

1	Einleitung	2
2	Klassische und Moderne Verhaltenstherapie	3
3	Störungsbild und Störungsmodell als Grundlage der Therapie	4
3.1	Zwei Dimensionen der Borderline Persönlichkeitsstörung	5
3.1.1	Die 1. Dimension: Emotionsregulationsstörung.....	6
3.1.2	Die 2. Dimension: Interaktions- bzw. Schemastörung	6
3.2	Modelle und Therapiemöglichkeiten der zwei Dimensionen	7
3.2.1	Modell und Therapie der Emotionsregulationsstörung.....	7
3.2.2	Modell und Therapie der Interaktions- bzw. Schemastörung	7
3.3	Modellbildung durch den Therapeuten	12
4	Klärungsorientierte Psychotherapie nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation	13
4.1	Beziehungsaufbau	13
4.1.1	Realisierung der Basisvariablen	14
4.1.2	Spezielle Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung	15
4.1.3	Umgang mit Beziehungstests	17
4.1.4	Explizierung der Beziehungsmotive	20
4.2	Konfrontation mit Spielebene	20
4.3	Schemaklärung und –bearbeitung	21
4.4	Transfer in den Alltag	21
5	Indikation und Integration von KOP und DBT	22
6	Möglichkeiten und Grenzen der Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung	23
7	Literatur	25

Klärungsorientierte Verhaltenstherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung

Dipl. Psych. Janine Breil
janine.breil@rub.de

Prof. Dr. Rainer Sachse
ippsachse@aol.com

Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstraße 4
44787 Bochum
Tel.: 0234/6405775

1 Einleitung

Ein Kapitel zum Thema Verhaltenstherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung zu verfassen, ist eine besondere Herausforderung, da starke Unterschiede zwischen dem Vorgehen und der Effektivität der klassischen Verhaltenstherapie und der modernen Verhaltenstherapie bestehen. Bei der *kurzen Vorstellung der Ansätze der klassischen und modernen Verhaltenstherapie*, wird deutlich werden, dass die Dialektisch Behaviorale Therapie nach Linehan (DBT) aktuell die (Verhaltens-)Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung ist, für die die meisten Effektivitätsnachweise vorliegen. Die DBT setzt als Behandlungsschwerpunkt an den Schwierigkeiten der Klientinnen, Emotionen zu regulieren an. Neben der Emotionsregulationsstörung werden von verschiedenen Autoren als zweiter, großer Problembereich der Klientinnen dysfunktionale Schemata diskutiert. Im Kapitel *Störungsbild und Störungsmodelle* wird kurz auf die Diagnostik und Heterogenität des Störungsbildes eingegangen, um deutliche zu machen, dass eine Unterteilung in zwei Dimensionen (Emotionsregulationsstörung und Interaktions- bzw. Schemastörung) sinnvoll sein könnte. Für jede der zwei Dimension ist ein entsprechendes Störungsmodell erforderlich, um passende therapeutische Interventionen abzuleiten. Da die Emotionsregulationsstörung bereits durch das Neurobiologische Modell (Bohus 2002; Linehan, 1996) verstehbar ist und mit der DBT eine effektive Behandlungsmöglichkeit vorliegt, soll an dieser Stelle lediglich auf diese Elemente verwiesen werden. Für die Interaktions- bzw. Schemastörung sind die vorliegenden Modelle jedoch noch ausbaubedürftig. Es wird als Erklärungsmodell das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1999, 2001, 2002, 2004, 2006a) vorgeschlagen und daraus abgeleitete Interventionen der *Klärungsorientierten Psychotherapie* (KOP, Sachse 2003) vorgestellt.

Die DBT wird nicht als Konkurrenz zur KOP gesehen, sondern beide können in einem Ergänzungsverhältnis stehen. Deshalb werden einige Überlegungen zur *Indikation und Integration der beiden Ansätze* vorgestellt.

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

2 Klassische und Moderne Verhaltenstherapie

Die Frage, wie Verhaltenstherapeuten Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung behandeln, ist schwer zu beantworten, da es zunehmend schwieriger wird, zu definieren, was Verhaltenstherapie ist. Dies liegt zum einen an der Zusammenführen von behavioralen mit kognitiven Techniken, zum anderen an den neueren Entwicklungen der Verhaltenstherapie, die eine Kombination der behavioralen Interventionen mit anderen Methoden wie Imagination, und Achtsamkeit darstellen.

Entsprechend kommt die reine klassische Verhaltenstherapie bei der Behandlung einer derart komplexen Störung wie der Borderline Persönlichkeitsstörung nur noch sehr selten zum Einsatz. Elemente und Standardmethoden der Verhaltenstherapie wie Kontingenzmanagement, Konfrontation, Rollenspiele und Stimuluskontrolle werden jedoch in Kombination mit anderen Techniken weiterhin eingesetzt. Eine moderne Entwicklung in der Verhaltenstherapie für Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung, deren Wirksamkeit als erwiesen gilt (Überblick bei Lieb et al. 2004; Bohus u. Höschel, 2006), ist die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) von Marsha Linehan (1996) über die im Kapitel von Bohus (in diesem Band) ausführlich berichtet wird. Ein weiterer Ansatz der verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken integriert und auf dessen Wirksamkeit erste Hinweise vorliegen (Turner 1989; 1993) ist Turners *dynamic-cognitive-behavior-therapy* (DCBT). In diesem Multikomponenten-Ansatz werden verhaltenstherapeutische Elemente (Hausaufgaben, Rollenspiele, Selbstmonitoring, Trainings, Verträge, Exposition, Problemlösetraining) mit anderen Strategien (z.B. imaginativen) sowie mit Übertragungsdeutungen kombiniert. Es kommen also neben verhaltenstherapeutischen, auch dynamische und kognitive Strategien zum Einsatz (Turner 1987, 1994).

Was sich hier andeutet, finden auch DeGroot et al. (2008) bei einem Vergleich verschiedener Therapieformen in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung: Bei den meisten kommt eine Kombination aus verschiedenen therapeutischen Techniken zum Einsatz.

Um therapeutische Techniken effektiv kombinieren zu können, ist es erforderlich ein Modell über die zu behandelnde Störung zu haben, das die relevanten Problembereiche der Störung enthält. Aus diesem Grund werden im Folgenden die relevanten Aspekte des Störungsbilds der Borderline Persönlichkeitsstörung kurz dargestellt und es wird gezeigt, dass neben der Emotionsregulationsstörung interaktionelle Schwierigkeiten der Klientinnen, die auf dysfunktionale Schemata zurückgehen, zu beachten sind. Entsprechend wird ein Störungsmodell vorgeschlagen, das zwei Dimensionen umfasst. Die Emotionsregulations-

störung ist mit dem Neurobiologischen Modell beschrieben und kann mit der DBT effektiv behandelt werden. Näher eingegangen werden soll hier auf die Interaktions- bzw. Schemastörung, für die das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1999, 2001, 2002, 2004, 2006a) als Erklärungsmodell mit den dazugehörigen klärungsorientierten Interventionen beschrieben wird. Die Klärungsorientierte Psychotherapie bietet über die DBT hinausgehende Strategien zur Beziehungsgestaltung, zum Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen und zur Klärung und Bearbeitung dysfunktionaler Schemata.

3 Störungsbild und Störungsmodell als Grundlage der Therapie

Das Störungsbild der Borderline Persönlichkeitsstörung ist sehr heterogen (Skodol et al. 2002; Trautmann XXX) und es wird vermutet, dass dieser Inhomogenität ein Muster oder Subtypen zugrunde liegen (Zittel Conklin et al. 2006) Es gibt an verschiedenen Stellen Überlegungen, dass es sinnvoll sein könnte, Untergruppen der Störung zu bilden. Eine der bekanntesten Unterteilungen findet sich in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10; Dilling et al. 2006). Hier werden bei der Emotionale-instabilen Persönlichkeitsstörung zwei Subtypen formuliert. Während beim Impulsiven Typ vor allem Schwierigkeiten in der Emotionsregulation wie unüberlegtes Handeln, Wutausbrüchen und unbeständige Stimmung im Vordergrund stehen, kommen beim Borderline Typ weitere Kriterien hinzu, die schwerpunktmäßig Selbstbild und Verhalten der Klientinnen in Beziehungen aufgreifen.

Neben der Heterogenität des Störungsbildes erschwert die hohe Komorbidität die Diagnostik der Borderline Persönlichkeitsstörung. Zum einen treten häufig Achse I-Störungen wie Angststörungen, Depression, Substanzmissbrauch und Essstörungen auf (Skodol et al. 2002; Zimmerman u. Mattia, 1999). Trautmann (XXX) sieht diese komorbiden Erkrankungen als Bewältigungsversuche der Klientinnen an. Zum anderen findet sich eine hohe Komorbidität mit verschiedene Achse-II-Störungen (American Psychiatric Association 2005), die Borderline-Klientinnen zu Therapiebeginn häufig nach anderen Störungen aussehen lässt (Trautmann XXX).

Entsprechend wurde versucht, die Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung in Cluster zu unterteilen, die verschiedenen anderen Persönlichkeitsstörungen ähneln. So postuliert Millon (1996) vier Untergruppen mit Bezug zu anderen Achse II-Störungen. Der Entmutigte Typ ist dependent, der Impulsive Typ histrionisch oder antisozial und der Mürrische Typ erscheint passiv-aggressiv. Der Selbstdestruktive Typ ist durch einen Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt und Selbsthass charakterisiert; er erscheint unterwürfig bis masochistisch und ist sensibel für Stimmungen und Erwartungen.

