

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 16/2022

Emotionsdysregulation bei Borderline-Störung im
Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens

*Heike Renfordt, Gevelsberg **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.
EAG-Weiterbildung *Supervision und Organisationsentwicklung im Integrativen Verfahren*®. Betreuerin/Gutachter: U. Mathias-Wiedemann, Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Gliederung

1. Emotionsdysregulation bei Borderline-Störung
 - 1.1. Beschreibung der Störung
 - 1.1.2. *Geschichte des Störungsbegriffs*
 - 1.1.3. *Diagnose der Borderlinestörung*
 - 1.1.4. *Differenzialdiagnose und Komorbidität*
 - 1.2. Das Störungsmodell
 - 1.2.1. *Biopsychosoziales Entstehungsmodell*
 - 1.3. Neuropsychologische Mechanismen
 - 1.3.1. *Emotionsdysregulation und Psychopathologie*
 - 1.3.2. *Emotionsdysregulation und deren Behandlung*
 - 1.4. DBT Programm
 - 1.5. Versorgungsstrukturen für BPS und Behandlungsprognose
2. Die Bedeutung des Ambulant Betreuten Wohnens im Versorgungsnetz
 - 2.1. Case Management im Sinne von Process Organizing and Facilitation (POF)
 - 2.1.1. *Die Rolle des Bezugsbetreuers*
 - 2.1.3. *Umgang mit Emotionen*
3. Die Aufgabenstellung der Supervision nach dem integrativen Ansatz
 - 3.1. Entlastung, Achtsamkeit, Burnoutprophylaxe
 - 3.2. Information und Aufklärung über BPS
 - 3.3. Stärkung im Umgang mit Krisen im Blick auf Selbstverletzung und Suizidalität
 - 3.4. Rollenklärung
4. Zusammenfassung.....
5. Literaturverzeichnis.....

1. Emotionsdysregulation bei Borderline-Störung

1.1. Beschreibung der Störung

In der psychiatrischen Versorgungsstruktur von heute gelten Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach wie vor als „schwierig“ und „anstrengend“. Sie seien KlientInnen, die gerne auch Systeme - wie zum Beispiel Teams in Tagesstätten oder auch die des Ambulant Betreuten Wohnens - sprengen und spalten. Ein leichtes Unbehagen macht sich bemerkbar, wenn wieder einmal in Teams „Person XY“ besprochen wird und deutlich wird, dass Ratlosigkeit und Hoffnungslosigkeit im Team und beim Bezugsbetreuer sichtbar werden mit der Folge, den professionellen Blick zu verlieren und sich von eigener Enttäuschung und Frustration leiten zu lassen. Engagierte Diskussionen in Teams sind beobachtbar wenn es darum geht, Verständnis und Engagement für den Klienten aufzuzeigen und die „Gegenseite“ d.h. andere Stimmen - mit konfrontativen und grenzsetzenden Interventionen argumentieren, um eine verbesserte Compliance und „Fall“steuerung zu fördern. Das Team und der Bezugsbetreuer können im wahrsten Sinne des Wortes „verstört“ und belastet werden, denn die Dynamik der Borderline-Störung ist Krisen und unberechenbaren Emotionsausbrüchen unterworfen, die der Krankheit zu großen Teilen geschuldet ist. Es wird nicht langweilig und Überraschungen – hierzu gehören auch durchaus positive – gehören zum beruflichen Alltag in der Arbeit mit Borderline erkrankten Menschen.

1.1.2. Geschichte des Störungsbegriffs

1980 wurde die Borderline Persönlichkeitsstörung im Diagnostikmanual DSM III der American Psychiatric Association und 1992 in den ICD 10 (International Classification of Diseases) aufgenommen. Das heißt: die Aufnahme in die 10. Revision des ICD 12 Jahre später etablierte die Diagnostik der Borderline-Erkrankung auf die Ebene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und wurde eine Leitlinie zur Erstellung der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung.¹ Die Ursprünge der Diagnosestellung gehen auf *Adolf Stern* (1938) zurück. Der Psychoanalytiker beobachtete, dass es eine Untergruppe von Patienten gibt, die nicht in das damals übliche Klassifikationssystem passten: nämlich die der Unterscheidung von Neurosen und Psychosen.² Damals wurde mit dem Begriff „Borderline“ die „Grenzlinie“ zwischen Psychose und Neurose gemeint. Dieser Terminus beschrieb den Versuch, die unscharfe und fluktuierende Trennung als „borderline“ zu bezeichnen – sie war eher eine „Verlegenheitsdiagnostik“. Insbesondere in den frühen 1950-er Jahren beschäftigte sich *Robert Knight* mit der spezifischen Symptomatik des „borderline“ und er stellte später fest, dass die Ursache der Probleme in den stationären Abteilungen der psychiatrischen Kliniken

1 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern: Huber, Hogrefe. S. 27

2 a.a.O.

unter anderem auch jenes war, die besonderen Bedürfnisse dieser Patienten nicht zu erkennen. Dieses Unvermögen führte auch zu immer wiederkehrenden Regressionsprozessen bei den Patienten und Auseinandersetzungen bei den Mitarbeitern.

„Borderline“ galt bei *Knight* im Jahre 1958 als Beschreibung für schwierige Patienten die weder neurotisch noch psychotisch waren.³

Zahlreiche Arbeiten im Zeitraum von 1920 und 1965 ordneten die Borderline-Störung eher dem schizophrenen Formenkreis zu.⁴ *Kernberg* entwickelte dann 1967 das Konstrukt der schweren Persönlichkeitsstörung mit der dazugehörigen Borderline-Organisation die durch „Identitätsstörungen“, „primitiven Abwehrprozessen“ (Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung) und einer „intakten Realitätstestung“, die besonders gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld vulnerabel ist⁵ und mitunter beim Patienten durch den hervorgerufenen Stress zum Aussetzen einer adäquaten Realitätsprüfung führt.⁶

Roy Grinker führte die erste empirische Studie zur Borderline Persönlichkeitsstörung durch. Er machte durch seine Veröffentlichung 1968 „*The Borderline Syndrom*“ das Thema erstmalig für die klinische Forschung relevant und stellte einen ersten Kriterienkanon auf. Damals waren die Kriterien 1. Mangelnde Ich-Identität, 2. Anaklitische Beziehungen (emotionales Bedürfnis nach Anlehnung an einen anderen Menschen)⁷ 3. Depression durch Einsamkeit, 4. das Übergewicht von Wutäußerungen.⁸

Im Jahre 1969 begann sich jedoch *J.G. Gunderson* mit den „Borderline“-Schizophrenen anhand unabhängiger Untersuchungen und Studien sowie analytisch, deskriptiv und genetisch auseinanderzusetzen. Sein Interesse an dieser Patientengruppe nahm zu - stets mit dem Ziel, Borderline Persönlichkeitsstörungen von denen mit der Diagnose Schizophrenie zu entwirren und das Krankheitsbild zu beschreiben (deskriptiver Ansatz).⁹ In der Folge kam es 1975 zu einer Zusammenarbeit mit *M. Singer*, sodass das Störungsbild anhand von 5 Dimensionen besser ermittelt werden konnte. Hierzu zählten dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, psychoseähnliche Kognitionen sowie Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. Diese insgesamt 8 deskriptiven Ebenen bildeten schließlich 1980 in ihrer Gesamtheit den Kriterienkatalog für die Borderline-Erkrankung im DSM III.¹⁰ *Gundersson et al.* arbeiteten anschließend weiter an der Entwicklung eines strukturierten Interviews,

3 a.a.O., S. 28

4 Vgl: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe.2. Aufl. 2019, S. 3

5 a.a.O.

6 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern: Huber, Hogrefe, S. 28

7 Vgl.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Anaklise>

8 a.a.O., S. 30

9 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe. 2. Auflage 2019, S. 3

10 a.a.O.

um neue Unterscheidungsmerkmale zu identifizieren und die Diagnose zuverlässiger stellen zu können.¹¹ Die Diagnose wurde in den 80-iger Jahren bis hin in die 90-iger Jahre beträchtlich kontrovers diskutiert und wurde therapeutisch gesehen als kaum behandelbar eingestuft.¹²

Seit den 60er-Jahren wandelte sich das Borderline-Konstrukt von der Persönlichkeitsorganisation, dann als Syndrom und nun als *Störung*.

Zwischen 1968 und den 1990er-Jahren kam es zu einer explosionsartigen Zunahme an wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen. Es sei hierbei noch zu erwähnen, dass *Gunderson* und *Zanarini* 1989 nachgewiesen haben, dass die Pathogenese durch ein konfliktreiches und unberechenbares familiäres Umfeld gekennzeichnet ist und eine große Korrelation zum sexuellen Missbrauch besteht.¹³ Zu einem „Richtungswechsel“ in der Behandlung von Borderline-Störung kam es 1991 durch *Marsha Linehan*. Federführend entwickelte sie die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), welche erstmals Wirkungsnachweise erbrachte und wissenschaftlich evaluiert wurde. *Linehan* vertrat die These, dass es sich bei der Borderline-Störung um eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation handelt.¹⁴ Eine völlig neue Wende in der Behandlung von Borderline-Störung trat durch das manualgestützte, verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Programm ein!¹⁵

1.1.3. Diagnose der Borderlinestörung

Zunächst gilt bei der Diagnostik einer Borderlinestörung gemäß DSM-5 (Manual of Mental Disorders, 2013) zu prüfen, ob die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung vollständig erfüllt sind. Im weiteren Verlauf wird der Subtypus spezifiziert. Um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (F 60.3) gemäß DSM-5 diagnostizieren zu können, müssen mindestens 5 der 9 Kriterien erfüllt sein:

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (hier sind keine selbstverletzenden Handlungen gemeint)
2. Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen. Sie sind durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet.
3. Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen wie z.B. Substanzmissbrauch, Sexualität, Geldausgeben, gestörtes Essverhalten, rücksichtsloses Autofahren.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen, oder Selbstverletzungsverhalten

11 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 31

12 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe. 2. Auflage 2019, S. 3

13 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern: Huber, Hogrefe. S. 35

14 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe. 2. Auflage 2019, S. 3

15 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 186

6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung wie z.B. hochgradige episodische Dysphorie (Störung des emotionalen Erlebens) geäußert durch Reizbarkeit, Angst, traurige Stimmung. Die Verstimmungen dauern gewöhnlich nur einige Stunden an
7. Chronische Gefühle von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut, Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (u.a. auch häufige Wutausbrüche, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome¹⁶ oder auch Gefühle von Depersonalisation, Derealisation (ein anhaltendes oder wiederholtes Erleben, außerhalb des eigenen Körpers zu stehen - Gefühl, von den eigenen Gedanken getrennt zu sein, oft mit dem Gefühl, das eigene Leben von Außen zu betrachten), oder hypnagogische Illusion (optische, akustische Sinnestäuschungen).¹⁷

Die Angst vor dem Verlassenwerden wird als Verlust des „Selbst“ im Sinne einer Auflösung der Identität erlebt. Beim integrativen Ansatz wird der Begriff „Selbst“ anders gesehen – es kann nicht „verloren“ gehen oder gar aufgelöst werden. Das „Selbst“ wird als ein „integriertes Selbst“ verstanden, das sich durch ein starkes und flexibles „Ich“ (im Sinne von Ich-Funktionen und nicht einer Instanz) auszeichnet. Dieses „Selbst“ ist von Beginn an eingebettet und stimuliert von Außenreizen wie beispielsweise dem des ökologischen und sozialen Kontextes. Die Entwicklung eines starken und flexiblen „Ichs“ unterliegt sozusagen ständigen Reizen aus dem Eigenleib und Stimulierungen von außen. Es ist ein „Selbst – für sich mit anderen“ (Petzold & Schuch, 1992, S. 409 f.).¹⁸

Bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das starke und flexible „Ich“ nur defizitär ausgereift. Insbesondere im sozialen Kontext treten Probleme auf. Sie reagieren äußerst sensitiv und reaktiv auf die soziale Umwelt. Durch eine wahrgenommene Zurückweisung oder Feindseligkeit fühlen Personen mit BPS sich häufig bedroht. Hervorgerufen durch ein schwankendes – aber größtenteils negatives Selbst-Bild - können sich Menschen mit BPS paradoxerweise auch an stressreiche Beziehungen oder auch Situationen klammern. Sie haben häufig das Selbstkonzept „nie gut genug“ zu sein (Gunderson, J.G., Links (2014): Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press).

Es fällt ihnen schwer, alleine zu sein. Aufgrund des fragilen „Selbst“ (und Identität) und der defizitären Leistungen im Differenzieren, Werten und Interpretieren der Außenwelt reagiert der Mensch mit einer BPS häufig mit dysfunktionalen

16 Vgl.: Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe. 2.Auflage 2019, S. 5

17 Vgl.: <http://www.msmanuals.com>

Vgl.: Gunderson, J. (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 36

18Vgl.: Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C. (2021): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Wien: Facultas Verlag. S. 121

Verhaltensmustern. Das Alleinsein macht ihnen häufig Angst und dies soll verhindert werden, in dem die Person mit BPS entweder aktiv wird oder die Realität verzerrt.¹⁹ Es ist die „Unerträglichkeit des Alleinseins“, so von *Gunderson* und *Singer* schon 1975 erkannt und umbenannt.

