

Borderlinestörungen und süchtiges Verhalten

Diagnostische Vorbemerkung

Um zunächst ein wenig einzugrenzen, über was wir hier sprechen wollen, möchten wir die diagnostischen Kriterien der Borderline-Störung unserem Vortrag voranstellen. Obgleich innerhalb von Deutschland (eigentlich) mit dem ICD 10 diagnostiziert werden sollte, eignet sich dieses im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und insbesondere für die so bezeichnete Borderline-Störung nicht.

Das ICD 10 greift zu kurz und betont vor allem die Spaltung. Demgegenüber ist die Fassung des DSM 4, das die Borderline-Störung zusammen mit antisozialer Persönlichkeit, histrionischer Persönlichkeit und narzisstischer Persönlichkeit im Cluster B gemeinsam aufführt eine bessere Grundlage für das Verständnis der Störung und somit auch für die Praxis.

Die Borderlinestörung ist geprägt von **emotionaler Instabilität**. Rasche und abrupte Stimmungswechsel kennzeichnen das Bild. (So kann der Arzt, der gerade noch der Tollste Arzt der Welt war, binnen Sekunden zu einem völlig unfähigen Trottel mutieren, der wohl seinen Doktor auf dem Jahrmarkt gewonnen hat.)

Ein weiteres Kriterium sind ausgeprägte Spannungen, die spontan auftreten und somit in der Literatur als **Spontanspannungen** beschrieben werden. (Ohnedies sind Borderline-Patienten auch unter Normalbedingungen in einem viel höheren Anspannungsniveau als Menschen, ohne diese Problematik. (das heißt der Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt, ist hier schneller erreicht.)

Ein weiteres, auffälliges Merkmal sind die Schwierigkeiten, die eigenen Impulse zu kontrollieren und damit auch heftige **Impulsdurchbrüche**.

Insgesamt besteht die Tendenz, Impulse, die auftreten, eher **auszuagieren**, als über sie zu reden. Eher dem Gefühl zu folgen, als dem Verstand.

Neigung zur **Selbstverletzungen** bestehen, vor allem bei der depressiven Borderlinevariante. Häufige Komplikationen sind zudem **Esstörungen**, sowie eine Neigung zu **quasi suizidalen und suizidalen Handlungen**.

Es bestehen **Probleme mit dem Ausdruck von Trauer**, oder aber mit dem **Ausdruck von Wut**. Häufig ist die Variante, bei der die Wut nach außen gerichtet wird, während nicht getrauert werden kann (eher narzisstische Variante). Hier kommt es zu heftigen Wutausbrüchen gegenüber Dritten und auch ausgesprochenen Vernichtungsphantasien. Bei der eher depressiven Variante richtet sich die Wut nach innen und äußert sich schließlich in massiven Selbstverletzungen. (Die dann häufig massivst verletzten und vernarbten Arme werden in der Literatur bisweilen schon als Borderline-Arme (Dulz) gehandelt. Es bestehen verschiedenste Formen der Selbstverletzung.)

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit Borderline-Patienten ist, dass diese sich praktisch **ständig auf der Bewertungsebene** befinden. (Soll ein Borderline-Patient beschreiben, was vor dem Haus vor sich geht, so könnte sich das so anhören: „...da kommt dann diese alte Tuss mit diesem abartigen Hund um die Ecke und hat doch tatsächlich auch noch so einen Gesichtsausdruck, da kannst Du reinschlagen...“)

Aus diesen vorgenannten Problemen ergeben sich vielerlei Probleme in der **Gestaltung von Beziehungen**. So fürchten Borderliner auf der einen Seite verlassen, auf der anderen aber verschlungen zu werden, so dass ein steter Kampf um Autonomie, um **Nähe und Distanz** die Beziehungen prägt. (Diese Problematik der Regulierung von Nähe/Distanz ist treffend in dem

Buchtitel beschrieben: „Ich hasse Dich, verlass´mich nicht“.) Häufig könnte man die Beziehungen einteilen danach, ob der Patient seinerseits ausbeutet, oder ausgebeutet wird. Eine rein partnerschaftliche Beziehung gelingt zunächst nur selten.

Es besteht ein **chronisches Gefühl innerer Leere**, und ein **Schwanken zwischen Minderwertigkeit und Omnipotenzphantasien**. „Ich bin alles – ich bin nichts.“

Bei manchen Borderline-Patienten findet sich auch, was in der Literatur beschrieben ist als **polymorph-perverse Sexualität**.

Wie kann man sich nun die häufige Beziehung zwischen Borderline-Problematik und süchtigem Verhalten erklären?

Borderlinestörung ist die am häufigsten diagnostizierte zusätzliche Störung bei Konsumenten illegaler Drogen, gefolgt von der Diagnose antisozial. Bei Konsumenten von Alkohol findet sich eine deutliche Häufung von narzisstischen Störungen und Borderline-Problemen.

Eine Ursachenerklärung, die sich für dies Gruppen von Problemlagen finden lässt ist die der früheren und/ oder permanenten Traumatisierung.

Viele Borderlinepatienten waren z.B. Opfer von früherer Vernachlässigung (oder weisen schon als Kleinkinder Vorerkrankungen auf, die besondere Behandlung erforderlich machen: z.B. ADS...) oder von sexuellem Mißbrauch, viele Suchtpatienten waren dies auch. Viele Borderlinepatienten hatten unangemessene Rollenvorbilder, streitende Eltern, uneinige Eltern, alkoholisierte/ drogengebrauchende oder selbst erkrankte (i. S. einer Persönlichkeitsstörung) Eltern - auch dies findet sich häufig bei Suchtpatienten. So könnte man also verkürzt sagen, daß die gemeinsame Klammer für beiderlei Verhaltensweisen im Trauma zu finden ist.