Bei einem weiteren Versuch der Unterteilung der Borderline Persönlichkeitsstörung wurden die Symptome, die bei den Klientinnen vorkommen, in Cluster unterteilt. Hurt et al. (1992) kommen zu einer Drei-Cluster-Lösung, der die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Turner (1994) trotz leichter Abweichungen ähnelt. Das Identitäts-Cluster umfasst die

Identitätsstörung, Intoleranz gegenüber alleine sein und ein chronisches Gefühl von Leere und Langeweile. Das Affekt-Cluster beinhaltet instabilen Affekt, instabile zwischenmenschliche Beziehungen und unangemessenen Ärger. Und dem Impulsiven Cluster wurden Selbstverletzungen und impulsives Verhalten zugeordnet. Die Autoren sind der Meinung, für jedes Cluster unterschiedliche Behandlungsstrategien notwendig sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Bild der Borderline Persönlichkeitsstörung sehr heterogen ist, dass es eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, u.a. auch mit den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen gibt und dass eine Unterteilung in Subgruppen oder Problemcluster sinnvoll sein kann. Diese Unterteilung könnte die Diagnostik erleichtern und vor allem die Möglichkeit eröffnen, begründete Indikationsentscheidungen zu treffen, da für die unterschiedlichen Probleme jeweils bestimmte Methoden zur Behandlung wirksam sind.

3.1 Zwei Dimensionen der Borderline Persönlichkeitsstörung

Unter Berücksichtigung der Inhomogenität und hohen Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen möchten wir eine Unterteilung der Borderline Persönlichkeitsstörung vorschlagen, die sich an die Unterteilung der ICD 10 anlehnt und auch den Bezug zu anderen Achse II-Störungen berücksichtigt. Die Diagnose Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Impulsiven Typ der ICD nahe legt, dass es Klientinnen gibt, bei denen eine Emotionsregulationsstörung im Vordergrund steht. Des Weiteren können nach ICD 10 Klientinnen im Rahmen der Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ neben dem Emotionsregulationsdefizit starke Schwierigkeiten im Bereich Selbstbild und zwischenmenschliche Beziehungen, d.h. eine ausgeprägte Beziehungs- bzw. Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne aufweisen. Unter Verwendung der Kriterien des Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß et al. 2003) ist es zudem möglich eine Borderline Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, ohne dass ein Emotionsregulationsdefizit vorliegt. In diesem Fall stehen die Kriterien 1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden, 2. Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen (Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung), 3. Identitätsstörung: Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung im Vordergrund. Die drei Typen der Borderline Persönlichkeitsstörung (1. Emotionsregulationsstörung ohne Interaktionsstörung, 2. Emotionsregulationsstörung mit Interaktionsstörung, 3. Interaktionsstörung ohne Emotionsregulationsstörung) lassen sich durch zwei Dimensionen beschreiben:

1. Emotionsregulationsstörung
2. Interaktionsstörung bzw. Schemastörung

3.1.1 Die 1. Dimension: Emotionsregulationsstörung

Auf der ersten Dimension findet sich die Emotionsregulationsstörung. Diese wird von Linehan (1996) als zentrales Merkmal der Borderline Persönlichkeitsstörung postuliert und spiegelt sich in vielen der diagnostischen Kriterien der Störung wider (z.B. Wutausbrüche). Die Emotionsregulationsstörung hat zwei Komponenten. Zum einen bezieht sie sich auf eine emotionale Vulnerabilität, in Form einer niedrigen Reizschwelle für das Auslösen von Emotionen, einem hohen Erregungsniveau und einer verzögerten Rückbildung zur emotionalen Baseline. Zum anderen liegt mangelnde Fertigkeiten vor, mit emotionalen oder Spannungszuständen adäquat umzugehen. Es wird hierbei von einer neurobiologischen Komponente ausgegangen. Außerdem deuten Neuroimaging-Studien darauf hin, dass neurobiologische Dysfunktion mit Aspekte der Symptomatik der Borderline Persönlichkeitsstörung wie Affektkontrolle assoziiert sind. Ob diese Veränderungen der Störung vorausgehen oder Konsequenz der Störung ist, ist bislang jedoch ungeklärt (Lieb et al. 2004). Jenny Uekermann?

3.1.2 Die 2. Dimension: Interaktions- bzw. Schemastörung

Auf der zweiten Dimension findet sich die Interaktions- bzw. Schemastörung.

Nach Ansicht verschiedener Autoren geht das ungünstige, extreme und vor allem wechselhafte Beziehungsverhalten der Borderlin-Klientinnen und auch die Instabilität im Selbstbild auf spezifische affektiv-kognitive Schemata zurück (z.B. Beck et al. 1990). So finden auch Sieswerda et al. (2007) in ihrer Studie in Messungen mit dem emotional stroop, dass die Hypervigilanz für emotionale, v.a. schema-assoziierte negative Hinweisreize Merkmal der Borderline Persönlichkeitsstörung.

Die typischen dysfunktionalen kognitiven Schemata von Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung, die, wenn sie aktiviert sind, die weitere Verarbeitung steuern und den state of mind bestimmen, sind sehr unterschiedlich und widersprüchlich. Entsprechend fühlen und verhalten sich die Klientinnen je nach Aktivierung sehr unterschiedlich (Horowitz et al., 1984; zitiert nach Turner, 1987). Die Inhalte der Schemata betreffen nach Pretzer (1990) drei Themen (die Welt ist gefährlich und übelwollend, ich bin machtlos und verletzlich, ich bin von Natur aus inakzeptabel). Diese findet durch Arntz et al. (1999) und Giesen-Bloo und Arntz (2005) Bestätigung. Nach DeGroot et al. (2008) könnte die Kombination aus „Ich bin machtlos und verletzlich“ und „Die Welt ist gefährlich“ Hypervigilanz und Misstrauen bedingen. Es kann jedoch vermutet werden, dass es sich bei den drei Themen nicht um die einzigen Schemainhalte bei Klienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung handelt, da diese Annahmen nicht alle Merkmale der Störung erklären, wie z.B. die ausgeprägte Angst vor dem Verlassen werden.

Die Annahme, dass es diese beiden Dimensionen bei der Borderline Persönlichkeitsstörung relevant ist, entspricht auch der Auffassung anderer Autoren. Arntz (2005) führt in der Einleitung zu einem Special Issue aus, dass nach Linehan (1993) das Emotionsregulationsdefizit und nach Young (1994), Petzer (1990) und Beck et al. (1990) die zugrundeliegenden Schemata das zentrale Merkmal der Borderline Persönlichkeitsstörung sind und dass es – auch wenn weitere Forschung notwendig ist – Hinweise auf die Richtigkeit beider Annahmen gibt.

Wenn einer Störung zwei Dimensionen zugrunde liegen, ist es hilfreich für jede Dimension ein Störungsmodell zu haben, aus dem sich therapeutische Interventionen ableiten. Im folgenden wird sowohl für die Emotionsregulationsstörung als auch für die Interaktions- bzw. Schemastörung ein entsprechendes Modell und passende Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt.

3.2 Modelle und Therapiemöglichkeiten der zwei Dimensionen

3.2.1 Modell und Therapie der Emotionsregulationsstörung

Für diese Dimension wurde mit dem Neurobehavioralen Entstehungsmodell (Bohus 2002; Linehan 1996) hinreichend beschrieben. Mit der von Linehan entwickelten Dialektisch-behavioralen Therapie existiert eine nachgewiesenermaßen wirksame Interventionsform, die die Affektregulation verbessert. Dies zeigt sich auch in neurobiologischen Korrelaten. Schnell und Herpertz (2007) zeigen in einer fMRI-Studie, dass eine dialektisch-behaviorale Therapie von neuronalen Veränderungen in limbischen und kortikalen Regionen begleitet ist. Sowohl das Modell als auch die DBT werden von Bohus in diesem Band näher beschrieben.

3.2.2 Modell und Therapie der Interaktions- bzw. Schemastörung

Affektiv-kognitive Schemata führen zu ungünstigen Strategien in Beziehung. Ein Modell für diese Dimension muss also die Entstehung und Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Interaktionsstrategien und Schemata der Klientinnen erklären. Hierzu scheint das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1999, 2001, 2002, 2004, 2006a) geeignet.

Das Modell der doppelten Handlungsregulation wurde als Erklärungsmodell für Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Konkretisiert wurde es bislang für die reinen Persönlichkeitsstörungen (Sachse 2004), womit zum einen die sog. Nähe-Störungen (histrionische, narzisstische, dependente, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung) und zum anderen die sog. Distanz-Störungen (passiv-aggressive, zwanghafte, schizoide und paranoide Persönlichkeitsstörung) gemeint sind. Diese Modell soll nun im folgenden erst allgemein beschrieben werden. Anschließend wird kurz auf die konkrete Ausgestaltung für die acht genannten, reinen Persönlichkeitsstörungen eingegangen. Dies ist deshalb erforderlich, da sich bei Borderline-Klientinnen mit Interaktions- bzw. Schemastörung aufgrund der massiven Frustrationen und Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter häufig Aspekte mehrerer

anderer Persönlichkeitsstörungen (meist drei oder mehr) zeigen. Um das Modell auf die Borderline Persönlichkeitsstörung anzuwenden, ist damit die Kenntnis des Modells und seine Ausgestaltung für die reinen Persönlichkeitsstörungen hilfreich.