Dem schließt sich an, dass die Beziehungsgestaltungen unter dem Aspekt der „Angst vor dem Verlassenwerden“ geknüpft sind. Es sind intensive aber auch instabile Beziehungen, die durch intrapsychische Spaltung (entweder gut oder böse) gekennzeichnet sind (*Kernberg* 1967). Wenn Personen als gewährend erlebt werden, macht sich die Pathologie durch Idealisierung dieser Person bemerkbar. Ist dies nicht (mehr) der Fall, wird die Person abgewertet.²⁰

Aus *Kernbergs* Beschreibung der Borderline Persönlichkeitsorganisation stammt das Kriterium der Identitätsstörung, welches sich jedoch aus Sicht des integrativen Ansatzes eher unzureichend und eher „schlecht“ konzeptioniert darstellt. *Kernberg* fokussiert dies auf die Wahrnehmung eines verzerrten Körperbildes und der damit verbundenen verzerrten Selbstwahrnehmung, sodass dies eine Erklärung für die Entstehung von Anorexie und Bulimie als komorbides Krankheitsbild bei einer BPS sei. Oftmals hätten diese Personen nicht das Gefühl, eine eigene Identität zu besitzen.²¹

Die Entwicklung einer Identität ist jedoch nach *Petzold* mehr: sie ist ein anthropologisches Strukturphänomen und demnach eine strukturelle Eigenschaft des Menschen. Die Identität ist die höchste Leistung des Ichs als Prozess. Seine Funktionen (es ist das Selbst in Aktion, denn das Ich als Instanz gibt es in der IT nicht – das Selbst in Aktion bestimmt die Ich-Funktionen) und Prozesse ermöglichen bei aller Veränderung eine gewisse Stabilität! Aber auch eine Konsistenz im Selbst- und Weiterleben! Im Sinne des heraklitischen Prinzips ist die Bildung der Identität ständig im Wandel. Sie ist gleichzusetzen einer ständigen Suchbewegung durch Identifikation mit anderen und Identifizierung durch andere.²²

„Identitätsarbeit hat – das wurde schon in der Antike erkannt – die Aufgabe, eine hinlängliche Konsistenz des Selbsterlebens gegen die Kräfte der Veränderung in der fließenden Zeit (*Heraklit* fr. 12, 49a, 91) zu setzen, ohne dem Strömen des Flusses je entkommen zu können.“²³

19 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe, S. 42

20 a.a.O., S. 35

21 a.a.O., S. 38

22 Vgl.: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.* (2021): Grundbegriffe der integrativen Therapie. Wien: Facultas Verlag. S. 59

23 Vgl.: *Petzold, H.G.* (2001p/2004/2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in *Petzold, H.G.* (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner

Das Konzept der Objektbeziehungen durch Theoretiker wie *M. Klein* 1932, 1946 stellt eine Hypothese auf, warum das Gefühl von „Leere“ bei Menschen mit BPS sehr häufig subjektiv empfunden wird. In der frühkindlichen Versorgung gab es möglicherweise kein tröstendes Gegenüber, sodass kein internalisiertes Gefühl des Umsorgtwerdens entwickelt werden konnte. Es besteht ein Unvermögen, sich selbst zu trösten oder sich andere Versorgungsfiguren zu vergegenwärtigen. Die Leere sei eine Empfindung des „Bauches“. Diese Leere ist ein typisches Kriterium für Menschen mit BPS und muss sorgsam von anderen Arten psychischer Störungen (z.B. Depression) abgegrenzt werden.²⁴ Nach dem integrativen Ansatz sind „Empfindungen des Bauches“ neuronal gesteuert, wenn man so will „Bauchgefühle“, die ernst zu nehmen sind und im Sinne des integrativen Leibkonzeptes integraler Bestandteil des Leibes und Projektionsfläche unserer Empfindungen sind - auch neuronal gesteuert-! Unsere Empfindungen und Emotionen sind als „Wahrnehmungereignis“ zu verstehen und haben letztendlich neurozerebrale Ursachen. Sie wirken sich auf die Leiblichkeit aus (und Objektbeziehungen gibt es in der Theorie der IT auch nicht sondern immer Subjektbeziehungen – und Intersubjektivität)

„Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt“, so *H. Petzold* 1970. „Er ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in Kontext und Kontinuum“. Er wird also vom ökologischen, sozialen, kulturellen Kontext beeinflusst – also ist auch unwiderruflich auf das Kontinuum bezogen (fortlaufend auf die Lebenszeit mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft). „...Er steht in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit“²⁵ Diese Leere der Menschen mit BPS ist als quälende Resonanzlosigkeit sich selbst gegenüber zu verstehen! Sie ist verbunden mit Mangelenerfahrungen an komplexer empathischer Resonanz – häufig aber auch hervorgerufen und geprägt durch überwältigende traumatische Erfahrungen. Im integrativen Ansatz spricht man von „positiver Empathie“, die nur durch Mutualität, also Wechselseitigkeit (z.B. in Eltern-Kind-Beziehungen, Freundschaften) wächst und einen Entwicklungsprozess hervorrufen kann. Diese positive Empathie ist durch affektives Interesse und wechselseitig-affiliärer Zuwendung verbunden, einem „caring“ im Sinne von liebevoller, mitfühlender, einfühlsamer Resonanz.

Fehlt diese Resonanz, kommt es zu höherem Stressniveau und inadäquaten intrapersonalen und interpersonellen Dysregulationen. Die dynamische

Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605.
<https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaets-theorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>

24 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): *Borderline*. Bern. Huber, Hogrefe. S. 39

25 Vgl.: *Petzold, H.G.* (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ – ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*.

http://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2004h-informierte-leib-im-polylog-ein-integratives-leibkonzept-in-der-psychotherapie.pdf, S. 7

Regulationskompetenz und –performanz (Fertigkeit, Können, Durchführung) ist unzureichend ausgeprägt, sodass Menschen in belastenden Beziehungen weniger gedeihen, sie gefährdet sind und auch anderweitig erkranken können.²⁶

Das im integrativen Ansatz begründete Konzept der „komplexen Empathie“ (Petzold-Mathias-Wiedemann 2019a) unterscheidet hierbei zwischen kognitiver Empathie (Verstehen, Verständnis), emotionaler Empathie (Mitgefühl, Mitleid) und somatosensumotorische Empathie im Sinne von Mitschwingen, Mitzittern – und andere Phänomene im Sinne des eigenleiblichen Spürens.

An dieser Stelle sei auch benannt, dass es auch zur Entgleisungen im Sinne einer „dunklen Empathie“ kommen kann: bei sexuellem Missbrauch beispielsweise, Sadismus, in der Pflege z.B. Patientenmisshandlungen.²⁷ Menschen mit einer BPS können beispielsweise Opfer „dunkler Empathie“ geworden sein und hierbei überwältigende traumatische Erfahrungen gesammelt haben.

Drei bedeutende britische Kinderanalytiker haben ebenso zum Verständnis der Entwicklung der Borderline Psychopathologie beigetragen. *D.W. Winnicott*, ursprünglich Kinderarzt, wurde durch seine kreativen Konzepte und Schlüsselvorstellungen als Entwicklungsforscher bekannt. *Winnicott* hatte eher eine „safe place Konzeption“ im Auge. Der Therapeut hat hierbei eine „Holding Funktion“ im Sinne von „haltender Umgebung“. Die Unfähigkeit, mit der Trennung von Bezugspersonen zurechtzukommen, bezeichnete *Winnicott* (1953) als „Übergangsverhaftetsein“. *Bowlby* (Kinderpsychiater mit analytischer Ausbildung) untersuchte in seinen Arbeiten der 70er Jahre die Funktion, Nähe und Zugänglichkeit zu einer Sorgeperson und deren Auswirkungen. Kinder, deren frühe Bindungen unsicher waren, werden zum Beispiel zu Erwachsenen mit ängstlich-ambivalenten Beziehungsmustern. *Bowlby* mit seiner Bindungstheorie nahm an, dass die Verfügbarkeit der Bindungsperson insbesondere in den ersten Lebensjahren wichtig ist, damit das Kind grundsätzlich Sicherheit entwickeln kann (a secure Base). Es ist seiner Ansicht nach jedoch nicht wichtig, dass die Bezugsperson ständig anwesend ist. Vielmehr ist die Qualität der entwickelten Bindung ausschlaggebend. (*John Bowlby, A Secure Base*, 2012)

Fonagy hat insbesondere durch seine Arbeiten ab 1991 bis 1995 die Rolle der Eltern-Kind-Beziehungen detailliert untersucht und herausgestellt, dass desorganisierte und desorientierte Formen unsicheres Bindungsverhalten fördern. Es

26Vgl.: *Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer (= lat. meliorare „verbessern“) Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 03/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-supervision-03-2020.pdf>, S. 7+8

27Vgl.: a.a.O., S. 31, 32

fehlt dem Kind die Fähigkeit, sich stabile und realistische Vorstellungen von sich selbst zu machen. Es entwickelt eine Unfähigkeit, eigene Absichten und Wünsche, aber auch die der anderen angemessen zu begreifen und zu äußern. Diese psychischen Folgen übertragen sich unter Umständen von Generation zu Generation und sind im Erwachsenenalter präsent.²⁸

Eine Besonderheit auf der Verhaltensebene ist das selbstverletzende Verhalten. Untersuchungen (*Clarkin et al. 1983, Gardner und Cowdry 1985, Zisook et al. 1994*) zeigen, dass etwa 75 % der Patienten mit BPS Verhaltensweisen wie z.B. Schneiden (80%), Brandwunden (20%), Bisse zufügen (7%), Kopf anschlagen (15%) und auch Abschürfungen provozieren (24%) aufzeigen.²⁹ Patienten berichten, dass das selbstverletzende Verhalten eine Funktion für sie ausübt: z.B. körperlichen Schmerz spüren, um seelischen Schmerz zu überwinden, oder fühlen, um Gefühlslosigkeit zu überwinden, sich selbst bestrafen, weil man „böse“ ist.³⁰ Manchmal hängen diese Handlungen mit dem Gefühl der Erleichterung zusammen. Die unerträglichen affektiven Zustände lassen sich so besser aushalten. Auch sind es für Menschen mit BPS „geeignete Mittel“, Menschen zu steuern und Macht auszuüben.³¹

Stichproben aus dem Jahre 1994 von *Zisook et al.* zeigen hier die Tendenz, dass sich ein höherer Prozentsatz (in dieser Stichprobe 33%) von Menschen mit BPS mit Selbsttötung beschäftigen und aktuell Pläne hierzu haben. Die Wahrscheinlichkeit suizidalen Verhaltens hängt häufig jedoch nicht mit komorbider Depression zusammen, was verschiedene Forschungsergebnisse aus den Jahren 1994 und 2000 ergeben haben. Allerdings zeigen Untersuchungen aus den USA (*Stone 1990*), dass die Suizidrate bei komorbidem Substanzgebrauch besonders hoch ist: 400 mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (ca. 0,01%). Besonders junge Frauen im Alter von 15-34 Jahren waren hiervon betroffen. Zwar ist die Rate des vollendeten Suizids vergleichsweise niedrig, jedoch können (sie müssen es nicht) versuchte Selbsttötungen die Wahrscheinlichkeit eines späteren Suizids erhöhen.³²

Mary Zanarini und KollegInnen konnten 2012 in einer umfangreichen 10-jährigen Längsschnittstudie aufzeigen, dass es Grund zum Optimismus gibt: sie bereiten dem Mythos ein Ende, dass BPS unheilbar sei und stützen sich hierbei auf die Ergebnisse der *McLean Study of Adult Development*. BPS habe das beste symptomatische Ergebnis aller großen psychiatrischen Erkrankungen.

Folgende wichtige Erkenntnisse liegen dieser bedeutenden Längsschnittstudie von *Zanarini* zugrunde:

28 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): *Borderline*. Bern. Huber, Hogrefe, S. 42

29 a.a.O., S. 48

30 a.a.O., S. 49

31 a.a.O., S. 50

32 ebd.

- Die Rate der psychiatrischen Krankenhauseinweisungen sank innerhalb der Längsschnittstudie von 79 % auf 29 %.
- 78% der Patienten mit BPS erreichten oder behielten nach den stationären Behandlungsmaßnahmen in diesen 10 Jahren eine gute psychosoziale Funktionsfähigkeit.
- Probleme im beruflichen Kontext sind häufig die Ursache für das Nichterreichen einer guten psychosozialen Funktionsfähigkeit. Die berufliche Funktionsfähigkeit ist somit stärker beeinträchtigt.
- 97% erleben eine Remission ihrer BPS und Rezidive sind relativ selten. Die symptomatische Remission (Rückgang, vorübergehendes Nachlassen der Symptome) von 4-10 Jahren ist stabil und rückläufig. Zu 86% sind Symptome nach 10 Jahren bei entsprechender, multimodaler therapeutischer Behandlung remittiert.
- Eine Remission ist unter dem multifaktoriellen Kontext zu betrachten: z.B. spielt das Temperament eine große Rolle und hat Einfluss auf den weiteren Verlauf. Die Studie hat jedoch auch hervorgehoben, dass jüngeres Alter, gute berufliche Leistungen, keine Vorgeschichte von sexuellem Missbrauch und kein Drogenmissbrauch in der Familienanamnese sich tendenziell eher positiv auswirken.
- Ein abgeschlossener Selbstmord ist nach 2 Jahren mit 1,7% und nach 10 Jahren mit einem Wert von 0,3 % in dieser Studie beziffert. So konnte man feststellen, dass 4,1% im Zeitraum dieser Längsschnittstudie einen abgeschlossenen Suizid vollzogen haben. Ein vollständiger Suizid ist somit wesentlich seltener als die ursprünglich erwarteten 10%!

Insgesamt ist das Ergebnis dieser Studie vielversprechend für die Behandlung von BPS. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Prognose für die meisten – aber nicht für alle Menschen mit BPS - besser ist als bisher angenommen!³³

Die Anwendung des Diagnoseinstruments ist sorgfältig einzusetzen. Häufig treten mit Beginn der Pubertät entsprechende Symptome auf. Nach aktuellem Stand der klinischen Forschung sollte die Diagnose jedoch erst nach dem 16. Lebensjahr gestellt werden - es sei denn, dass Symptome mindestens ein Jahr andauern und eine eingehende Diagnostik von einem Kinder- und Jugendpsychiater durchgeführt wurde.³⁴ Leitlinien zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen weisen darauf hin, dass die Diagnose Borderline-Störung schon ab 15 Jahren reliabel und sichergestellt werden kann. Mittlerweise gibt es entsprechende Literatur und Ratgeber für Jugendliche und deren Angehörige.³⁵

33 Vgl.: *Zanarini, M.* (2018): In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder. Oxford; New York: Oxford University Press

34 <http://www.borderlinetriolog.de>

35 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 13

Es gilt als gesichert, dass die Borderline-Störung in der frühen Adoleszenz beginnt. Ca. 6% der 15-jährigen Mädchen fügen sich regelhaft Selbstverletzungen zu und ca. 8% haben mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Es zeigt sich eine Prävalenz von 20% an Borderline-Störungen in einer klinischen Population von Kindern und Jugendlichen. 5-11% gelten als Normalpopulation. Die Maximierung des dysfunktionalen Verhaltens und Erlebens wird mit Mitte 20 beziffert und flaut danach langsam ab.³⁶

Gunderson warnt vor einem Missbrauch der Diagnose Borderline Persönlichkeitsstörung. *Gunderson* und *Links* sprechen in ihrer Veröffentlichung 2014 von einer kollektiven Gegenübertragung der Ärzte und Therapeuten: „sie mögen Patienten mit BPS einfach nicht“, so deren – etwas überspitzte - Aussage. Wenn dem so wäre, könnte man von einem „kollektiven Vorurteil“ diesen Patienten gegenüber sprechen, denen wir in psychiatrischen, aber auch in psychosozialen Feldern begegnen. Die Diagnose wird allzu häufig gebraucht und muss abgegrenzt werden vor Phänomenen unreifer Abwehrmechanismen oder „primitiven Persönlichkeiten“. Er postuliert bereits 2005, dass die Diagnose häufig „missbraucht“ wird, um Kosten zu rechtfertigen und es bequemer ist, einer unangemessen wütenden Frau die Diagnose zuzuschreiben, statt sich ihrer zu widmen und differenzialdiagnostisch mit ihr zu arbeiten.³⁷

1.1.4. Differenzialdiagnose und Komorbidität

Viele Borderlinepatienten leiden unter einer Vielzahl an manifesten und unterschweligen psychischen Störungen wie z.B. die chronische Dysthymie, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen, Drogen und Alkoholmissbrauch, ADHS, Angsterkrankungen, Schlafstörungen und – häufig auch im höheren Alter – somatoforme Störungen und somatische Erkrankungen. Wenn eine psychische Störung so ausgeprägt ist, dass es die emotionale Lernfähigkeit und die neuronale Plastizität stark behindert, sollte die störende Komorbidität vorrangig behandelt werden. Mittlerweise gibt es jedoch DBT Programme für komplexe PTBS, die mit hohen Effektstärken nachgewiesen worden sind (*Bohus et.al., 2013 + 2018*).³⁸

