer Konfrontation kommt, wie in der Situation, die ich in Abschnitt 3.3.6. beschrieben habe.

Ein weiterer Mechanismus ist die **Projektion und die projektive Identifizierung**. Dieser letzere genannte Begriff wurde von Melanie Klein 1946 geprägt und bedeutet, daß eigene unangenehme Gefühlsinhalte wie z.B. aggressive Gefühle in das Objekt, also z.B. eine andere Person hineinprojiziert werden. Dabei erlebt die andere Person im Kontakt mit der Borderline-Erkrankten unangenehme eigene Gefühlsregungen wie Ärger und Wut ohne diese zunächst in ihrer Ursache bestimmen zu können.

Die Übernahme dieser projizierten Gefühle kann regelmäßig in der Therapie mit dem Patienten beim Therapeuten leiblich wahrgenommen werden. Sie drücken sich als Gegenübertragung in Leibregungen einer niedergeschlagenen Müdigkeit, einer allgemeinen Lustlosigkeit und nicht nachzuvollziehender aggressiver Gereiztheit im sozialen privaten Kontakt aus, und halten zumeist mehrere Stunden an, wobei sie sich dann ohne weiteres Zutun verlieren.

Weitere Abwehrmechanismen sind die **Identifikation mit dem Angreifer** und die **Verleugnung** insbesondere als regelrechtes Lügen, das unbewußt bzw. vorbewußt beim Patienten vorhanden ist. Auf die Bedeutung des Lügens in der Therapie werde ich später noch einmal im Abschnitt 6.1. besonders hinweisen. Es sei aber vorab gesagt, daß durch diese Tatsache oft die Schwere der Erkrankung beim Patienten nicht erkannt wird, da dieser wichtige Fakten vorenthält bzw. falsch erzählt, wie sich dann später im Laufe der Therapie herausstellt.

5. Genetische Aspekte

Ob es spezifische genetische Aspekte gibt, die zu einer Borderline-Erkrankung führen bzw. führen können, dazu ist bis heute keine eindeutige Antwort gefunden worden. Allgemein geht man davon aus, das es sich um eine frühe und tiefgreifende Störung der Mutter-Kind-Beziehung handelt. Sie wird zurückgeführt auf das Fehlen der notwendigen stützenden Umgebung, die die Ausbildung eines Urvertrauens nicht möglich machte. „Borderline-Mütter[1]“ werden mit mangelnder Empathie beschrieben, zum einen als kalt, versagend und abweisend; zum anderen aber auch als eindringend und beherrschend präsent. Es haben sich vier genetische Theorien, nämlich die von Kernberg, Mahler, Searles und Wolberg (vgl. Rohde-Dachser 1989,156) für das 2. - 3 Lebensjahr durchgesetzt. Es kann aber hier in diesem Rahmen nicht näher darauf ausführlicher eingegangen werden. Ein kurzer kasuistischer Exkurs sei jedoch angeführt:

Anna wußte von ihrer Mutter, daß sie ungewollt schwanger wurde. Eigentlich hatte sie vor, beruflich sich zu engagieren. Das

Kind kam dazwischen und so nahm sie ihre Rolle als Hausfrau widerwillig an.

Anna beschrieb in den Therapiestunden ihre Mutter als äußerst zwanghaft, mit einer glänzenden Fassade aber völlig beziehungslos. Anna meinte, der saubere Fußboden in der Wohnung war immer wichtiger, als ein Spiel mit mir. In einer bewegungstherapeutisch regressiven Übung, in der Anna die Rolle der Mutter übernehmen sollte und ich Anna als kleines Kind spielte, beschrieb sie hinterher folgendes: „... ich gab ihm eine Holzkeule zum Spielen. Dann nahm ich sie ihm wieder weg. Er kroch aus dem Eck heraus. Ich versuchte ihn darin zu halten. Irgendwie kam er heraus, wollte zum Regal und sich ein Stofftier holen. Ich nahm ihm alles wieder weg. Es war ganz komisch. Ich hatte überhaupt keine Beziehung zu ihm. Ich fühlte überhaupt nichts. Verbot ihm wieder was. Schlug ihn, streichelte ihn. Aber dabei spürte ich überhaupt nichts. Wenn er herkam um sich an mir zu kuscheln, bekam ich Panik. Er soll mich nicht anfassen. Ich war meine Mutter aber ich war selbst dabei das Kind. Ich fing an zu heulen. Kam mir total einsam vor. Indem ich mit ihm so umging tat ich mir selbst weh. Was mich erschreckte war, daß ich nichts fühlte ...