Das **Modell der doppelten Handlungsregulation** postuliert drei Ebenen: Motiv-Ebene, Schema-Ebene und Spiel-Ebene, wobei Motiv- und Spielebene Handlungsregulationsebenen sind (s. Abbildung X-1). Auf der *Motivebene* finden sich grundlegende Bedürfnisse einer Person, aus denen konkrete interaktionelle Ziele abgeleitet werden, die dann durch entsprechende authentische Handlungen erreicht werden können. Die Erreichung von Zielen befriedigt dann das Motiv, das daraufhin in der Motivhierarchie sinkt. Der Erfolg bei der Handlungsausführung hängt von den Kompetenzen der Person ab. Es werden Handlungskompetenzen (z.B. soziale Kompetenz) und Verarbeitungskompetenzen (z.B. Empathiefähigkeit) unterschieden. Sachse (1999) geht von sechs Beziehungsmotiven aus:

1. Motiv nach Anerkennung
(= das Motiv als Person geliebt zu werden, ok zu sein)
2. Motiv nach Wichtigkeit
(= das Motiv für andere Personen eine Bedeutung zu haben)
3. Motiv nach Solidarität
(= das Motiv, Unterstützung zu erhalten, v.a. wenn es einem schlecht geht, man angegriffen wird)
4. Motiv nach Verlässlichkeit
(= das Motiv, dass Beziehungen Bestand haben, belastbar sind)
5. Motiv nach Autonomie
(das Motiv, in wichtigen Bereichen selber bestimmen zu können)
6. Motiv nach Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen
(= das Motiv, dass die Grenzen der eigenen Territorien respektiert werden, nicht überschritten werden; die wichtigsten Grenzen sind die des eigenen Körpers)

Klientinnen mit Persönlichkeitsstörung befinden sich als Kinder und Jugendliche in einem Umfeld, in dem ein oder mehrere Motive frustriert werden. Während sich die acht reinen Persönlichkeitsstörungen durch eine bestimmte Kombination aus frustrierten Motiven auszeichnen, sind bei den Borderline-Klientinnen häufig alle sechs Motive stark frustriert. Durch die Frustration im Kindes- und Jugendalter bilden sich affektiv-kognitive Schemata über die eigene Person (Selbstschemata) und über Beziehungen (Beziehungsschemata), die inhaltlich mit den Motiven übereinstimmen.

Damit befindet sich das Kind in einer sehr schwierigen Situation. Es hat ein stark frustriertes Bedürfnis und gleichzeitig die Überzeugung, dass es das, was es benötigt, durch authentisches Verhalten nicht bekommt.

Durch Modelllernen und durch Problemlösen lernt das Kind nun, Strategien anzuwenden, die doch noch zu ein wenig Bedürfnisbefriedigung führen. Hierzu werden interaktionelle Ziele

(meist Vermeidungsziele) ausgebildet, die zwar mit dem Motiv verbunden sind, aber nicht mehr im direkten Zusammenhang damit stehen (z.B. bei dem Motiv nach Wichtigkeit: Aufmerksamkeit). Damit kommt es zur Ausbildung der sogenannten Spiel-Ebene. Das Kind zeigt auf dieser Ebene Verhaltensweisen, aus denen der Interaktionspartner nicht mehr schließen kann, worum es eigentlich geht. Das Verhalten ist intransparent und wird deshalb als strategisch bezeichnet.

Auch auf der Spielebene hängt der Erfolg der Verhaltensweisen vom Ausmaß der Handlungs- und Verarbeitungskompetenzen ab (vgl. Sachse 2004; 2005; 2006b).

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

Das strategische Handeln auf Spiel-Ebene hat kurzfristig zur Folge, dass die interaktionellen Ziele auf Spiel-Ebene erreicht werden. Im Sinne der Lerntheorien erhöht sich durch diese Verstärkung die Auftretenshäufigkeit des Verhaltens. Langfristig haben die strategischen Verhaltensweisen jedoch den Nachteil, dass Interaktionspartner sich Ärgern oder keine Lust mehr haben, sich manipulieren zu lassen, und die Beziehung abbrechen. Dies bestätigt wiederum die negativen Schemata, was subjektiv die Notwendigkeit, sich intransparent zu verhalten, steigert.

Ein weiteres Problem ist, dass das Erreichen der interaktionellen Ziele auf Spiel-Ebene nicht die Motive befriedigt (vgl. Sachse u. Breil 2009; Langens 2009). Eine Klientin, der klar wurde, dass ihr eigentliches Motiv Wichtigkeit war, hat diesen Effekt folgendermaßen beschrieben: Wenn ich Aufmerksamkeit bekomme, ist das als wäre ich sehr hungrig und ich bekomme etwas Leckeres zu trinken. Das ist schön und tut gut, macht aber nicht satt. Damit bleiben die Motive aber hoch in der Motivhierarchie und damit verhaltenssteuernd.

Zu den Strategien gehören auch Images und Appelle. Bei einem Image versucht die Person ein Bild von sich zu zeichnen und damit zu bestimmen, was die Interaktionspartner von ihr denken sollen bzw. was sie nicht von ihr denken sollen. Dieses Image passt dann zu dem gesendeten Appell, einer impliziten Aufforderung an den Interaktionspartner etwas Bestimmtes zu tun oder eben nicht zu tun.

Jede der acht reinen Persönlichkeitsstörungen zeichnet sich durch charakteristische Strategien sowie charakteristische Images und Appelle auf der Spiel-Ebene aus. Da bei den Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung alle Motive frustriert sein können, können sich bei diesen Klientinnen auch die Lösungsstrategien (interaktionelle Ziele, strategisches Verhalten, Images und Appelle der Spiel-Ebene) aller anderen Persönlichkeitsstörungen finden.

Das Modell der doppelten Handlungsregulation erklärt darüber hinaus, warum es in Therapien zu „Beziehungstests“ kommt (vgl. Silberschatz 1986; Silberschatz et al. 1990; Silberschatz et

al. 1989; Silberschatz et al. 1986). Ein zugewandter Therapeut lässt bei der Klientin das Gefühl entstehen, dass sie in dieser Beziehung endlich ihre stark frustrierten Motive befriedigt bekommt. Dies löst eine Annäherungstendenz in die Beziehung aus. Gleichzeitig triggert der Therapeut die Schemata der Klientin, die beinhalten, dass es eine Bedürfnisbefriedigung nicht gibt. Dies führt zu einem negativen Gefühl und einer Vermeidenstendenz. Damit gibt es gleichzeitig eine Tendenz in die Beziehung und aus ihr heraus und damit eine innerpsychische Diskrepanz. Dies kann die Klientin auflösen, indem sie den Therapeuten testet (z.B. kritisiert). Besteht der Therapeut den Test wird die Annäherungstendenz stärker als die Vermeidenstendenz; fällt der Therapeut durch den Test, ist es umgekehrt. Dies ist nicht, was die Klientin will (sie wünscht sich Motivbefriedigung), aber die Diskrepanz ist aufgehoben.

Eine spezifische Persönlichkeitsstörung ist nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation durch eine bestimmte Kombination von Beziehungsmotiven, durch entsprechende Schemata und durch spezifisches Interaktionsverhalten auf Spielebene charakterisiert. Da für das Verständnis der Borderline Persönlichkeitsstörung eine Kenntnis der anderen Störungen hilfreich ist, werden diese hier im Überblick in Tabelle X-1 dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Komponenten des Modells der doppelten Handlungsregulation für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen findet sich bei Sachse (2004).

Im Folgenden sollen die Aspekte des Modells der doppelten Handlungsregulation noch einmal für die Borderline Persönlichkeitsstörung zusammengefasst werden. Aufgrund der massiven Frustration in der Kindheit und den häufigen Traumatisierungen sind bei den Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung oft alle sechs Beziehungsmotive stark frustriert. Dementsprechend vielschichtig sind die Beziehung- und Selbstschemata. D.h. bei Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung können Schemata aller anderen Persönlichkeitsstörungen vorliegen. Eine Besonderheit der Schemata der Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung ist, dass einige aufgrund der Vernachlässigung in der Kindheit und dem gleichzeitig stattfindenden sexuellen Missbrauch, ein Schema mit dem Inhalt „Nähe / Liebe bekomme ich nur über Sex.“ ausgebildet haben. Dies veranlasst die Klientinnen im späteren Leben ihre eigenen Grenzen nicht zu schützen und zu früh oder mit zu vielen Männern Sex zu haben. Dies ist deshalb ungünstig, da dies das Schema erneut bestätigt, ebenso wie das Schema „Ich kann meine Grenzen nicht schützen.“. Außerdem sind die Schemata oft sehr negativ.

Diese Kombination aus massiv frustrierten Motiven und extrem negativen Schemata erklärt, warum die Beziehungstests der Borderline-Klientinnen härter sein können als die von Klientinnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

Es können fünf Testformen unterschieden werden:

1. Kritik am Therapeuten in seiner Rolle

Bei dieser Art von Test kritisiert die Klientin den Therapeuten als Therapeuten. Sie sagt z.B. „Sie haben mich in einem desolaten Zustand nach Hause geschickt.“, „Sie haben auf die Uhr gesehen.“, „Sie verstehen mich nicht.“.

