

„BORDERLINE“



***Vom Kampf zwischen Gut und Böse,
Weiß und Schwarz, Wollen und Nicht-Wollen,
Sein und Nicht-Sein, Müssen und Nicht-Müssen***

Diplomarbeit

**ÖGL Akademie –
Österreichische Gesellschaft
für Logotherapie nach V. Frankl**

**Lehrgang
Dipl. Lebens- und Sozialberater/in
ZA-LSB 125.0/2007**

„BORDERLINE“

**– Vom Kampf zwischen Gut und Böse,
Weiß und Schwarz, Wollen und Nicht-Wollen,
Sein und Nicht-Sein, Müssen und Nicht-Müssen**

Name des Begutachters: Dr. Klaus Gstirner

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Vorgelegt von:

Katharina Widhalm, MSc

Linz, November 2013

*„Märchen erzählen Kindern nicht,
dass Drachen existieren, denn das wissen Kinder schon.*

*Märchen erzählen den Kindern,
dass Drachen getötet werden können.“*

~ Gilbert Keith Chesterton ~

Inhaltsverzeichnis

Abstract	- 2 -
Relevanz und Strukturdarstellung	- 4 -
I „Borderline“ – Vom Kampf zwischen Gut und Böse, Weiß und Schwarz, Wollen und Nicht-Wollen, Sein und Nicht-Sein, Müssen und Nicht-Müssen	- 6 -
1.1 Die Persönlichkeit eines Menschen.....	- 6 -
1.2 Der Terminus „Persönlichkeitsstörung“	- 6 -
1.3 Epidemiologie und Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen.....	- 7 -
1.4 Historie der Diagnose „Borderline“ und Symptomatik.....	- 8 -
1.4.1 Symptomatik des Borderline-Typus nach ICD-10 (F 60.31) versus DSM-IV	- 9 -
1.4.2 Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV	- 10 -
1.4.3 Kritik der Logotherapie am ICD-10.....	- 10 -
1.4.4 Kritik der Logotherapie an der Problematik des „Borderline-Syndroms“	- 11 -
1.4.5 Frühe Individuationsentwicklung	- 12 -
1.5 Therapie der BPS	- 13 -
1.5.1 Psychopharmakotherapie.....	- 13 -
1.5.2 Psychotherapie	- 13 -
1.5.2.1 Dialektisch-behaviorale Therapie	- 14 -
1.5.2.2 Gestaltung und Bedeutung der Therapeut/in-Klient/in-Beziehung	- 14 -
1.5.2.3 Therapieangebot und -ziele.....	- 15 -
1.5.2.4 Validierendes Behandlungsumfeld	- 15 -
1.5.2.5 Logotherapeutischer Behandlungsansatz	- 16 -
1.6 Verlauf/Prognose	- 16 -
II Menschen an der Grenze – das Erleben Betroffener	- 18 -
1.1 Bindungsschrei	- 18 -
1.2 Die schwarz-weiße Welt der J. B. – Interview mit einer Betroffenen.....	- 19 -
III Die Bedeutung und die Gefahren therapeutischer Beziehungsgestaltung	- 21 -
1.1 Beziehung als Schlüsselfunktion.....	- 21 -
1.2 Durch Beziehung entstehende Möglichkeiten	- 21 -
1.3 Resümee	- 22 -
Literaturverzeichnis	- 24 -
Glossar	- 26 -

Abstract

Die Gruppe von Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit stellt seit Jahren aufgrund des großen Hilfebedarfes einen relevanten Anteil von Patient/inn/en in der stationären Psychiatrie. Zwischenzeitig ist aber deren Zahl auch im Bereich der psychosozialen Hilfen, soziotherapeutischen Angebote und in der Rehabilitation drastisch gestiegen. Ebenso sehen sich Jugendämter, Jobzentren, Schulen etc. mit Betroffenen respektive deren Problemen konfrontiert. Die Auswirkungen der Störung auf das Verhalten sowie die zwischenmenschliche Kompetenz stellen die Helfer/innen v.a. im soziotherapeutischen Bereich vor große Herausforderungen, welche mit tradierten Haltungen und Methoden nicht bewältigbar sind.

Die Risiken der Erkrankung sind enorm: Sie hat erhebliche Auswirkungen auf die Bewältigung des Alltages, die Kindererziehung, die berufliche Integration, auf das Knüpfen sozialer Netzwerke etc. und somit auf das Risiko, ungünstige Verhaltensweisen langfristig und dauerhaft zu verfestigen. Wenngleich die unterschiedlichen Krankheitssymptome im Alter weniger drängend werden, leidet ein Großteil der Betroffenen an zahlreichen Begleiterscheinungen der Störung, wie beispielsweise Erkrankungen des Herzkreislaufsystems als Folge des Übergewichts oder Einsamkeit und geringer Lebensqualität aufgrund fehlender sozialer Netzwerke.

Aufgrund der genannten Folgen ist die psychosoziale Integration häufig unzureichend und die ernstzunehmende Gefahr der Abhängigkeit von professioneller Hilfe besteht. Es zeichnet sich immer deutlicher ab, dass Hilfeleistungen über allgemeine psychosoziale Formen hinausgehen und besondere methodische Ansätze zur Anwendung kommen müssen. Betroffene einer Borderline-Störung brauchen:

- Komplexe Hilfen auf mehreren unterschiedlichen Ebenen,
- Hilfe zur Stärkung des Selbstbildes und zwischenmenschlicher Fähigkeiten,
- gut strukturierte, langfristig angelegte und von spezifischen Haltungen getragene Hilfen sowie
- Schutz vor der Entwicklung einer Abhängigkeit von professionellen Hilfen.¹

¹ Vgl.: Herrmann, Ursula; Rahn, Edwald (2013): STEPPS-Trainingsprogramm für ambulante Versorgung. Geeignet für Menschen mit Borderline-Syndrom. In: praxis. wissen. psychosozial. Zeitschrift für professionelle Pflege, 2. Quartal 2013, S. 36ff, Friedrich Verlag, Seelze.

Um adäquate Hilfe gewährleisten zu können, ist es für psychosoziale Helfer/innen jedoch essentiell, über spezielle Kenntnisse zu verfügen sowie über lauernde Gefahren Bescheid zu wissen. Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, theoretische Inhalte zu vermitteln sowie den/die Leser/in systematisch in die Welt von Borderline-Betroffenen einzuführen und deren Erleben offenzulegen, um es nachfühl- bzw. nachspürbar zu machen.

„Wer hilft, ohne nachzudenken, ist eine Gefahr für sich und die Umwelt!“²

² Sauter et.al., 2006/2004, S. 53.

Relevanz und Strukturdarstellung

Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit als Diplomkrankenschwester konnte ich in der Vergangenheit Erfahrungen im Umgang mit allen Patient/inn/en, welche an einer akutpsychiatrischen sowie psychosomatischen Abteilung behandelt werden (Diagnosegruppen von F0 bis F7), sammeln, akute Krankheits- und Behandlungsepisoden als auch längerfristige Verläufe kennenlernen und die Therapie dieser Patient/inn/en im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Behandlungskonzeptes aktiv mitgestalten.

Seit Anfang des Vorjahres bin ich ausschließlich als Lehrerin für Gesundheitsberufe tätig, was nicht gleichzeitig bedeutet, dass ich nicht mehr mit „psychischen Störbildern“ respektive mit psychisch Erkrankten in Berührung komme. Der Grund dafür ist vermutlich darin zu suchen, dass viele familienanamnestisch – durch Gewalt und/oder Missbrauch in ihrer Kindheit – vorbelastete Menschen eine Tätigkeit in helfenden Berufen anstreben.³

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit soll jedoch nicht die Ergründung der intrinsischen Motivation traumatisierter Menschen für die Ergreifung eines Sozialberufes sein; es sei an dieser Stelle lediglich darauf hingewiesen, dass sich Gesundheits- und Pflegepädagog/inn/en häufig mit Schüler/innen konfrontiert sehen, die aufgrund familiärer Problematik vorbelastet sind.

Tatsächlich haben Lehrpersonen neben der gesetzlichen Verpflichtung der Betreuung der Auszubildenden auch die moralische Pflicht, den Schüler/innen im Stadium der Adoleszenz bei der Bewältigung des Schulalltages und den damit verbundenen psychischen Belastungen beizustehen, beginnende und fortschreitende Überlastung wie auch psychische Erkrankungen zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren. Denn: Werden psychische Belastungen nicht bewältigt, können psychische oder psychosomatische Erkrankungen, Substanzmittelabusus, soziale Abweichungen, Delinquenz etc. zum Vorschein kommen. Ferner können sich bereits bestehende psychische Erkrankungen erheblich verschlechtern.

Mit anderen Worten: Beziehungsaufbau zu Schüler/innen, Beratung und Unterstützung sind unverzichtbare Bestandteile pädagogischer Kompetenz.

³ Vgl. Schmidbauer, 2003/1977.