Eine veränderte Position in der Genese von Borderline-Erkrankungen findet man nun bei Rohde-Dachser in der 5. Auflage (1995, 141). Zum erstenmal wird als dritter wesentlicher genetischer Faktor für das Borderline-Syndrom die Folge von Gewalt und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit angeführt. In verschiedensten Untersuchungen fällt auf, daß gerade Frauen - $\frac{3}{4}$ der untersuchten Borderline-Patienten waren weiblich - schwere traumatische Kindheitserfahrungen mit sexuellem Mißbrauch aufwiesen. Dies spricht für die Theorie des „life-span-developmental-approach“, auf die wir uns in der Integrativen Bewegungstherapie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht stützen, wonach nicht nur die frühen Lebenserfahrungen für Krankheitserscheinungen verursachend sein können.

6. Therapie der Borderline Erkrankung

Ich möchte im folgenden drei Ansätze der Borderline-Therapie vorstellen, die sich nicht gegenseitig ausschließen sondern eher ergänzen:

- a) die psychotherapeutische Behandlung von Kernberg und Mitarbeitern
- b) die klinisch-stationäre Therapie
- c) Integrative Ansätze unter Einbeziehung der Integrativen Bewegungstherapie

6.1. die psychotherapeutische Behandlung von Kernberg und Mitarbeitern

Kernberg hat seine Arbeit mit Borderline-Patienten im Laufe der letzten 30 Jahre immer wieder modifiziert. In einer neueren Publikation (Kernberg 1995) gibt er einen Überblick über sein dreistufiges Vorgehen in der psychodynamischen Behandlung mittels der Psychoanalyse. Es handelt sich dabei um eine modifizierte psychoanalytische Behandlungsform.

Stufe 1 ist die Diagnose einer auftauchenden primitiven Teil-Objekt-Beziehung in der Übertragung und die interpretierende Analyse der Struktur der vorherrschenden unbewußten Phantasie, die dieser speziellen Übertragungsaktivierung entspricht. Beispielsweise kann der Therapeut betonen, daß die momentane Beziehung der eines sadistischen Gefängniswärters und eines ohnmächtigen geängstigten Opfers gleicht.

Stufe 2 dieser Strategie ist die langsame Auflösung dieses Beziehungsmusters und dessen Umkehrung. Von unserem Beispiel ausgehend, daß der Patient sich selber wie das ohnmächtige Opfer sehe und dem Therapeuten die Rolle des sadistischen Gefängniswärters zuschreibe. Später könnte der Therapeut nun darauf hinweisen, daß sich der Patient jetzt wie der sadistische Gefängniswärter verhalte, während der Therapeut in die Rolle des geängstigten Opfers geraten ist.

In der **3. Stufe** versucht der Therapeut nun eine Verbindung zwischen „guten und bösem Objekt“ herzustellen. Das Opfer ist nun ein zorniges Baby, das sich rächen möchte, aber fürchtet zerstört zu werden. Die Sehnsucht nach der idealen, warmen Mutter wird immer mehr relativiert, die Integration aggressiver Impulse in das Selbst gefördert.

Diese psychotherapeutische Strategie beinhaltet die Interpretation in der modifizierten Form, daß vorsichtige deutende Interventionen gemacht werden, weiter die systematische Klärung von subjektiven Erfahrungen des Patienten, die taktvolle Konfrontation seines verbalen und nonverbalen Verhaltens und die Beschränkung unbewußter Inhalte auf das Hier- und Jetzt.