2. Persönliche Kritik am Therapeuten

Hierbei greift die Klientin den Therapeuten an, sie kritisiert ihn als Person. Sie sagt z.B. „Sie sehen unsympathisch aus.“, „Sie sind eine unmoralische Persönlichkeit.“.

3. Aufforderung zur Grenzüberschreitung

Die Klientin fordert den Therapeuten mehr oder weniger direkt auf ihre Grenzen zu überschreiten. Z.B. „Ich habe Schwierigkeiten über meine Traumatisierung zu reden. Helfen Sie mir und bohren Sie mal.“, „Ich komme nicht gut an meine Gefühle und was dahinter steht. Sie kennen doch bestimmt irgendwelche psychologischen Tricks, dass es aus mir herausbricht.“, „Ich habe Ihnen meine Tagebücher mitgebracht. Bitte nehmen Sie sie mit und lesen sie.“

4. Provokation

Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung sind sehr geschickt darin zu spüren, wo die wunden Punkte der Therapeuten sind. Diese können sie nutzen, um zu versuchen, den Therapeuten zu provozieren, also ärgerlich zu machen. Sie können z.B. sagen „Ihre Zimmereinrichtung ist so düster, dass ich hier nicht mit Ihnen arbeiten kann.“, „Ich komme nur zu Ihnen, weil Sie so einen guten Kleidungsstil haben.“.

5. Andeuten von Suizidalität

Klientinnen können Suizidalität andeuten, um zu gucken, ob sich der Therapeut um sie kümmert.

Auf der Spiel-Ebene zeigen die Klientinnen neben den Beziehungstests die Lösungen von mehreren anderen Persönlichkeitsstörungen (meist drei oder mehr).

Es ist besonders dann von einer Borderline Persönlichkeitsstörung auszugehen, wenn konflikthafte Strukturen vorliegen, wie z.B. bei gleichzeitig dependentem und paranoidem Schema. Bei dieser Kombination triggern die Verhaltensweisen des einen Schemas die Schemata des anderen. Zudem erklärt dies auch die häufig vorkommenden Nähe-Distanzprobleme der Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Die Klientinnen sind in folgender Situation: Ist die Klientin allein, wird das dependente Schema aktiviert und sie hat das Gefühl, alleine nicht leben zu können und dringend jemanden ganz eng bei sich haben zu müssen. Sie sucht sich einen Partner und tut viel, um die Beziehung möglichst schnell sehr eng zu machen. Je enger die Beziehung wird, umso weniger ist das dependente Schema aktiviert, aber umso mehr wird das paranoide Schema getriggert. Die Klientin bekommt große Angst, dass sie eingeschränkt wird, dass der andere ihre Grenzen nicht respektieren und sie verletzen wird. Sie greift ihrerseits den Partner an und bringt Distanz in die Beziehung. Hierdurch wird das paranoide Schema weniger, aber das dependente Schema wieder stärker aktiviert. Die Klientin pendelt immer zwischen Nähe und Distanz.

Je nachdem, welche Schemata aktuell aktiviert sind, wirkt und verhält sich die Klientin also völlig unterschiedlich. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Stimmungsschwankungen der Klientinnen nicht ausschließlich durch eine emotionale Vulnerabilität und mangelhaften Copingstrategien zu erklären sind. Durch die Aktivierung der widersprüchlichen, leicht aktivierbaren, massiv negativen Schemata der Klientinnen kann es auch jederzeit zu einem Stimmungsumschwung kommen. Von einem Wechsel der Stimmungslage mit einem jeweiligen Wechsel der aktivierten affektiv-kognitiven Schemata geht auch **Fiedler (S. 188)** aus.

Mit der Situation, dass sich die Stimmung, aber auch das Verhalten der Klientinnen rasch wechselt, sind auch Therapeuten in der Arbeit mit Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung konfrontiert. Die Klientinnen wechseln zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen. Die Schnelligkeit und Häufigkeit der Wechsel ist sehr unterschiedlich. Es gibt Klientinnen, die während einer Sitzung konsistent einen Persönlichkeitsstil zeigen und erst in der nächsten Sitzung in einem anderen Modus zur Therapie kommen. Hierin kann auch der Grund gesehen werden, warum die Klientinnen oft erst nach einer anderen Persönlichkeitsstörung aussehen. Bei anderen Klientinnen finden mehrer Wechsel innerhalb einer Sitzung statt, teilweise Wechsel von einer Minute auf die nächste.

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

3.3 Modellbildung durch den Therapeuten

Es wurden zwei Dimensionen vorgestellt, die für die Symptomatik der Borderline Persönlichkeitsstörung relevant sind.

Für jede Klientin ist es nun erforderlich, für jede Dimension eine Einschätzung vorzunehmen. Zum einen muss entschieden werden, ob und in welcher der Ausprägung eine Störung der Emotionsregulation vorliegt. Zum anderen muss diagnostiziert werden, ob und in welchem Ausmaß die Klientin eine Interaktions- bzw. Schemastörung hat. Es gibt Klientinnen mit einer stark ausgeprägten Emotionsregulationsstörung ohne gravierende Schemastörung; es gibt Klientinnen mit ausgeprägter Schemastörung ohne Schwierigkeiten mit der Regulierung von Emotionen; weiterhin gibt es Klientinnen mit starken Schwierigkeiten in beiden Bereichen; und letztendlich sind alle Ausprägungen und Kombinationen möglich.

Wenn eine Klientin eine Interaktions- bzw. Schemastörung aufweist, muss in das Modell des Therapeuten über die Klientin eingetragen werden, welche Persönlichkeitsstile eine Klientin realisiert. Hierzu ist eine Analyse der Motive und Schemata, aber auch der interaktionellen Ziele und Strategien und der Images und Appelle erforderlich.

Liegt lediglich eine Emotionsregulationsstörung vor, wäre eine ausschließliche DBT indiziert. Liegt nur eine Interaktions- bzw. Schemastörung vor, kann ausschließlich klärungsorientiert gearbeitet werden.

Wenn auf beiden Dimensionen Schwierigkeiten bestehen, müssen Techniken aus beiden Ansätzen kombiniert werden (s. Abschnitt Indikation und Integration von KOP und DBT). Zu einem ähnlichen Schluss kommen Sieswerda et al. (2007). Die Autoren betonen die Bedeutung dysfunktionaler Schemata für die Borderline Persönlichkeitsstörung und schlussfolgern, dass, ein Fokus der Therapie auf der Veränderung der Schemata liegen sollte, obwohl die Klientinnen weiterhin von einem allgemeine Training der Emotionsregulation profitieren würden.

Da das Training der Emotionsregulation im Rahmen der DBT stattfindet und von Bohus in diesem Band beschrieben wird, sollen im Folgenden die klärungsorientierten Interventionen dargestellt werden.

4 Klärungsorientierte Psychotherapie nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation

In der Klärungsorientierten Psychotherapie werden bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen verschiedene Therapiephasen unterschieden.

Die erste Therapiephase ist die Phase des *Beziehungsaufbaus*. Des Weiteren wäre es günstig, wenn die Klientinnen eine Repräsentation davon entwickeln würden, welche intransparenten Strategien und Manipulationen sie einsetzen. Häufig ist hierzu die *Konfrontation mit der Spielebene* notwendig. Dies kann dann auch der Entwicklung eines Arbeitsauftrags zur *Schemaklärung und -bearbeitung* dienen. Außerdem sollte den Klientinnen geholfen werden neues (authentisches Verhalten) in den Alltag zu transferieren (*Transfer in den Alltag*).

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

4.1 Beziehungsaufbau

Wenn bei den Klientinnen eine Interaktions- bzw. Schemastörung vorliegt, muss der Therapeut mit den selben Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehungen rechnen, die die Klientinnen außerhalb des Therapieraums in Beziehungen haben. Sie können zwischen Abwertung und Idealisierung schwanken, Beziehungen können schnell sehr intensiv werden, aber auch schnell enden. Vor allem das stark widersprüchliche im Verhalten von Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung (z.B. dependente und gleichzeitig paranoide Züge), aber auch das stark bedürftige bzw. fordernde der Personen, macht Beziehungspartner den Umgang schwierig und belastet diese häufig. Das selbe gilt für Psychotherapeuten. Die Schwierigkeiten der Klientinnen in Beziehungen sind vermutlich auch der Grund, warum sie

von vielen Therapeuten mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen in der psychotherapeutischen Arbeit als schwierig erlebt werden.

Schon das Vorhandensein einer Interaktionsstörung weist auf die Notwendigkeit einer gezielten Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten hin. Hinzu kommt, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung konsistent mit positivem Outcome über unterschiedliche Therapieformen hinweg assoziiert ist und dass besonders der Beitrag des Therapeuten zu der Beziehung (Patientenurteil) einen wenn auch moderaten Zusammenhang mit Outcome hat (Martin et al. 2000; Orlinsky et al. 2004). Außerdem wird die Bedeutung des Aufbaus und Aufrechterhaltung einer guten therapeutischen Allianz gerade bei der Borderline Persönlichkeitsstörung betont und in verschiedenen Therapierichtungen als Voraussetzung für erfolgreiche Therapie gesehen (Beck et al. 1990; Clarkin et al. 1999; Turner 1987; 1994). Korrespondierend fanden Spinhoven et al. (2007) in ihrer Studie, dass die Qualität der Beziehung Therapieabbrüche vorhersagt und dass die Verbesserung/Entwicklung der therapeutischen Beziehung im ersten Behandlungsjahr mit einer späteren Reduktion der Borderline-Symptomatik verbunden ist.