Das Aufgabengebiet der Lebens- und Sozialberater/innen umfasst Beratung, Coaching, Counselling sowie Betreuung von Personen oder Institutionen in den Bereichen der Persönlichkeitsentwicklung, Selbstfindung, Problemlösung und in der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit. Während Psychotherapeut/inn/en sowohl Beratung als auch Therapie anbieten, beschränkt sich die Tätigkeit von Lebens- und Sozialberater/innen auf Beratung, beispielsweise Kommunikations-, Konflikt-, Ehe-, Erziehungs-, Berufs- und/oder Sexualberatung sowie auf Krisenintervention.

Hierfür ist es unabdingbar – neben sozial-kommunikativen Kompetenzen und Methodenkompetenz – auch fachliche Kompetenz zu besitzen. Es ist daher essentiell, über Kenntnisse der Grundlagen der Psychiatrie, Störbilder und Therapieverfahren zu verfügen, um adäquat begleiten, beraten, unterstützen, handeln, mögliche Gefahren erkennen und Risiken abschätzen zu können.

Aufgrund der hohen Prävalenz von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – tatsächlich sind viele Psychiater/innen der Meinung, dass wir in einer „*Borderline-Ära*“ leben – widmet sich die vorliegende Diplomarbeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und ist wie folgt aufgebaut:

Im ersten Teil wird das Störbild Borderline-Persönlichkeit theoretisch erläutert. Im Teil Zwei wird die Fallgeschichte der Frau J. B. in Form eines Interviews dargestellt. Dies gewährt einen Einblick in das persönliche Erleben von Betroffenen. Im letzten Teil erfolgt die Beleuchtung der Schlüsselfunktion von Beziehungsaufbau und -gestaltung sowie den daraus resultierenden Möglichkeiten.

Zielsetzung der vorliegenden Diplomarbeit ist: 1. Die Darstellung theoretischer Inhalte und Klärung von „Mythen“, 2. dem/der Leser/in ein „emotionales Nachfühlen“ in die schwarz-weiße Welt von Borderline-Betroffenen zu ermöglichen und 3. die Klärung der nachstehenden Forschungsfrage:

- „Wie wirkt sich die therapeutische Beziehungsgestaltung zu Borderline-Persönlichkeiten auf Betroffene sowie auf Betreuungspersonen aus?“

*„Den Körper seziert man mit einem Skalpell,
die Seele mit Worten und Gedanken!“
~ eine Borderline-Betroffene ~*

I „Borderline“ – Vom Kampf zwischen Gut und Böse, Weiß und Schwarz, Wollen und Nicht-Wollen, Sein und Nicht-Sein, Müssen und Nicht-Müssen

1.1 Die Persönlichkeit eines Menschen

Während der Terminus „*Persönlichkeit*“ im alltäglichen Sprachgebrauch für die Begriffe Charisma, Attraktivität, Ansehen, beruflichen sowie privaten Erfolg etc. steht und in stark wertender Weise eingesetzt wird, verwendet die wissenschaftliche *Psychologie* den Begriff rein deskriptiv⁴ und meint die individuelle und unverwechselbare Persönlichkeit eines Menschen, welche sowohl genetisch festgelegt als auch von der Umwelt beeinflusst zu sein scheint. Die Grundzüge haben sich größtenteils bereits im frühen Erwachsenenalter entwickelt und bleiben im weiteren Lebensverlauf relativ stabil.⁵

Die *Logotherapie* vertritt die Ansicht, dass Persönlichkeit als Aufgabe anzusehen ist: Der Mensch *hat* einen angeborenen Charakter, er *ist* eine Person, hingegen Persönlichkeit *wird* der Mensch durch Verwirklichung dessen, was es tun bzw. zu erfüllen gilt.⁶ Die *Psychopathologie* subsumiert unter Persönlichkeit alle prägnanten psychischen Eigenheiten und Verhaltensbereiche, die für den Einzelnen einzigartig und unverwechselbar sind sowie Aspekte des Fühlens, Denkens, Wahrnehmens und der Gestaltung sozialer Beziehungen.⁷

1.2 Der Terminus „Persönlichkeitsstörung“

Als *Persönlichkeitsstörungen* (PST) werden früh im Leben manifestierte und tief verwurzelte Zustandsbilder/Verhaltensmuster bezeichnet, die im weiteren Verlauf den individuellen Lebensstil mit Herausbildung charakteristischer, zeitstabiler, lebensüberdauernder Persönlichkeitszüge der Betroffenen geprägt haben.⁸

Persönlichkeitsstörungen sind demnach „*Extremvarianten*“ einer bestimmten Persönlichkeit, die ein andauerndes „abnormes“ Verhaltens- und/oder Erlebensmuster in unterschiedlichen Bereichen, beispielsweise im Antrieb, im Affekt, in der Impulskontrolle, der Wahrnehmung etc., zeigen⁹ und des Weiteren dadurch gekennzeichnet sind, dass, neben Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, im

⁴ Vgl. Laux, ebd., S. 21ff.

⁵ Vgl. Wunn, 2006, S. 47.

⁶ Vgl. Biller/De Lourdes Stiegeler, 2008, S. 315.

⁷ Vgl. Paulitsch/Karwautz, 2008, S. 222.

⁸ Vgl. Möller/Laux/Deister, 2005, S. 349.

⁹ Vgl. Hänel/Enders/Davis, 2008, S. 37.

persönlichen Erleben sowie im *zwischenmenschlichen Bereich* ein erheblicher *Leidenszustand* besteht.¹⁰

Während die einzelnen PST eine unterschiedliche Symptomatik zeigen, haben alle PST die bestehende Starrheit und Inflexibilität der dominierenden Persönlichkeitszüge gemein.¹¹ Die einzelnen klinischen Subtypen von PST werden nach den prägnanten Verhaltensmustern klassifiziert. Beispiele hierfür sind: Die *paranoide*, die *histrionische* oder die *anankastische* Persönlichkeitsstörung.¹²

Der (momentan) gültige Begriff „Persönlichkeitsstörung“ hat die veralteten Begriffe „*abnorme Persönlichkeit*“, „*Sozio- oder Psychopathie*“ oder „*Charakterneurose*“ ersetzt.¹³

1.3 Epidemiologie und Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen, welche sich in der Regel erstmalig im jungen Erwachsenenalter zeigen, zählen generell zu den häufigsten psychischen Störbildern.¹⁴ Die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (nach ICD-10 F60.31¹⁵), welche in der Gruppe der *emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen* angesiedelt ist, rangiert *an erster Stelle* der spezifischen PST, gefolgt von der ängstlichen, vermeidenden PST (F60.6).¹⁶

Ca. 11 % der Bevölkerung der westlichen Welt leiden unter einer PST, davon sind geschätzte 2 % von einer Borderline-Störung betroffen¹⁷, wovon wiederum rund 80 Prozent aller Borderline-Betroffenen wiederkehrend ambulant oder stationär in psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden müssen.¹⁸

Zur Entstehung von PST tragen ätiologisch unterschiedliche, interindividuell stark variierende Faktoren bei.¹⁹ Diskutiert wird u.a. ein Zusammenwirken *psychosozialer Faktoren* und einer *neurobiologisch-gentischen Disposition*. Starke Hinweise auf

¹⁰ Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd., S. 222.

¹¹ Vgl. Hänel/Enders/Davis, ebd., S. 38.

¹² Vgl. Möller/Laux/Deister, ebd., S. 353.

¹³ Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd.

¹⁴ Vgl. Gerring/Zimbardo, 2008, S. 573.

¹⁵ Die ICD-10 unterscheidet die emotional instabile PS vom Borderline-Typ (F60.31) vom impulsiven Typ (F60.3). Gemeinsames Merkmal dieser Störungen ist eine Instabilität im impulsiven, affektiven und zwischenmenschlichen Bereich. – Vgl. DIMDI, 2010, S. 209.

¹⁶ Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd., S. 223f.

¹⁷ Vgl. Hänel/Enders/Davis, ebd.

¹⁸ Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd.

¹⁹ Vgl. Wunn, ebd.

einen genetischen Beitrag zur Entstehung einer BPS werden durch Zwillingsstudien geliefert: Die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen liegt bei 35,5 %, bei zweieiigen Zwillingen bei 6,7 %.²⁰ Ebenso in Betracht gezogen werden hirnganische Komponente – beispielsweise Geburtstraumata, Reifungs- und Entwicklungsstörungen – sowie Störungen im Transmitterstoffwechsel.²¹

Die psychosozialen Ursachen von PST, v.a. von BPS, liegen im Bereich von frühkindlichen Traumatisierungen im Sinne von fehlenden oder ausschließlich negativen Lebenserfahrungen – z.B. bedingt durch sexuellen Missbrauch, Gewalt-erlebnisse und/oder Deprivation – sowie in mangelnden Explorationsbedingungen.²² Weiters findet man unter von Persönlichkeitsstörungen Betroffenen häufig andere psychische Störungen: Diese sog. *Komorbidität* betrifft u.a. Abhängigkeitssyndrome, affektive Störungen (z.B. depressive Zustandsbilder), Ess- sowie Angststörungen.²³

1.4 Historie der Diagnose „Borderline“ und Symptomatik

Der Versuch einer Klassifikation bzw. Kategorisierung von Persönlichkeitsstörungen, v.a. der „*Borderline-Störung*“ (Borderline: engl.; „*Grenze*“), hat eine lange Tradition in der Psychiatrie. Psychoanalytisch betrachtet beschreibt die Diagnose ein eigenes Störbild im Übergang zwischen *Neurose* und *Psychose* mit zeitweilig verlorengelndem Realitätssinn, fehlender Ich-Identität und dem vorherrschenden Abwehrmechanismus der Spaltung.