In den neueren Entwicklungen seines Ansatzes bringt Kernberg auch erstmalig die Über-Ich Pathologie in den Vordergrund, die eine schwere Verzerrung der Ich-Entwicklung beim Patienten zur Folge hat und in passives, parasitäres, aggressives und antisoziales Verhalten führen kann. Ich denke, daß diese neueren Aspekte eng mit der klinischen Tätigkeit von Kernberg zu tun haben, wo einfach schwerere Fälle von Borderline-Erkrankungen behandelt werden als in der psychotherapeutischen Praxis. Kernberg spricht hier von vorrangigen Themen, die in der Behandlung besonderer Aufmerksamkeit bedürfen:

Die **höchste Priorität** ist, sich mit den unmittelbaren Gefahren für das Leben des Patienten, anderer und des Therapeuten zu beschäftigen, so daß gewalttätiges oder potentiell destruktives Verhalten zuerst fokussiert und bearbeitet werden muß. Die **zweithöchste Priorität** gilt den Hinweisen darauf, daß die Behandlung vom Patienten abgebrochen oder unterbrochen zu werden droht. Hier ist der Aufbau eines stabilen Behandlungsvertrages (Rahmen) besonders wichtig.

Die **dritthöchste Priorität** besitzt schließlich der Nachweis von Fehl- oder Falschinformationen in den Mitteilungen durch den Patienten gegenüber dem Therapeuten, so daß dieser den gegenwärtigen emotionalen Zustand und die aktuelle Realität des Patienten falsch einschätzt. Kernberg (1995,80): „*Es ist eindrucksvoll, wie schwierig es für Therapeuten ist, sich selbst oder ihren Patienten einzugestehen, daß diese sie anlügen oder auf eine unaufrichtige, betrügerische Weise behandeln*“.

6.2. die klinisch-stationäre Therapie

Es gibt nach Lohmer (1988) zwei Indikationen für eine klinisch-stationäre Therapie:

- a) eine möglichst kurzfristige Krisenintervention bei Suicidalität, psychotischen Episoden oder ambulant nicht mehr zu lösenden psychosozialen Schwierigkeiten und
- b) für Borderlinepatienten, die aufgrund der Störung nicht fähig sind, eine fruchtbare therapeutische Beziehung einzugehen.

In den angloamerikanischen Ländern haben sich verschiedene Formen der stationären Therapie entwickelt, die zeitlich von einem Vierteljahr bis zu einem Jahr und inhaltlich psychoanalytisch und/oder milieuthérapeutisch ausgerichtet sind. Auch in Deutschland gibt es ähnliche Settings, die zumeist jedoch eine Maximalbegrenzung von bis zu 6 Monaten aufweisen. Tiefenpsychologische Therapie mit kreativtherapeutischen Angeboten und milieuthérapeutischer Arbeit scheinen sich im stationären Teamsetting zu bewähren, da dies inzwischen mehrere Kliniken praktizieren (Grönenbach, Bad Zwesten, Aulendorf). In der neueren Literatur wird auch die Möglichkeit einer kurzzeitigen klinischen Therapie bis zu 12 Wochen diskutiert, die sogar effektiver sein soll, da eine pathologische Regression des Borderline-Patienten verhindert wird. Die Therapie sollte dann in einem längerfristigen Setting weitergeführt werden.

6.3. Integrative Ansätze unter Einbeziehung der Integrative Bewegungstherapie

Vorab möchte ich auf die Gefahren eines nonverbal-zentrierten Ansatzes bei Borderline-Patienten hinweisen: mir fiel nicht nur bei Anna auf, daß Borderline-Patienten sich auf die nonverbalen Angebote sehr gerne einlassen und Sprache ablehnen, da sie ja doch keiner verstehe. Der Forderung des Patienten, nicht zu reden, sogar oft provokativ geäußert „*der/die TherapeutIn würde doch alles nur zu zerreden*“ muß von therapeutischer Seite standgehalten und evtl. maßvoll frustrierend eingesetzt werden. Die Handhabung früher Atmosphären und deren Übersetzung bzw. Versprachlichung in übender Form durch den Patienten halte ich inzwischen für einen Hauptpfeiler der bewegungstherapeutischen Arbeit.