Wie sich in der Diagnostik von Borderline-Störungen zeigt, kann es auch hier vielfältige Gründe dafür geben, einen Wunsch nach Betäubung zu verspüren und im Sinne eines Impulsdurchbruches auch sofort in die Tat umzusetzen. Gerade bei Borderlinepatienten finden wir im Hinblick auf süchtiges Verhalten Besonderheiten:

- * massive und plötzliche Einnahme von Drogen und Alkohol (von Null auf Hundert)
- * Fähigkeit dies plötzlich, trotz hohen Konsums wieder abzusetzen ohne wesentliche (vor allem im psychischen Bereich) Entzugserscheinungen
- * häufig keine kontinuierliche Suchtgeschichte und keine kontinuierliche Abstinenzgeschichte
- * Fähigkeit zu abruptem Substanzwechsel
- * Symptom Droge kann häufig schnell durch ein anderes ersetzt werden
- * Drogen-/ Alkoholeinnahme kann (quasi) suizidale Handlung darstellen oder sie begünstigen
- * stellt häufig eine Selbstmedikation gegen Spannung, Angst und natürlich auch posttraumatische Bilder etc. dar

Setzt man diese Vorüberlegungen voraus wird deutlich, dass eine Behandlung von süchtigem Verhalten in diesem Kontext primär eine Behandlung der Grunderkrankung erforderlich macht. Das bedeutet auch außerhalb des psychotherapeutischen Kontextes, eine Umgangsweise zu finden mit agierenden und teils sehr fordernden Klienten, die sich zum Teil sehr schwer damit tun, Hilfe anzunehmen – sie aber andererseits dringend benötigen.

Interaktion mit Borderline-Patienten in der Praxis

Borderlinepatienten weisen in ihrer Verhaltensgestaltung verschiedene Ausprägungen aus. Manche sind, wie bereits beschrieben eher dem depressiven Spektrum zuzuordnen, andere zeigen ausgeprägt narzisstische Züge, auch Borderlinepatienten mit ausgeprägt histrionischen Zügen (also der Neigung sehr dramatische Auftritte zu inszenieren) sind zu finden. Die häufigsten Gruppen sind in unserem Klientel depressive und narzisstische Borderline-Klienten.

Emotional instabil

Der Rosenkavalier

Die junge Frau lebt mit einer anderen (sehr depressiven) Patientin eine Beziehung. Beide kennen sich aus der Haft. Sie selbst hat wegen Dealens in nicht unerheblichem Umfang eine Haftstrafe verbüßt. Sie leidet unter Hepatitis C und hat verschiedenste Drogen bereits konsumiert. Unter anderem nimmt sie immer wieder exzessiv Tabletten zu sich. Sie beschreibt sich selbst als wunderbare Köchin, die täglich für sich und die Freundin koche, und beklagt lautstark deren fehlende Dankbarkeit. Drogenprobleme habe sie schon lange nicht mehr. (Die Freundin berichtet hingegen von aufgerissenen Tütensuppen und davon, dass die Klientin immer wieder total dicht von Tabletten sei und dann nicht mehr zu ertragen, für diese Variante sprechen auch diverse Screenings.) Sie selbst beschreibt sich als sehr stabil und durch nichts umzuwerfen, allerdings dauert es in der Regel keine 5 Minuten bis sie in der Sitzung bittet „Kann man das Fenster aufmachen?“ und unruhig auf dem Stuhl hin und her rutscht. Jede Stunde berichtet sie erneut von großen Plänen in der Zukunft. Innerhalb dieser Stunden nun berichtet sie, dass die Freundin, die parallel eine Therapiestunde am heutigen Tage hat, „furchtbar“ sei, zu nichts zu gebrauchen und sie werde sich von der trennen, und zwar noch jetzt und garantiert und überhaupt. Sie ist sehr wütend und aufgebracht. Sie fragt schließlich, ob Sie kurz noch ins andere Therapiezimmer gehen und der Freundin etwas geben könne. (In Anbetracht der Stunde vermuten wir, es geht um eine Abreibung). Dort angekommen reicht sie der Freundin eine langstielige Rose und macht ihr eine sehr wortreiche und romantische Liebeserklärung.

Dieses Beispiel illustriert, was ein kurzfristiges Ausagieren von Emotionen bedeutet und was gemeint ist, wenn in der Literatur von abrupten Stimmungswechseln die Rede ist.

Im therapeutischen Setting wäre hier nun eine längere Metakommunikation mit der Klientin darüber angebracht, wie sie lernen kann, ihre ambivalenten Gefühle adäquat und weniger verwirrend auszudrücken.

Im Zweifelsfalle könnte hierbei sogar die Videoaufzeichnung eine wichtige Rolle spielen, um der Klientin vor Augen zu führen, wie die Wirkung ihrer Interaktion ist. Oder aber auch die Lebenspartnerin könnte den eigenen Eindruck wiedergeben von dieser Situation oder auch der Arzt, Therapeut etc. könnte seinen Eindruck zum Ausgangspunkt machen.

Borderline-Patienten haben oft keinen oder nur wenig Zugang, zu der Bedeutung sozialer Interaktion und zur Wirkung ihres eigenen Verhaltens, das müssen sie häufig erst mühsam lernen.

Manches Mal lernen sie dies erst in Interaktion mit uns, wie das nächste Beispiel zeigt.

Ausdruck von Ärger und Wut / Impulsdurchbrüche

Teufelskreise

Herr S. ist ein Mann Mitte 30 und seit mehreren Stunden bereits in Psychotherapie. Er weist ein über mehrere Jahre dauerndes Suchtproblem in der Anamnese auf, das sich vor allem auf Alkohol- und Spielsucht bezieht. Herr S. ist bei seinen Eltern aufgewachsen, bis ihn im 2. Lebensjahr die Mutter verließ, und der alkoholranke Vater sich eine Partnerin suchte, die ebenfalls alkoholkrank und wie er selbst auch sehr gewalttätig war. Herr S. wurde vielfach misshandelt und gequält, verließ mit 16 ohne jede Ausbildung die Familie und schlug sich mehr schlecht als recht durch. Als er ambulante Therapie beginnt, hat er bereits 2 stationäre Suchttherapien durchlaufen. Es zeigt sich bald, dass bei ihm eine Suchtgefährdung dort besteht, wo er sich frustriert und enttäuscht sieht. Bedingt durch seine soziale Situation, nämlich einer sehr engen finanziellen Lage, hat er dazu häufiger Gelegenheit. Im Gespräch nun beginnt die Therapeutin mit ihm zu rechnen, um seine Ausgaben etwas ins Verhältnis zu bringen zu seinen Einnahmen. Was er zunächst als Hilfestellung wünschte, gerät ihm nun sehr zum Ärgernis. Die Therapeutin erlaubt sich nämlich, Herrn S. zu sagen, er könne sich den Einkauf bestimmter Güter nur selten, bzw. derzeit auch gar nicht leisten, wenn er über die Runden kommen wolle. Daraufhin flippt Herr S. in der Sitzung wütend aus, beschimpft die Therapeutin (er verwechselt also den Boten mit der Nachricht) und nimmt diesen Ärger erst einmal auch als Anlass, wieder spielen zu müssen. (Da wird die Therapeutin schon sehen, was sie davon hat). Borderlinetypisch ist auch seine Reaktion danach. Einerseits leidet er darunter, dass die Beziehung nun erst einmal etwas kühler ist, andererseits macht er sofort die Therapeutin dafür verantwortlich. Sie hat etwas falsch gemacht. Sie hätte wissen müssen, dass ihn das Thema so ärgert. Sonst hat er sich nämlich immer perfekt im Griff. Kein anderes Thema regt ihn auf. Beim Thema Schulausbildung und Berufswahl führt er dann diese These selbst ad absurdum. „Nein, nichts von diesen Vorschlägen gehe“, er schreit, zeigt der Therapeutin den Vogel, schüttelt den Kopf, „nein, nichts sei möglich, alles hoffnungslos“. Auf die Frage: „Ja, dann macht es vielleicht keinen Sinn sich zu bemühen, wenn das alles nichts bringt.“ schreit er die Therapeutin an: „Ich habe das nicht gesagt!“