Es wird geschätzt, dass zwischen 50 und 70% zusätzlich zur BPS an Depression und Dysthymia leiden. Diese Studien u.a. von *Gunderson et Sabo 1991 bis 1999* zeigen auf, dass Phänomene wie Leere, primitive Schuldgefühle und negative, entwertende Einstellungen bei BPS vorliegen. Die Depressionen bestimmen häufig das emotionale Erleben des Patienten. Weitere Forschungen der 90-iger Jahre belegen, dass der Anteil einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei 30% liegt und dass zur BPS eine Narzisstische oder Antisoziale Persönlichkeitsstörung bei 25% der Betroffenen festgestellt wurde. Der Anteil des zusätzlichen Substanzmissbrauchs

36 a.a.O., S. 12

37 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 45

38 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 50

wird mit 35% beziffert.³⁹ Es gibt jedoch sich überschneidende Merkmale wie z.B. Impulsivität, affektive Instabilität, unangemessene Wut, wiederholte Suizidalität und instabile Beziehungen bei der Bipolaren Störung und der Borderline Persönlichkeitsstörung, sodass hier erschwert eine eindeutige Abgrenzung vollzogen werden kann. Man hat jedoch festgestellt, dass Patienten mit einer bipolaren Störung eher auf die medikamentöse Therapie mit Lithium ansprechen (*Links et al. 1990*). Im Verhaltensaspekt gibt es weitere Unterschiede: Menschen mit einer bipolaren Störung zeigen sich im stationären Setting weniger feindlich gegenüber ihren Mitmenschen und dem Klinikpersonal und sind eher bereit, die Realität zu ignorieren und bei Konfrontation die emotionale Bedeutung wahrzunehmen.⁴⁰

Essstörungen sind eine der häufigsten Beschwerden bei Menschen mit BPS. Häufig ist es die Bulimie, da dies ein impulsives Verhalten darstellt und hierdurch Wut ausagiert werden kann. Das Selbstbild ist verzerrt, das Äußere wird negativ bewertet. Im Rahmen der Anorexie wird das Essen als „schlecht“ bewertet und mit Unkontrolliertheit und Aggressivität verbunden. Adipositas tritt häufig in Verbindung mit sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte auf und – das darf nicht außer Acht gelassen werden – in Form einer sekundären Adipositas aufgrund vielfältiger Medikation.⁴¹

Alkohol ist bei Patienten mit Borderlineerkrankung die am häufigsten missbrauchte Substanz. Häufig neigen sie zu episodischem und impulsivem Missbrauch. Der Substanzmissbrauch – sei es Alkohol oder eine andere Droge - ist sozusagen ein Sekundärsymptom, da die Einnahme dazu dient, z.B. dysphorische Gefühlszustände abzuwehren und zur Ruhe zu kommen (im Sinne der Selbstmedikation) oder auch, um im Rausch die Selbstakzeptanz oder Akzeptanz bei anderen vermeintlich positiver zu besetzen.⁴²

Es bedarf heutzutage Behandlungsmodule für die BPS, welche die Behandlung von komorbiden Störungen – insbesondere die des Substanzmissbrauchs – nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aufgreift und der besonderen Bedürfnislage anpasst!

Die Grenzen zwischen der BPS und den „benachbarten Störungen“ sind häufig fließend. Es ist entscheidend, was bei entsprechender Überschneidung vorrangig ist und welche Therapieform für den Patienten von Nutzen ist. Wird jedoch eine bestehende Borderline Persönlichkeitsstörung übersehen, entwickelt sich möglicherweise eine „therapeutische Sackgasse“ und/oder es kommt zur allgemeinen Verschlechterung des Beschwerdebildes.⁴³

39 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): *Borderline*. Bern. Huber, Hogrefe. S. 63

40 a.a.O. S. 67

41 a.a.O. S. 72

42 a.a.O., S. 72

43 a.a.O., S. 81

1.2. Das Störungsmodell

Zur Entstehung der Borderline Persönlichkeitsstörung zählen Risikofaktoren wie z.B. frühe Erfahrung von sexueller Gewalt, körperliche Gewalt, Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen sowie Gewalterfahrung im Erwachsenenalter. Es ist empirisch gesichert, dass auch das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit gewährt, von Bedeutung ist. Man spricht von einer traumatisch erlebten Invalidierung (vom lat. für „Ungültigkeit“ oder „Entwertung“⁴⁴), wenn Beziehungserwartungen unerwidert bleiben.⁴⁵ Lange, anhaltende enttäuschende Erfahrungen, dass die eigenen Emotionen nicht für relevant erachtet werden, hinterlassen Spuren in der Entwicklung und führen zu Störung in der sozialen Kooperation, Störungen der Affektregulation, Störung der Identität und erweisen sich als dysfunktionales Verhalten. Die Leeregefühle bei der BPS sind Ergebnisse einer „emotionalen Verkümmern“ aufgrund von mangelhaften Binnenreizen.⁴⁶ Unterbleibt die Dauerstimulation, können Personen auf „*bad trips*“ geraten: d.h. es kommt zu Leitsymptomen wie Leere, Fragmentierung und Auflösungsgefühlen. Es sind häufig die sogenannten „*frühen Störungen*“, die u.a. zu Psychosen und Borderlinestörungen führen können und deren Ursache möglicherweise in einer Dialogstruktur, beziehungsweise in der „*Entgleisung der Kommunikationsstruktur*“ der frühen Eltern-Kind-Dyade, zu finden ist.⁴⁷ Diese Defizite sind bis dato jedoch nicht durch Longitudinalstudien und durch beispielsweise videogestützte Beobachtungen überprüfbar und somit kein Beleg für die Entstehung von BPS. Emotionen sind in Beziehungsstrukturen eingebettet. Selbst basale Emotionen wie Wut und Ärger benötigen einen Resonanzboden und ein Gegenüber, also eine Person, dem die Emotionen „gezeigt“ werden dürfen. Emotionale Erfahrungen wollen häufig auch mitgeteilt werden und können dazu dienen, intensive soziale Kontakte zu suchen, um beispielsweise die Emotionen sozial abzugleichen und Emotionen miteinander zu teilen. Der Mensch hat häufig ein Bedürfnis, sich mitzuteilen, je intensiver die emotionalen Erfahrungen empfunden werden. Wird dies als nicht ausreichend empfunden, können Frustrationsgefühle eintreten und in der Konsequenz wiederholt sich in frustriert erlebten Teilen diese Erfahrung und es könnte sich ein defizitäres Selbstkonzept entwickeln: man ist anders als alle anderen, man gehört nicht dazu, man kann sich nicht auf andere verlassen. Diese Selbstkonzepte bilden die Basis für die typischen Borderline Phänomene wie hohe Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, mangelhaftes Vertrauen, Scham und Selbsthass und im Gegenzug hierzu das intensive Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Nähe und Anerkennung. Im Kern

44 <https://de.wikipedia.org> Invalidierung

45 Vgl.: Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019, S. 15

46 Vgl.: Krause, R. (1995): Psychodynamik der Emotionsstörungen – eine psychoanalytische Perspektive. In: Petzold, H. G.: Die Wiederentdeckung des Gefühls. Paderborn. Junfermann. 1995. S. 322

47 a.a.O., S. 288

ist es das tiefgreifende Selbstverständnis *anders zu sein* - das Gefühl der „Alienation“ das bei Menschen mit einer Borderlinestörung zu einem hohen Anteil vorhanden ist. Viele Borderline-Patienten haben zu einem Teil ausgeprägten sexuellen und körperlichen Missbrauch in der Kindheit erlebt. Sie können unter Umständen an starken Symptomen einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden. Besonders dieser Personenkreis leidet darunter, anders zu sein und nirgends dazugehören und gleichzeitig ist es das „Verbot“ oder die Unmöglichkeit, darüber zu sprechen und sich auszutauschen, das belastet und eine traumatische Invalidierung hervorruft.⁴⁸ Schuldgefühle können nicht verbalisiert werden und das Schweigen darüber wird häufig als zweite, zusätzliche soziale traumatische Erfahrung verbucht. Sie wird nicht selten als schwerwiegender erlebt, als das Trauma selbst.⁴⁹ In der Gesamtbetrachtung ist vor allem auch das Konzept der Salutogenese zu berücksichtigen. Es ist ein Gegenkonzept der Pathogenese und ein von *Aaron Antonovsky* geprägter Begriff. Es gehört zum Standard einer „modernen psychiatrischen Behandlung“ - wenn man so will auch zur psychosozialen Begleitung z.B. im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens. Das Konzept besagt, dass nicht nur krankmachende (pathogene Faktoren) sondern auch gesundheitsfördernde (salutogene) Faktoren für die Entstehung von Krankheit oder Gesundheit eine Rolle spielen. Somit sind Pathogenese und Salutogenese nicht voneinander zu trennen, sie sind miteinander verwoben.⁵⁰ Es sind die protektiven Faktoren, die Resilienz fördern. Damit ist die psychologische und psychophysiologische Widerstandsfähigkeit gemeint. Diese Fähigkeit befähigt Menschen, psychologische und psychophysische Belastungen (Stress, Hyperstress, „stressful life events“) zu meistern – und, das darf nicht außer Acht gelassen werden, unbeschädigt auszuhalten. Resilienzen können auch durch submaximal bewältigte Belastungssituationen weiter ausgebildet werden und bilden sozusagen eine Art „psychische Immunität“ gegenüber erneuten, vielleicht ähnlich gelagerten Belastungen und/oder kritischen Lebenssituationen. Sie erhöhen somit die Selbstregulationsfähigkeit, die Bewältigungskompetenz und Perfomanz.⁵¹ Jeder Mensch – auch der Mensch mit BPS – hat die Fähigkeit, Resilienz zu entwickeln. Man möge sich nur vorstellen wie es wäre, wenn Menschen mit erlittenen Traumata nicht in irgendeiner Art und Weise eine Widerstandsfähigkeit entwickelt hätten. Protektive Faktoren untermauern diesen „Resilienz cycle“. Es können sich Coping- und/oder Creating-Muster herausbilden - übrigens eine Entwicklungsaufgabe, die auch im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens von Relevanz ist und durch die professionelle Beziehungsgestaltung im Sinne eines protektiven Faktors durchaus gefördert werden kann. Wesentliche Schutz- und

48 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019, S. 16

49 a.a.O., S. 17

50 Vgl.: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.*: Grundbegriffe der integrativen Therapie. Wien. Facultas Universitätsverlag. 2021, S. 120

51 *Petzold, H.G.* (2007r): Trost/Trostarbeit und Trauer/Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte – Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen.

POLYLOGE (2007r/update 2010), https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2007r-trost_trostarbeit_modelle-polyloge-19-2010.pdf, S. 6

Resilienzfaktoren sind soziale Netzwerke von guter Qualität und Relationalität mit funktionalen und konstruktiven Lebensstilen. Sie sind von immanenter Bedeutung – „der Mensch fährt nicht allein auf der Lebensstrecke, sondern mit einem „Weggeleit“ - im integrativen Ansatz „Konvoi“ genannt. Ist das soziale Netzwerk stabil, supportiv und ressourcenreich, können „stressful live events“ abgepuffert werden. Psychosoziale Hilfeleistung (z.B. Ambulant Betreutes Wohnen) kann hierbei durchaus Teil dieses Konvois werden. Seine Helfer werden dann zu „Mitgliedern auf Zeit“ und können gerade für Menschen mit einer BPS eine enorme Stütze darstellen.

52

1.2.1. Biopsychosoziales Entstehungsmodell

Das biopsychosoziale Modell ist ein Erklärungskonzept zur Genese der BPS und versucht die empirischen Befunde und Widersprüchlichkeiten zu integrieren. Eine sehr hohe Zahl von Menschen mit BPS berichten über emotionale Vernachlässigung in ihrer Kindheit. Aber nicht alle Vernachlässigten bilden eine BPS aus!

Es gibt jedoch noch einen weiteren interessanten Aspekt: den der hohen emotionalen Sensibilität. Einige Eltern von Borderline-Patienten berichten, dass die hohe Sensibilität bereits im Kindesalter aufgetreten sei. Kinder mit hoher emotionaler Sensibilität haben ein genuin „angeborenes“ starkes Bedürfnis nach emotionalem Austausch (*emotional sharing*). Diese *Hypersensibilität* hat zur Folge, dass eine hohe Erwartungshaltung und anderes Erleben die Dynamik prägt und es dann in der Folge eventuell zu Störungen kommt. Traumatisch erlebte Invalidierung und dysfunktionale Bewältigungsstrategien können in der Folge eine Störung der Emotionsregulation hervorrufen.⁵³ Generalisierende negative kognitiv-emotionale Grundannahmen können sich im Erleben verankern und steuern gemeinsam mit der neurobiologisch verankerten affektiven Hypersensibilität die zentralen Phänomene der Borderline-Pathologie: Emotionale Dysregulation, Störungen der Identität und Störungen der zwischenmenschlichen Kooperation. Die in der Folge entstehenden maladaptiven Verhaltensmuster werden häufig zur kurzfristigen Entlastung (z.B. Anspannungsreduktion) oder zur internen Konsistenzsicherung (Sicherung von Lob oder Kooperation) eingesetzt. Dies kann in der Folge negatives Feedback des sozialen Umfeldes hervorrufen und führt eventuell zur Aggravierung (Verschlechterung und Verschlimmerung) der Symptome.⁵⁴

52 Vgl.: a.a.O., S. 7

53 Vgl.: Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019, S. 16

54 a.a.O., S. 17

1.3. Neuropsychologische Mechanismen

Längst ist es unbestritten, dass Gehirn und Psyche eng miteinander verknüpft sind. Eine Trennung ist obsolet. Forscher aus dem neurowissenschaftlichen Bereich fragten sich Ende der 80-iger Jahre auch, ob die Borderline Persönlichkeitsstörung eine Hirnkrankheit ist oder nicht. Herabgesetzte intersynaptische Serotoninspiegel wurden beispielsweise bei Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt (Coccaro et al. 1989). Es ist wichtig, diese psychische Erkrankung in ihrer Ganzheitlichkeit unter den psychosozialen Komponenten und den genetischen oder neurobiologischen Entstehungsmechanismen zu sehen⁵⁵ Die Umwelt beeinflusst die genetische Expression. Aber auch Psychotherapien und Medikationen! (*Kandel 1998*)

Extreme Angst löst beispielsweise ein Spektrum neuronaler Aktivität aus, die weitgehend in der Amygdala zu lokalisieren ist. Im frontalen Kortex entstehen Gedankenkreisen und Sorgen und Panikattacken betreffen das limbische System des Gehirns.⁵⁶ In den 90-iger Jahren vermutete man, dass früher sexueller Missbrauch oder andere Traumatisierungen zu neuropsychologischen Komplikationen insbesondere bei der Verarbeitung von Informationen und den Gedächtnisleistungen führen (*Post 1992; Teicher et al. 1994*). Es war unklar, ob Gedächtnisprobleme bei den Menschen aufgrund einer besonderen Vulnerabilität für intensive, unangemessene emotionale Reaktionen zu bewerten sind (*O'Leary und Cowdry 1994*). Die Studie von *Bohus et.al 1999* brachte neue Erkenntnisse hervor, da sie darauf abzielte, die Selbstwahrnehmung der Betroffenen zu verbessern und die passenden Strategien zur Selbstberuhigung einzusetzen.

