

# Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

## Crisis Intervention of Borderline Personality Disorders

Thomas Giernalczyk und Gesa-Kristina Petersen

### Zusammenfassung

Die Autoren beschreiben wichtige Auslöser sowie Erlebens- und Verhaltensmuster für Krisen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Anschluss daran führen sie in die Grundzüge der Krisenintervention ein. Im nächsten Schritt setzen sie einen besonderen Schwerpunkt auf die Einschätzung und Bearbeitung suizidaler Krisen. Dabei orientieren sie sich sowohl an psychodynamischen als auch verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Abschließend stellen sie schwierige Beziehungskonstellation bei Krisenintervention mit dieser Patientengruppe vor.

**Schlüsselwort** Borderline-Persönlichkeitsstörungen – Krisenintervention – suizidale Krisen – Einschätzung von Suizidalität – schwierige Beziehungskonstellationen

### Summary

The authors describe important stimuli as well as experience and behavioral patterns shown by patients with borderline personality disorder in a crisis situation.

Afterwards they establish the main features of crisis intervention and focus on the evaluation and treatment of suicidal crises. Their work is based on both a psychodynamic view and aspects of behavior therapy. In the end the authors present difficult relationships with these patients in crisis intervention.

**Keywords** borderline personality disorder – crisis intervention – suicidal crisis – assessment of suicidality – difficult relationships in crisis intervention

Beinahe alle Menschen erleben Krisen, und ein Teil von ihnen sucht dabei professionelle Hilfe auf. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen geraten häufiger in Krisen als andere Menschen. Das wiederholte Erleben von Krisen ist als ein Teil dieser Persönlichkeitsstörung zu betrachten.

### Krisen im Rahmen von Borderline-Störungen

Krisenintervention für diese Personengruppe orientiert sich zum einen an Prinzipien, die generell für Krisen gelten. Sie enthalten aber auch Aspekte, die gerade bei dieser Gruppe besonders wichtig sind. Die Besonderheiten dieses Vorgehens orientieren sich an den Gegebenheiten der Störung (vgl. DSM-IV):

- Personen mit Borderline-Störungen leben häufig in instabilen, aber intensiven Beziehungen, gleichzeitig fürchten sie sich vor imaginärem und tatsächlichem Alleinsein. Die Kombination der instabilen Beziehungen mit der Angst vor Einsamkeit bildet eine Situation, die leicht Ausgangslage für Krisen werden kann. Noch mehr als bei anderen Menschen sind demnach Trennung, Trennungsdrohungen oder Zeiten des Alleinseins Auslöser für Krisen und müssen in Kriseninterventionen entsprechend bearbeitet werden. Bei einer Krisenintervention müssen wir uns also darauf einstellen, dass wir mit Menschen Kontakt bekommen, die ihre Beziehungen als schwierig erleben, ihnen oft sehr ambivalent gegenüberstehen, aber das Gefühl haben, ohne den jeweiligen Partner nicht leben zu können.

- Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung neigen zu einem Interaktionsstil, zu dem starke Überidealisierung und heftige Abwertung gehören. Folglich ist davon auszugehen, dass sie diese Kommunikationsmuster auch gegenüber ihren Krisentherapeuten an den Tag legen. Diese müssen sich immer dann mit den oben genannten Kommunikationsmustern auseinandersetzen, wenn sie die Arbeit an den Problemen verhindern (Arbeit an Hilfe gefährdendem Verhalten). Diese Interaktionsmuster, hinter denen auch eine bestimmte Beziehungswelt steht, können nicht nur Probleme in der Krisenintervention verursachen, sondern auch Auslöser für Krisen sein. Etwa dann, wenn eine Person, die bisher besonders idealisiert wurde, den Patienten verärgert, nun intensiv entwertet wird und damit als unterstützende Person nicht mehr zur Verfügung steht.
- Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden an ausgeprägten Identitätsstörungen, oft können sie sich selbst nicht richtig einschätzen, wissen nicht recht, wer sie sind, und schwanken stark hinsichtlich ihrer eigenen Werte, Ziele und Orientierungen. So können sie in eine Krise geraten, wenn etwas, was sie für sich als sicher eingeschätzt haben (ein Interesse für einen Beruf oder eine Lebensform), für sie zusammenbricht und sie wieder ohne Orientierung dastehen.
- Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben ihre Impulse oftmals nicht unter sicherer Kontrolle. Sie können Impulsdurchbrüche erleben und z.B. ihrer Wut in Form von Beschimpfungen freien Lauf lassen. Es kann ebenso sein, dass sie unkontrolliert essen oder Diebstähle in Lä-