Erst langsam, durch immer wiederholtes Thematisieren seiner Ausbrüche und der Versicherung, dass die Beziehung dadurch nicht beendet werde sein Verhalten aber auch keinesfalls okay sei, kann Herr S. schließlich lernen, schneller wieder „auf den Teppich“ zu kommen und sich selbst zu mäßigen in der Erregung. Hier bewährt sich das Einführen miteinander besprochener Stopp-Signale.

Die Therapeutin teilt ihm mit, dass er mit seinem Verhalten beleidigend sei und viele seiner Reaktionen, auch z.B. auf ihre Vorschläge, sie auch wütend machen würden. Ob er dies denn erreichen wolle? Herr S. stutzt und muß nach kurzer Zeit (grinsend) einräumen, die Therapeutin kenne ihn doch, er denke halt immer so negativ – da solle ja die Therapie auch gegen helfen.

Auch hier ist wieder die Metakommunikation das Mittel der Wahl, um nicht selbst in ein versehentliches Ausagieren zu verfallen. Absichtsvolles Agieren, unter anderem auch mit deutlichen emotionalen Wechseln (die dann besprochen werden), erweist sich in unserer Praxis als gutes Mittel zur Verdeutlichung von interaktionellen Konsequenzen. Allerdings dürfen sie nicht unbesprochen stehen bleiben, sonst gibt der Patient diesen Wechseln seine eigene (und häufig destruktive) Bedeutung.

Hier stellt die Therapeutin für den Klienten schließlich auch ein Rollenmodell dar - wie kann man Wut ausdrücken anstatt sie zu zeigen, wie ist Wutausdruck angemessen usw.

Nach diesen Interventionen (über den Zeitraum von mehreren Monaten) gelingt es Herrn S. stabil auf seine Suchtmittel über mehrere Monate zu verzichten. Er erwirbt andere Möglichkeiten der Verhaltenssteuerung und damit auch ein Stück Kontrolle über sein Erleben.

Veränderter Umgang mit Suchtmitteln stellt häufig ein Lernen von Impulskontrolle dar - die notwendige Fähigkeit das eigene Verhalten statt nach den Gefühlen nach den Gedanken zu steuern und langfristigen Konsequenzen vor kurzfristiger Entlastung den Vorrang zu geben. Dies wiederum bedeutet, dass Klienten in die Lage kommen zu verstehen, wie sich bestimmte missliche Erlebenszustände aufbauen. Dies zu eruieren und schließlich die Erkenntnisse in die Tat umzusetzen, benötigt viel Zeit. Ebenso benötigt die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen Zeit und kann in der Regel erst erfolgen, wenn eine stabilere Ebene mit dem Problem der Persönlichkeitsstörung erreicht ist. Daher erklärt sich auch, warum ein rein auf Verhaltenstraining angelegter Zugang im Bezug auf süchtiges Verhalten bei dieser Patientengruppe scheitern muß.

Selbstschädigendes Verhalten und Probleme mit dem Ausdruck von Wut und Trauer

Einschneidende Erfahrungen

Frau M. ist fast ein Borderline-Idealtyp. Sie litt in jungen Jahren an ADS und wurde deshalb, ohne weitere Besprechung, auf ein Internat verbracht. Sie erlebte dort, ebenso wie an den Besuchswochenenden zuhause sexuellen Mißbrauch, der nicht thematisiert werden konnte. Die bis dahin sehr sportliche Tochter nimmt zu und entwickelt eine extreme Adipositas. Aus der normalgewichtigen 10-jährigen wird eine 130kg schwere (bei 1,75cm) Frau, die sich so vor Zudringlichkeiten zu schützen hofft.

Die Eltern von Frau M. sind chronisch verfeindet, wollen sich aber aus finanziellen Erwägungen nicht trennen, die Tochter stellt den Puffer zwischen beiden dar. Beide missbrauchen die Tochter als Kampfkeil gegen den jeweils anderen. Beide entwerten sie extrem, wenn sie auf der jeweils anderen Seite steht.

Seitens der Mutter ist Spiel- und Alkoholsucht bekannt, der Vater trinkt regelmäßig zu viel. Sie selbst lebt unglückliche Beziehungen, in denen die Partner vor allem an ihrem Geld (die Familie ist sehr reich, die Tochter hat von Oma geerbt) interessiert sind oder „Looser“, die keinen Platz auf der Welt haben und von ihr irgendwie betreut werden.

21-jährig wird sie schwanger, bei dieser Gelegenheit erfährt sie schließlich, dass Sie HIV positiv ist. Da die Schwangerschaft recht fortgeschritten ist, bleibt ihr nur noch eine Nacht zur Entscheidung. Donnerstags stimmt sie der Abtreibung zu, Freitags wird diese durchgeführt. Der Arzt teilte ihr mit, sie habe praktisch keine Chance, ein gesundes Kind zu bekommen, es sei zu 90% HIV positiv.) Für Frau M. ist Abtreibung eine solche Sünde, dass, als sie erfährt, dass die Information des Arztes nicht stimmt, sie schließlich nicht nur wie bisher trinkt und raucht, sondern sich in extremer Weise beginnt selbst zu verstümmeln, und sich die Unterarme immer wieder so blutig schneidet, dass diese chirurgisch erstversorgt werden müssen. Frau M. kennt nur eine Art des Umgangs mit starken Gefühlen der Wut: Sie richtet diese gegen sich selbst, so wie sie jede Form von Trauer unterdrückt und im Bedarfsfall „runterschluckt“ im Wortsinne.