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

1. Realisierung der Basisvariablen
2. Spezielle Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung
3. Umgang mit Beziehungstests
4. Explizierung der Beziehungsmotive

4.1.1 Realisierung der Basisvariablen

Es empfiehlt sich grundsätzlich die gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen in der Beziehungsgestaltung zu realisieren: empathisches Verstehen, Akzeptierung, Respekt, emotionale Wärme, Kongruenz und Echtheit, Loyalität.

Gerade wenn zu Beginn der Therapie noch nicht klar ist, welche Beziehungsmotive bei der Klientin im Vordergrund stehen, vermeidet man hierdurch Fehler zu machen und man schafft u.U. schon ein gewisses Maß an Beziehungskredit.

Gerade bei Klientinnen mit massiven Erfahrungen von Invalidierung, die sehr negativ auf erneute Invalidierung reagieren können, sind diese Basisvariablen von entscheidender Bedeutung, da diese validierend sind (s. auch Validierung in der DBT, Kapitel von Bohus in diesem Band).

4.1.2 Spezielle Aspekte der komplementären Beziehungsgestaltung

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

Bei der Betrachtung der Komplementarität sind drei Aspekte relevant:

1. Komplementarität zur Motiv-Ebene

Bei der Komplementarität zum jeweils aktualisierten Beziehungsmotiv hat der Therapeut zwei Möglichkeiten. Zum einem sollte er ein Verhalten realisieren, das das Motiv der Klientin trifft, es so befriedigt und langfristig in der Motivhierarchie sinken lässt. Zum zweiten kann der Therapeut explizite Beziehungsbotschaften in Hinblick auf das Motiv senden. In Tabelle X-2 sind für jedes Motiv Verhalten und explizite Botschaften aufgeführt.

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

2. Nicht-Komplementarität zur Spiel-Ebene

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

Deshalb ist es auch sehr wichtig, dass die Regeln, die für die Therapie gelten, klar sind und dass sich Therapeut und Klientin daran halten.

Wenn es notwendig erscheint, kurzfristig komplementär zur Spiel-Ebene zu sein, dann sollte der Therapeut bestimmte Punkte dabei beachten: Komplementarität zur Spiel-Ebene ...

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

3. Umgang mit Images und Appellen

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

Der erste wichtige Schritt ist, dass sich der Therapeut klar macht, dass die Klientin gerade nicht inhaltlich arbeiten möchte, sondern eine bestimmte Art von Beziehung anstrebt. Das heißt, sie ist nicht auf Inhaltsebene sondern auf Beziehungsebene. Das bedeutet, der Therapeut sollte primär Beziehungsbotschaften verarbeiten und sich klar sein, dass alle seine inhaltlichen Interventionen als Beziehungsbotschaft verstanden werden.

Die grundsätzliche Empfehlung zum Umgang mit Images und Appellen ist, sie explizit zu machen und sie damit von der Beziehungsebene auf die Inhaltsebene zu holen. Damit macht der Therapeut deutlich, dass er die Images und Appelle verstanden hat. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die Klientin aufhören kann, sie zu vermitteln, da sie weiß, sie sind schon angekommen. Wichtig beim Explizit machen ist, dass sich der Therapeut überlegen muss, welches Image er bestätigen kann ohne damit den Therapieprozess zu schädigen und welche er besser umformuliert oder ganz ignoriert. Das selbe gilt für Appelle. Es gibt Appelle denen der Therapeut folgen kann und es gibt andere deren Befolgen den Prozess blockieren.

Um dies zu verdeutlichen, folgen einige Beispiele.

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

Bei Appellen gibt es ebenfalls unterschiedliche Varianten. Es gibt Appelle, denen kann der Therapeut folgen, da sie den Prozess nicht behindern, sondern eigentlich therapeutisch sind, wie der Appell „Verstehe mich.“ Der Therapeut kann sich bemühen, die Klientin zu verstehen, da dies zur Therapie gehört. Zusätzlich hat der Therapeut die Möglichkeit eine explizite Botschaft zu senden („Mir ist es wichtig, Sie zu verstehen.“). Es gibt Appelle, wie „Mein Mann ist scheiße und deshalb geht es mir schlecht (das hat nichts mit mir zu tun). Das sehen Sie doch genauso?!“, denen sollte der Therapeut nicht folgen. Wenn der Therapeut solchen Solidarisierungsappellen folgt, bestätigt er, dass die Klientin nichts tun muss / kann, da das Problem extern lokalisiert ist. Eigentlich muss der Mann in Therapie! Eine Möglichkeit

damit umzugehen, ist auf den Teil des Appells zu fokussieren, der mit der Klientin zu tun hat „Ihnen geht es schlecht.“. Er kann auch hier den Eindruck der Klientin in seine Intervention einbeziehen („Sie haben den Eindruck, dass sie schlecht behandelt werden.“). Da es um Solidarität geht, kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, eine explizite Beziehungsbotschaft anzuschließen „Ich möchte Sie gerne unterstützen, dass es Ihnen besser geht.“ Eine dritte Appellvariante sind solche Appelle, die der Therapeut teilweise bestätigen kann („Übernehmen Sie Verantwortung für mich.“). Diesen Appell kann der Therapeut nicht vollständig folgen oder bestätigen, da die Klientin, wenn der Therapeut ihr alle Verantwortung abnimmt, in der Therapie nicht mehr arbeiten muss. Außerdem wird sie vom Therapeuten abhängig. Gleichzeitig hat und übernimmt ein Therapeut für den Therapieprozess einen Teil der Verantwortung und das kann er der Klientin auch sagen „Ich übernehme meinen Teil der Verantwortung“ und das tut er dann auch.

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

4.1.3 Umgang mit Beziehungstests

Wie vorgestellt, testen die Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung die Therapeuten aufgrund der großen Diskrepanz zwischen den stark frustrierten Motiven und den sehr negativen Schemata häufig und teilweise auch hart. Je nach Therapiephase und Stand der therapeutischen Beziehung kann ein Therapeut unterschiedlich mit den Tests *Kritik am Therapeuten in seiner Rolle*, *persönliche Kritik* und *Provokation* umgehen.

Der erste wichtige Punkt, der für alle Tests und Phasen gilt, ist, dass sich der Therapeut nicht ärgern sollte. Ärger bedeutet, dass der Therapeut das Verhalten der Klientin bewertet und damit nicht akzeptierend ist. Klientin mit Borderline Persönlichkeitsstörung haben im Laufe ihres Lebens massive Abwertung erfahren und entsprechend negative Schemata, die sagen „Ich bin nicht akzeptabel.“. Aufgrund dessen können diese Klientinnen nicht unterscheiden, ob der Therapeut ein bestimmtes Verhalten oder sie als Person inakzeptabel findet.

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

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

Der zweite Schritt im Umgang mit Beziehungstests wäre eine explizite Botschaft an das aktivierte Beziehungsmotiv zu senden – auch hier nicht ärgerlich. Manchmal bietet es sich an das Motiv und / oder die aktivierten Zweifel vorher noch zu explizieren. „Sie wünschen sich

von mir Unterstützung / Sie haben Zweifel, ob ich solidarisch bin. Ich möchte Sie aber sehr gerne unterstützen.“

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

Im nächsten Schritt kann der Therapeut anfügen, dass dieses Verhalten bei anderen Menschen Ärger auslösen kann und damit für die Klientin Kosten hat. „Wissen Sie, für mich ist das völlig ok. Ich könnte mir aber vorstellen, dass sich andere Leute, wenn sie XY machen, ärgern und es Streit gibt oder Beziehungen beendet werden. Und mein Eindruck ist, dass Sie eigentlich genau das Gegenteil möchten.“ Wenn die Klientin das nachvollziehen kann, kann der Therapeut anbieten zu klären, warum die Klientin sich so verhält.

Im der fünften Phase würde der Therapeut das Verhalten der Klientin nicht explizit machen, sondern versuchen, das getriggert Schema zu klären. Die Idee dahinter ist, dass der Therapeut durch sein Verhalten eine Schema bei der Klientin aktiviert hat, die Klientin aber auf den Therapeuten fokussiert. Der Therapeut versucht nun schrittweise den Fokus der Klientin vom Therapeuten weg, auf das Schema zu lenken und einen Klärungsprozess zu initiieren.

Zusammenfassend lassen sich fünf Arten des Umgangs mit Beziehungstests festhalten:

1. Nicht ärgern
2. Nicht ärgern und explizite Botschaft an das Beziehungsmotiv der Klientin
3. Nicht ärgern und explizieren, was die Klientin tut und warum
4. Nicht ärgern und Konfrontation mit möglichen Reaktionen anderer auf das Verhalten der Klientin, Klärung der Gründe anbieten
5. Nicht ärgern und Klärung des getriggerten Schemas

Im Folgende soll für die Testarten, bei denen es notwendig ist noch einmal auf spezielle Aspekte eingegangen werden.

Während sich bei der *persönlichen Kritik am Therapeuten* und bei *Provokation* der Therapeut relativ sicher sein kann, dass es sich um einen Beziehungstest handelt, besteht bei der *Kritik am Therapeuten* in seiner Rolle grundsätzlich die Möglichkeit, dass es auch eine authentische Kritik durch die Klientin sein kann. Wenn ein Therapeut also für sein therapeutisches Verhalten kritisiert wird, muss er erst einmal entscheiden, handelt es sich um eine ernst gemeinte/authentische Kritik oder um einen Beziehungstest. Das Vorgehen ist zu Beginn in beiden Fällen gleich.