Nach *Kernberg* – welcher von „*Borderline-Organisation*“ spricht – charakterisiert sich die BSP durch Dominanz der „primitiven“ Abwehrmechanismen Idealisierung, Spaltung, Entwertung, Omnipotenz sowie Verleugnung und projektive Identifizierung. Unter den unspezifischen Aspekten der Ich-Schwäche versteht Kernberg die folgenden drei Merkmale: Mangelhafte Angsttoleranz, mangelhafte Impulskontrolle und mangelhaft entwickelte Sublimierungen.²⁴

Trotz der mitunter kontroversen Diskussionen rund um die PST-Diagnosen werden im klinischen Alltag nach wie vor die Diagnosekriterien der *ICD-10* sowie der

²⁰ Vgl. Gerring/Zimbardo, ebd., S. 574.

²¹ Vgl. Wunn, ebd.

²² Vgl. Sauter et al., 2006/2004, S. 104.

²³ Vgl. Wunn, ebd.

²⁴ Vgl. Kernberg, 2009/1975, S. 41.

amerikanischen *DSM-IV-Klassifikation*²⁵ (siehe auch Pkt. 1.4.1 u. 1.4.2) verwendet. Die Diagnose PST wird allerdings nicht vor dem 16. Lebensjahr gestellt, da davon ausgegangen werden kann, dass sich Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen mitunter im Erwachsenenalter ändern können.²⁶

Aktuell wird an einer Neufassung der Manuale gearbeitet, welche eine Zuordnung von Teilbereichen der BPS einerseits zu den bipolaren affektiven Störungen²⁷ sowie andererseits zu der Diagnose DENOS²⁸ (vor dem theoretischen Hintergrund der Ergebnisse der Psychotraumatologieforschung) andenkt.

Klinik bzw. Charakteristika der BPS:

- Durchgehend gestörte Muster im affektiven Bereich (affektive Dysregulation) sowie in der Kognition (Wahrnehmung und Interpretation von Ereignissen u/o Menschen),
- Störungen in der Impulskontrolle sowie
- eine Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung (Instabilität des eigenen Selbstbildes), Reflexivität und Mentalisierung.

Hinzu tritt oftmals potentiell selbstschädigendes Verhalten (z.B. Essstörungen, Substanzmittelabusus, promiskuitives Verhalten, Ladendiebstahl, etc.). Zwischenmenschliche Beziehungen zeichnen sich durch raschen Wechsel zwischen den Extremen *Überidealisierung* und *Entwertung* anderer Menschen aus.

Des Weiteren kommt es häufig zu wiederkehrenden Suizidandrohungen und/oder -versuchen, zu parasuizidalen Handlungen, zu selbstverletzendem Verhalten, wie z.B. Schnittverletzungen an den Unterarmen, den Beinen und/oder im Genitalbereich, Brandverletzungen durch Zigaretten etc. Diese extremen Verhaltensweisen stehen innerseelisch dem chronischen Gefühl der inneren Leere gegenüber.²⁹

1.4.1 Symptomatik des Borderline-Typus nach ICD-10 (F 60.31) versus DSM-IV

Die Diagnosekriterien des ICD-10 legen den Fokus auf: Emotionale Instabilität, unklare Ziele und Präferenzen, intensive, aber unbeständige Beziehungen sowie

²⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Fassung, 1992.

²⁶ Vgl. Paulitsch/Karwautz, S. 224.

²⁷ Vgl. Vitecek, 2011, o. S.

²⁸ Disorder of extrem stress not otherwise spezified.

²⁹ Vgl. Möller/Laux/Deister, ebd., S. 359.

Krisen, einhergehend mit selbstschädigendem Verhalten. Im Vordergrund des DSM-IV steht folgende Thematik: Vermeidung von tatsächlichem oder vermutetem Verlassenwerden und das chronische Gefühl der (inneren) Leere.³⁰

1.4.2 Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV

Im DSM-IV werden die folgenden *neun* diagnostischen Kriterien angeführt, von welchen *mindestens fünf*³¹ zutreffen müssen, um die Diagnose BPS zu stellen.³²

- Verzweifeltes Bemühen reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern,
- Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Identitätsstörungen: ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst,
- Impulsivität in mind. zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (beispielsweise Medikamentenabusus, Promiskuität, Spielsucht, Essstörung),
- wiederkehrende Suizidandrohungen, -andeutungen, -versuche, Parasuizidalität, selbstverletzendes Verhalten (z.B. Ritzen, Schneiden, Brandwunden),
- affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. episodische Reizbarkeit, Spannungen oder Angst),
- chronisches Gefühl der Leere,
- unangemessene starke Wut bzw. Schwierigkeiten, Wut u/o Ärger zu kontrollieren (z.B. wiederholte Wutausbrüche, Prügeleien),
- vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative³³ Symptome.

1.4.3 Kritik der Logotherapie am ICD-10

Die Kritik am ICD-10 durch die Logotherapie ist mannigfaltig und betrifft u.a. den Terminus „Störung“, welcher keinen exakten Begriff darstellt. Bei der Untergruppe der Persönlichkeitsstörungen (F6) finden weder die Potentiale der Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz noch existentielle Fehlhaltungen wie die „kollektiven Neurosen“ nach *Viktor Frankl* Berücksichtigung.³⁴ Insbesondere fordert

³⁰ Vgl. ebd.

³¹ *DIE BPS gibt es nicht! Rein rechnerisch gibt es 256 Kombinationsmöglichkeiten!*

³² Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd., S. 229ff.

³³ Dissoziation: Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein und damit aus der Kontrolle.

³⁴ Vgl. Lukas, 2006, S. 267f.

die Logotherapie „ein Nachdenken darüber, was ‘spezifisch human‘ ist, [...] wann und wie Lebensstile vom Menschengemäßen und Menschenwürdigen abweichen und deshalb die Persönlichkeitsentfaltung eines Menschen behindern.“³⁵ Die Begriffe „Beeinträchtigung“ oder „Behinderung“ suggerieren nach Ansicht der Logotherapie, die Kranken hätten keinen „Eigenbeitrag“ am Geschehen, wobei speziell bei der Untergruppe der Persönlichkeitsstörungen das hohe Maß des Eigenanteils – die mehr oder weniger bewusste Belastung und Beeinträchtigung des/der Kranken durch sich selbst – zu berücksichtigen sei.³⁶

*„Wir leiden nicht unter schockierenden Traumata,
sondern wir machen aus ihnen,
was am besten unseren Zielen dient.“
~ Alfred Adler ~*

1.4.4 Kritik der Logotherapie an der Problematik des „Borderline-Syndroms“

Der traditionell neuropsychiatrische Begriff meinte ursprünglich Überschneidungen zwischen einem affizierten Leib und einer affizierten Seele, oder präziser: Zwischen primärer Psychogenese und primärer Somatogenese, zwischen Neurose und Psychose, zwischen Exogenität und Endogenität. Obwohl in neueren Klassifikationen diese Grenzen aufgeweicht sowie Begriffe zum Teil aufgegeben wurden, drückt die Diagnose „Borderline-Syndrom“ nach wie vor eine Einordnung im Grenzbereich aus.

In der Frankl'schen *Dimensionalontologie* kann mit Fug und Recht von einem *Syndrom* gesprochen werden, bei dem alle drei Dimensionen des Menschseins in Mitleidenschaft gezogen werden: Die geistige Dimension als transmorbid bleibt gesund, kann jedoch unter der Krankheit, die ein Mensch *hat*, leiden und durch sie erheblich behindert sein. Würde das Borderline-Syndrom als Mischform einer mehrdimensionalen Beeinträchtigung der „Ganzheit Mensch“ definiert werden, würde verständlich, dass, was laienhaft als „Spaltung“ beurteilt wird, eher pathologische Oszillation (Schwankung, Schwingung) zwischen „Nicht-Selbigkeiten“ in der Mannigfaltigkeit des einheitlichen Wesens Mensch ist.³⁷

³⁵ Lukas, ebd., S. 268.

³⁶ Vgl. Lukas, ebd.

³⁷ Vgl. Lukas, Elisabeth (1995): Das Borderline-Syndrom in der Perspektive der Frankl'schen Dimensionalontologie, In: Journal Vol.3 No.2, Viktor Frankl Institut Wien, o.S.