Sie hat gut gelernt, dass sie es nur falsch machen kann, für ihre Gefühle kein Platz ist und diese Dilemmata oder double-binds inszeniert sie auch in der Therapie.

Hier ist nun notwendig, ihr Möglichkeiten an die Hand zu geben, selbst mit diesen Dilemmata fertig zu werden.

Die Mutter macht vor allem wegen ihres persönlichen Vorteils etwas mit der Klientin. Das heißt, sie lädt diese in die Kneipe ein, interessiert sich dort aber nur fürs Trinken und Spielen. Für die Klientin hat dies bislang bedeutet mitzugehen, damit sie überhaupt irgendetwas von der Mutter bekommt – dann aber dort zu trinken, weil sie über den Abend und das Verhalten der Mutter enttäuscht ist.

Die Klientin muß lernen dieses Dilemma zu formulieren und sich entscheiden ob sie bereit ist, mit Mutter zu deren Bedingungen auszugehen- oder auf Mutter zu verzichten, der an ihr persönlich nichts liegt. Ein weiterer Schritt liegt dann darin, dies der Mutter mitzuteilen. Dies fällt der Klientin extrem schwer. Lieber trinkt sie, schneidet sich - weil „ich darf niemand anderem weh tun!“ Hier ist ein Stufenprogramm von Nutzen: zunächst als Übung auf dem Papier, dann verbal in Gegenwart der Therapeutin und erst ganz gegen Ende in Gegenwart der Mutter.

Ein weiterer Punkt gilt Klinikeinweisungen. Es besteht mit der Klientin eine Vereinbarung, nachdem zu Anfang die Therapeutin entscheidet, ob die Situation (hinsichtlich der Suizidalität oder auch massiver Schneidräusche) so brisant ist, dass eine Einweisung nötig ist. Zunehmend soll die Patientin dies selbst entscheiden. Die Kriterien hierzu werden besprochen. Während zu Anfang die Diskussionen hierzu lange und zäh sind, geht es mit der Zeit immer besser.

Eines Abends hat Frau M. einen Termin bei Herrn Requardt, da sie kurzfristig noch einen brauchte, und Frau Breitenbach, wie der Klientin bekannt ist, zu einer Veranstaltung muss, nach ihrem letzten Termin an diesem Tag. Gegen Ende der Sitzung beginnt Sie mit Herrn Requardt zu pokern, der sich an Frau Breitenbach wendet: „Frau M. kann nicht garantieren, sich nichts anzutun, aber sie ist nicht bereit in die Klinik oder zu Freunden zu gehen.“ Nach kurzer und fruchtloser Diskussion beendet Frau Breitenbach das Gespräch und sagt der Klientin, „wenn die Situation so sei, dann müsse man es offensichtlich in Kauf nehmen, ohnmächtig zu sein. Sie wisse, was angesagt wäre, entscheide sich anders, da könne sie niemand hindern. Sie selbst sei jetzt anderweitig verpflichtet und gehe. Sie sei der Diskussionen zu diesem Thema leid, es gehe ihr auf die Nerven, es sei alles gesagt (dies ist eine absichtsvolle Verwendung von Emotionalität) Frau M. beklagt sich über Frau Breitenbachs Haltung. Darauf antwortet ihr Herr Requardt: „Sie lassen uns nur die Wahl, wie wir sie vergewaltigen sollen - das ist auch nicht sehr nett.“ In Folge davon spricht die Klientin zum ersten Male mit der Mutter über den Missbrauch, schneidet sich nicht und trinkt auch nicht. Die Wut, jetzt nach außen gerichtet schadet ihr nicht, sondern nützt.

Ein weiterer Punkt zeigt sich hier deutlich, nämlich das Ziehen von Grenzen. Es hat keinen Sinn, zu versuchen, hinsichtlich einer Borderlinelogik mächtig sein zu wollen (nach dem Motto „Dir zeige ich es“). Das einzig Sinnvolle besteht in der Koalition mit der Ohnmacht. Ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Besserung bestand bei dieser Klientin darin, dass Sie dem Arzt mitteilte, wie sehr sie unter seiner Fehlausekunft gelitten hatte. Daraufhin erfuhr sie, sehr rüde, es habe sich um eine Kürettage einer Totgeburt gehandelt und nicht um eine Abtreibung. Eine Entschuldigung erfolgte nicht. Nun hatte die Klientin hinzu gelernt. Sie beschwerte sich in klarer Form bei der zuständigen KV über dieses Verhalten (und die mangelnde ärztliche Kunst). Und sie beendete schließlich diesen Kontakt ebenso, wie den zu engen und zerstörerischen Kontakt mit den Eltern (Sie reduzierte ihn auf ein „gutes“ Maß für sich). Dies half ihr wesentlich, sich nicht mehr selbst zu schädigen, wenn andere ihr schadeten. Damit endete auch die Suchtkarriere. Übrig blieb an süchtigem Verhalten noch die Fettsucht, deren Verschwinden mit der Bearbeitung der Missbrauchstraumata anzunehmen ist. Dann ist ein solcher Schutzwall nicht mehr nötig.

Während das Thema Grenzen setzen hier schon angesprochen war, zeigt es sich in den weiteren Fallbeschreibungen noch ungleich deutlicher.