den begehen. Auch diese Merkmale können zu Krisen führen und die Arbeit in Krisen erschweren. Auch hier gilt, dass impulsives Verhalten in der Krisenintervention bearbeitet werden muss. Der Patient muss sich erst beruhigen, bevor an anderen Fragen gearbeitet werden kann.

- Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben rasche Stimmungsumschwünge und können unter ausgeprägten depressiven Affekten, Leere- und Angstzuständen leiden. Diese extremen Stimmungsschwankungen in Richtung Angst und Depression sind oftmals Anlässe für Krisenerleben und für die Kontaktaufnahme mit Kriseneinrichtungen.
- Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben wiederholt suizidale Krisen und zeigen nicht selten suizidale und selbstschädigende Verhaltensweisen. Beide Bereiche sind sehr oft die Anlässe, die Menschen zu Kriseninterventionen führen, und müssen dort intensiv bearbeitet werden.
- In bestimmten Situationen entwickeln Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung paranoide Vorstellungen. Sie fühlen sich z. B. verfolgt und bedroht und interpretieren Situationen nicht realitätsgerecht, sondern in einer „Minipsychose“ wahnhaft. Auch diese Zustände starker subjektiver Bedrohung können Anlass für Krisenintervention sein und erfordern in diesem Rahmen eine entsprechende Bearbeitung.

Fassen wir zusammen, was sich aus diesen Beschreibungen für Krisenintervention ergibt, so müssen wir uns in der Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung auf folgende Bereiche einstellen:

- Krisen werden durch Trennungen ausgelöst, und Einsamkeit und Alleinsein werden als äußerst bedrohlich erlebt.
- Starke Idealisierung und extreme Abwertung können in der Krisenintervention auftreten.
- Krisen entstehen, wenn Orientierungen und Werte (wiederholt) zusammenbrechen und damit Fragen nach der Identität schmerzlich aufgeworfen werden.
- Krisen werden durch impulsives Verhalten ausgelöst, und impulsives Verhalten tritt als Komplikation in der Krisenintervention auf.
- Starke Angst und intensive Depression, suizidales und selbstschädigendes Verhalten sowie wahnhaftes und paranoide Symptome treten in Krisen auf und können Gegenstand von Krisenintervention werden.

### **Prinzipien der Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung**

In der folgenden Beschreibung werden vor allem psychodynamische und verhaltenstheoretische Perspektiven ausgeführt und miteinander verbunden (Giernalczyk, 2005). Die psychodynamischen Gesichtspunkte erweisen sich für eine reflexive Beziehungsgestaltung als besonders hilfreich. Der Therapeut bezieht seine Gegenübertragung mit ein und kann mit dem Patienten schwierige Momente des Kontaktes nutzbringend besprechen. Verhaltenstheoretische Perspektiven sind besonders für die Auswertung von spezifischen Auslösesituationen und sich daran anknüpfenden Verhaltensketten und steuernden

Kognitionen nützlich. Insgesamt sind die Überlegungen zur Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung von den beiden Therapieansätzen der Übertragungsfokussierten Therapie (Clarkin et al., 2002) und der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan, 1996) deutlich inspiriert.