1.4.5 Frühe Individuationsentwicklung

Für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeit ist die vulnerable Phase die *frühe Individuationsentwicklung* in der Zeit des 1. bis 2. Lebensjahres. Sowohl Deprivationserlebnisse während dieser Zeit als auch Realtraumatisierungen nach Abschluss der vulnerablen Phase (ca. mit dem 18. Lebensmonat) können zur Entstehung einer BPS beitragen. Der Säugling muss in der Individuationsentwicklung zwei Fähigkeiten lernen: 1. Die Differenzierung von Selbst- und Objektbildern und 2. die Vereinigung gegensätzlicher Qualitäten eines Objekts (d.h. die Mutter kann „gut“, aber auch „böse“ sein). Bis zum Abschluss der Phase bestehen im Inneren des Säuglings lediglich Teilobjektbeziehungen, d.h. *jeder einzelnen Funktion* wird *eine Person* zugeordnet. Durch die – in der Individuationsentwicklung typischen – Spaltungsprozesse projiziert der Säugling auf einige Objekte „gute“ Eigenschaften, auf andere „alles Böse“. „Störungen“ in dieser Phase treffen auf ein völlig unreifes Ich und wirken sich folglich auf basale Ich-Funktionen, das Selbstgefühl und die Beziehungen zu anderen Menschen aus.

Bei Menschen, die eine gestörte Individuationsentwicklung erlebt haben, können diese Spaltungsprozesse reaktiviert und als *unreife Abwehr* zur Konfliktbewältigung eingesetzt werden. Das Gefühl der Wut auf eine geliebte Person kann z.B. mittels Spaltungsabwehr auf zwei Arten verarbeitet werden: a) Die Wut wird auf eine andere Person projiziert oder b) die Wut wird verleugnet und die Person bleibt weiterhin „nur gut“ bis es irgendwann zur Entwertung kommt und die Person als „nur schlecht“ erlebt wird. Psychodynamisch betrachtet ist die BPS aufgrund ihrer basalen Ich-Schwäche und des fragilen Selbstgefühls besonders gefährdet zu dekompensieren.

Die innere Welt der BPS ist angereichert mit aggressiven und destruktiven Fantasien. BPS setzen alle verfügbaren Abwehrmechanismen, v.a. die Spaltung, zur Bewältigung von vermeintlichen Angriffen ein. Gelingt dies nicht, so kommt es zur Dekompensation.³⁸

*„Alles wahrhaft Böse wird aus Unschuld geboren.“
Ernest Hemingway*

³⁸ Vgl. Hänel/Enders/Davis, ebd., S. 39f.

Hinter dem klinischen Fachjargon rund um die Diagnose BPS verbirgt sich der Schmerz der Betroffenen, ihrer Familien und Freunde. Für Borderline-Persönlichkeiten ist das Leben eine unbarmherzige, hoffnungslose und frustrierende Achterbahnfahrt ohne konkretes Ziel!³⁹

*„Das Sterben der Seele beginnt nicht mit dem Verlust des Lebens,
sondern mit dem Fehlen von Liebe!“
~ eine betroffene Patientin ~*

1.5 Therapie der BPS

„Das Leben war nie nur Trauma, die Psychodynamik ist nie nur auf das Trauma begrenztbar, und niemand ist mit der ausschließlich traumazentrierten Sichtweise gut genug verstanden und gut genug behandelt: Psychodynamische, verhaltensrelevante und systemische Aspekte müssen immer berücksichtigt werden, und der Körper sollte auch nicht nur in der Phantasie vorkommen.“⁴⁰

1.5.1 Psychopharmakotherapie

Eine pharmakologische Dauerbehandlung von Patient/inn/en mit BPS ist nicht indiziert, unverzichtbar sind Medikamente hingegen in der akuten Krise. Die Medikation ist symptomorientiert, d.h. bei depressiven Symptomen erhalten die Patient/inn/en Antidepressiva, bei Spannungen Antipsychotika und ggf. Benzodiazepine. Außerdem werden Psychopharmaka zur Behandlung komorbider Achse-I-Störungen eingesetzt. Patient/inn/en mit BPS stehen Medikamenten oft ablehnend gegenüber und/oder benutzen die Medikamenteneinnahme als Mittel für agierendes Verhalten.⁴¹

1.5.2 Psychotherapie

Da die BPS ein heterogenes Störbild ist, welches eine jahrelange Behandlung erforderlich macht, ist das therapeutische Vorgehen komplex. Es stellt eine große Herausforderung aufgrund dessen dar, dass sich alle Verhaltensweisen und Symptome der Betroffenen auch innerhalb des therapeutischen Settings zeigen.

³⁹ Vgl. Kreismann/Straus, 2005/1989, S. 26.

⁴⁰ Sachsse, 2009/2004, S. 115.

⁴¹ Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd., S. 235.

Generell gelten die *Psychotherapie* und *soziotherapeutische Verfahren* als die wichtigsten Behandlungsoptionen. Sowohl psychoanalytisch orientierte als auch verhaltenstherapeutische Psychotherapieansätze haben sich in den vergangenen Jahren etabliert. Die unterschiedlichen Therapieverfahren haben als Gemeinsamkeit den multimodalen Ansatz, die eingehende Diagnostik sowie das Treffen von Vereinbarungen: So wird z.B. mit Patient/inn/en vereinbart, dass selbstverletzendes Verhalten (SVV) wie Schneiden, Parasuizidalität (primär nicht final angelegte suizidale Handlungen) und/oder Suizidversuche zum Abbruch der Therapie führen („Non-Suizid-Abkommen“).⁴²

1.5.2.1 Dialektisch-behaviorale Therapie

Marsha M. Linehan entwickelte in den 80er Jahren in Seattle mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapie-modell – ursprünglich für chronisch suizidale Frauen mit BSP – mit Elementen der *Zen-Meditation* sowie *humanistischer* und *körperorientierten Therapieformen*.⁴³ Therapieschemata der DBT sind z.B.: Training sozialer Fertigkeiten, Anwendung meditativer Techniken sowie Skillstraining (Methoden zum Umgang mit Emotionen bzw. zur Reduktion von akuten Spannungen).

Die DBT wird heute sowohl im ambulanten als auch im stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting eingesetzt. Als Weiterentwicklung der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung gilt die Schematherapie *Jeffrey E. Youngs*, welcher Elemente der Gestalttherapie hinzufügte und dysfunktionale Funktionsweisen bzw. Selbstanteile des/der Patient/in (Modi) in den Vordergrund der Therapie stellte.⁴⁴

1.5.2.2 Gestaltung und Bedeutung der Therapeut/in-Klient/in-Beziehung

Eine therapeutische Beziehung muss durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin gezielt geplant und gestaltet werden. Bei Klient/inn/en mit Persönlichkeitsstörungen, die eine ich-syntone⁴⁵ Störung aufweisen, zu Therapiebeginn kaum einen Arbeitsauftrag definieren können und in hohem Maß dysfunktionale Interaktionsmuster aufweisen, ist die aktive, stark an den Klienten/die Klientin ange-

⁴² Vgl. ebd., S. 234.

⁴³ Vgl. Weipert, 2006, S. 11.

⁴⁴ Vgl. Paulitsch/Karwautz, ebd., S. 235.

⁴⁵ Ich-Syntonie: Erleben und Verhalten werden vom Betroffenen als nicht krankhaft bzw. störend beurteilt.

passte Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten/die Therapeutin von entscheidender Bedeutung.⁴⁶ *Kanfer* und *Grimm* (1980) sprechen von *Rollenstrukturierung* und vom Aufbau einer *therapeutischen Allianz* in der Anfangsphase der Therapie. *Strupp* (1986) betont die Unerlässlichkeit der Herstellung der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Klient/in und Therapeut/in als Voraussetzung für therapeutisches Lernen. Die von *C. Rogers* thematisierten „*Therapeut/inn/envariablen*“ (Authentizität, Wertschätzung, Kongruenz, Empathie) tragen maßgeblich zur Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung, welche sowohl Motivation und Compliance als auch angstfreies therapeutisches Lernen fördern, bei.⁴⁷

1.5.2.3 Therapieangebot und -ziele

Unter der Voraussetzung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung erfolgt schrittweise die Behandlung in folgenden drei Phasen: 1. *Stabilisierung* (Sicherheit schaffen), 2. *Bearbeitung der Erinnerung* (Zurückblicken), 3. *Sinnfindung/Neuorientierung* (Zukunft).

Zunächst wird an der Stärkung der Ich-Funktion und an der Distanzierungsfähigkeit gearbeitet. Trigger müssen identifiziert und entschärft, das soziale Netz und soziale Kompetenzen gefördert, der Kontakt zum Täter bzw. zur Täterin unterbrochen und Beziehungsmuster bearbeitet werden. Im Bezug auf Selbsterziehung werden Autonomie, Kontrollvermögen, Selbstwert und Eigenverantwortung unterstützt sowie dysfunktionale Kognition, Schuld und Scham bearbeitet. Die Schritte der Bewältigung und Neuorientierung erfordern die Affektregulation, Impulskontrolle und Bearbeitung von SVV sowie des Hochrisikoverhaltens und die Entwicklung funktionalen Verhaltens und integrativen Handelns.⁴⁸

1.5.2.4 Validierendes Behandlungsumfeld

Ein wirksames Behandlungsumfeld ist gekennzeichnet durch Empathie, bedingungslose Wertschätzung, Authentizität, dialektische Spannung, einen klaren Umgang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen sowie durch ein Bündnis zur Veränderung.

⁴⁶ Vgl. Sachse, 2006, S. 15ff.

⁴⁷ Vgl. Bauman/Perrez, 1998/1990, S. 396.

⁴⁸ Vgl. Möller/Laux/Deister, ebd., S. 367f.