Chronisches Gefühl von Leere, Schwanken zwischen Größenwahn und Minderwertigkeit

Aus lauter Liebe

Herr Sch. ist ein begabter Architekt, der mit seinen Entwürfen immer wieder auch Preise gewonnen hat. Auf der anderen Seite ist sein Privatleben ein Desaster. Immer wieder beginnt er Beziehungen, die dann aber an seiner Unstetigkeit scheitern. Ähnlich ergeht es ihm beruflich. Kaum hat er einen guten Auftrag, dann dauert es nie lange, bis er mit Trinken dafür sorgt, dass es wieder scheitern muß. Einerseits hält er sich für begnadet und genial, andererseits sind dies nur Versuche, seine ebenfalls erlebte Minderwertigkeit irgendwie zu puffern. So schmeckt ihm auch wenig, dass ausgerechnet er Hilfe brauchen soll. Im Kontakt zu seiner behandelnden Hausärztin versucht er den Kontakt zunächst durch allerlei kleine Geschenke und Aufmerksamkeiten umzustrukturieren. Immer wieder überschreitet er die Grenzen auch zum Privatleben der Ärztin, die er auch privat anruft, z.B. wenn er wieder einen Rückfall gemacht hat (Hierbei betont er uns gegenüber, dass er vor allem den Kontakt zu ihr suche, sonst auch alleine damit klar komme - so gesehen ist der Rückfall eigentlich schon beinahe raffiniert. Man könnte natürlich auch sagen, dass Herr Sch. sein Leid instrumentalisiert). Uns als Therapeuten bietet er schließlich (nachdem wir hartnäckig nachbohren) an, dass er eigentlich gar nicht vorhabe, seine Suchtgeschichte anzupacken, das könne er selbst, sondern er habe vor, der Ärztin zu gefallen, die ihm eine Therapie angeraten habe. Eigentlich macht er diese Therapie für sie. Schließlich ruft er sie an, gesteht seine Liebe mit einem Gedicht, während er gleichzeitig deutlich macht, dass seine Zurückweisung auch bedeuten könne, dass er sich suizidiert.

Wichtig sind hier nun mehrere Ebenen. Tatsächlich wäre denkbar, dass der Klient sich aufgrund einer Zurückweisung suizidiert - andererseits kann man natürlich nicht einfach darauf eingehen, sonst wird man erpressbar. Auch hilft wenig, hier nun durch Unklarheit zu versuchen, die Situation in der Schwebelage zu lassen, denn dies würde den Klienten nur noch zu mehr Phantasien und noch eindeutigeren Handlungen ermutigen.

Ein Ausweg bietet sich darin, dem Klienten einfühlsam aber eindeutig zu erklären, dass die eigenen Gefühle anders „gestrickt“ sind, diese Zurückweisung aber nicht seiner Person gilt im Sinne: „Sie sind grundsätzlich nicht liebenswert.“ Eine besondere Bedeutung kommt hier der Bereitschaft zu, auch weiterhin den Kontakt (beruflich) mit ihm aufrechtzuerhalten, aber bei den privaten Belästigungen eine scharfe und nachdrückliche Grenze zu ziehen. Zudem bot sich in diesem Falle an, mit ihm darüber zu sprechen, welche Wirkung seine Interventionen auf den Kontakt zwischen ihm und der Ärztin hatten. Hier konnte Herr Sch. nun sehr klar sehen, dass es weniger die Liebe war, die ihn so handeln ließ, sondern vor allem der Wunsch, innerhalb der Beziehung nicht „der Unterlegene, der Hilfe braucht“ zu sein.

Dort, wo Klienten, wie der geschilderte Klient die Tür zu ihren narzisstischen Kränkungen ein Stück öffnen, bieten sich wieder Handlungsmöglichkeiten - auch zu einem späteren Zeitpunkt im Hinblick auf die Suchtgeschichte.

Für einige unserer narzisstischen Borderline Klienten kann dies heißen, dass sie quasi Therapie in Etappen machen.

Innere Leere, Suizidalität und narzisstische Tendenzen

Wenn Du mir helfen willst, hilf mir nicht – geh, aber lass´ mich nicht im Stich
Herr J. hat eine erste Therapiestaffel hinter sich. Über das Ergebnis äußert er sich sinngemäß so: „Ich habe jetzt alles im Griff, meine Ängste und Zwänge sind weg, Saufen habe ich aufgehört, mein Leben habe ich im Griff, ich brauche nichts mehr. Beruf kommt nicht in Frage. Ich arbeite höchstens für 5000.-DM auf die Hand, wenn ich mich dabei nicht übermäßig anstrengen muß. Einzig vielleicht mal noch eine Beziehung wäre gut. Aber das kann ja Therapie auch nicht für mich tun.“ Am liebsten wäre ihm jetzt noch die Versicherung, er hat uns dazu eigentlich nicht gebraucht, hätte dies selbst ja auch hingekriegt. Hobbys und Interessen hat er keine, es interessiert ihn eigentlich nichts – für die Zukunft hat er keine Pläne.

Wir lassen ihn ziehen, mit dem Hinweis, wenn er noch einmal etwas besprechen wolle, könne er sich melden. Nach einem Jahr geschieht dies auch. Herr J. kommt herein, betrunken und abgerissen. Er wütet über die schlechten Ergebnisse der Therapie (das sieht man ja jetzt), er könne nicht mehr, er wolle aber nicht krank sein, wenn er krank sei, bringe er sich um. Man solle ihm bestätigen, alles sei okay, aber das sei ja idiotisch – aber krank zu sein, nein, das ertrage er nicht. Er könne keine Hilfe annehmen. Das sei demütigend.

Er ist nur bereit etwas für sich zu tun, wenn er krank ist – aber weil er dies nicht erträgt, bringt er sich um. Teilt man ihm (unsinnigerweise) mit, er sei gesund, kann er weitermachen wie bisher. (Und leidet auch wie bisher.)

Herr J. stellt uns vor sein eigenes Dilemma. Wir können es nicht richtig machen und jede Wahl ist lebensgefährlich. (Entweder er stirbt am Suff, oder von eigener Hand.)

Hier bleibt nur, der Grenzenlosigkeit Grenzen entgegenzusetzen. Ihm deutlich mitzuteilen, dass er tatsächlich nicht gesund sei, dass er wirklich Hilfe brauche, aber man auch etwas tun könne. Vorausgesetzt, er gäbe einem eine Chance. (Hiermit koppeln wir nun an seine Ohnmacht an: wir sind ohnmächtig, wenn er uns keine Chance gibt.)

Unser Credo ihm gegenüber ist, dass die Lage zwar ernst ist, aber nicht hoffnungslos und dass er entscheiden kann, einen Ausweg aus dieser Situation herbeizuführen. Tatsächlich lässt sich der Klient mit großen Mühen auf eine 2. Therapiestaffel ein, die er bereits deutlich erfolgreicher als die erste (hinsichtlich der Stabilität) abschließt.

Wenn er zulässt, dass er Hilfe braucht, dann muss er nicht trinken, um die Erkenntnis der eigenen Verletzlichkeit weg zu drücken. Dann öffnet sich auch der Weg zur Arbeit an der inneren Leere und der Entwicklung einer besseren beruflichen und privaten Perspektive wie in diesem Fall.