1.3.1. Emotionsdysregulation und Psychopathologie

Eine Vielzahl von psychischen Störungen beinhalten Symptome einer maladaptiven Emotionsdysregulation.

Was bedeutet jedoch eine adäquate Emotionsregulation?

Im Folgenden wird ein Erklärungsansatz aus der psychophysiologischen Richtung (Forschung der Beziehungen zwischen psychischen Vorgängen und den zugrundeliegenden körperlichen Funktionen) vorgestellt. Ich beziehe mich hierbei auf einen Aufsatz von *Prof. Dr. Sven Barnow*, der sich in seinen Forschungen mit den Themen Emotionsregulation und wie Emotionsregulationsprozesse Psychopathologie bzw. auch Wohlbefinden und „Gesundheit“ beeinflussen können.⁵⁷

Der Begriff Emotionsregulation meint die Initiation von neuen oder die Änderung bereits bestehender Emotionen. Aber auch die Akzentuierung, Verringerung,

⁵⁵ Vgl.: *Gunderson, J. (2005): Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 314*

⁵⁶ a.a.O.

⁵⁷ <https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/person/sven-barnow>

Unterdrückung oder Aufrechterhaltung emotionaler Reaktionen (*Koole 2009, Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010*).

Dysfunktionale ER-Strategien sind dadurch gekennzeichnet, dass ungewollte emotionale Zustände nicht beendet werden können und diese langfristig einer Zielerreichung und Bedürfnisbefriedigung entgegenwirken. Dies wiederum hat zur Folge, dass damit die Entstehung psychischer Störungen begünstigt werden kann. (*Campbell-Sills & Barlow, 2007*). Es gibt antizipatorische (z.B. Reappraisal) also eine Neubewertung der Stresssituation und reaktive ER-Strategien (Suppression – Unterdrückung/Verhaltenshemmung).⁵⁸ Neurowissenschaftliche Studien beschreiben einen komplexen neuronalen Schaltkreis über den ER-Prozesse gesteuert werden. Hierzu gehören verschiedene Regionen des präfrontalen Kortex (PFC) und des anterioren cingulären Kortex (ACC). Diese modulieren die neuronalen Prozesse in andere, emotionsverarbeitende Hirnregionen wie den orbitofrontalen Kortex (OFC) oder dem erweiterten Amygdala-Hippocampus-Komplex, oder dem ventralen Striatum (*Ochsner & Gross, 2005; Goldin, McRae, Ramel & Gross, 2008; Goldin, Manber, Hakimi, Canli & Gross, 2009; Kalisch, 2009; Lang & Bradley, 2009*).

Insbesondere der linke PFC hat eine besondere Bedeutung für die Hemmung emotionaler Reaktionen in der Amygdala (*u.a. Davidson, Putnam & Larson, 2000*). Studien wurden unter Verwendung von bildgebenden Verfahren durchgeführt. Beispielsweise wurden Probanden aufgefordert, ihre Emotionen (nach Anschauen von negativen Bildern) zu reduzieren. Es konnte nachgewiesen werden, dass assoziierte (negative) Emotionen mit dem Ausmaß der Aktivierung im PFC korrelierte. Bei Reappraisal wurde gleichzeitig auch ein Zusammenhang zwischen der Aktivität im PFC und der Aktivität von Amygdala und OFC festgestellt. Das heißt, dass während der Neubewertung von negativen Szenen speziell frontale Hirnregionen die Aktivität im OFC und in der Amygdala herunterregulieren.⁵⁹ Die Forschungsergebnisse differenzieren das Verständnis der Genese psychischer Störungen. Sie rücken speziell die Interaktion kognitiver und emotionaler Prozesse stärker in den Blick. Man weiß inzwischen, dass Angst und Depression häufig mit einer Überregulierung positiver Emotionen und einer Unterregulierung negativer Emotionen einhergehen (*Mullin & Hinshaw, 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky 2008; Kashdan & Breen, 2008*). Das heißt für die betroffenen Menschen konkret, dass positive Emotionen und Aktivitäten kaum noch erlebbar sind. Es kommt zu einem Verlust der positiven Verstärkerbedingungen. Externalisierende Störungen hingegen – hierzu gehören auch Substanzstörungen, oder ADHS – gehen einher mit einer Unterregulierung der negativen Emotionen was zur Folge hat, dass es zu einem gehäuften, intensiven Auftreten der Emotionen kommt. Soziale Probleme sind hierbei vorprogrammiert.⁶⁰ In Bezug auf Alkohol entstehen durch den pharmakologischen Stoff Ethylalkohol verschiedene Effekte auf das körperliche

58 Vgl.: *Barnow, S. (2012): Emotionsregulation und Psychopathologie. In: Psychologische Rundschau, 63 (2). Göttingen. S. 112*

59 a.a.O., S. 115

60 a.a.O., S. 118

System und auch auf die Hirnsysteme. Das emotionale Erleben, die Kognitionen und die Emotionsregulation werden hierdurch beeinflusst. Es kommt zur Modulation der Emotionen durch die Substanz wie zum Beispiel Enthemmung, Entspannung. Somit kann man konstatieren, dass der Substanzkonsum eine Art ER-Strategie darstellt.⁶¹ Bei den internalisierenden Störungen wie Depression und Angst haben Personen Probleme, negative Emotionen funktional zu regulieren. Häufig kommt es schon früh (auch schon in der Kindheit) zu Dysregulation von Emotionen. Angstpatienten gehen häufig in die Vermeidung von angstbesetzten Situationen und wenden diese als Emotionsregulationsstrategie an, damit negative Emotionen gar nicht erst auftreten. Die fehlende Auseinandersetzung mit den negativen Emotionen und deren Handhabung verhindert letztendlich, dass Angst adäquat reguliert wird. Das Vermeidungsverhalten entwickelt sich zur pathologischen Angst und wird aufrechterhalten, wird chronisch.⁶² Bei Menschen mit einer BPS besteht häufig eine Tendenz zu Unterfunktionen im PFC. 2014 wurden Gehirnschans ausgewertet bei der verschiedene Tests zur Impulskontrolle durchgeführt wurden. Die orbitofrontalen (OFC), dorsomedialen und dorsolateralen Bereiche des PFC sind hiervon besonders betroffen. Auch zeigen die Auswertungen der Metaanalyse, dass die Gedächtnisfunktionen im Hippocampus und die Gefühlsreaktionen in der Amygdala durch chronifizierten Stress und der damit verbundenen hohen Kortisolausschüttung das frontolimbische Netzwerk beeinflussen. Hierdurch können Hippocampus und Amygdala beschädigen werden und somit kann es zu Fehlfunktionen des frontolimbischen Netzwerkes (PFC, Hippocampus und Amygdala) kommen. Allerdings ist der genetische Faktor nicht außer Acht zu lassen. Die besagte Metaanalyse von 2014 gelangte zur Einschätzung, dass BPS zu 40% erblich sei.⁶³ Ob diese Zahl empirisch gesichert werden konnte, ist nicht eindeutig und hat aufgrund geringer Fallzahlen keine empirisch gesicherte Aussagekraft. Sicherlich gibt es eine Disposition in Form einer erhöhten Sensibilität, die genetisch bedingt ist oder die auch durch externale Belastungen zu Fehlfunktionen führen können!

An dieser Stelle sei auch angemerkt, dass es unterschiedliche Forschungslinien und bei der Erforschung der BPS immer wieder neue Entwicklungen und Erkenntnisse gibt. Gerade in der Behandlung von Menschen mit BPS – und somit durch umfangreiche Validierung, forschungsgestützten Behandlungsergebnissen wurde eines deutlich: die Behandlung und Weiterentwicklung von Menschen mit BPS ist einem Prozess unterworfen, der wesentlich durch multimodale Behandlungskonzepte positiv beeinflusst werden kann, wie *J.G. Gunderson und P. Links* (2014) in ihrem Konzept des Integrativen Behandlungsmodells (IBM – Good Psychiatric Management) formulierten. Zu diesem Konzept wird an anderer Stelle nochmals genauer eingegangen werden.

61 a.a.O., S. 120

62 a.a.O.

63 <https://de.wikipedia.org/wiki/Borderline-Persönlichkeitsstörung>

1.3.2. Emotionsdysregulation und deren Behandlung

Viele Reaktionen bei Personen mit BPS sind letztendlich Anpassungsleistungen. Darunter zählen auch Wut, Rückzug oder auch selbstschädigendes Verhalten, da letztendlich hierdurch bestimmte Reaktionen (Verstärker) hervorgerufen werden. Das Sprechen über Gefühle löst eher negative Reaktionen hervor. Aus diesem Grunde handeln Menschen mit einer BPS eher, denn die Handlungen rufen verstärkende Reaktionen wie z.B. Zuwendung hervor und mildern kurzfristig negative Emotionen.⁶⁴ Psychodynamisch gesehen ist es wichtig, dass ein Kurswechsel hervorgerufen wird. Es ist wichtig zu vermitteln, dass die Verhaltensmuster in der momentanen Lebensphase nicht sinnvoll sind. Ein Rückmeldung über das, wie das Verhalten sich äußert und was es mit dem Gegenüber macht, ist wichtig und ein wichtiges Instrument zur Verhaltensänderung. Viele Verhaltensweisen erreichen genau das Gegenteil, wozu sie ursprünglich eingesetzt werden: statt Liebe und Zuwendung, Entfremdung und emotionale Distanz. Es ist die Kunst im Umgang mit BPS, der Person mit Wertschätzung zu begegnen, aber auch dysfunktionale Verhaltensmuster nicht positiv zu bestärken. Es geht darum, das maladaptive Verhalten zu schwächen – also nicht zu „löschen“, da dies neurobiologisch unmöglich ist. Es geht um Schwächung der dysfunktionalen Verhaltensmuster und in der Interaktion weniger Aufmerksamkeit auf negative und unangepasste Verhaltensweisen zu richten. Selbstschädigungen und Krisen sollten niemals ignoriert werden; jedoch sollte nicht überreagiert werden, da sich durch diese Dynamik Machtgefühle und sadistische „Kontrollbedürfnisse“ im Sinne von Manipulation bei den Betroffenen entwickeln und sie sogar als Instrument eingesetzt werden können, um Zuneigung zu gewinnen. Die Reaktionen der Therapeuten und auch anderer sind entscheidend, wie der weitere Prozess verläuft. Häufig steigert sich auch das unerwünschte Verhalten, bevor es dann abnimmt. Sie sind häufig wie ein Test und es erweist sich als sehr wirkungsvoll, wenn man den „Test“ besteht und diese Phase gemeinsam durchsteht.⁶⁵

Dies ist eine Möglichkeit der Interaktion mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Selbstverständlich sind diese geschilderten Ausprägungen in der Interaktion nicht generalisierend zu verstehen und können – je nach Qualität des Affiliationsverhältnisses sowie weiterer protektiver Faktoren – variieren.

Im Jahre 2005 veröffentlichte *J.G. Gunderson* das Buch: *Borderline - Diagnostik, Therapie, Forschung*.

In diesem Buch werden Einflussfaktoren beschrieben, die im therapeutischen Setting und in der Behandlung von Menschen mit BPS wichtig sind.

5 wichtige Funktionen sind hierbei hilfreich, um einen Prozess positiv zu beeinflussen:

64 Vgl.: *Gunderson, J. (2005). Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 186*
65 a.a.O., S. 188

- Begrenzung (Containment), im Sinne von „haltender Umwelt“ (*Winnicott 1965*), damit das Wohlbefinden und die Sicherheit gesteigert wird⁶⁶
- Unterstützung durch Zustimmung (Validierung), Lob oder Bestätigung oder Hilfe in alltagspraktischen Lebenslagen⁶⁷
- Struktur, damit die Umgebung berechenbarer wird und die Person sich besser organisieren kann, Ziele definiert werden, Regeln und Konsequenzen thematisiert werden. Die Struktur ist von großer Bedeutung. Fehlt sie, können sich Regressions- und Projektionsprozesse entwickeln und verfestigen.⁶⁸
- Engagement für die Person motiviert den Menschen mit BPS dazu, mehr auf den anderen zu achten und mit ihm zu interagieren. Sie haben ein Gespür dafür, ob sie abgewertet werden oder wertgeschätzt. Viele Menschen mit BPS fürchten das Alleinsein und „hungern nach innerer Beteiligung“.⁶⁹ Sie wollen „gesehen“ werden und haben gleichzeitig Angst vor zu viel Nähe in der Beziehungsgestaltung.
- Validierung (Zustimmung) dient dazu, sie zu ermutigen, sich auf Neues einzulassen, einfühlsam ihre Schmerzen und ihr z. T. frühes „Unglück“ zu erkennen und sie dabei zu unterstützen, ein differenzierteres Selbstbild und eine Identität im Blick auf den multifaktoriellen Kontext nebst protektiver Faktoren zu entwickeln.
- Wichtig ist hierbei stets (und das zeigen neuere Forschungsergebnisse) zu vermitteln, dass das ganze Geschehen multifaktoriell zu bewerten ist und sich durchaus Resilienzen ausbilden können.
- In der Psychoedukation sollte beispielsweise schon früh vermittelt werden, dass die heute sichtbaren dysfunktionalen Muster, denen neuronale Bahnungen zugrunde liegen, durch neues Verhalten eingeübt und verändert werden können. Dieser Vorgang braucht jedoch Zeit.

Erwartete Verhaltensänderungen treten in Etappen und erst nach Wochen oder Monaten ein. Die voraussichtlich benötigte Zeit für Veränderungen im zwischenmenschlichen Umgangsstil (z.B. Mustererkennung, Konfrontation) tritt nach 6-18 Monaten ein. Eine Verbesserung der intrapsychischen Organisation (z.B. korrektive und reale Beziehungen) ab ca. 2 Jahren, so *Gunderson 2005*. Das sind m.E. hilfreiche Perspektiven, die allerdings im Einzelfall variieren können. Sie können helfen, um dem professionellen beziehungsgestaltenden und Lebenssituation regulierenden Prozessen Raum und Zeit zu geben und sie können dazu beitragen, sich als Betreuerin/Therapeutin nicht selbst unter Druck zu setzen.

1.4. DBT Programm

66 a.a.O., S. 89

67 a.a.O., S. 90

68 a.a.O., S. 92

69 a.a.O., S. 93

Die Dialektische Verhaltenstherapie subsumiert (gliedert ein) kognitiv-behaviorale Strategien und wurde von *Linehan* 1987 entwickelt. Es ist in Deutschland das am besten erforschte Behandlungskonzept in der Behandlung von BPS und auch das am weitesten verbreitete. Ein Leitprinzip der DBT lautet: „*Balance acceptance and change!*“⁷⁰ *Linehan* wählte bewusst den Begriff der Dialektik in Anlehnung an *Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831)*, einem deutschen Philosophen, der durch *Kant, Descarts* u. a. beeinflusst worden ist. Dialektik meint hier, durch Aufdeckung von Widersprüchlichkeiten zu Erkenntnissen zu gelangen. Es ist der Vorgang des Widerspruchs, der überwunden werden muss. Die positiven und wertvollen Elemente sollen erhalten bleiben und die negativen „entfallen“⁷¹ Das „Entfallen“ oder gar eine „Löschung“ geht jedoch aufgrund der schon erwähnten neurobiologischen Vorgänge nicht. Sie können nur geschwächt werden, damit sie im Verhalten nicht mehr relevant werden und weniger zum Tragen kommen.