1.5.2.5 Logotherapeutischer Behandlungsansatz

Die Behandlung des Borderline-Syndroms gebietet, sich nicht auf einen einzigen Ansatzpunkt zu konzentrieren: Die Störung muss durch gleichzeitigen und unterschiedlich dimensional Ansatz in die „multitherapeutische Zange“ genommen werden. Mit anderen Worten: Es wird in der körperlichen, der seelischen und der geistigen Dimension angesetzt und gearbeitet. Statt mit dem/der Patient/in gemeinsam nachzudenken, wer aller an ihm/ihr schuldig geworden ist, gilt es Hilfestellung bei der Beruhigung und Entspannung zu leisten, Vertrauen auszubilden, innere Ge-
spanntheit durch Medien wie Musik oder Tanz zu lockern und nach lindernden Quellen Ausschau zu halten, an denen die Seele aufgetankt werden kann. Ausgewählte Kurztexte können zur Versöhnung einladen. Durch die bewusste Akzentuierung des immer noch Intakten in seinem/ihrem Leben und der unabdingbaren Werthaftigkeit seiner/ihrer selbst sind Albträume aufzufangen. Die logotherapeutische Begleitung des/der Borderline-Patient/in besteht mit kurzen Worten darin, ihm/ihr ein kleines Stück an heiler Zuwendung zu spenden, das er/sie – nicht zwangsläufig durch die Familie nicht bekommen hat, sondern das er/sie – in seinem/ihrem Gefühls- und Denkchaos nicht wahr- bzw. anzunehmen vermag.⁴⁹

„Finde eine Stelle in dir, in der es Freude gibt.

Und diese Freude vertreibt deinen Schmerz.“

~ Joseph Campbell ~

1.6 Verlauf/Prognose

Typisch ist ein Beginn in der Kindheit oder Jugend, die Manifestation auf Dauer erfolgt im Erwachsenenalter.⁵⁰ In Bezug auf die Lebensbewältigung gilt für Menschen mit PST in etwa die Drittelregelung:

- Bei ca. 1/3 der Patient/inn/en ungünstiger (Lebens-)Verlauf (Versagen, Konflikte, evtl. ständige Behandlung),
- bei ca. 1/3 kompromisshafte Lebensbewältigung (Vitalitätsverlust und Einengung der Umweltbeziehungen; Residualzustände) und
- bei ca. 1/3 günstiger Verlauf mit ausreichender Lebensbewältigung.

⁴⁹ Vgl. Lukas, ebd.

⁵⁰ Vgl. Möller/Laux/Deister, ebd., S. 367f.

Mit fortschreitendem Alter kommt es häufig zur Abschwächung der Merkmalsakzentuierung.⁵¹

In vielen Fällen sehen die Patient/inn/en als letzten Ausweg den Suizid oder den entsprechenden Versuch, wobei Letzterer im besten Fall der Anfang einer Therapie sein kann.⁵²

*„Das Sterben ist bitter,
doch der Gedanken sterben zu müssen,
ohne gelebt zu haben,
ist unerträglich.
~ Erich Fromm ~*

⁵¹ Vgl. Arolt/Reimer/Dilling, 2007/1990, S. 203.

⁵² Vgl. Wunn, ebd., S. 50.

II Menschen an der Grenze – das Erleben Betroffener

1.1 Bindungsschrei

Betroffene beschreiben häufig Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, des „emotionalen Ausblutens“. Sie werden von Ängsten geplagt, von Depressionen heimgesucht, nicht selten von paranoiden Schattenfiguren gejagt, von massiven Selbstzweifeln gepeinigt. Unruhe und Rastlosigkeit bemächtigen sich ihrer ebenso wie Erstarrung und Apathie. Auch geringfügige Umweltreize werden kaum ertragen, die soziale Introversion nimmt zu, während das Gefühl von Selbstverfügbarkeit abnimmt. Seltsame zwanghafte Impulse durchziehen das Denken von Betroffenen und entwinden ihnen zeitweise die Beherrschung. Sie fühlen sich von erdrückenden, unerklärlichen Geschehnissen überrollt und hilflos ausgeliefert.⁵³ Der Wunsch nach emotionaler Nähe wird gleichzeitig gefürchtet und durch aggressives Verhalten abgewehrt. Und natürlich gibt es sie, die Lebensgeschichte, die den/die Betroffene da oder dort einholt...

„Kinder kommen mit einem angeborenem Bedürfnis nach sicherer Bindung, welche als beobachtbare Manifestation sozialer Emotionsregulationsmuster verstanden werden kann, auf die Welt. Durch Angst und Trennung wird das Bindungsverhaltenssystem aktiviert. Durch körperliche Nähe und Resonanz der Bindungsperson werden Bindungsbedürfnis und Stressreaktion beruhigt. [...] Bei frühkindlichen, wiederholten Traumatisierungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen kommt es zu Konfusion: Die einzige Person, die aufgrund des ›Bindungsschreies‹ des Kindes zu Hilfe kommt, ist der Täter, welcher ›gut‹ besetzt bleibt, obwohl er ›böse‹ ist. Hauptbewältigungsmechanismen des Distresses sind einerseits Dissoziation (Amnesie) und andererseits Internalisierung.“⁵⁴

Bei der Verinnerlichung der Gewalt kann es sowohl zu *täterloyalen Anteilen* („Behandlungsverdienst“) als auch zu *Täter-Introjekten* (›Fremdkörper im Selbst‹; ›Abbilder des Täters‹, die durch *Trigger*⁵⁵ plötzlich hervorbrechen können) kommen.“⁵⁶

⁵³ Lukas, ebd.

⁵⁴ Vgl. Oerter/Montada, 2008/1982, S. 689ff.

⁵⁵ Schlüsselreiz, der einen Flashback („Nachhallerinnerung“; plötzlich, kraftvolles Wiedererleben eines vergangenen Erlebnisses) auslöst.

⁵⁶ Zitat nach Rimmel, Andreas: Podiumsdiskussion „Netzwerktreffen Borderline & Trauma“, Psychosomatisches Zentrum Waldviertel – PSZW, 18.11.2010.

1.2 Die schwarz-weiße Welt der J. B. – Interview mit einer Betroffenen

„Die chronischen Krankheiten der Seele entstehen wie die des Leibes, sehr selten nur durch einmalige grobe Vergehungen gegen die Vernunft von Leib und Seele, sondern gewöhnlich durch zahllose unbemerkte kleine Nachlässigkeiten.“

~ Friedrich Nietzsche ~

Schöne Erinnerungen an unbeschwerte Kindheitstage: An den Spielplatz mit der Lieblingsrutsche, die ersten Schaukelversuche oder das Ballspiel mit Freunden. Doch es sind nicht immer nur die guten Erinnerungen, die bleiben...

Wie man mit der Diagnose Borderline umgeht, erzählte eine meiner langjährigen Patientinnen im Vorjahr vor laufender Kamera im Beisein ihres Psychotherapeuten Univ. Prof. Dr. Karl Dantendorfer, FA für Psychiatrie und Neurologie, wie folgt:

Pat.ⁱⁿ: „Also, es ist zum körperlichen, psychischen und sexuellen Missbrauch gekommen. Über mehrere Jahre. Das hat mich halt sehr geprägt!“

Und zwar so sehr geprägt, dass die Patientin heute noch Schwierigkeiten damit hat, ihre Gefühle für sich selbst und anderen gegenüber so zu stabilisieren, dass sie ein festes Selbstbild ergeben. Die Frau erlebt sich als unwirklich und fremd, es beherrscht sie ein extremes Schwarz-Weiß-Denken. Euphorische Stimmung kann im nächsten Moment ins Traurige kippen.

Pat.ⁱⁿ: „Es hat dann immer geheißen: »Reiß dich zusammen! Das schaffst du schon! Mach mehr, tu mehr...«, aber man kann dann eben in dieser Krankheitsphase, in diesem Tief, kann man einfach nicht anders.“

In die Ecke gedrängt und allein gelassen, so fühlt sich die Patientin. Gefolgt von extremen Spannungszuständen. Um diese Gefühle zu bewältigen, verletzt sie sich selbst mit Rasierklingen an den Armen und im Genitalbereich, um die innere Spannung durch Gewalt gegen sich selbst abzuführen.

Pat.ⁱⁿ: „Manche verstehen das überhaupt nicht. Die können sich das nicht vorstellen, dass Spannungen so hoch werden, dass man sich selbst verletzt und ich rede dann auch nicht darüber. Es ist ein Tabuthema, noch immer, und man will dann auch die Freunde und die Familie nicht so belasten mit Einzelheiten. Man ist sehr verzweifelt. Weil man eigentlich glaubt, nach einer Phase, dass es vorbei ist,

dass es gut ist. Man lebt zwischen den Phasen ganz gut und wenn man dann wieder in so eine Phase hinein kippt, ist die Verzweiflung schon sehr groß!“

Gerade in solchen Phasen ist es besonders wichtig, dass Borderline-Betroffene therapeutische Hilfe bekommen.