Aber auch das Grenzen setzen hat Grenzen in der Wirksamkeit. Es kann sein, dass Klienten uns zu einem bestimmten Zeitpunkt vor solche Bedingungen stellen, die eine vernünftige Arbeit nicht mehr zulassen. Für den Moment bedeutet dies dann das Ende der Zusammenarbeit, denn jedes Einlassen auf destruktive Bedingungen bedeutet auch, einen destruktiven Prozess zu befördern. Hier haben wir es dann mit Klienten zu tun, die ihr Leid instrumentalisieren, aber nicht erleben in diesem Moment und es als Mittel zum Zweck verstehen.

Bewertungsebene

Nadeln und Persilscheine

Frau C. kommt zur Therapie ganz offensichtlich deutlich in Kampfeslaune. Sie setzt sich provozierend lächelnd vor den Therapeuten und beginnt jeden 2. Satz mit einer Abwertung von dessen Arbeit. Seine Bemühungen quittiert sie mit Hohnlächeln. Sie erzählt mit breitem Grinsen, dass überall in ihrem Körper (was auch tatsächlich stimmt), abgebrochene Nadeln vom Fixen steckten, die im Halsbereich nicht entfernt werden könnten, weil es zu riskant sei. Daher stammten manche Vernarbungen und sie habe daher auch eine Menge Schmerzen. Auf die Frage nach dem Anliegen, da sie immer noch heftig weiter konsumiert, Schmerzen hat usw. formuliert sie nichts Genaueres. Motto: „Das mußt Du schon selber wissen, wenn Du was vom Handwerk verstehst.“ Sie erzählt weitere Gräulichkeiten aus ihrer Biographie und belustigt sich über die Bereitschaft des Therapeuten, darauf ernsthaft eingehen zu wollen, Aufgaben lehnt sie generell ab. Sie kennt alles, weiß alles und schließlich, nach diversen Absagen und Versäumnissen rückt sie damit raus: sie will einen Schein, dass Sie in Therapie war für die Bewährungshilfe - aber sie will keine Therapie. Auf die Erkenntnis, dass dies in unserem Rahmen nicht passieren wird, reagiert sie mit ungebremster, narzisstischer Wut.

Auch hier ist wichtig, Grenzen zu setzen und sich nicht vom Leid der Klientin erschlagen zu lassen. Ganz ohne Zweifel hat sie Schreckliches erlebt, ganz sicher gibt es auch Teile, wo sie darunter leidet. Aber was sie zu diesem Zeitpunkt anbietet, läßt keine Therapie, keine Zusammenarbeit zu. So bleibt nur, ganz deutliche Rückmeldungen zur Situation in der Situation zu geben und der Klientin die Botschaft mit auf den Weg zu geben, dass auch ein immenses Ausmaß an Leid nicht dazu berechtigt, dies wiederum in Beziehungen zu anderen Menschen hemmungslos auszuleben.

Wir erleben durchaus Klienten, die nach solchen Interventionen, wenn einige Zeit vorbei ist sagen können, gerade dieser Punkt, ihnen trotz massiver Angriffe nicht nachzugeben, hätte ihnen den Respekt vor uns erst möglich gemacht. Eine sehr narzisstische Borderlineklientin drückte dies nach einer sehr scharfen Auseinandersetzung einmal so aus (offenbar selbst ein wenig über diesen Umstand verwundert): „Wissen Sie ich mag Sie – auch, wenn Sie manchmal ganz anders denken als ich.“

Wir erleben am Ende aber auch Klienten, denen wir nicht helfen können, weil sie unsere Hilfe in der angebotenen Form nicht akzeptabel finden, und keineswegs bereit sind, sich an die Spielregeln zu halten, die die Grundlage sinnvoller Arbeit ausmachen. Hierfür ist Herr K. vielleicht abschließend ein Beispiel.

Omnipotenzphantasien

Gedächtnistraining für Therapeuten

Herr K. kennt die Spielregeln der Therapie und kommt die ersten 3 Mal vor allem sehr depressiv gestimmt. Er berichtet in jammerndem Tonfall von verschiedenen Ereignissen in seinem Leben. Er wirkt merkwürdig unbeteiligt und versichert sich stets immer wieder der Wirkung auf die Therapeutin. So berichtet er, er habe mit seiner Therapeutin in der Klinik ein Verhältnis gehabt, diese habe ihm nicht gesagt, dass sie nicht die Pille nimmt, immer werde er betrogen. Jetzt sei ein Kind da, aber sie wolle ihn nicht sehen, habe einen anderen Partner. Er sei schon mal mit einer Therapeutin in einer Beziehung liiert gewesen... Immer wieder wandert sein Blick zur Therapeutin, schließlich betont er noch mehrfach, wie attraktiv er auf Frauen wirke. Das sei sein Elend, so attraktiv zu sein. Langsam wird er etwas unmütig, weil

die Therapeutin keine erwünschte Reaktion zeigt, sondern zunächst seine Geschichte erst einmal zur Kenntnis nimmt.

Nachdem die Geschichte soweit eruiert ist, wendet sich das Blatt. Die Therapeutin beginnt, sich Notizen zu machen und Herrn K. zu unterbrechen in seinen Monologen. Dies z.B. dann, wenn sie ihn auf etwas hinweisen will, oder ihm eine Aufgabe geben will. Herr K. springt schließlich wütend auf und geht ihr beinahe an die Gurgel: „Wenn ich Ihnen wirklich wichtig wäre, dann könnten Sie sich die Dinge merken“. Nur mühsam geht diese Stunde zu Ende. Herr K. erklärt, was seine Vorstellung von Therapie ist: „Sie sollen dasitzen und mir bewundernd über Stunden zuhören - und mich nicht unterbrechen und nicht mitschreiben.“ Ein Versuch der Klärung von Therapiebedingungen in der nächsten Stunde scheitert. Herr K. ist wütend, dass man dafür Zeit nutzen will. Er spottet zunächst: „Wollen Sie dafür jetzt auch noch Zeit verschwenden, für diese lächerlichen Dinge?“ Auf wiederholtes Nachfragen macht er deutlich, dass er sich nicht an Bedingungen halten wird. Daraufhin weist ihm Frau Breitenbach die Türe. So habe Therapie keinen Sinn. Im Gang trifft er auf Herrn Requardt. Zu diesem meint er abschließend: „Ich komme wieder, wenn ihre Kollegin ihre Gefühle im Griff hat“.