Wie schon eingangs beschrieben erhielt Anna über einen längeren Zeitraum die Integrative Bewegungstherapie in Gruppen- und Einzelsitzungen. Dabei wurde auf das Konzept des 2. Weges der Heilung (Petzold 1988) zurückgegriffen: die Förderung des Grundvertrauens. Dieser Ansatz erfordert neben der verbalen Erfahrung vor allem die spezifische Einbeziehung des Leibes im Hinblick auf Übertragung, Gegenübertragung, dem Prinzip der Intersubjektivität in der das Grundvertrauen der Patientin systematisch in einem regressiven Setting nachgenährt wird. Dies geschah in der Therapie durch ein 20-minütiges Halten der Patientin in einem fest umrissenen Rahmen. Im weiteren erhielt die Patientin zahlreiche Möglichkeiten, sich über Körperbilder, Stimmungsbilder, Töne, Musik aber auch Körperbewegung wie z.B. Kämpfen auszudrücken. Der Wechsel von nicht-verbalen

Angeboten zu verbaler Ausdrucksfähigkeit lag im Zentrum der therapeutischen Arbeit. Auch Anna weigerte sich beharrlich andere Mittel und Wege als das Schneiden in den Arm mit einer Rasierklinge zu finden um sich Befreiung von dem Druck zu verschaffen, der periodisch auftrat. Anna: *"... oft ist ein totales Chaos in meinem Kopf. Ich spüre dann überhaupt nichts. Und dann nehme ich eine Rasierklinge und schneide mich. Da geht der Druck weg, wenn ich die vielen kleine Schnitte mache... und, früher, als ich noch vorhatte mich umzubringen, habe ich vorher alle meine persönlichen Sachen in kleinste Stücke zerrissen, daß niemand etwas von mir finde, wenn ich tot bin..."*.

Das einzige Mittel den Druck wegzubekommen war, daß ich mit ihr kämpfe, so sagte sie. Aber ich sei ja so gut wie nie da. Erst nach zwei Jahren gelang es ihr mit diesen Drucksituationen umzugehen, indem sie sich diesen nicht mehr aussetzte und andere Bewertungen finden konnte. In kleinsten Schritten war es ihr dann möglich, die Sprache auch in ablehnender Form zu benutzen, ohne daß sie gleich in retroflektive Muster der Schuld abwich.

Abschließend seien nun einige **Grundsätze für die Arbeit mit Borderline-Patienten** genannt, die sich im Laufe meiner Arbeit[1] in klinischer und ambulanter Therapie in den letzten Jahre als elementar herausgeschält haben. Die Reihenfolge drückt die Vorrangigkeit im therapeutischen Prozeß aus:

1. Die **Sorge für das Leben** des Patienten, seiner Bezugspersonen oder des Therapeuten mit klaren vertraglichen Vereinbarungen stehen an erster Stelle. Hier ist auch die Handhabung des Umgangs mit Selbstverletzung und Selbstverstümmelung zu beachten (s.a. 3. Rahmen).

2. Das Erarbeiten einer **differenzierten Diagnose** und damit verbundenen Einschätzung der Schwere der Erkrankung in Bezug auf Suicidalität und soziale Beziehungsfähigkeit. Dies sollte in einem längerfristigen klinischen Setting im Form prozessualer Diagnostik unter Einbeziehung mehrerer am Therapieprozeß beteiligter Personen geschehen, da sich hier die Strukturen des Patienten erst prägnant zeigen. Eine differenzierte Anamnese ist demnach in ein bis zwei Stunden nicht möglich.

3. **Der Rahmen**: Erst nachdem ein konkreter Rahmen über die Dauer der Therapie, ihre Art und Form, sowie Beendigung etc. vereinbart ist, kann eine Therapie im engeren Sinne beginnen. Die Stabilität des Rahmens wird in den vielen Krisensituationen schließlich entscheiden ob die Therapie erfolgreich durchgeführt werden kann!