Es ist das dichotome Denken (das „Alles-Oder-Nichts Denken“)⁷² bei vielen Menschen mit BPS, das häufig zu Problemen im sozialen Bereich führt. *Beck und Freeman* haben sich 1990 mit den verzerrten Kognitionen der Borderline-Patienten befasst und dabei festgestellt, dass die extreme (d.h. dichotome) Einschätzung von Situationen zu extremen emotionalen Reaktionen und Handlungen führt und von plötzlichen Umschlägen in die gegenteilige Sicht begleitet sind.⁷³

Hier setzt die Dialektisch Behaviorale Therapie an. Die „Skills“ oder Fertigkeiten sind hierbei zentrale Elemente der Therapie. Es geht darum, dysfunktionale automatisierte Muster zu erkennen, zu benennen und durch funktionale mentale und verhaltensbasierte Muster zu ersetzen/ergänzen, wodurch bestehende dysfunktionale Bahnungen geschwächt werden. Die Patienten sollen die Gültigkeit ihrer dysfunktionalen Muster infrage stellen und „entaktualisieren“. Retrospektive Verhaltensanalysen helfen, die Denkmuster zu erkennen.⁷⁴ Nach *Beck und Freemann* (1990) gibt es 3 Grundannahmen von Menschen mit BPS, welches Kognition und Emotion prägen:

- Die Welt ist gefährlich und bösartig
- Ich bin machtlos und verletzbar
- Ich bin von vornherein unakzeptierbar⁷⁵

Diese Denkmuster sind häufig mit starken aversiven Emotionen verknüpft, sodass die Patienten lernen müssen, die Muster zu identifizieren und auch durch korrektive Erfahrungen zu relativieren. Die Menschen sind mit Emotionen konfrontiert, welche vielleicht manchmal aus frühkindlichen Erfahrungen resultieren. Gefühle wie Vernachlässigung, Enttäuschung, Angst, verlassen zu werden ohne dass hilfreiche,

70 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 21

71 http://wikipedia.org/wiki/Dialektische_Aufhebung

72 http://wikipedia.org/wiki/Kognitive_Verzerrung

73 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Bern. Huber, Hogrefe. S. 200

74 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019, S. 22, 23

75 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Bern. Huber, Hogrefe. S. 200

entlastende protektive Erfahrungen gemacht werden konnten, können in interpersonellen Prozessen wieder aktualisiert werden.

Im Rahmen des DBT Programms lernen die Patienten, eine höhere Toleranz gegenüber diesen Gefühlen zu entwickeln. Sie sollen befähigt werden, zu einer tiefgreifenden Verbesserung ihres emotionalen Erlebens, des Selbstkonzepts und der sozialen Teilhabe.⁷⁶ Dialektische Strategien des Therapeuten fördern bei Patienten das Bewusstsein der Spannungen, die mit widersprüchlichen Emotionen, gegensätzlichen Denkmustern, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen einhergehen.

Insbesondere der intrapsychische Bereich als auch der soziale Kontext stehen hierbei im Fokus der therapeutischen Interventionen. Es werden Metaphern verwendet und die Methode der Umdeutung (reframing) spielt eine große Rolle im therapeutischen Prozess.

Zentrale Punkte im therapeutischen Prozess sind:

- Die Balance zwischen Veränderungs- und Akzeptanz-Strategien
 - Balance zwischen stützenden Strategien und Forderungen an den Patienten, sich selbst zu helfen
 - Balance zwischen Beharrlichkeit und Flexibilität
 - Der professionelle Helfer deklariert die Interpretation von Ereignissen als relativ und entaktualisiert sie
- Er gibt Rückmeldung, dass die Annahme des Menschen mit BPS über die Unveränderbarkeit und Dauerhaftigkeit von Problemen seinerseits in Frage gestellt wird.⁷⁷
- Psychoedukativ sollte darüber informiert werden, dass das Gehirn über eine hohe plastische Anpassungs- und Neuorganisationsfähigkeit verfügt (Neuroplastizität) – sogar bis in das hohe Senium! Funktionale Emotionsregulation kann also erlernt werden und ist auch im hohen Alter noch möglich – eine Erkenntnis, die meines Erachtens nach in der prozessualen und professionellen Begleitung von Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern (darunter selbstverständlich auch BPS) weitervermittelt und in der beispielsweise psychosozialen Begleitung (z.B. in Form des ABW) berücksichtigt werden sollte.⁷⁸

76 Vgl.: Bohus, M. (2002): Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019, S. 23

77 Vgl.: a.a.O., S. 66

78 Vgl.: Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Aus: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2014): Die „Dritte Welle“. Neue Wege der Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2014i-integrative-depressionsbehandlung-auf-neurowissenschaftlicher-grundlage-dritte-welle.pdf>, S. 7

Das Fertigkeiten-Training (Skills-Training) findet häufig in der Gruppe statt, ist jedoch auch mit dyadischer Therapie kombinierbar. Die Teilnehmer besuchen wöchentlich die Fertigkeiten-Trainingsgruppe und erhalten durch dieses Setting auch Information über die Erkrankung und üben unter therapeutischen Bedingungen ihre Fertigkeiten ein. Module sind hierbei das Training zur Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsmodulation, aber auch Elemente zur Förderung von zwischenmenschlichen Fertigkeiten und Selbstwertsteigerung. Im letzten Behandlungsmodul geht es um den Einsatz der Skills als zielförderndes Alternativverhalten im Alltag. ⁷⁹ Menschen mit BPS müssen eine „*wohlwollend akzeptierende Haltung sich selbst und er Welt gegenüber*“ erlernen. Dieses Prinzip der DBT geht auf *Paul Gilbert* zurück, der mit der „*Compassion Focused Therapy*“ wirksame Interventionen entwickelte. ⁸⁰

1.5. Versorgungsstrukturen für BPS und Behandlungsprognose

In der Regel finden wir die unterschiedlichsten Versorgungsstufen bei der Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörung: von der Krankenhausbehandlung und Wohneinrichtung bis hin zum ambulanten Umfeld. Die anhaltenden und wichtigen Veränderungen finden jedoch im ambulanten Umfeld gekoppelt mit Therapien statt - sofern der Betroffene gelernt hat, sein Verhalten zu regulieren. ⁸¹

In der Wahl der jeweiligen Versorgungsstruktur geht es in erster Linie darum die Struktur zu finden, welche anhand u.a. auch klinischer Prozesse und vorhandener Personalbesetzung am ehesten den Bedürfnissen des Menschen mit BPS entspricht und hierdurch eine Besserung der Situation zu erwarten ist. Das sollte mit Supervision unterstützt werden.

Im Folgenden geht es nicht um die Einhaltung einer Reihenfolge sondern eher darum, die adäquate Versorgungsstruktur für den aktuellen Prozess zu beschreiben. Beispielsweise benötigen viele Patienten mit Borderline Störung in Krisen kurzzeitige stationäre Versorgung. ⁸²

Noch 2004 untergliederte *J. G. Gunderson* (geb. am 20.06.1942 - verst. am 11.01.2019), welcher als Professor an der Harvard University tätig und Direktor des Borderline Centers beim McLeanHospital war, die Versorgung für Menschen mit BPS in vier Stufen:

Stufe IV findet im klinischen Kontext statt. Häufig geht es hierbei in erster Linie um die Einstellung der Medikation und die Vermittlung von ersten psychoedukativen

79 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019, S. 69

80 a.a.O., S. 21

81 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Bern. Huber, Hogrefe. S. 131

82 a.a.O., S. 132

Inhalten, häufig jedoch auch um Krisenintervention gekoppelt mit Untersuchungen und Behandlungsplanung. Meistens verbringen die Patienten 2-10 Tage in der Klinik und erfahren durch diesen Aufenthalt Begrenzung ihrer emotionalen Dysregulation.

Stufe III findet häufig im teilstationären Setting statt: beispielsweise in Form einer Tagesklinik. Schwerpunkte der Behandlung sind das Erlernen von Fertigkeiten im Alltag und das Training sozialer Fertigkeiten. Die Dauer der zu erwartenden Zielerreichung bewegt sich in den Zeiträumen von 2 Wochen bis zu 6 Monaten - insbesondere beim Ausbau sozialer Kompetenzen und Erstellen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. (Anm.: i.d.R. begrenzt sich jedoch in Deutschland die Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik auf 12 Wochen!). In dieser sozialen Rehabilitationsmaßnahme stehen Prozesse der Begrenzung, Unterstützung und das engagierte Arbeiten des Therapeuten im Mittelpunkt.

In Stufe II geht es bei *Gunderson* um eine Phase des intensiven ambulanten Settings bestehend aus einer Dialektischen Verhaltenstherapie, Familientraining, Selbsteinschätzungsgruppe und Case Management. In dieser Phase werden soziale (Verhaltens-) und Anpassungsmuster trainiert mit dem Ziel der Nach-Sozialisation, der Impuls- und Affektkontrolle, des Aufbaus eines tragfähigen Arbeitsbündnisses mit dem Case Manager (häufig Betreuer, Therapeut) und des Erlernens eines vorrauschauenden, zielorientierten Handelns mit Planung. Bis zu 18 Monate zur Erreichung dieser Ziele müssen in dieser intensiven ambulanten Phase einkalkuliert werden. (Anm.: diese Versorgungsstufe existiert meines Wissens nach nicht in der BRD).

Stufe 1 umfasst den ambulanten Bereich mit den Behandlungsstrukturen von Gruppentraining und Psychotherapie. Das psychische Wachstum steht hierbei im Fokus. Es ist bemerkenswert, dass *Gunderson* bei der Zielsetzung der intrapsychischen Veränderung eine Dauer von bis zu 6 Jahren konstatiert und für das Entwickeln des Arbeitsbündnisses mit der Fähigkeit der tragfähigen Arbeitsbeziehung eine Dauer von bis zu 4 Jahren!⁸³

10 Jahre später (2014) veröffentlicht *J.G. Gunderson* gemeinsam mit *Paul Links u.a.* einen Praxis-Leitfaden zur Behandlung von Borderline-Patienten. Er stellt Leitlinien eines beziehungsorientierten integrativen Behandlungsmodells (IBM) vor und greift auf neuere Forschungsergebnisse von *Zanarini, M.* zurück. Er weist in seinem Vorwort darauf hin, dass der Anteil von Patienten mit BPS in den USA 20% aller stationär und ambulant behandelten Patienten ausmachen. Viele Ärzte und Therapeuten seien nur unzureichend in der Lage, Borderline-Patienten qualifiziert, sicher und souverän zu behandeln. Unter anderem fehle es auch an positiven Grundhaltungen und Selbstvertrauen bei den „Behandlern“. Ein besonderes Anliegen war es deshalb von *J.G. Gunderson* in dieser neueren Veröffentlichung 2014, Psychiater, Psychologen und Therapeuten Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln,

83 Vgl.: a.a.O., S. 133

damit sie „gut genug“ werden, um Menschen mit BPS qualifiziert zu behandeln. Er entwickelte ein Konzept, welches aus seinen eigenen Erfahrungen und auch Lernprozessen resultierte. *Gunderson* arbeitete fortan intensiver daran, den Menschen zuzuhören, empathisch zu sein und in einen Prozess der Validierung gemeinsam mit den Betroffenen zu geraten. Er hat gelernt und erkannt, dass es für einen Menschen mit BPS eine große Leistung ist, ihm als Behandler zu vertrauen und sich auf ihn zu verlassen. Er entwickelte in der weiteren Zusammenarbeit mit ihnen eine neue Art und Weise des Mitgefühls und der Feinfühligkeit. So sind die Grundprinzipien des Integrativen Behandlungsmodells entstanden: aus der klinischen Erfahrung und aus einem Prozess des persönlichen Wachstums.

Im Folgenden möchte ich auf einige wichtige Grundsätze eingehen, die das IBM kennzeichnen.

- Gute Patientenführung – und Begleitung - sollte „individualisiert“, sehr flexibel und pragmatisch prozessorientiert angepasst sein
- Als Behandler muss man kein Spezialist für „BPS“ sein, sich selbstlos opfern oder eine herausragende Persönlichkeit darstellen. Man ist „gut genug“ hierfür, wenn man gegenüber Menschen mit BPS warmherzig, verlässlich und interessiert ist. Man sollte sich nicht einschüchtern lassen und auf ein Basiswissen über ein gutes integratives Behandlungsmanagement zurückgreifen können
- Man sollte wissen, dass Menschen mit BPS äußerst sensibel in Bezug auf ihre soziale Umwelt reagieren können und sich im zwischenmenschlichen Kontext und in bestimmten Situationen äußerst reaktiv verhalten.⁸⁴

Die Embodiment-Forschung spricht von einer „enaktiven verkörperten Kognition“ (*Gallagher* 2017). Der Mensch ist „Leib“ – ist lebendiger Organismus und durch Embodiment in seiner Umwelt eingebettet (embedded). Der Mensch handelt nicht aus einer Art „Beobachterinnenperspektive“ sondern ist in Wahrnehmung, Kognition und Handlung und in einem selbst-organisierten (autopoietischen) Prozess aktiv. Es handelt sich also um einen zirkulären Kausalitätsprozess in Ko-Relation von Wahrnehmen, kognitivem Verarbeiten und Handeln (*Thompson*, 2010). Der integrativen Ansatz bringt es auf den Punkt: der Mensch ist Leibsubjekt (embodied, enactive) in der Lebenswelt (embedded, extended)⁸⁵ Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Organismus. Er ist Leib-Subjekt und existiert unlösbar in Kontext und Kontinuum in einem Verbund mit dem sozialen und ökologischen Umfeld – der Lebenswelt! Er steht in einer lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit. Somit ist er „informierter Leib“ und als solcher ist es möglich, dass sich auf dieser Basis unter dem Aspekt des komplexen Lernens (auch durch Erfahrungen – „Leibgedächtnis“, neuronale Speichersysteme) spezifische

84 Vgl.: *Gunderson, J.G., Links, P.* (2014): *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Second Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.

85: Vgl.: *Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C.*: *Grundbegriffe der Integrativen Therapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag. 2021, S. 32

Identitäten ausbilden und vielleicht sogar der Zustand des „informed body“, sich ein wissendes, selbstreflexives Leib-Subjekt ausbildet.⁸⁶

- Im klinischen Bereich sind auch die „Do’s und Dont’s“ einer Pharmakotherapie besonders wichtig. Es ist zu beachten, dass Medikamente hilfreich bei der Reduktion von Wut und Aggression sein können, aber meist begrenzte Wirkung bei Depression und Selbstverletzung zeigen. So können Stimmungsstabilisatoren (Lithium, Valporat) bei Wut, depressiver Stimmung und Impulsivität helfen, jedoch haben sie eine eher geringe Wirkung auf den instabilen Affekt – mal abgesehen von den damit verbundenen Nebenwirkungen. Eine Psychotherapie kann m.E. höhere Effektstärken zur Erreichung einer affektiven Stabilität haben

- Die Bedeutung von supportiven und pragmatischen Interventionen ist eine wichtige Perspektive. Die kontinuierliche aktive Ermutigung, aber auch flexible, multimodale Interventionen sind wichtige Elemente zur erfolgreichen Behandlung

- Auch Kurzzeit- oder Intervalltherapien können anhaltende Effekte haben (*Gunderson et al., 2011, Zanarini et al., 2010*).