Durch verschiedene Therapieansätze können Patient/inn/en lernen, mit Krisen umzugehen und im Alltag sowie mit ihren Mitmenschen wieder besser zurechtzukommen. Die Angst vor einem Rückfall ist jedoch immanent:

Pat.ⁱⁿ: „Dass es wieder zu Selbstverletzungen kommt, und zu Depressionen kommt, und dass einfach wieder so eine Phase kommt, in der ich alles nur schwarz seh und wo die Verzweiflung einfach überhand nimmt und ich kein Licht seh!“

„Kann man sich gleichzeitig lieben und hassen?

Kann man jemand brauchen und ihn deswegen verlassen?

Kann man immer wieder lügen, um die Wahrheit zu sagen?“

~ eine betroffene Patientin ~

III Die Bedeutung und die Gefahren therapeutischer Beziehungsgestaltung

„Ich habe mich nach Kräften bemüht, des Menschen Tun weder zu belachen, noch zu beweinen, noch zu verabscheuen, sondern es zu begreifen.“

~ Baruch Spinoza, Tractatus politicus I, § 4 ~

1.1 Beziehung als Schlüsselfunktion

Zahlreiche nationale als auch internationale Publikationen unterschiedlicher Disziplinen widmen sich dem Thema Beziehung, deren Aufbau und Gestaltung und betonen die Wichtigkeit derselben: Beispielsweise basieren die Bücher des österreichischen Soziologen und Kulturanthropologen *Girtler* auf langjährige und enge Kontakte – respektive Beziehungen – zu Menschen aus Randkulturen, welche ihm ermöglichten, wissenschaftliche Erfahrungen zu sammeln und Erkenntnisse zu gewinnen.⁵⁷

Die Theologie schwört seit Jahrhunderten auf zwischenmenschliche Beziehungen und Nächstenliebe, während die Wirtschaft erst in jüngerer Zeit vermehrt auf Beziehungsmanagement bzw. „Kundenintegration“ zur Anbahnung, Steuerung sowie Kontrolle von Geschäftsbeziehungen setzt. Psychiatrische Konzepte postulieren die essentielle Bedeutung von Beziehungen. Gelingende Psychotherapie hängt in erster Linie von einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung ab, bei welcher es sich – psychologisch betrachtet – lediglich um ein theoretisches Konstrukt handelt. *Frankl* betont, mit der von ihm begründeten Logotherapie eine neue Dimension, nämlich die Dimension des „eigentlich Menschlichen“ – die „Wiedervermenschlichung“ der Psychotherapie – geschaffen zu haben.⁵⁸

„Der Mensch wird am Du zum Ich.“

~ Martin Buber ~

1.2 Durch Beziehung entstehende Möglichkeiten

Sowohl in der Fachliteratur als auch auf Symposien, Enquêtes etc. wird die Art und Qualität der Beziehung zwischen Patient/in bzw. Klient/in und Therapeut/in als bedeutender (wenn auch schwer messbarer) Wirkfaktor für eine erfolgreiche

⁵⁷ Vgl. *Girtler*, 2003/1995, S. 13.

⁵⁸ Vgl. *Frankl*, 1998/1985, S. 196.

(Psycho-)Therapie beschrieben. Eine empathische Beziehung, die v.a. den Borderline-Patient/inn/en das Gefühl gibt, mit ihren emotionalen Anliegen verstanden zu werden, ist – wie die aktive und geplante Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten/die Therapeutin – von zentraler Bedeutung.⁵⁹ Wesentliche Voraussetzungen und Aspekte dafür sind die „klassischen Beziehungsfaktoren bzw. Therapeut/inn/envariablen“: Vertrauen, Verstehen, Akzeptanz, emotionale Wärme, (Signal-) Kongruenz und Respekt.⁶⁰

Das Bemühen um Beziehungsaufbau birgt jedoch mitunter nicht unerhebliche Gefahren: Im stationären Setting kann das agierende und destruktive Verhalten von Borderline-Betroffenen trotz langjähriger Erfahrung im Umgang mit der Diagnose Borderline zur *Spaltung* des multiprofessionellen Teams in „zwei Lager“ führen. Oftmals wird das theoretische Wissen um Spaltungstendenzen, Idealisierung und Entwertung auch von Fachleuten negiert.

Die Folge ist ein zielloses Handeln wider besseren Wissens – die Betreuungspersonen werden zu „Marionetten“, die vom/von der Patient/in „gespielt“ werden, während der/die Patient/in erneut in die „traumatische Zange“⁶¹ seiner/ihrer Kindheit gerät: „*No flight*“ (keine Möglichkeit zur Flucht), „*no fight*“ (keine reelle Chance zum Kampf). Dies führt unweigerlich zu Hilflosigkeit, Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Schreckstarre („*freeze*“) und Dissoziation.

Die Palette von Reaktionen der Betreuenden reicht mitunter von Verständnis, Sympathie über Irritation, Ungeduld, Ausgrenzung bis hin zu Aggression, Gefühlsarmut, zum Verlust einer professionellen Nähe-Distanz-Beziehung, zu Überforderung und emotionaler Erschöpfung.

1.3 Resümee

Die therapeutische Beziehungsgestaltung durch den/die Therapeut/in ist von umso zentralerem Stellenwert, je ausgeprägter die BPS eines/r Klient/in ist. Eine konstruktive Therapeut/in-Klient/in-Beziehung wirkt selbst schon als *therapeutisches Agens*. Zu beachten gilt, dass die Selbstverletzungen so wenig wie möglich die Beziehung modulieren sollen. Das „Miteinsteigen“ in das Gefühl des Ausgeliefertseins des Borderline-Betroffenen erfordert Stabilität und Festigkeit des/der Therapeut/in,

⁵⁹ Vgl. Sachse, ebd., S. 25.

⁶⁰ Vgl. Rogers, 2009/1983.

⁶¹ „Traumatische Zange“: Stadien der Traumaphysiologie nach Huber, Michaela.

um ein „Hineinsinken“ in die Emotionalität des Anderen, ein „Verschwimmen“, zu vermeiden sowie die Fähigkeit, die eigenen Handlungen kritisch zu hinterfragen.

Um das Risiko des Verlustes von Objektivität bzw. der emotionalen Verstrickung des/der Therapeut/in sowie eine Sekundärtraumatisierung des/der Patient/in zu minimieren, braucht es regelmäßig Supervision, eine funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie klare Strukturen und Konzepte.

Beistand darf direkter ausfallen als es üblicherweise einer „sokratisch-dialogischen Struktur“ entspricht. Das Anbieten von Konfrontation, die „Wanderung“ der Aggression „nach außen“ bzw. das kurzfristige Zur-Verfügung-Stellen des/der Therapeut/in als „herzloses Gegenüber“, kann äußerst konstruktiv sein.

Ein „Stück Konflikt“ in einem freundlichen, schützenden Grundgefühl anzubieten bedingt 1) vorausgegangene Beziehungsgestaltung (einen hergestellten Rapport) und 2) viel Feingefühl dafür, nicht wirklich ins Kämpfen zu kommen. Tatsächlich sind es die feinen Nuancen, die eine gelingende Beziehung ausmachen, kein Entweder-Oder!

*„Der Mensch muss für alle Konflikte eine Methode entwickeln,
die Rache, Aggressionen oder Vergeltung ausschließt.
Die Grundlage einer solchen Methode ist die Liebe.“*

~ Martin Luther King Jr. ~

Literaturverzeichnis

AROLT, Volker; REIMER, Christian; DILLING, Horst (2007/1990): Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, 6., aktualisierte Auflage, Springer, Heidelberg.

BAUMANN, Urs; PERREZ, Meinrad (Hrsg.) (1998/1990): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle.

BILLER, Karlheinz; DE LOURDES STIEGELER, Maria (2008): Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl. Sachbegriffe, Metaphern, Fremdwörter, Böhrer, Köln – Weimar.

BUBER, Martin (1923): Ich und Du, In: Buber, Martin (1997/1962): Das Dialogische Prinzip, 8. Auflage, Lambert Schneider, Heidelberg.

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2010): ICD-10-GM. Version 2011. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

DÖRNER, Thomas et al. (Hrsg.) (2004/1940): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, 260., neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter, Berlin – New York.

ERMANN, Michael et al. (2009/2006): Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie. Ein Arbeitsbuch für Unterricht und Eigenstudium, 2., durchgesehene Auflage, W. Kohlhammer, Stuttgart.

FRANKL, Viktor E. (1998/1985): Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk, Piper, München/Zürich.

FREUD, Anna (o. J.): Das Ich und die Abwehrmechanismen, 5. Auflage, Kindler, München.

GERRING, Richard; ZIMBARDO, Philip G. (2008): Psychologie, 18., aktualisierte Auflage, Pearson Studium, München.

GIRTNER, Roland (2003/1995): Randkulturen. Theorie der Unanständigkeit. Mit einem kleinen Wörterbuch der Gaunersprache, 3., unveränderte Auflage, Böhrer, Wien/Köln/Weimar.

HÄNEL, Jette; ENDERS, Annalisa; DAVIS, Svenja (2008): Basics Psychosomatik & Psychotherapie, Elsevier Urban & Fischer, München – Jena.

HURRELMANN, Klaus (1986): Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit, Beltz, Weinheim/Basel.

KERNBERG, Otto F. (2009/1975): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, 15. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt/Main.