Hier blieb zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur, die Therapie zu canceln, sonst hätte man den Klienten in seinem Größenwahn unterstützt. Tatsächlich war der aggressive Ausraster in der Therapie auch kein Einzelfall. Sondern er hatte in der Arztpraxis auch schon aus Wut eine Sicherheitstüre zertreten. Vom Leid des Klienten völlig überwältigt, hatte der Arzt diese Seite seines Patienten völlig übersehen und sich, in Mitgefühl für seine Leidensgeschichte von ihm extrem verbal demütigen lassen.

Bei solchen so massiv auch narzisstisch gestörten Klienten kann eine sinnvolle Therapie bedeuten, dass man zunächst stationäre Bedingungen haben muss, oder zumindest irgendwelche Zwangsmaßnahmen, die ein Ausweichen erschweren. Dann erst kann ein vernünftiges Bearbeiten der narzisstischen Störung ermöglicht werden und erst auf diesem Boden auch eine gute und stabile Bearbeitung der Suchtgeschichte.

Abschließend sei angemerkt: In der Arbeit mit Patienten die sowohl Borderlinestörungen als auch Suchtprobleme aufweisen sind verschiedene Punkte zu beachten:

- eigene Klarheit und Transparenz der Arbeit, auch mit kooperierenden Partnern (Vorsicht Spaltung !)
- Setzen von Grenzen und Regeln für die Arbeit gleich zu Beginn
- eindeutige Reaktion auf Grenzverletzungen (dazu gehört auch ein Mangel an Respekt für den Therapeuten und ständige Abwertungen)
- Ansprechen des therapieschädigenden Verhaltens
- ausführliche Metakommunikation vor allem über soziale Interaktion, wie etwas wirkt
- Angebot einer stabilen Beziehung, die nicht gleich beim ersten Beziehungstest bricht
- genug Energie für Auseinandersetzungen und Anfeindungen
- Optimismus und viel Geduld
- Verlässlichkeit und Fachkompetenz auf Seiten des Therapeuten und, vielleicht auch ganz wichtig,
- Sympathie für Menschen die ein komplizierteres „Strickmuster“ haben, als andere Patientengruppen.

Beachtet man diese Randbedingungen und beginnt seine Arbeit auf der Ebene der Persönlichkeitsstörungen, dann ist die Arbeit vielseitig, spannend und auch immer wieder von guten und stabilen Erfolgen getragen. Nicht immer, aber immer öfter...

Literatur zum Thema :

Beck/ Freeman et al
Kognitive Therapie der Borderlinestörung
Beltz, 1995, Weinheim

Dulz/ Schneider
Borderline-Störungen
Schattauer, 1997, Stuttgart
Duncan/ Hubble/ Miller
Aussichtslose Fälle
Klett-Cotta, 1997, Stuttgart

Linehan
Therapie der Borderlinestörung
Handbuch und Trainingsmanual
CIP-Medien, 1998, München

Kernberg
Narzißtische Persönlichkeitsstörungen
Schattauer, 1996, Stuttgart

Kreisman/ Straus
Ich hasse dich - verlass mich nicht
Kösel, 1992, München

Sachse
Persönlichkeitsstörungen
Hogrefe, 1997, Göttingen

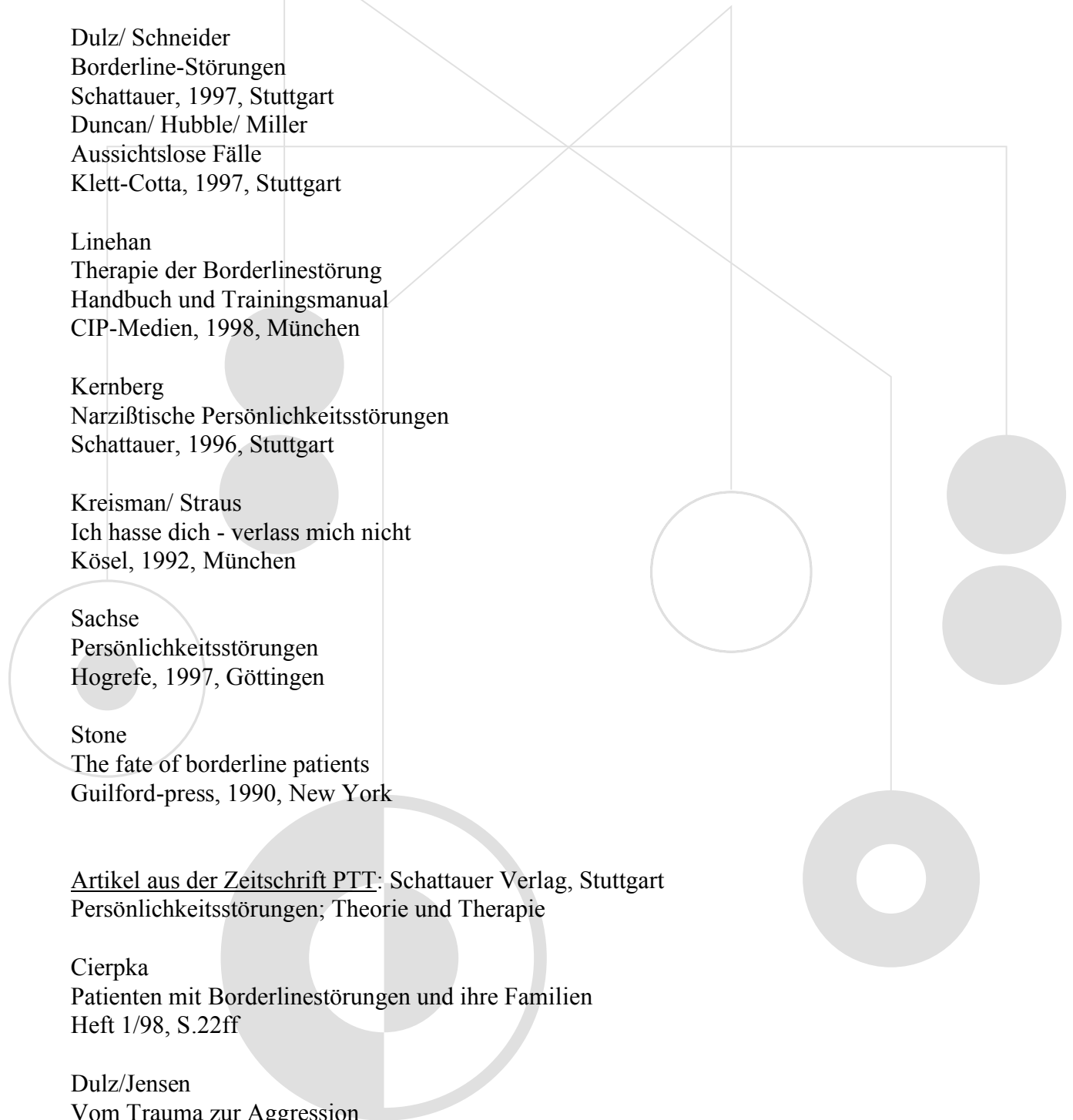
Stone
The fate of borderline patients
Guilford-press, 1990, New York