4. Wenn es irgendwie möglich ist, sollte der Patient von einem Therapeutenpaar[1] behandelt werden, noch besser unter Hinzuziehung von dritten Personen, wie z.B Krankenschwestern/pflegern. Daß dies aufgrund ökonomischer, fachlicher und unter Umständen auch Konkurrenzaspekten gerade im ambulanten Setting zu selten möglich ist, kann nur bedauert werden. Im klinischen Bereich sollte dies zum Standard gehören.

5. In den therapeutischen Angeboten ist ein Wechsel von verbalen und nichtverbalen Erfahrungsmöglichkeiten mit verschiedensten kreativen Mitteln notwendig. Kurz ausgedrückt: In rein verbalen Angeboten kann der Patient buchstäblich verhungern, in rein nonverbalen Angeboten verliert er sich in einer endlosen Regression. Die Therapie darf nicht abwartend geführt werden sondern muß strategisch angelegt sein, d.h. mit Gegenwartsorientierung, Zielorientierung und konkreten Übungen, in denen die kleinen Schritte geübt werden (Hausaufgaben!). Regressionsübungen müssen einen klaren Rahmen und Umfang haben und sollten genauestens vorher besprochen werden. Therapeutische Mittel der Wahl sind somit sind der Wechsel von Ressourcenorientierung zu maßvoller Konfrontation und vorsichtiger Frustration.

6. Realitätsprüfungen sind immer wieder ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Damit meine ich die Realität des Patienten in seiner Lebenswelt, aber auch die Realität in der therapeutischen Beziehung die vom Therapeuten Engagement und Echtheit erfordert. Beispiel: Beim Anlehnen Rücken an Rücken sagt die Patientin „das ist für mich gut gewesen, wobei ich sofort gespürt habe, daß sie sich an mich nicht anlehnen wollen“. Hier ist das ehrliche Feed-Back des Therapeuten eines der wichtigsten Interventionsmittel, damit der Patient sein Gegenüber als echt, d.h. sowohl annehmend als auch ablehnend mit entsprechenden Differenzierungen erleben kann.

7. Die Einbeziehung des Patienten in den normalen Alltag, also die Übernahme von

verschiedensten Rollen in seiner sozialen Gruppe, Beruf, Familie und aus therapeutischer Sicht ein damit verbundenes soziales Kompetenztraining.

8. Weitere Aspekte für den Patienten sind die Aufklärung über seine Erkrankung und eine klare Einschätzung von therapeutischer Seite als auch eine Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich seiner beruflichen und sozialen Möglichkeiten.

9. Literatur

Abend, Sander M.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen-Zürich 1994.

Fürstenau P.: Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie, Pfeiffer-Verlag, München (2.) 1994

Hoffmann O./Hochapfel G.: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin, Schattauer, Stuttgart-New York 1992.

Kernberg O.: Borderline personality Organization, Journal American Psychoanalytic Association 15,641,1967, zit. in: Rohde-Dachser Chr. 1989.

Kernberg O.: Die psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten, in: Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie, Thieme-Verlag, Stuttgart-New-York45 (1995), 73-82

Klein M.: Das Seelenleben des Kleinkindes, Klett-Verlag, Stuttgart 1962

Lohmer M.: Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1988.

Rohde-Dachser Chr.: Das Borderline-Syndrom, Hans Huber, Bern-Stuttgart-Toronto (4.) 1989, (5.) 1995.

Uffelmann P.: Integrative Bewegungstherapie mit jugendlichen Borderline-Patienten, in: Integrative Bewegungstherapie 2, 2,1992, 47.

Ullmann R.: Zur Vieldeutigkeit des Begriffes Borderline, in: Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn, 15 (1989) 1, 25-35.

Verfasser:

M.J. Waibel

88326 Aulendorf

***Auszüge aus einem längeren Referat zum gleichnamigen Thema. Der Name wurde von mir selbstverständlich geändert.**