#### • **Verlässliches und begrenztes Beziehungsangebot**

Die Arbeit mit Krisen erfordert bei Borderline-Persönlichkeitsstörung in besonderem Maße eine Verbindung von verlässlichem, aber begrenztem Beziehungsangebot. Dazu ist es erforderlich, dass der Krisentherapeut sehr früh im Kontakt herausarbeitet, welche Hilfe er geben kann und wo die Grenzen seines Angebotes liegen. Verlässlich heißt, dass er die Dauer und Anzahl der Kontakte aufzeigt und nur verspricht, was er auch einhalten kann. Er sollte auch mögliche überzogene Beziehungserwartungen dadurch begrenzen, dass er regelt, wie er auf Anrufe etc. außerhalb der verabredeten Termine reagieren wird. Generell geht es um die Einrichtung sehr klarer, aber nicht starrer Grenzen für die Behandlung (Lohmer, 2002, 2005). Es gilt, Krisenintervention von Therapie dadurch abzugrenzen, dass Krisenintervention keine umfassende Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung leisten kann, sondern nur der Milderung einer aktuellen Krise dient.

#### • **Gesprächsfokus auf aktueller Lebenssituation**

In der Regel liegt der thematische Schwerpunkt einer Krisenintervention bei aktuellen Ereignissen, die zur Krise geführt haben. Es gilt, miteinander zu klären, was passiert ist, wie das Geschehen emotional und kognitiv verarbeitet wird, was dieses Ereignis in seiner Lebensgeschichte bedeutet und was der Betroffene schon unternommen hat, um mit dieser Situation fertig zu werden.

Bei der Bearbeitung der aktuellen Situation ist es bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders wichtig, den Realitätsbezug zu fördern. Dazu gehört eine sorgfältige Unterscheidung, was sich im Bereich der Befürchtungen und Fantasien ereignet und was für Konsequenzen in nächster Zeit tatsächlich zu erwarten sind. Eine Haltung des Therapeuten, bei der zwischen der Innenwelt und der Außenwelt des Patienten unterschieden wird, unterstützt den Patienten bei der Einordnung und Verarbeitung des Krisengeschehens. Dazu gehört es auch die Überprüfung, durch welche Auslöser welche Gefühle und Fantasien hervorgerufen werden, und im nächsten Schritt zu bedenken, wie der Patient auch bei intensiven negativen Gefühlen seine Handlungen gut steuern kann.

#### • **Affektregulation zu zweit**

Krisen zeichnen sich generell durch Gefühle der Überforderung und starker – oft negativer – Gefühle aus. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben besonders in Krisensituationen oft Probleme mit der Regulation ihrer Gefühle. Sie werden von Angst und Panik noch stärker als andere Gruppen überschwemmt und können ihren Ärger, ihre Ängste oder ihre Unruhe nur schwer allein auf ein erträgliches Maß reduzieren. Dementsprechend gilt für Krisenintervention mit diesen Menschen, dass der Affektregulation zu zweit ein besonderer Stellenwert zukommt (Giernalczyk, 2003 c).

Für das konkrete Vorgehen bedeutet dies:

- Der Patient erhält ausführlich Gelegenheit, von seinen Gefühlen zu sprechen.
- Der Therapeut hört aufmerksam zu und achtet darauf, welche Emotionen und Bilder in ihm ausgelöst werden.
- Der Therapeut beschreibt, welche Gefühle er bei seinem Patienten wahrnimmt.
- Der Therapeut validiert (bestätigt) den Patienten in der Wahrnehmung seiner Gefühle.
- Der Therapeut untersucht, wodurch die Gefühle entstehen, und spricht die impliziten Annahmen und Bewertungen des Patienten an.
- Der Therapeut fasst zusammen, was er verstanden hat, und erläutert, welche Gedanken er dazu hat.
- Für den Fall, dass sich der Patient in seine Gefühle weiter hineinsteigert, wird er darauf aufmerksam gemacht und darin unterstützt, sich zu beruhigen. Dabei kann es z.B. hilfreich sein, die Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen Atem zu lenken. Auf diese Weise kann er sich leichter von seinen Gefühlen distanzieren. Jede Intervention, die seine Fähigkeit zur Selbstbeobachtung fördert und die Konzentration auf eigene Ressourcen erhöht, führt zu Stabilisierung (vgl. Reddemann in Bronisch et al., 2000).