KREISMAN, Jerold J.; STRAUS, Hal (2005/1989): Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit, 16. Auflage, Kösel, München.

LAUX, Lothar (2008/2003): Persönlichkeitspsychologie, Grundriss der Psychologie, Band 11, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, W. Kohlhammer, Stuttgart.

LUKAS, Elisabeth (2006): Lehrbuch der Logotherapie, 3. erweiterte Auflage, Profil, München – Wien.

MÖLLER, Hans-Jürgen; LAUX, Gerd; DEISTER, Arno (2005): Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme, Stuttgart.

NIETZSCHE, Friedrich; COLLI, Giorgio; MONTINARI, Mazzino (Hrsg.) (1971): Nietzsche Werke – Kritische Gesamtausgabe, Morgenröthe. Nachgelasse Fragmente. Anfang 1880 bis Frühjahr 1881, Walter De Gruyter, Berlin.

OERTER, Rolf; MONTADA, Leo (Hrsg.) (2008/1982): Entwicklungspsychologie, 6., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim – Basel.

PAULITSCH, Klaus; KARWAUTZ, Andreas (2008): Grundlagen der Psychiatrie, Facultas, Wien.

ROGERS, Carl. R. (2009/1983): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy, 18. Auflage, Fischer, Frankfurt/Main.

SACHSE, Rainer (2006): Therapeutische Beziehungsgestaltung, Hogrefe, Göttingen – Bern – Wien – Toronto – Seattle – Oxford – Prag.

SACHSSE, Ulrich (2009/2004): Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis, 2. Nachdruck, Schattauer, Stuttgart.

SAUTER, Dorothea et al. (2006/2004): Lehrbuch Psychiatrische Pflege, 2., durch gesehene und ergänzte Auflage, Hans Huber, Bern.

SCHMIDBAUER, Wolfgang (2003/1977): Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Rowohlt, Hamburg.

VITECEK, Peter (2011): Psychiatrie II, Arge Bildungsmanagement GmbH (unveröffentlichtes Manuskript).

WEIPERT, Sandra (2006): Umgang mit Suizidalität und selbstschädigendem Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum, 1. Psychiatrische Abteilung mit Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik (unveröffentlichtes Manuskript).

WUNN, Eva (2006): Basics Psychiatrie, Elsevier Urban & Fischer, München – Jena.

Glossar

Unter den **Abwehrmechanismen der Ich-Psychologie** wird die Abwehrtätigkeit des Ichs gegenüber unlustvollen Triebansprüchen, Affekten, Wahrnehmungen und Vorstellungen verstanden. Sowohl die Affekte, Ansprüche und Vorstellungen selbst als auch die damit verbundenen psychischen Konflikte werden aus dem Bewusstsein ausgeschlossen bzw. wird deren Wiederkehr ins Bewusstsein verhindert. Abwehrmechanismen stehen im Dienste der Erhaltung des Ichs und seiner Funktionen und sind einerseits als normale Schutzfunktion, andererseits als pathologische Konfliktbewältigung im Sinne einer symbolischen Befriedigung oder Reparation anzutreffen. Das Ich verfügt über eine Reihe von Abwehrmechanismen, welche von Anna Freud 1936 wie folgt beschrieben wurden:

- **Verdrängung** der im Gesamtleben nicht zu vereinbarenden eigenen Impulse oder auch äußerer Erfahrungen/Erlebnisse in den Bereich des Unbewussten; eine Form des Nicht-Wahrhaben-Wollens. Das Verdrängte bleibt jedoch aus dem Unbewussten heraus wirksam.
- **Regression:** Rückzug (fantasiert und/oder im manifesten Verhalten) in frühere Entwicklungszeiten („harmonischer Primärzustand“). Häufiger Abwehrmechanismus bei starken Kränkungen oder Versagungen und dadurch bedingter Frustration.
- **Reaktionsbildung:** Verkehrung ins Gegenteil (z.B. besonders freundliche Behandlung eines ungeliebten, verachteten Gegenübers).
- **Isolierung:** Gedanken werden von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit „unschädlich“ gemacht.
- **Ungeschehenmachen:** Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durch neue Gedanken oder Handlungen, die häufig gegenteilige Bedeutung haben; häufiger Mechanismus bei Zwangssyndromen.
- **Projektion:** Eigene Konflikte/Wünsche/Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert) und dort häufig bekämpft; Verlagerung eigener Vorstellungen auf einen anderen Menschen, an dem diese Regungen (tatsächlich oder vermeintlich) wahrgenommen und möglicherweise kritisiert werden, während sie im eigenen Erleben nicht ertragen werden können.
- **Introjektion:** Psychischer Vorgang, bei dem das Bild eines anderen Menschen in das eigene Ich übernommen wird.
- **Wendung gegen die eigene Person/das Selbst:** Wendung eines Triebimpulses (z.B. Wut) gegen die eigene Person.
- **Sublimierung:** Sozial bzw. kulturell akzeptierte und gratifizierte Ersatzbetätigungen für das Ausleben von Triebimpulsen.

- **Verschiebung des Triebziels:** Konflikthaft erlebte Impulse/Gefühle gegenüber einer Person werden auf andere Personen oder Sachen verschoben.

Affektive Störungen: Krankhafte Veränderungen der Stimmung, die sich klinisch als depressive Störung, Manie oder als Wechsel zwischen depressiven und manischen Phasen manifestieren (= manisch-depressive Erkrankung, MDK).

Affektivität: Kurz andauernde Affekte wie Ärger, Freude, Hass, Zorn etc. sowie länger andauernde Stimmungen, beispielsweise Traurigkeit bei depressiven Störungen.

Ambivalenz: Das Nebeneinander gegensätzlicher Vorstellungen; Erleben von widersprüchlichen Gefühlen, Impulsen oder Vorstellungen gepaart mit der Unfähigkeit, eine Entscheidung zu treffen. Nach Eugen Bleuler (neben Störungen des Gedankengangs, der Affektivität, des subjektiven Erlebens der eigenen Persönlichkeit, Störungen des Willens und des Handelns sowie Autismus) ein Grundsymptom der Schizophrenie.
Ohne pathologische Bedeutung: Ein Sich-Nicht-Entscheiden-Können.

Bindung: Die soziale Entwicklung beginnt mit der Herstellung einer engen emotionalen Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson (i.d.R. die Mutter). Diese intensive, überdauernde, sozial-emotionale Beziehung wird als Bindung bezeichnet.

Dekompensation: Der nicht mehr ausreichende Ausgleich einer verminderten Funktion oder Leistung bzw. dessen Folgezustände.

Deprivation: Mangel, Entbehrung. *Psychologisch:* Bezeichnung für unzureichende oder fehlende körperliche bzw. affektive Zuwendung, die v.a. in den ersten Lebensjahren zu Depressionen, psychomotorischer Retardierung (insbesondere Abweichungen in der Sprachentwicklung und im psychosozialen Verhalten) oder zu psychischem Hospitalismus führen kann.

Dimensionalontogenie als Seinslehre von den Dimensionen erfasst den Menschen als anthropologische Einheit trotz ontologischer Mannigfaltigkeit (Körper, Psyche, Geist) mit Hilfe geometrischer Analogien.

Dissoziation: Aufspaltung; Entkoppelung; Spaltung des Bewusstseins; Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein und damit aus der Kontrolle. Der Begriff wird sowohl psychopathologisch (deskriptiv) als auch erklärend für innerseelische Vorgänge verwendet. Versteht man den Begriff klinisch-pathologisch, so sind Gedächtnisstörungen, Bewusstseinsstörungen und Störungen der personalen Identität gemeint, die durch ein Versagen der Integration von zentralen psychischen Funktionen bedingt sind.

Die typischen Phänomene sind Amnesien, stuporöse Zustandsbilder, Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen, Krampfanfälle, seltenen auch Identitätsstörungen.

DSM-IV: Abkürzung für „**D**iagnostisches und **s**tatistisches **M**anual psychischer Störungen“; von der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation herausgegebenes Handbuch zur Klassifikation und Vereinheitlichung der Nomenklatur in der Psychiatrie; dz. in der aktuellen, vierten Fassung aus dem Jahr 1994. Die Beurteilung eines psychischen Krankheitszustandes erfolgt auf fünf voneinander unabhängigen Achsen, welche ein sog. multiaxiales System bilden. Achse I: Klinische Syndrome; Achse II: Entwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen; Achse III: Körperliche Störungen und Zustände; Achse IV: Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren (z.B. Scheidung); Achse V: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus während des vergangenen Jahres; Die Achsen I und II gelten der aktuellen Diagnose, die Achsen IV und V sind v.a. pflege-relevant, da sich wichtige Lebensereignisse bzw. das „Funktionieren“ im Alltag erfassen.

ICD-10: Abkürzung für „**I**nternational **C**lassification of **D**iseases“. Bei der ICD-10 handelt es sich um das von der WHO herausgegebene und international gültige Klassifikationssystem aller Krankheitsbilder in der aktuellen 10. Version. Die Beschreibung psychiatrischer Störungen findet sich in Kapitel V unter dem Buchstaben F.