- Auf einen stärkeren Alltagsbezug und einer stärkeren Wirksamkeit im Alltag wird im integrativen Behandlungskonzept verstärkt Wert gelegt

- Auf Wissensvermittlung der Erkrankung und Psychoedukation, unter dem Aspekt der genetischen Bedingungen und der zu erwartenden Veränderungen wird ein starker Fokus gelegt

Das IBM ist in dieser Hinsicht ein Behandlungsansatz der „2. Generation“. Sie ist als ein stark pragmatisch orientiertes und benutzerfreundliches Modell zu verstehen.⁸⁷

Diese wichtigen Erkenntnisse von *Zanarini* und *Gunderson* sowie das erfolgsversprechende Konzept eines integrativen und multimodalen Vorgehens sollte doch gerade im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens für alle BetreuerInnen ein „Trost“ und Motivation sein, wenn es um die Fragestellung der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des weiterführenden Prozesses im Rahmen der Bezugsbetreuung geht. Hier wird deutlich, dass Aspekte wie *Affiliation* (Nähe- und Distanzregulierung) und *Relationalität* (Beziehungsgestaltung) von immanenter Bedeutung sind. Ebenso wichtig ist ein gut funktionierendes Case Management (Vgl. *Jüster 2007, Petzold, Sieper 2008c, 519ff*) mit tragfähiger Arbeitsbeziehung, da sie positive Effekte auf den weiteren Prozess von Menschen mit BPS haben. Der Aspekt der Validierung ist in

86: Vgl.: *Petzold, H.G. (2000): Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Amsterdam/Düsseldorf/Krems, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE : Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib/>*

87 Vgl.: *Gunderson, J.G., Links, P. (2014): Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press*

dieser Phase ein wichtiger Bestandteil zur Förderung einer funktionalen Emotionsregulation.

Kollegiale Affiliation spielt demnach eine große Rolle in der psychosozialen Arbeit mit diesem Klientel. Es geht um multiprofessionelles Zusammenwirken und Begleiten eines Prozesses. Der Patient oder Klient wird nicht als „Fall“ gesehen. In der Arbeit mit dem Menschen, der an einer Borderline Persönlichkeitsstörung leidet, geht es um einen Prozess – ein Prozess, in dessen Fokus die Beziehung steht. *H. Petzold* spricht von „Process Organizing and Facilitation“ (POF) und erweitert bzw. ersetzt somit den Begriff des „Case-Management“⁸⁸.

Aufforderungscharakter (affordance) und Begrenzungen (constraints) beeinflussen jedoch Willenshandlungen – also auch der Wille zur Veränderung bei Menschen mit BPS. Netzwerke, psychosoziale Begleitung als m.E. Teil des Konvois, haben neben des Supports auch die Möglichkeit, auf die Willenshandlungen Einfluss zu nehmen. Diese Dynamik in Polyaden (mit ggf. Familie, Peer-Group, professioneller Helfer) kann verändertes Verhalten wesentlich beeinflussen: durch Affordance und Constraint.

Im Sinne von „Ja, das machen wir!“ kann kollektives Wollen entstehen. *Petzold* spricht dann von „Ko-Volition“, was in Übereinstimmung und durch kommunikative, ko-reflexive Prozesse zwischen Klient beispielsweise BetreuerIn entstehen kann. Dies hat in der willens“therapeutischen“ Praxis eine hohe Relevanz, ebenso in der Praxis des Ambulant Betreuten Wohnens.

Die persönliche Willensfreiheit des Einzelnen ist durch den jeweiligen sozialen und ökologischen Kontext eingeschränkt. Begrenzungen gehören zu den Erfahrungen des Menschen als Leib-Subjekt. Es geht um Willenssozialisation, aber auch um Willenskoordination, ohne die keine Ziele erreicht werden können. Eine „gute Passung“ zwischen Helfer und Betroffenen ist ein zentrales Moment für Erfolg und Weiterentwicklung in der professionellen Prozessarbeit. Als schwierig stellt sich hierbei der Begriff „gute compliance“ heraus, denn allzu häufig wird damit das „Wollen eines anderen Wollens zu wollen“ verbunden. Aber eigentlich geht es ja um den Eigenwillen und um die Selbstwirksamkeit. Der Mensch ist in diesen Prozessen der Willensbildung mit multiplen, nicht-linearen Kausalitäten konfrontiert. Auch neurobiologische Aspekte sind hierbei zu berücksichtigen.⁸⁹

88 Vgl.: *H. Petzold* (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007., S. 422

89 Vgl.: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: *Petzold, Sieper* (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 473-592, bei *Petzold*; Textarchiv 2008. https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzoldh-g-sieper-johanna-2008-integrative-willenstherapie/teil_2.pdf

Somit geht es in dieser Arbeit mit Menschen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auch darum, den eigenen Willen zu stärken und hierbei Motivationsarbeit zu leisten.

Die Motivation und der Wille (Volition) etwas zu verändern, benötigt jedoch auch Begrenzungen (sogenannte Constraints) und die Transparenz der möglichen Folgen, wenn Begrenzungen (z.B. auch Regeln, Absprachen) nicht eingehalten werden. Gleichzeitig ist es wichtig in der professionellen Prozessbegleitung Wege und Unterstützung aufzuzeigen, wie Veränderungen umgesetzt und trainiert werden können – und dies benötigt bekanntlich viel Zeit, bis sich neue neuronale Bahnen gebildet haben. Und dennoch, vielleicht auch gerade deshalb: die Menschen benötigen diese Begleiter im Sinne eines „guten Konvois“, protektiver Erfahrungen und Support. Der Blick wandert neben den Problemen des Menschen aber hierbei in diesem Prozess auch auf die Ressourcen und Potenziale (PRP-Perspektive, *Petzold* 1997p). Es geht letztendlich darum, dysfunktionale Lebensstile zu verändern (*Petzold* 2005 r; *Jüster* 2007). Hierfür ist jedoch das „individuelle Wollen“ erforderlich aber auch das „kollektive Wollen“ des „Konvois“, damit eingeschlossen das des professionellen Hilfesystems z.B. in Form des Ambulant Betreuten Wohnens.

Willensempowerment und Unterstützung bei Veränderung von ineffizienten Volitionen und dysfunktionalen „volitiven Stilen“ sind mitunter die größten Herausforderungen in der Arbeit mit BPS.

2. Die Bedeutung des Ambulant Betreuten Wohnens im Versorgungsnetz

Das Ambulant Betreute Wohnen richtet sich an volljährige Menschen mit körperlicher, geistiger, seelischer Beeinträchtigung, die eigenständig und in einer eigenen Wohnung leben möchten. Sie werden dahingehend unterstützt durch Begleitung und Betreuung eines Bezugsbetreuers.

Das Ambulant Betreute Wohnen gemäß §§ 123 ff SGB IX (vormals § 53 SGB XII) für den Leistungsbereich ABW für Menschen mit Behinderungen ist in ihrer Art und Inhalt der Leistung, der Personengruppe, der personellen Ausstattung und auch der Qualität der Leistung in NRW zwischen dem Landschaftsverband Rheinland/Westfalen-Lippe und dem Träger der Eingliederungshilfe klar definiert. Der Leistungserbringer leistet ambulante Eingliederungshilfe zum selbständigen Wohnen (Ambulant Betreutes Wohnen) für dauerhaft wesentlich behinderte Menschen im Rahmen der §§ 78,90,99,113 SGB IX. Das ABW definiert sich als

gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der betreuten Person ein selbstbestimmtes Leben in einer Wohnung ermöglicht.

Die Maßnahmen sind am Bedarf der betreuten Person orientiert und als ein verbindlich vereinbartes Betreuungsangebot zu verstehen. Die Angebote bedienen sich einem breiten Spektrum an Hilfestellungen in verschiedenen Lebensbereichen wie z.B. den der Gesundheitsfürsorge, Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung u.v.m.⁹⁰ Es handelt sich dabei um eine vorwiegend aufsuchende Betreuung und Begleitung in der häuslichen Umgebung des Leistungsbeziehers.⁹¹ Das Ambulant Betreute Wohnen hat zum Ziel, die Eingliederung in die Gesellschaft und wirksame gleichberechtigte Teilhabe bis hin zur Förderung einer angemessenen Tätigkeit oder eines Berufs zu ermöglichen. Die Konkretisierung der Ziele und der hierbei notwendigen Hilfeleistung erfolgt jeweils im Rahmen einer individuellen Hilfeplanung.⁹² Die Kontinuität in der Betreuung soll sichergestellt werden. Sie erfolgt im Bezugspersonensystem und muss im Verhinderungsfall durch eine Vertretung gewährleistet werden.⁹³ Die betreute Person soll durch die ambulante Betreuung unterstützt werden, das individuelle soziale und professionelle Hilfenetz weiter zu entwickeln.⁹⁴ Der angemessene und akzeptierende Umgang mit der eigenen Behinderung soll gefördert werden.⁹⁵

Soweit ist nun die Aufgabenstellung und Zielsetzung des ABW - konkretisiert in der Leistungsvereinbarung der überörtlichen Sozialhilfeträger in Westfalen/Lippe und Rheinland - geschildert worden.

Aber was hat das nun mit dem Versorgungsnetz der Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung zu tun?

Nun, es ist ein häufig zu beobachtendes Phänomen, dass Menschen mit einer BPS Unterstützung in der Alltagsbewältigung und Gesundheitsfürsorge benötigen, damit eine weitere Chronifizierung der Erkrankung verhindert und der sogenannte „Drehtüreneffekt“ in Form zahlreicher psychiatrischer Klinikaufenthalte unterbrochen wird. Menschen mit einer BPS können im Sinne des SGB IX zum Personenkreis mit einer seelischen Behinderung gehören und somit bei Chronifizierung und Notwendigkeit des Hilfebedarfs im Blick auf Alltagsbewältigung und Sicherung der eigenen Wohnung einen Rechtsanspruch auf diese Hilfeform haben.

Das Bezugsbetruersystem im Rahmen des ABW bietet hierbei eine Chance, durch eine gute, professionelle Beziehungsgestaltung Stabilität zu erfahren und hierdurch das Gefühl zu bekommen, im Sinne von *Winnicott* „gehalten“ (Containment) zu

90: Vgl.:

https://www.derparitaetische.de/201922_Abgestimmte_Leistungsvereinbarung_BeWo_003.pdf, S.2

91 a.a.O., S. 3

92 a.a.O.

93 a.a.O., S. 7

94 a.a.O., S. 8

95 a.a.O.

werden. Es bildet sich durch den professionellen Beziehungsprozess ein „Gegenüber“ für den Menschen mit BPS heraus, welcher als konstante, verlässliche Person als „Übergangsobjekt“ dient und die Unerträglichkeit des Alleinseins reduziert. Ganz im Sinne der in der Leistungsvereinbarung beschriebenen Inhalte sollte der Hilfeprozess an dem Grundsatz der Hilfe zur Selbsthilfe und der Stärkung der Eigenkompetenz orientiert sein.⁹⁶ Es geht deshalb im Ambulant Betreuten Wohnen darum, Ressourcen (Fähigkeiten) zu wecken und Perfomanz (Fertigkeiten, die zum Erreichen des Zieles notwendig sind⁹⁷) zu stärken. Die Verantwortung liegt hierbei beim Klienten. Die Übernahme der Entscheidungen oder auch Aufgaben bergen die Gefahr, der Regression und binden zu sehr an den Bezugsbetreuer. Denn gerade dies sollte vermieden werden, damit das Phänomen des „Übergangsverhaftetsein“, wie *Winnicott* es bezeichnet, nicht auftritt.

Der Bezugsbetreuer fungiert somit als Case-Manager besser als Prozessbegleiter und -Ermöglicher, der Hilfen organisiert auf der Grundlage einer professionellen Arbeitsbeziehung und der sich am Bedarf des Klienten orientiert. Er fördert Affiliation, stärkt die Beziehungskompetenz, unterstützt jegliche Bemühungen um Neuorientierung, engagiert sich und koordiniert Hilfeleistungen. Er begegnet dem Klienten auf „Augenhöhe“, sodass dieser als „co-manager“ im Betreuungsprozess gesehen wird.⁹⁸

2.1. Case Management im Sinne von Process Organizing and Facilitation (POF)

Die psychiatrische Versorgung erfordert sowohl eine personale Konstanz als auch eine organisatorische Abstimmung und die Koordination differenzierter Behandlungsformen. Diese Grundprinzipien sind unabdingbar, möchte man psychisch Erkrankte stabilisieren und einen Genesungsprozess fördern. Das sogenannte „case management“ (*Priebe 1986*) greift diese Prinzipien auf. Der Patient wird langfristig von derselben Person („Case manager“ oder „key worker“) betreut oder auch von meinem multiprofessionell zusammen gesetzten kleinen Team. Diese sind auch für die Vermittlung von Unterstützungsleistungen weiterführender Hilfen zuständig.⁹⁹

Im Sinne des Process Organizing and Facilitation (POF) kommt jedoch ein wesentlicher Faktor hinzu: der Klient wird in seiner Selbstwirksamkeit gestärkt (*Bandura 1977, 1989*) und als Experte seiner Erkrankung gesehen. Er soll befähigt

96 a.a.O.

97 Vgl.: *Schweighöfer, A.* (2017): Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie. In: FPI Publikation. Hückeswagen. 2015. S. 49

98 Vgl.: *Petzold, H.G.* (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007, S. 422

99 Vgl.: *Trost, A., Schwarzer, W.* (1999): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. Dortmund. Borgmann. 3. Aufl. 2005. S. 474

und motiviert werden, sein Leben *selbstwirksam* mitzugestalten im Sinn von „*manage your own case*“.¹⁰⁰

Schließlich verwalten wir in der psychosozialen Arbeit auch keine Fälle, sondern arbeiten mit den Menschen beziehungs- und prozessorientiert!

Für das Ambulant Betreute Wohnen bedeutet dies, dass der Bezugsbetreuer als Prozessbegleiter agiert und in erster Linie und in den meisten Fällen die konstante Person darstellt. Es bildet sich sozusagen ein „Helfer-Begleiter-Förderer-Konvoi“ auf Zeit! Durch die Beziehungsarbeit und Einbeziehen des Klienten in den Hilfe- und Betreuungsprozess erfahren Menschen mit BPS, dass sie nicht alleine einen „Kampf“ zu bestehen haben, sondern auf ihrem Weg Begleiter zur Seite stehen, bereichernde Erfahrungen hierbei machen und resignative und aggressive Reaktanz durch diese Komponenten reduziert werden.¹⁰¹

Nun kommt aber hinzu, dass weiterführende Hilfen angezeigt sind, um die Gesamtentwicklung zu fördern und fachspezifische Unterstützungsmaßnahmen zu installieren. Die Anbindung an einen Psychiater oder die Vermittlung in eine Ergotherapie könnten Zielsetzungen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens sein.