Der erste Schritt ist, den Klienten in einen kooperativen Modus zu bringen. Der Therapeut lobt den Klienten und macht damit deutlich, dass er es völlig in Ordnung findet, dass der Klient kritisiert und dass er der Situation nicht ausweichen will. Der Therapeut macht deutlich, dass eine besondere Situation entstanden ist und dass dieser Situation besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss: „Ich finde es gut, dass Sie das ansprechen. Denn dadurch können wir die bei Ihnen entstandene Unzufriedenheit jetzt klären.“ Im zweiten Schritt ist es wichtig, dass der Therapeut Intensität und Ziel erkennt und benennt: „Ich merke, dass Sie mit **mir** und dem, was ich in der letzten Stunde getan habe, **sehr unzufrieden** sind.“ Im dritten Schritt übernimmt der Therapeut wieder Kontrolle über den Prozess: „Ich finde es wichtig, dass wir uns jeden Ihrer Kritikpunkte ganz gründlich und nacheinander ansehen, damit wir keinen Aspekt vergessen.“

An dieser Stelle muss der Therapeut nun entscheiden, ob es sich um eine authentische Kritik oder einen Beziehungstest handelt. Einige Kriterien zur Unterscheidung finden sich in Tabelle X-3.

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

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

Bei der Testform *Aufforderung zur Grenzüberschreitung* ist es wichtig, der Aufforderung nicht nachzukommen, diese explizit abzulehnen und der Klientin die Gründe hierfür zu erklären: „Mir ist es wichtig, Ihre Grenzen nicht zu überschreiten. Deshalb möchte ich keine Psychospielchen machen, bei denen Sie nicht wissen, was genau passiert. / Deshalb möchte ich ihr Tagebuch nicht lesen. Mir ist wichtig, dass Sie jeder Zeit entscheiden können, wenn es Ihnen zu weit geht. / Deshalb möchte ich nicht bohren, sondern darauf achten, wie weit Sie gehen wollen.“

Wenn die Klientin *Suizidalität andeutet*, muss der Therapeut erst einschätzen, ob die Klientin tatsächlich über Selbstmord nachdenkt, oder ob sie über das Andeuten von Suizidalität versucht, etwas anderes (z.B. häufigere Sitzungen) zu erreichen. Einen Manipulationsversuch kann der Therapeut daran erkennen, dass die Gedanken und Pläne der Klientin bei dem Versuch, die Suizidalität abzuklären, unkonkret und vernebelt bleiben. Andere mögliche Kriterien sind, dass die Klientin ploppt, d.h. das Thema wechselt, Suizidalität andeutet, dann aber nicht darüber reden will, dass Forderungen oder Appelle mit der Suizidalität verbunden sind, dass die Klientin jammert ohne dass der Therapeut mitschwingen kann (mangelnde Authentizität) und dass die Gründe für die Suizidalität unangemessen oder absurd erscheinen. Keins dieser Kriterien ist ein hartes Kriterium in dem Sinne, dass es 100% bestimmt, dass es sich um einen Manipulationsversuch handelt. Letztendlich kommt es auf die Einschätzung des

Therapeuten an. Wenn der Therapeut zu der Entscheidung kommt, dass es sich um einen Manipulationsversuch handelt, kann er versuchen, dies mit der Klientin zu besprechen, die Manipulation transparent zu machen und das dahinter stehenden Motiv zu klären. Im Anschluss daran, kann der Therapeut eine passende Beziehungsbotschaft an die Klientin senden, ohne auf übertriebene Forderungen einzugehen. Außerdem kann er mit der Klientin besprechen, ob sie sich einen anderen Weg ihre Wünsche zu äußern vorstellen kann. Sowohl wenn dies gelingt als auch wenn ein Transparent machen der Manipulation nicht möglich ist, bleibt die Frage, ob sich die Klientin von der Suizidalität distanzieren kann. Wenn dies nicht der Fall ist oder der Therapeut kein klares Bild vom Ausmaß der Suizidalität bekommt, wird das Notfallsystem eingeschaltet. Dies hat den Vorteil, dass sich der Therapeut sicher sein kann, dass der Klientin nicht passiert und dass er sich nicht manipulieren lässt. Erfahrungsgemäß hat dies auch kaum negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, da die Klientinnen sich ernst genommen fühlen.

4.1.4 Explizierung der Beziehungsmotive

Ein weitere Aspekt der Beziehungsgestaltung ist das Explizieren der Beziehungsmotive. Der Therapeut muss erkennen, welche Motive und Wünsche bei der Klientin im Vordergrund stehen und diese benennen. Dies kann sich (wenn es an den richtigen Stellen eingesetzt wird) sehr positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken. Ein weiterer Effekt der Explizierung der Beziehungsmotive ist, dass die Klientin hierdurch eine Repräsentation ihrer Motive aufbauen kann. Dies ist vor allem bei Klientinnen mit Alienation (= Entfremdung vom eigenen Motivsystem) wichtig, um diese aufzuheben.

4.2 Konfrontation mit Spielebene

Den Klientinnen sind jedoch nicht nur ihre Motive nicht bewusst. Häufig haben sie auch keine bewusste Repräsentation der intransparenten Strategien der Spiel-Ebene, auch wenn das Ausmaß an Einsicht in die intransparenten Strategien sehr unterschiedlich ist, ist es wichtig, die Klientinnen mit ihrem Verhalten zu konfrontieren und ihnen die damit verbundenen Kosten (langfristige Konsequenzen) zu verdeutlichen. Für die Konfrontation mit Borderline-Klientinnen ist es von besonderer Bedeutung, dass der Therapeut nicht persönlich verärgert ist. Es muss der Klientin deutlich werden, dass der Therapeut sie auf gewisse Verhaltensweisen hinweist, weil er sie unterstützen möchte und dass dieses Verhalten nicht ungünstig ist, weil der Therapeut es negativ bewertet (für den Therapeuten ist es ok, was die Klientin tut), sondern weil es für die Klientin Kosten hat.

Die Konfrontation hat mehrere Funktionen. Zum einen kann das Erkennen der Kosten die Klientinnen motivieren, in der Therapie mitzuarbeiten. Zum zweiten ist die Erkenntnis, sich dysfunktional zu verhalten, eine notwendige Voraussetzung für eine Verhaltensänderung. Und zum dritten wirft die Tatsache, dass man sich ungünstig verhält, die Frage auf, warum man

dies tut. Wenn sich die Klientin diese Frage stellt, hat der Therapeut einen Arbeitsauftrag zur Schemaklä rung und -bearbeitung.

4.3 Schemaklä rung und -bearbeitung

Da die Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung sehr negative und konflikthafte Schemata aufweisen, ist für sie eine Schemaklä rung und -veränderung von großer Bedeutung. In der Regeln sind die relevanten Schemata nicht repräsentiert. Da ein Schema einer Bearbeitung jedoch nur dann zugänglich ist, wenn die zentralen Schemaaspekte kognitiv repräsentiert sind, ist das Schema erst zu klären. Nur ein valide repräsentiertes und aktiviertes Schema kann bearbeitet werden. Ziel der Schemaklä rung ist damit die systematische und valide Repräsentation des dysfunktionalen Schemas. Die Schemaklä rung ist ein komplexer Prozess, für den die KOP geeignete Methoden zur Verfügung stellt (vgl. Sachse 2003). Es ist aber auf jeden Fall zu bedenken, dass nur aktivierte Schemata geklä rt (und verändert) werden können. Schemaklä rung geht deshalb auch immer mit der Aktivierung verschiedener negativer Emotionen einher. Deshalb ist zu beachten, dass dies erst Inhalt der Psychotherapie mit Borderline-Klientinnen wird, wenn die Klientinnen in der Lage sind, mit negativen Gefühlen umzugehen. Zudem benötigen die Klientinnen zur Auseinandersetzung mit den negativen Schemata einen positiven Gegenpol. Damit sind Ressourcen gemeint, auf welche die Klientin zurückgreifen kann, wenn es ihr schlecht geht. Fehlen hinreichende Ressourcen besteht die Gefahr, dass die Klientin durch die Klä rung zu sehr destabilisiert und suizidal wird.

Die dysfunktionalen Schemata der Borderline-Klientinnen müssen nach der Klä rung im Therapieprozess aktiv bearbeitet werden. Die Klientinnen müssen motiviert werden, gegen ihre Schemata anzugehen. Sie müssen unterstützt werden ihre Schemata zu prüfen und zu widerlegt und zu den Schemata kognitive und affektive Alternativen zu entwickeln. Hierzu empfiehlt die Klä rungsorientierte Psychotherapie das Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). Es handelt sich um eine Zwei-Stuhl-Technik, die als Rahmentchnik zur Bearbeitung von Schemata konzipiert wurde, in der die Klientin angeleitet wird, ihre eigene Therapeutin zu sein und sich von ihren Schemata zu distanzieren. Im EPR kommen verschiedenste Strategien zum Einsatz. Neben kognitiven Methoden werden Strategien der Schema-Aktivierung mit Methoden der affektive Umstrukturierung, der Imagination, aber auch der Ressourcen-Aktivierung und der Motivierung kombiniert (vgl. Sachse et al. 2008).