Ich-Störungen: Gestörtes Erleben der eigenen Persönlichkeit mit Störung der Abgrenzung zwischen Ich und Umwelt; Gedanken, Handlungen und Zustände werden als Ich-fremd und von außen beeinflusst erlebt. *Vorkommen:* Bei Übermüdung sowie bei Schizophrenie.

Ich-Syntonie: Erleben und Verhalten werden vom Betroffenen selbst als nicht krankhaft bzw. störend beurteilt.

Komorbidität: Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander, ohne dass zwangsläufig eine ursächliche Beziehung zwischen diesen bestehen muss.

Logotherapie und Existenzanalyse: Von Viktor E. Frankl begründete sogenannte Dritte Wiener Richtung der Psychotherapie. Die Existenzanalyse als anthropologische Grundlage der Logotherapie begreift den Menschen als Einheit und Ganzheit in drei unterschiedlichen Seinsdimensionen. *Methoden:* Paradoxe Intention, Dereflexion, Einstellungsmodulation, sokratischer Dialog. *Arbeitsgebiete,* u.a.: Prävention, supportive und klärende Begleitung von Lebenskrisen, Nachsorge, Grundlage für Gewaltprävention sowie Beratungsarbeit und sinnzentrierte Bildungsarbeit.

Neurosen: Allgemeine Bezeichnung für psychische oder psychosoziale Störungen ohne nachweisbare organische Grundlagen, bei denen – im Gegensatz zu

Psychosen – der Realitätskontakt wenig oder gar nicht gestört ist. Wegen der uneinheitlichen Verwendung ist der Begriff weder im DSM-VI noch im ICD-10 enthalten.

1) *Im weiteren Sinn*: Lebensgeschichtlich bedingte psychische Störung (z.B. Persönlichkeitsstörung, Abhängigkeit, psychosomatische Störung).

2) *Im engeren Sinn*: Oberbegriff für Persönlichkeitsstörungen und sog. Symptomneurosen. Neurotische Erscheinungsformen sind z.B. Angst-, Zwangs- und Charakterneurose (letztenannter Begriff nach ICD-10: Persönlichkeitsstörung).

3) *Im psychoanalytischen Sinn*: Bezeichnung für Befindlichkeits-, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, die auf erlebnisbedingter Beeinträchtigung der Spannungs- und Beziehungsregulation beruhen und deren Symptome ungelöste, unbewusste Konflikte und Entwicklungsdefizite symbolisch zum Ausdruck bringen (z.B. Kindheitstraumata).

4) *Im verhaltenstherapeutischen Sinn*: Lerndefizite und erlerntes Fehlverhalten.

5) *Im logotherapeutischen Sinn* fehlt bei der psychoanalytischen Erklärung der Neurose die angemessene Berücksichtigung der geistigen Dimension.

Parasuizid: Absichtlich selbstschädigende Handlung; primär nicht final angelegt. Psychodynamisch zu verstehen als Ausdruck von Autoaggression, Sehnsucht nach Ruhe, Zuwendung, Appell an die Umwelt; schließt die parasuizidale Handlung die Möglichkeit oder Absicht eines tödlichen Ausgangs ein, so spricht man von *Suizidversuch*.

Promiskuität: Durch häufigen Partner/innenwechsel gekennzeichnetes Sexualverhalten.

Psychiatrie: Lehre von den Geistes- und Gemütskrankheiten und ihrer Behandlung. Befasst sich mit der medikamentösen, sozial- und psychotherapeutischen Behandlung von psychiatrischen Krankheitsbildern, z.B. Psychosen, Neurosen...

Psychoanalyse: Methode zur Untersuchung seelischer Vorgänge mit dem Fokus auf frühkindliche Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung, unbewusste Triebe und aktuelle Beziehungsstrukturen. *Therapie*: Aufdeckende Analyse: Bewusstmachung und Bewältigung von frühkindlichen sowie aktuellen Konflikten durch freie Assoziation und Traumdeutung.

Psychogen: Bezeichnung für Zustände, die v.a. auf psychische Bedingungen (Art und Weise der Erlebnisverarbeitung) zurückzuführen sind. Ein Krankheitswert im Sinne einer psychogenen Störung besteht bei dauernder bzw. ernsthafter Beeinträchtigung psychischer oder organischer Funktionen, insbesondere wenn die Bewältigungs- und Abwehrmöglichkeiten des/der Betroffenen durch ein Trauma überfordert werden.

Psychopathologie: Lehre vom Leiden der Seele i. S. einer Erfassung von Erlebens- und Verhaltensweisen eines psychisch krank geltenden Menschen; umfasst Beschreibung (deskriptiv), nosologische Klassifikation und Deutung der Störungen von Bewusstsein, Denken, Orientierung, Affekt, Ich-Erleben, Wahrnehmung, Antrieb, Persönlichkeit, Verhalten unter Berücksichtigung des somatischen Befundes sowie sozialer, interaktioneller und kultureller Aspekte; Ausgangspunkt für therapeutisches und diagnostisches Vorgehen und anthropologische Forschung.

Psychose: Allgemeine Bezeichnung für psychische Störung mit strukturellem Wandel des Erlebens (im Gegensatz zum funktionellen Wandel bei Neurosen); unspezifisches Krankheitsbild.

I) Organische Psychosen: *Vorkommen:* U.a. bei Hirntumoren, Schädelhirn-Traumen, Intoxikation, Infektionen (z.B. Enzephalitis), Epilepsie, bei Einnahme psychotroper Substanzen. *Symptome:* Bewusstseins-, Gedächtnis-, Orientierungsstörungen, Ich-Erlebensstörungen, Wahn und Halluzinationen.

II) Nicht-organische Psychosen, auch endogene Psychosen: *Formen:* 1. Schizophrene Psychose; 2. Affektive Psychose (Depression, Manie); 3. Schizo-affektive Psychose: Bezeichnung für Form der Psychose, bei der Symptome der schizophrenen und der affektiven Psychose vorliegen. Ursächlich werden ein komplexes Bedingungsgefüge körperlicher, seelischer und sozialer Faktoren (vgl. Vulnerabilität) ebenso wie Störungen des Metabolismus und der Neurotransmitter diskutiert.

Psychosomatik: Bezeichnung für die Wechselwirkung von Körper und Seele (Heinroth, 1818). Im klinischen Sprachgebrauch Bezeichnung für eine Krankheitslehre, die psychische Einflüsse auf somatische Vorgänge berücksichtigt.

Psychotherapie: Oberbegriff für alle Formen der Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen mit psychologischen Mitteln. *Formen,* z.B.: Gestalttherapie, Hypnotherapie, katathym-imaginative Psychotherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Logotherapie und Existenzanalyse, Psychoanalyse, Transaktionsanalyse, Verhaltenstherapie u.a.

Selbstdistanzierung: Wortschöpfung Frankls; Leistung und Bestandteil der geistigen Person; fundamental-anthropologisches Charakteristikum menschlicher Existenz; die Fähigkeit des Menschen, von sich selbst abzusehen und Abstand einzunehmen; sich selbst aus „höherer Warte“ heraus betrachten.

Selbsttranszendenz: Selbst-Überschreitung; die Selbsttranszendenz gelingt nur mit Hilfe der Selbstdistanzierung; ein Wegdenken von sich und ein Sich-Hin-Orientieren auf eine

Aufgabenerfüllung; Mensch sein heißt, ausgerichtet sein auf etwas oder auf jemanden, auf ein Werk oder einen Menschen, den er liebt, oder auf Gott, dem er dient.

Sozialisation: Die prozesshafte und permanente Weiterentwicklung des Individuums durch soziale Interaktion bzw. gesellschaftliche Einflüsse. Nach Hurrelmann „[...] *Prozeß [sic!] der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und dinglich-materiellen Umwelt.*“⁶² Unterschiedliche Konzepte, z.B. lerntheoretische, psychoanalytische, handlungstheoretische, versuchen zur Erklärung dieser Prozesse beizutragen.

Spaltung: Trennung von „total guten“ und „total bösen“ Objekten z.B. in der Übertragung bei Borderline-Persönlichkeitsstruktur.

Störung: Ein einzelnes Symptom oder Syndrom; der Begriff bringt die Beeinträchtigung der normalen Funktionsfähigkeit zum Ausdruck ohne etwas über den zu Grunde liegenden Prozess auszusagen.

Sublimierung: Triebenergie wird in sozial hoch bewertete Verhaltensweisen umgestaltet. *Beispiel:* Leonardo da Vincis Bild der Mona Lisa als künstlerische Transformation der verbotenen Mutterliebe.⁶³

Transmorbide: Das Geistige, das geistig Personale, das nicht erkranken kann.

Vulnerabilität: Anfälligkeit, „Dünnhäutigkeit“, Verletzbarkeit; *Psychologisch:* Durch genetische, organische, biochemische, psychische und soziale Faktoren bedingte individuelle Disposition, auf Belastung überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung bis hin zur psychotischen Dekompensation zu reagieren. Psychische Störungen werden durch das Zusammenwirken von Vulnerabilität und Stress bei nicht ausreichendem Coping erklärt (= Vulnerabilitäts-Stress-(Coping)-Modell).

⁶² Hurrelmann, 1986, S. 70ff.

⁶³ Vgl. Laux, 2008/2003, S. 98.