Ein Blick auf die vier Versorgungsstufen nach *Gunderson* zeigt, dass es in Deutschland Lücken im Versorgungssystem für Menschen mit BPS gibt und professionelle Helfer herausgefordert sind, adäquate – auch ambulante – Hilfemaßnahmen zu finden und diese dann auch zu vermitteln. Das kann heißen, dass eine stationäre DBT Behandlung angezeigt ist und eine entsprechende Klinik hierfür gefunden werden muss, welche vom zuständigen Kostenträger übernommen wird. Einen Psychotherapeuten zu finden, welcher dialektische Verhaltenstherapie anbietet, ist ebenfalls eine Herausforderung. Die Wartezeiten für eine Psychotherapie betragen mindestens 6 Monate und eine ambulante DBT Behandlung gehört häufig noch nicht zum Leistungsspektrum eines niedergelassenen Psychotherapeuten. Auch im Rahmen der psychiatrischen Grundversorgung der Kliniken sind DBT Programme im stationären und auch in den Klinikambulanzen nicht selbstverständlich. Im Rahmen der ergotherapeutischen Versorgung mit Schwerpunkt „Psychiatrie“ sind ambulante Angebote dahingehend wohl eher zu finden. Programme wie DBT und andere Psycho-Edukative Angebote zum sozialen Kompetenztraining haben sich in einigen Praxen etabliert. „STEPPS“ (Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving) ist ein solches Programm. Es richtet sich gezielt an Menschen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung und meint: die Vorhersehbarkeit von Situationen, die Emotionen auslösen zu erkennen und das Problemlösen systematisch zu trainieren. „STEPPS“ versteht sich als Ergänzung zu bestehenden sozio- und psychotherapeutischen Angeboten und ist ein

100 Vgl.: *Petzold, H.* (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007, S. 422
101 a.a.O.

umfassendes, manualisiertes Programm, welches im Gruppensetting durchgeführt wird.

Nancee Blum aus Iowa (USA) entwickelte das Trainingsprogramm. Schon seit 20 Jahren wird in den Niederlanden mit diesem Programm gearbeitet. Dort heißt es „VERS-Training“. ¹⁰²

Fest steht, dass sich bei unzureichender oder auch abnehmender Versorgungsstruktur- und -intensität der Bedarf an spezifischen Hilfsangeboten für Borderline Persönlichkeitsstörung erhöht!!! ¹⁰³

2.1.1. Die Rolle des Bezugsbetreuers

Der Betreuer im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens bietet Beziehung an – und zwar eine professionelle Arbeitsbeziehung. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist ein wichtiges Element in der Arbeit mit BPS. Beispielhaft lernt der Klient im Rahmen des ABW, wie Beziehungen „funktionieren“. Der Betreuer bietet sozusagen eine korrektive Beziehung an und zeigt, wie „man es auch anders machen kann“. Er bietet Unterstützung an, ist wohlwollend, interessiert sich für ihn, gibt Rückmeldungen, zeigt sich fürsorglich und „weise“ ¹⁰⁴ – alles Eigenschaften, die Menschen mit BPS wenig oder gar nicht bei ihren prägenden Bezugspersonen kennengelernt haben. Wenn man so will, findet eine Form der „Nachbeelterung“ statt. Eltern müssen auch Grenzen setzen und Orientierung anbieten – und das ist genau das, was im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens auch Thema sein muss: die Regulierung von außen im Sinne von Einhaltung der Regeln und Grenzen.

Hierbei ist es wichtig, dass die Grenzen für den Klienten transparent gemacht werden sollten – übrigens auch die Grenzen des Betreuers. ¹⁰⁵

Letztendlich ist es jedoch ein Balanceakt zwischen der Einhaltung von Absprachen und Regeln und der Notwendigkeit einer Flexibilität. Handelt er als Betreuer jedoch zu „weich“ und angepasst an die Bedürfnisse des Klienten besteht die Gefahr, dass dysfunktionale Verhaltensmuster im Rahmen des professionellen Kontextes verstärkt werden. Zeigt er sich zu rigide, gefährdet er die Beziehung und übergeht die jeweiligen Bedürfnisse des Klienten. ¹⁰⁶

Ein Rückblick auf das Geschehene und eine Auswertung bzw. Zustimmung (Validierung) konfliktreicher oder schwieriger Situationen ist hilfreich für den Aufbau der Beziehung. Authentizität und Loyalität sind wichtige Faktoren die Menschen mit BPS helfen, Vertrauen aufzubauen.

102

Vgl.: <https://www.dachverband-stepps.de/ueber-uns/was-ist-stepps>

103 Vgl.: *Gunderson, J.* (2005): Bern. Huber, Hogrefe. S. 131

104 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 27

105 a.a.O.: S. 32

106 a.a.O.: S. 33

Häufig geraten Prozesse in eine Stagnation – es kommt zum Stillstand und man hat sich damit abgefunden, dass sich nichts ändert. Veränderung ist jedoch nur möglich, wenn auch an Grenzen gegangen wird. Die Dynamik bleibt nur bestehen, wenn der Betreuer balanciert zwischen Akzeptanz und dem Drängen auf Veränderung!¹⁰⁷ Unterstützung anbieten – aber auch zu fordern sind Grundhaltungen in der Arbeit mit Menschen, die an einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden.

Originäre Aufgaben wie Unterstützung bei Erwirken sozialrechtlicher Ansprüche, Hilfe bei Schriftwechsel, Begleitung zu Ärzten und Behörden, Hilfe bei Wohnungsangelegenheiten sowie Anleitung/Unterstützung bei Haushaltsführung, Krisenintervention und Beratung sozialer (vielleicht auch familiärer) Konfliktsituationen können, je nach Qualität der Arbeitsbeziehung, für den Klienten mit BPS Signale der Zustimmung, Loyalität und wirksam erfahrene Hilfe und somit positive Erfahrungen hervorrufen. Diese Erfahrungen bewirken Sicherheit und helfen, wiederum Vertrauen im Rahmen des Möglichen aufzubauen. Häufig kommt es hierbei jedoch auch darauf an, wie kompetent der Betreuer auf den Klienten wirkt. Menschen mit BPS sind hochsensibel und erkennen schnell Schwachstellen beim Gegenüber. Der Klient benötigt ein „starkes“ Gegenüber mit klarer Orientierung, damit sich in der Arbeitsbeziehung ein höchstmögliches Sicherheitsgefühl entwickeln kann. Der Betreuer muss für den Klienten „kalkulierbar“ sein. Ist er das nicht, treten Gefühle der Unsicherheit und Angst in den Vordergrund und es kommt zu konflikthafter und äußerst emotionalen Situationen.

Somit hat der Betreuer es zu großen Teilen „selbst in der Hand“, wie ein Mensch mit BPS sich ihm gegenüber verhält.

Es wäre fatal, wenn der Betreuer sich „neutral“ gegenüber dem Klienten verhalten würde, denn diese „Neutralität“ erzeugt Beziehungsprobleme!¹⁰⁸ Allerdings geht es in der professionellen Zusammenarbeit auch stets darum, die Exzentrizität (Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt/Klienten von außen zu betrachten)¹⁰⁹ und eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden!

2.1.2. Prinzipien und Grundannahmen

Zusammenfassend möchte ich an dieser Stelle nochmals vertiefen, welche Prinzipien und Grundannahmen in der Zusammenarbeit bei Menschen mit BPS hilfreich sind.

1. Das Verhalten ergibt im subjektiven Kontext einen Sinn.¹¹⁰ Es gilt herauszufinden, was den Menschen bewegt, sich so oder anders zu verhalten.

107 a.a.O.: S. 32

108 a.a.O.: S. 29

109 Vgl.: *Schweighöfer, A.* (2017): Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie. In: *FPI Publikationen*. Hückeswagen. 2017. S. 19

110 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 24

Es geht um das VERSTEHEN nach dem integrativen Ansatz im Sinne der hermeneutischen Spirale, unter Einbeziehung von Kontext und Kontinuum und unter Einbeziehung einer Mehrperspektivität wie die der Mesoebene (Kontext der sozialen Schicht incl. biographischem Bezug)¹¹¹, der Makroebene (Kontext der allgemeinen politischen und ökonomischen Situation)¹¹² und der Mikroebene (Kontext der Familie, Arbeitssituation, Freundeskreis)¹¹³.

Es geht darum, Phänomene zu verifizieren und Strukturen im Verhalten des Betroffenen zu erkennen. Auch im Rahmen des ABW ist es hilfreich, jeweilige Auslöser und Schemata sowie die daraus resultierenden Konsequenzen zu erkennen und – sofern möglich – mit dem Klienten in einen Diskurs darüber zu kommen. Menschen mit BPS benötigen ein hörendes und verstehendes Gegenüber mit RESONANZ. ¹¹⁴

2. Menschen mit einer Borderlineerkrankung wollen sich häufig verbessern.¹¹⁵ Sie leiden selbst unter ihrem „So-Sein“ wie zum Beispiel das „Ausrasten“ bei zwischenmenschlichen Konflikten, Ablehnungserfahrungen von Bezugspersonen, Einsamkeit, Beziehungsunfähigkeit, den emotionalen Achterbahnen u.v.m. Sie wollen Hilfe und „Erlösung“ ihres emotionalen und sozialen Stresses. Sie haben es satt, ständig zu scheitern und beispielsweise keine berufliche Perspektive aufgrund der Instabilität zu bekommen.
3. Aufgrund der Hypersensibilität und der damit verbundenen emotionalen Regulationsproblematik haben sie es besonders schwer, sich zu verändern. Sie müssen sich besonders anstrengen, stärker motiviert sein und hart an sich arbeiten.
In fast allen Lebensbereichen sind sie herausgefordert, neues Verhalten zu erlernen!
4. Sie haben ihre Probleme nicht immer selbst alleine verursacht – aber sie müssen sie selbst lösen! Aber, und das ist ein wichtiger Einwand „With a little help from their friends“ und durch das containende Helfersystem.
5. Suizidale Absichten deuten darauf hin, dass das Leben für diesen Menschen mit BPS, so wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich ist.¹¹⁶
6. Ein Mensch mit BPS besitzt Ressourcen und benötigt Unterstützung, damit diese erkannt und zur Entfaltung gebracht werden können. Häufig sind dies auch besondere Begabungen wie z.B. im kreativen, sportlichen oder

111 Vgl.: *Schweighöfer, A.* (2015): Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie. In: *FPI Publikationen*. Hückeswagen. 2015. S. 41

112 a.a.O., S. 40

113 a.a.O., S. 43

114 Vgl.: *Petzold, H.G., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>

115 Vgl.: *Bohus, M.* (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 24

116 a.a.O.

musikalischen Bereich. Er benötigt „Support“ und Ermutigung seines Bezugsbetreuers.

7. Menschen mit BPS dürfen/müssen in ihrer konsequenten und offenen, „geradlinigen“ Art auch geschätzt und gewürdigt werden! Es gilt, die positiven Verhaltensmuster zu bestärken und funktionale Anteile zu fördern.

2.1.3. Umgang mit Emotionen

Menschen mit BPS - und nicht nur diese - haben die Tendenz, neutrale Gesichtsausdrücke negativ zu interpretieren. Diese Tatsache allein birgt einen gewissen Konfliktstoff, auf die der Klient emotional reagieren kann. In der Interaktion ist es wichtig, dass der Betreuer sich als menschliches Gegenüber erweist – als emotional spürbarer „Partner“. Er gestaltet die Arbeitsbeziehung quasi auch als Rollenmodell – auch als korrekatives!¹¹⁷ Er darf seine eigenen Emotionen benennen und dem Klienten spiegeln, dass er sich beispielsweise ärgert oder Angst um ihn hat. Als Betreuer darf man auch seine eigenen Fehler nutzen, diese kommunizieren und damit im weiteren Prozess mit Optimismus und Authentizität arbeiten. Ein Mensch mit BPS erwartet kein perfektes Gegenüber!¹¹⁸, was ich in meiner langjährigen Erfahrung in der Arbeit mit psychisch Erkrankten und Menschen mit BPS bei den meisten auch so bestätigen kann.

Weiterhin ist ein interessantes Phänomen in der Zusammenarbeit mit BPS beobachtbar: die Menschen erwarten, dass man sie „intuitiv“ versteht – auch ohne das gesprochene Wort. Das heißt in meiner betreuenden Praxis konkret, dass viele Menschen dies auch so erwarten - bei Menschen mit BPS nach meiner Erfahrung jedoch sehr häufig die unbewusste Annahme besteht, dass das Gegenüber die Fähigkeit besitzt „Gedanken lesen zu können und somit auch die dazugehörigen Gefühle“. Dass dies eine unrealistische und überzogene Erwartungshaltung ist, steht außer Frage. Für den Betroffenen jedoch nicht! Mit etwas Humor könnte dem Betroffenen ruhig zurückgemeldet werden, dass man das Bedürfnis sehr gut versteht, aber quasi „leider durch die Hellseher-Prüfung durchgefallen ist“. ¹¹⁹ Vorsicht jedoch bei Ironie und Zynismus! Diese können sich destabilisierend auf die Beziehungsgestaltung auswirken, da sie vom Klienten nicht verstanden werden und somit Angst und Unsicherheit und in der Folge negative Emotionen schüren.

Die Übertragungsprobleme „warten“ in der professionellen Arbeitsbeziehung. Die meist unangenehmen und negativ besetzten Erfahrungen mit Menschen/Bezugspersonen werden oft zu verallgemeinerten Beziehungserfahrungen generalisiert. Das kann zuweilen auch den Betreuer miteinbeziehen. Der Klient muss erst den Unterschied erkennen zwischen dem was

117 a.a.O., S. 28

118 a.a.O., S. 34

119 a.a.O., S. 29

war und dem was heute ist! Es ist wie auf einer „Bergtour“: der Betreuer gibt sich als unterstützender Coach, zeigt Wege auf, motiviert, geht vielleicht auch voran...er ist da, wenn keine Kraft vorhanden zu sein scheint, geht an seiner Seite und hält das Ziel vor Augen; unterstützt ihn dabei, nicht aufzugeben und weiterzugehen!¹²⁰ Er achtet darauf, dass das Ziel realistisch und erreichbar ist! Er coacht ihn durch Krisen, ist optimistisch und arbeitet ressourcenorientiert.¹²¹

In der professionellen Beziehungsgestaltung ist es wichtig, sich nicht von Zurückweisung beeindruckt zu lassen mit dem Wissen, dass die Klienten den Betreuer mit der „Brille früherer Erfahrungen“ sehen! Diese Arbeit ist häufig gekennzeichnet durch ein Spannungsfeld zwischen emotionaler Dichte und spröder Abweisung.¹²² Die hohe emotionale Intensität stellt jedoch den Betreuer immer wieder auch vor hohe Herausforderungen. Deshalb benötigen professionelle Helfer, die mit Borderline erkrankten Menschen zusammenarbeiten, Unterstützung und Möglichkeiten, der Entlastung! Dies sollte im Arbeitskontext gewährleistet werden – auch um dem Burnout-Phänomen vorzubeugen.

Die Supervision bietet einen geeigneten Rahmen, Entlastung und neue Lösungen zu finden und zu erfahren!