Die Schemaklä rung und -bearbeitung soll es den Klientinnen erleichtern, im Alltag neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

4.4 Transfer in den Alltag

Entsprechend kann in der Therapie mit der Klientin erarbeitet werden, was aus den Erkenntnissen über intransparente Strategien und aus den bearbeiteten Schemata für ihr

Verhalten folgt. Veränderungen wie das Ausprobieren authentischen Verhaltens können geplant werden und mit verhaltenstherapeutischen Methoden wie Rollenspielen geübt oder als Hausaufgaben vereinbart werden.

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

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

Klärungsorientierte Interventionen stehen in einem Ergänzungsverhältnis zur DBT. In den meisten Fällen wird es günstig sein DBT und KOP im Rahmen einer klärungsorientierten Verhaltenstherapie zu kombinieren. Im folgenden Abschnitt wird darauf eingegangen, wie diese Kombination von DBT und einem klärungsorientierten Vorgehen im Therapieverlauf aussehen könnte.

5 Indikation und Integration von KOP und DBT

Als Grundlage zur Beschreibung eines Therapieprozesses, in dem DBT und KOP kombiniert werden, eignen sich die Phasen der DBT. Die DBT unterteilt die Therapie in eine Vorbereitungs- und drei Therapiephasen. Während die Vorbereitungsphase spezielle Inhalte hat, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll, werden in der ersten Therapiephase schwere Probleme auf der Verhaltensebene behandelt. Hierzu gehört auch das Training von Emotionsregulationsfertigkeiten. In der zweiten Therapiephase stehen dann Probleme mit Folgen von traumatischen Erfahrungen im Fokus der Therapie. Hierfür werden bestimmte Voraussetzungen, die auf Seiten der Klientin gegeben sein müssen, formuliert (Bohus 2002), die in der ersten Phase der Therapie geschaffen wurden. Diese sind:

- Suizidalität sollte eindeutig geklärt sein
- Patientin sollte in der Lage sein, Emotionen zu modulieren
- Sie sollte keine selbstschädigenden Verhaltensmuster mehr zur Spannungsreduktion einsetzen
- Zentrale Fragen der (Über-)Lebensqualität sollte gelöst sein
(keine real traumatisierende Umgebung, Drogen und Alkohol, tragende soziale Kontakte, stabilisierende Freizeitaktivität usw.)

- Patientin sollte im Selbstmanagement dissoziative Phänomene revidieren können

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

Außerdem können die Klientinnen mit steigender Stabilität zunehmend mit ihrem interaktionellen Verhalten auf Spiel-Ebene konfrontiert werden. Dies kann vorsichtig bereits in der ersten Phase geschehen, wenn die Klientin mit einer entsprechenden Rückmeldung umgehen kann und der Eindruck besteht, dass durch eine, wenn auch kleine Verhaltensänderung Entlastung entsteht. Die Klientin wird dann auch bei dem Transfer in den Alltag unterstützt. In die dritte Therapiephase der DBT fallen dann noch weitere Probleme der Lebensführung.

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

6 Möglichkeiten und Grenzen der Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung

Wie bereits dargestellt, stellt die DBT eine effektive Behandlungsform für Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung dar (s. Bohus in diesem Band). Die Erweiterung dieses Ansatzes um Elemente der Schemabearbeitung als zusätzlichen Schwerpunkt in der Therapie (s. Arntz in diesem Band) wird von einigen Autoren als Möglichkeit gesehen, die Effektivität weiter auszubauen. Das Einbeziehen von speziellen Aspekten von Persönlichkeitsstörungen, wie sie mit dem Modell der doppelten Handlungsregulation beschrieben werden, kann einen weiteren hinzugewinnen bringen. Zum einen versprechen wir uns mit einer Klärungsorientierten Verhaltenstherapie Klientinnen zu erreichen, die sonst als Misserfolg gesehen werden. Zum anderen können bereits erfolgreich behandelte Klientinnen die Erfolge in anderen Bereichen weiter ausbauen.

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

schnelleren Erfolgen zu rechnen als bei Klientinnen mit massiven Beeinträchtigungen auf beiden Dimensionen.

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

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

7 Literatur

American Psychiatric Association. Leitlinien zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung. Bern: Hans Huber 2005.

Arntz A. Introduction to special issue: Cognition and emotion in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychiatry* 2005; 36: 167-172.

Arntz A, Dietzel R, Dreessen L. Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37: 545-557.

Beck AT, Freeman AM, Associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford 1990.

Bohus M. *Borderline-Störungen. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2002.

Bohus M, Höschel K. Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Störung. *Psychotherapeut* 2006; 51: 261-270.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley 1999.

DeGroot ER, Verheul MSc, Trijsburg RW. An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22: 332-352.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hans Huber 2006.

Fiedler

Giesen-Bloo J, Arntz A. World assumption and the role of trauma in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychiatry* 2005; 36: 197-208.

Horowitz M, Marmar C, Krupnick J, Willner N, Kaltreider H, Wallerstein R. *Personality Styles and Brief Psychotherapy*. New York: Guilford 1984.

Hurt SW, Clarkin JF, Munroe-Blum H, Marziali E. Borderline behavioral clusters and different treatment approaches. In: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H (eds). *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford 1992; XXX.

Langens, 2009

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan, MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004, 364: 453-461.

Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford 1993.

Linehan MM. *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien 1996

Martin DJ, Garske JP, Davis, MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 438-450.

Millon (1996)

Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lamber MJ (ed). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York: Wiley 2004; 307-390.

Pretzer J. Borderline personality disorder. In: Beck AT, Freeman A (eds). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford 1990; XXX.

Sachse R. *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe 1999.

Sachse R. *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe 2001.

Sachse R. *Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe 2002.

Sachse R. *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2003.

Sachse, R. (2004). *Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. In R. Merod (Hrsg), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. Tübingen, DGVT-Verlag, 2005, 357 - 404.

Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2005)

Sachse R. *Persönlichkeitsstörungen verstehen - Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2006a.

Sachse R. *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. *Psychotherapie* 2006b; 11: 241-246.

Sachse R. *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe 2006c.

Sachse R, Breil J. 2009;

Sachse R, Püschel O, Fasbender J, Breil J. *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe 2008.

Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe 2003.

Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2007; 41: 837-847.

Sieswerda S, Arntz A, Mertens I, Vertommen S. Hypervigilance in patients with borderline prsonality disorder: Specificity, automaticity and predictors. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45: 1011-1024.

- Silberschatz G. Testing pathogenetic beliefs. In: Weiss J, Sampson H, Mount Zion Psychotherapy Research Group. The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research. New York: Guilford 1986; 256-266.
- Silberschatz G, Curtis JT, Sampson H, Weiss J. Research on the process of change in psychotherapy: An approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In: Beutler L, Cargo M (eds.). International psychotherapy research programs. Washington, DC: American Psychological Association 1990; XXX.
- Silberschatz G, Curtis JT, Nathans S. Using the patient's plans to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy* 1989; 26: 40-46.
- Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT. How do interpretations influence the process in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 646-652.
- Skodol AE, Gunderson J, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever L. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity and personality structures. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 936-950.
- Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75: 104-115.
- Trautmann, XXX
- Turner RM. Treating Borderline Personality disorder in the partial-hospital setting. *International journal of partial hospitalization* 1987; 4: 257-269.
- Turner RM. Case study evaluation of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 1989; 20: 477-489.
- Turner RM. Dynamic-cognitive-behavior therapy. In Giles T (ed). *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum 1993; 437-454.
- Turner RM. Borderline, narcissistic and histrionic personality disorders. In: Hersen M, Ammerman T. *Handbook of prescriptive treatments for adults*. New York: Plenum Press 1994; 393-420.
- Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange 1994.
- Zimmerman M, Mattia JI. Axis I Diagnostic Comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1999; 40: 245-252.
- Zittel Conklin C, Bradley R, Westen, D. Affect Regulation in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194: 69-77.

Tabellen

Tabelle X-1: Motive, Schemata und Aspekte der Spielebene bei den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen

Störung	Motive	Zentrale Schemata	Spielebene
Histrionisch	Wichtigkeit Solidarität Verlässlichkeit	Ich bin nicht wichtig. Bez. sind nicht solidarisch. Bez. sind nicht verlässlich.	Aufmerksamkeit, die Wichtigste sein Einfordern, Verantwortung abgeben Image: Ich bin arm dran. Ich bin sexy. Ich bin unterhaltsam ... Appell: Gibt mir Aufmerksamkeit. Kümmere dich um mich.
Narzisstisch	Anerkennung Wichtigkeit Solidarität Autonomie	Negative Selbstkonzept: Ich bin nicht ok. Ich bin ein Versager. Positives Selbstkonzept: Ich bin habe außergewöhnliche Fähigkeit. Ich bin toll.	Anerkennung für Leistung, sei besser als andere, zeige wenig von dir Regel-Setzen Image: Ich bin toll! Ich habe großes geleistet (gegen Widerstände) Appell: Bewundere mich! Kritisiere mich nicht.
Dependent	Verlässlichkeit Solidarität	Bez. sind nicht verlässlich. Bez. sind nicht solidarisch. Ich bin alleine nicht lebensfähig.	Unentbehrlich sein, Streit vermeiden Image: Ich bin schwach und hilfsbedürftig. Appell: Verlass mich nicht. Kümmere dich um mich. Übernimm Verantwortung
Selbstunsicher	Anerkennung Wichtigkeit	Ich bin nicht attraktiv. Ich bin sozial inkompetent. Ich habe nichts zu bieten	Zurückhaltend, nicht auffallen So gut wie keine Images und Appelle
Paranoid	Grenzen Autonomie Solidarität Anerkennung	Meine Grenzen werden nicht respektiert. Andere schaden mir. Alle stellen sich gegen mich. Wenn ich nicht sofort hart reagiere, gehe ich unter.	Pass auf. Lass niemandem etwas durchgehen. Zeige keine Schwäche. Zeige, dass du dich wehren kannst. Image: Ich bin stark und gefährlich. Appell: Bleib mir vom Leib!
Passiv-aggressiv	Grenzen Autonomie Anerkennung	Andere schränken meine Autonomie ein Meine Grenzen werden nicht respektiert. Wenn ich mich wehre, wird es schlimmer.	Lass dich nicht einschränken oder über sich bestimmen. Wehre dich nur offen, wenn es ungefährlich ist. Image: Ich bin arm dran. Andere schaden mir. Ich werde behindert.
Zwanghaft	Anerkennung Wichtigkeit Solidarität Autonomie	Ich bin nicht ok. Ich bin toxisch. In Bez. wird man abgewertet, bloßgestellt.	Folge deinen Normen. Regel-Setzen Wenn deine Normen angegriffen werden, leiste Widerstand.