Artikel aus der Zeitschrift PTT: Schattauer Verlag, Stuttgart
Persönlichkeitsstörungen; Theorie und Therapie

Cierpka
Patienten mit Borderlinestörungen und ihre Familien
Heft 1/98, S.22ff

Dulz/Jensen
Vom Trauma zur Aggression
Heft 4/97, S. 189ff

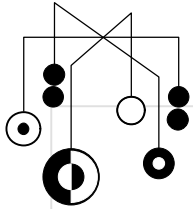
Hirsch
Opfer als Täter- über die Perpetuierung der Traumatisierung
Heft 1/98, S.32ff



Sucht und Persönlichkeitsstörungen
Gesamtes Heft zum Thema
Heft 3/98, S.110ff

Anschrift der Verfasser:
Gaby Breitenbach und Harald Requardt

© **Villa Lindenfels**



**Institut für systemische Therapie und Traumatherapie
Psychotherapeutische Praxis**

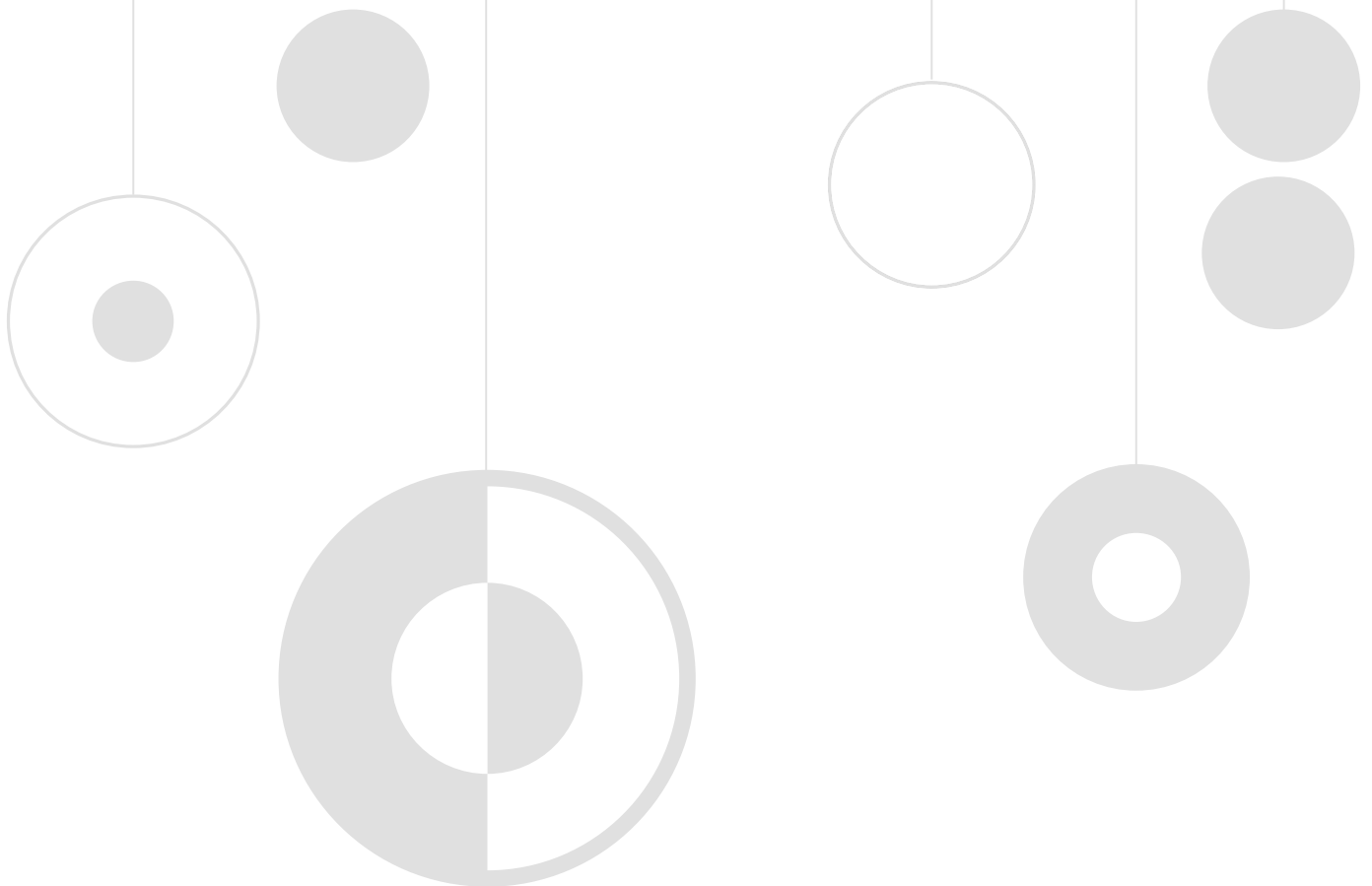
Gaby Breitenbach / Harald Requardt

Lindenfelsstraße 35,

70327 Stuttgart

Telefon 0711 - 48 00 00 8

Telefax 0711 - 48 10 08



Diagnostische Kriterien für Borderline

Emotional instabil
Spontanspannungen
Agieren und Impulsdurchbrüche
Chronisches Gefühl innerer Leere
Probleme mit dem Ausdruck von Wut und Trauer

Stetig auf der Bewertungsebene

Nähe/Distanzprobleme in Beziehungen
Schwanken zwischen Größenwahn und Minderwertigkeit

Selbstverletzung und Selbstschädigung
Suizidale und quasi suizidale Handlungen

Essstörungen
Süchtiges Verhalten
Ängste
Zwänge