3. Die Aufgabenstellung der Supervision nach dem integrativen Ansatz

3.1. Entlastung, Achtsamkeit, Burnout-prophylaxe

In erster Linie geht es in der Supervision darum, einen Raum für Entlastung und Austausch anzubieten. Durch die Mehrperspektivität (Perspektive Gruppe, Individuum, Kontext) entstehen multiple Optiken und korrespondierende Sichtweisen, die in der diskursiven Auseinandersetzung zu mehr Exzentrizität und zur optimierten Zentrierung führen. Hierdurch wird Unbewusstes reduziert und der exzentrische Blick auf den Klienten eröffnet neue Sichtweisen und kreative Vorgehensweisen. Das Zusammenführen aller Kompetenzen und Performanzen im kommunikativen Prozess – insbesondere zwischen SupervisorIn und den Supervisanden – ist gleichzusetzen einer Gemeinschaftskompetenz und –performanz im Sinne eines „Joint venture“, also einem gemeinsamen Vorhaben ko-kreative Lösungen für den Prozess in der Arbeit mit dem Klienten zu finden.¹²³

120 a.a.O., S. 28

121 a.a.O., S. 34

122 a.a.O., S. 25

123 Vgl.: *Petzold, H.* (1998): *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung*. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Auflage 2007, S. 114, 115

Supervision versteht sich hierbei als Suchbewegung, den Klienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären, worin die Sinnhaftigkeit seines Verhaltens liegt. Hierdurch erhöht sich der Handlungsspielraum für professionelle Interventionen, sodass Veränderung wieder möglich wird und sowohl für den professionellen Helfer wie auch für den Klienten Exzentrizität – im Sinne von Selbstreflektion – neue Performanz freisetzt.

Es ist ein wichtiger Grundsatz bei der Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, dass die professionellen Helfer nicht alleine arbeiten und die Möglichkeit haben, durch Austausch mit den anderen Teammitgliedern und durch Supervision ihr berufliches Handeln zu reflektieren und nicht durch Gegenübertragung in der Arbeit mit den Klienten gesteuert werden. Diese Interaktionen mit den Kollegen und mit dem Supervisor bietet Unterstützung und Erleichterung!¹²⁴

3.2. Information und Aufklärung über BPS

Über Information der Erkrankung wird der Blick auf eigene Frustrations- oder auch Versagensgefühle in eine andere Richtung gelenkt: in die der fachlich-sachlichen Ebene und der Erkenntnis, dass das Verhalten des Klienten mit seinen Erfahrungen aus früheren Beziehungen mit Bezugspersonen zu tun hat. Der Klient meint im Grunde genommen nicht den Betreuer, sondern agiert auf dem Hintergrund einer anderen Person bzw. seiner Biographie. Es sind die typischen Übertragungsphänomene, deren „Opfer“/Ziel Betreuer häufig werden. Dies zu erkennen ist eine wichtige Voraussetzung, z.B. explosionsartige Gefühlsausbrüche nicht gegen die eigene Person zu interpretieren und sich damit „treffen“ zu lassen. Es handelt sich hierbei um eine Emotionsdysregulation, da der Klient in diesen Augenblicken kein anderes Handlungsrepertoire zur Verfügung hat. Zu den wichtigen Aspekten des emotional verbesserten Umgangs in der Arbeit mit BPS gehört auch das Fachwissen, dass es neuropsychologische Mechanismen der Erkrankung gibt. Der linke PFC, welcher eine besondere Bedeutung für die Hemmung emotionaler Reaktionen in der Amygdala hat, ist bei Menschen mit einer BPS hiervon besonders betroffen und hat eine Tendenz zur Unterfunktion. Weiterhin ist wissenschaftlich untersucht worden, dass Menschen mit einer BPS eine erhöhte Sensibilität besitzen und hierdurch die Interaktion kognitiver und emotionaler Prozesse erschwert ist. Die Prognosen in der Behandlung von BPS durch die Dialektisch Behaviorale Therapie sind recht gut! Durch das DBT Programm mit seiner störungsspezifischen Behandlung sind Behandlungserfolge von immerhin 40% zu verzeichnen – d.h. diese Patienten zeigten im Rahmen einer Langzeitstudie keine gravierenden Symptome mehr auf und befanden sich im Normbereich (*Wilks et al., 2016*).¹²⁵ Diese an sich guten Heilungschancen gilt es, in der Supervision zu vermitteln und somit vermehrt

124 Vgl.: *Gunderson, J. (2005). Borderline. Bern. Huber, Hogrefe. S. 106*

125 Vgl.: *Bohus, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen. Hogrefe. 2. Aufl. 2019. S. 13*

Optimismus zu streuen. Wobei möglicherweise die oben genannten Erfolge der Wirkung einer guten therapeutischen Beziehung zuzuschreiben ist (1-30%)

3.3. Stärkung im Umgang mit Krisen im Blick auf Selbstverletzung und Suizidalität

Insbesondere Krisen des Klienten mit Selbstverletzungen und suizidalen Absichten stellen eine hohe Belastung dar und kommen in der Arbeit bei Menschen mit BPS häufig vor. Es gilt hier insbesondere ein Augenmerk auf das Geschehen zu lenken und Zeit und Emotionalität zuzulassen, damit in der Supervision die eigene Befindlichkeit „ausgedrückt“ werden kann. Hier zeigt sich auch, ob das Team „trägt“ und zur emotionalen Resonanz fähig ist. Der Supervisor nimmt emotional Anteil, bewahrt jedoch den exzentrischen Blick. Fachinformation aber auch konkrete Lösungsstrategien können erste Interventionen zur Entlastung und Perspektivität sein. In dieser Phase ist es wichtig, dass der Betreuer/Supervisand in seiner Handlungskompetenz gestärkt wird und reflektiert wird, wie es zu dieser Labilisierung des „Systems“ gekommen ist. Hierbei wird deutlich gemacht, dass Suizid immer auch ein möglicher Ausweg ist, der akzeptiert werden muss und in der Entscheidung des Betroffenen liegt. Die suizidale Krise kann ein Hilfeschrei sein, ein Strafimpuls oder auch eine Form von Erpressung. Die Situationsanalyse hilft, Abstand von dem Ereignis zu finden und macht Aspekte der „Hintergrunddynamik“ sichtbar. In der Teamsupervision können wieder hoffnungsvolle Perspektiven erarbeitet und Ressourcen aktiviert werden. Der Bezugsbetreuer benötigt positive Quellen der Resonanz und Vermittlung von Stärke und Selbstwirksamkeit.

3.4. Rollenklärung

Als Betreuer ist man „Weggefährte auf Zeit“. Man unterstützt da, wo Hilfe notwendig und gewollt ist. Es ist ein Unterstützungsangebot – ob der Klient dies wahrnimmt, liegt in seiner Entscheidung und Verantwortung. Immer wieder ist es in einer Supervision Thema, an welcher Stelle sich das professionelle Handeln verliert und der Betreuer statt der Klient/Patient Verantwortung für das Handeln übernimmt. Die Aufgabenstellung des Betreuers ist klar definiert. Den Unterstützungsauftrag erteilt letztendlich der Klient/Patient: indem er konkret den Unterstützungsbedarf benennt oder auch den Vorschlag des Betreuers annimmt und der Handlung zustimmt.

Die Rolle sollte klar sein, auch im Blick auf die Nähe- und Distanzregulierung. Ist die Nähe zum Klienten/Patienten zu groß, verliert sich die exzentrische Sichtweise und gerade bei Menschen mit BPS besteht die Gefahr, dysfunktionale Verhaltensmuster zu verstärken und/oder in eine unprofessionelle Arbeitshaltung zu geraten. Es können Abhängigkeiten entstehen, die eine Weiterentwicklung behindern.

Es gilt in der Supervision nach dem Integrativen Ansatz - auch und insbesondere durch methodenübergreifende Interventionen - Unbewusstes bewusst zu machen und alternative Handlungsmuster und Lösungen zu entwickeln.

Es gibt gute visuelle Methoden (z.B. in Form von Karten) oder auch die Methode des Rollenspiels, die die Dynamik in der Beziehungsgestaltung deutlich machen und sichtbar werden lassen, wo der professionelle Helfer „steht“ und wo er wieder hin sollte.

All diese Punkte tragen dazu bei, in der Arbeit mit BPS arbeitsfähig zu bleiben und den fachlichen Blick auf den Prozess nicht zu verlieren.

In der psychosozialen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ist es wichtig, dass der professionelle Helfer sich in Achtsamkeit übt und eine gute Nähe- und Distanzregulierung zu seinen Klienten hat. Aufgrund der hohen emotionalen Dichte in der Arbeit mit BPS ist der kollegiale Austausch und eine gute Supervision umso wichtiger.

Der fachliche Austausch im Team ist Voraussetzung, Spaltungstendenzen zu erkennen und diese durch einen diskursiven Prozess – gekennzeichnet durch Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung – abzuwehren. Es geht um die Fürsorge an den Klienten, um sein Wohl und um seine Weiterentwicklung.

Aber es geht auch um die eigene Selbstfürsorge des professionellen Helfers, der Grenzen erkennen und sie auch benennen darf.

Nur wenn der Betreuer in seiner Tätigkeit „gesund“ bleibt und es ihm gut geht, kann er den Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung eine wirkliche Hilfe und Unterstützung sein.

4. Zusammenfassung/ Summary

Emotionsdysregulation bei Borderline-Störung im Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens

In dieser Arbeit geht es in erster Linie um Information und Vermittlung von neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es werden effektive Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt und ein Bezug zum Ambulant Betreuten Wohnen hergestellt, als ein wichtiger Baustein im psychiatrischen Versorgungsnetz. Die Chancen für Menschen mit BPS durch das ABW „gehalten“ und stabilisiert zu werden, ist aufgrund des Bezugsbetreuersystems und der damit erhöhten „Objekt Konstanz“ als recht hoch einzuschätzen und stellt eine der wichtigsten Hilfsangebote im professionellen psychiatrischen Netzwerk dar. Umso bedeutender ist es, die darin arbeitenden professionellen Helfer zu unterstützen und ihnen Möglichkeiten des Austausches und der Supervision anzubieten. Die integrative Supervision bietet durch ihr Konzept der Mehrperspektivität und

grundlegende Haltungen wie Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber dem Anderen eine gute Grundlage, den professionellen Helfer wie auch den unter einer BPS leidenden Menschen zu sehen und zu verstehen und ihn zu befähigen, neue kreativen Lösungen zu verändertem funktionalem Verhalten zu finden. Die Arbeit mit Borderline erkrankten Menschen ist interessant und spannend. Es lohnt sich, am Ball zu bleiben!

Schlüsselwörter: Borderline Persönlichkeitsstörung, Emotionsdysregulation, Ambulant Betreutes Wohnen, Dialektisch Behaviorale Therapie, Process Organizing Facilitation (POF)

Summary: Emotion dysregulation in borderline disorder in the context of outpatient assisted living

This paper is primarily about information and communication of recent scientific findings on the topic of borderline personality disorder. Effective treatment options are presented and a reference is made to outpatient assisted living as an important component of the psychiatric care network. The chances for people with BPD to be "kept" and stabilised by the ABW can be assessed as quite high due to the reference care system and the thus increased object constancy and represents one of the most important help offers in the professional psychiatric network. It is therefore all the more important to support the professional helpers working in it and to offer them opportunities for exchange and supervision. Through its concept of multi-perspectivity and basic attitudes such as appreciation and acceptance of others, integrative supervision offers a good basis for seeing and understanding the professional helper as well as the person suffering from BPD and for enabling him or her to find new creative solutions to change functional behaviour. Working with borderline people is interesting and exciting. It is worth staying on the ball!

Keywords: Borderline Personality Disorder, Emotion Dysregulation, Outpatient Supported Living, Dialectical Behavioural Therapy, Process Organising Facilitation (POF).

5. Literaturverzeichnis

Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C. (2021): Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Wien: Facultas Verlag

- Bandura, A.* (1977): Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review* 8 (1977) 191-215.
- Bandura, A.* (1989): Regulation of cognition process through perceived self-efficacy, *Developmental Psychology* 25 (1989) 729-735.
- Barnow, S.*, (2012): Emotionsregulation und Psychopathologie, in: *Psychologische Rundschau*, 63 (2), 111-124
- Bohus, M.*, (2002): Borderline-Störung. 2. Aufl. 2019. Göttingen: Hogrefe.
- Gallagher, S.* (2017): Enactivist Interventions. Rethinking the Mind. Oxford: Oxford University Press.
- Gunderson, J.* (2005): Borderline. Bern: Huber, Hogrefe
- Gunderson, J.G., Links, P.* (2014): Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide, Second. Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Krause, R.* (1995): Psychodynamik der Emotionsstörungen – eine psychoanalytische Perspektive. In: *Petzold, H.*: Die Wiederentdeckung des Gefühls, Paderborn: Junfermann Verlag
- Petzold, H.G.* (1997p/2007a): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold, H. G.* (1998a/2007a): *Integrative Supervision*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353-394. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html>
- Petzold, H.*, (1998): *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. 2007
- Petzold, H.G.* (2000): der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie, Amsterdam/Düsseldorf/Krems, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib/>
- Petzold, H.G.* (2001p/2004/2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Erw. in *Petzold, H.G.* (2012a): *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020->

[petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/](#)

Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ – ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. http://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2004h-informierte-leib-im-polylog-ein-integratives-leibkonzept-in

Petzold, H.G. (2005r/2010): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krams, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Hier als Update 2010. www.fpi-publikation.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2010-petzold-h-g-2005r.html>

Petzold, H.G. (2007r): Trost/Trostarbeit und Trauer/Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte – Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE (2007r/update 2010), https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2007r-trost_trostarbeit_modelle-polyloge-19-2010.pdf

Petzold, H.G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Aus: *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.* (2014): Die „Dritte Welle“, Neue Wege der Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2014i-integrative-depressionsbehandlung-auf-neurowissenschaftlicher-grundlage-dritte-welle.pdf>

Petzold, H.G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE 03/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-supervision-03-2020.pdf>

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: *Petzold, Sieper* (2008a): Der Wille die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 473-592, bei *Petzold, Textarchiv* 2008. <https://fpi->

[publikation.de/textarchiv-petzold/petzoldh-g-sieper-johanna-2008-integrative-willenstherapie/teil 2.pdf](http://publikation.de/textarchiv-petzold/petzoldh-g-sieper-johanna-2008-integrative-willenstherapie/teil_2.pdf)

Schweighöfer, A., (2017): Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie, In: *FPI Publikationen*. Hückeswagen.

Trost, A., Schwarzer, W. (1999): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe, Dortmund: Borgmann Publishing KG, 3. Aufl. 2005

Zanarini, M. (2018): In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder. Oxford, New York: Oxford University Press

<http://www.borderlinetrialog.de>

<https://www.dachverband-steps.de>

<http://www.msd.manuals.com>

<http://www..der-paritaetische.de>

<https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/person/sven-barnow>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Anaklise>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Borderline-Persönlichkeitsstörung>

https://de.wikipedia.org/wiki/Dialektische_Aufhebung

<https://de.wikipedia.org/wiki/Invalidierung>

https://de.wikipedia.org/wiki/Kognitive_Verzerrung