		In Bez. wird man eingeschränkt.	Achte nicht auf deine Bedürfnisse. Image: Ich kenne mich aus. Ich bin moralisch. Appell: Halte dich an meine Normen.
Schizoid	Anerkennung Wichtigkeit Verlässlichkeit Solidarität	Beziehungen bringen nichts. Ich kann mich nur auf mich selber verlassen. Ich kann mit sozialen Situationen nicht umgehen.	Bleib allein. Mach dich nicht abhängig. Wenig Images und Appelle

Tabelle X-2: Die sechs Beziehungsmotive mit den entsprechenden komplementären Verhaltensweisen und expliziten Beziehungsbotschaften

Motiv	Komplementäres Verhalten	Explizite Beziehungsbotschaft
Anerkennung	nicht bewerten, akzeptieren und respektieren, nicht defizitär behandeln, Ressourcen anerkennen	Ich finde Sie und was Sie tun ok. Ich bewerte nichts. Sie müssen nichts tun oder leisten, ich mag Sie einfach so.
Wichtigkeit	wichtig und ernst nehmen, Interesse signalisieren (zugewandt, aufmerksam, nachfragen), Verständnis signalisieren	Ich nehme Sie ernst. Ich nehme Sie wichtig. Ich interessiere mich für Sie.
Solidarität	da sein (nicht genervt sein), wenn es der Klientin schlecht geht keine Aufträge von dritten annehmen	Ich möchte Sie unterstützen. Ich bin für Sie da (wenn es Ihnen schlecht geht).
Verlässlichkeit	anrufen, wenn Termine ausfallen aushalten (nicht ärgerlich sein), wenn die Klientin ärgerlich o.ä. ist	Ich werde Sie nicht wegschicken. Ich bleibe bei Ihnen.
Autonomie	Transparenz: Erklären was der Therapeut wann und warum tut. keinen Druck ausüben der Klientin nicht definieren die Klientin bestimmen lassen, ihm Kontrolle geben Interventionen als Angebot formulieren	Ich möchte/werde nicht für oder über Sie bestimmen. Ich möchte/werde Sie nicht einschränken. Sie entscheiden, worum es geht und was Sie tun.
Grenzen	Grenzen respektieren Nicht zu tiefgehende Interventionen machen	Ihre Grenzen sind mir wichtig. Ich möchte/werde Ihre Grenzen nicht überschreiten. Sie dürfen jeder Zeit sagen „Stop“ und ich halte mich dran.

Tabelle X-3: Unterscheidungsmerkmale Authentische Kritik versus Beziehungstest

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

Abbildungen

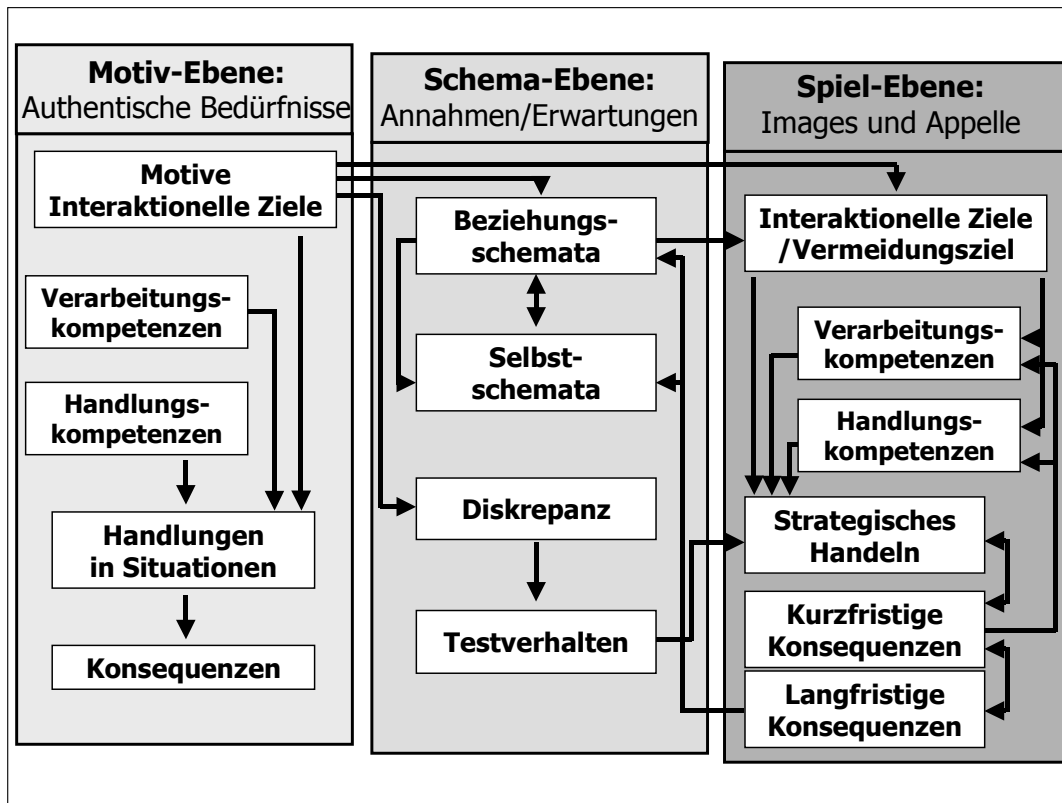


Abbildung X-1: Das Modell der doppelten Handlungsregulation

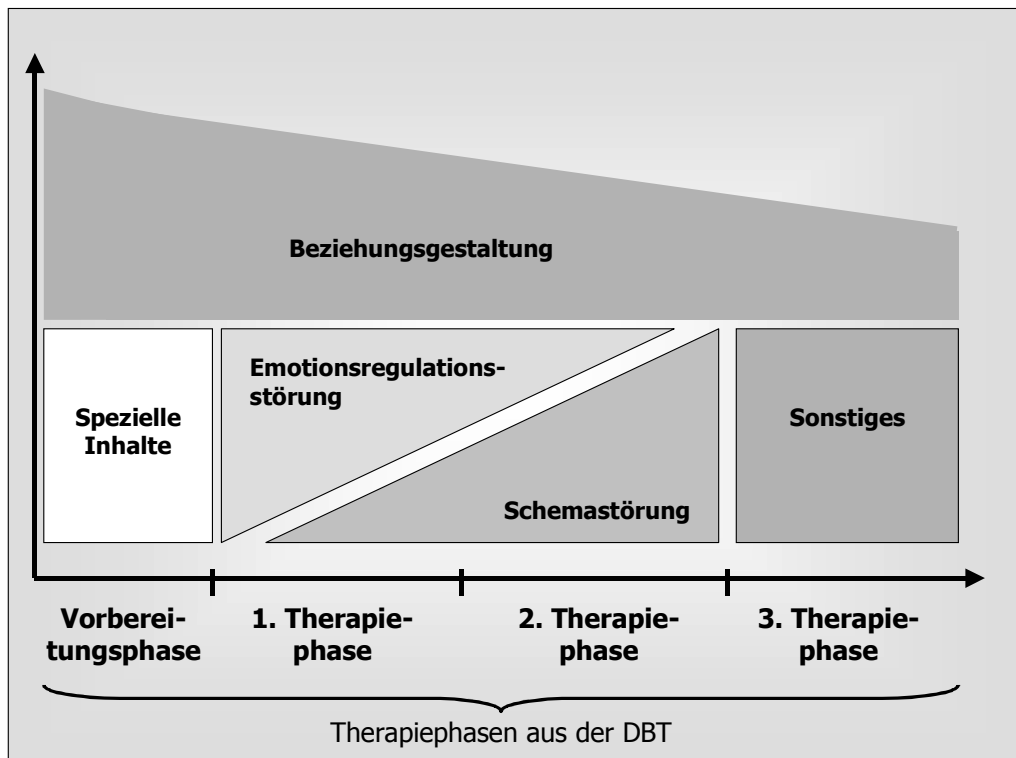


Abbildung X-2: Behandlungsschwerpunkte in den einzelnen Therapiephasen