### **Containing als Haltung**

Im folgenden Abschnitt zeigen wir auf, wie Containing als psychodynamische Haltung des Krisentherapeuten eine günstige Voraussetzung darstellt, die Krise zu bearbeiten und einen Zugang zum bewussten und unbewussten Verständnis des Krisengeschehens zu erhalten (Bion, 1990; Giernalczyk, 2003 c).

Der Grundgedanke des Modells für die Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung basiert darauf, dass dem emotional überforderten Patienten durch die therapeutische Aktivität des Therapeuten ein psychischer Container zur Verfügung gestellt wird. Dafür braucht der Therapeut eine innere Kapazität, damit nicht aushaltbares, nicht verstehbares und noch nicht in Sprache fassbares – also somit auch teils unbewusstes – Material des Patienten einen „Nistplatz“ findet. Auf diese Weise kann der Therapeut das Material zunächst aufnehmen und einordnen. Dann kann er es in Sprache bringen und so in veränderter (metabolisierter) Form dem Patienten wieder zur Verfügung stellen. Insgesamt beschreibt der Container-Contained-Prozess einen spezifischen emotionalen und kognitiven Kommunikations- und Veränderungsvorgang, bei dem sowohl bewusstes als auch unbewusstes Material zu einer Veränderung von Sender und Empfänger führt.

Für die Krisenintervention ist das Modell in mehrfacher Hinsicht relevant:

- (1) Es beschreibt einen Sender, der in seiner emotional-kognitiven Selbstregulation überfordert ist;
- (2) es charakterisiert einen Kommunikationsweg, auf dem bewusste und unbewusste Inhalte über verbale und non-verbale Kanäle transportiert werden;
- (3) mit dem Begriff der freien Kapazität wird der psychische Zustand des Empfängers definiert und der psychische Verarbeitungs-(Metabolisierungs-)Prozess des Therapeuten hervorgehoben;

- (4) schließlich wird für die Antwort des Therapeuten gefordert, dass sie psychisches Material des Patienten aufgreift und in einer veränderten Form zurückgibt;
- (5) auf diese Weise soll sich die Fähigkeit des Patienten verbessern, bisher Unverstandenes/Unbewusstes zu erkennen und sich dadurch emotional auch zu beruhigen.

Aus dem Container-Contained-Modell lassen sich Handlungsanweisungen für den Therapeuten ableiten:

1. Der Therapeut soll ein Setting schaffen, das Sicherheit gibt. Im Idealfall ist das eine Gesprächssituation ohne äußere Störungen (Telefon etc.) und mit einem vorhersehbaren Zeitrahmen sowie einer Planung, wie viele Termine gehalten werden können. Der Therapeut schafft ein strukturelles Containing, wenn er diese Rahmenbedingungen deutlich und nachvollziehbar mit seinem Patienten bespricht.
2. Der Therapeut soll eine mentale Haltung einnehmen, in der er bereit ist, sich von der Erzählung und dem Verhalten des Patienten beeindruckt zu lassen. Er ist sich dabei bewusst, dass sein eigener innerer Prozess (seine Gegenübertragung) ein relevanter Teil der Krisenberatung ist. Dafür soll er sich so weit von anderen Verpflichtungen distanzieren, dass er freie psychische Kapazität zur Verfügung hat.
3. Der Therapeut versucht zu verstehen, was mit seinem Gesprächspartner vor sich geht und wie er momentan die Dinge in seiner Krise erlebt. Dabei soll er Verstandenes und Vorstellbares in eigene Worte fassen und Gefühle, Annahmen und Schlüsse des Patienten beschreiben. Darüber hinaus achtet er auf eigene antwortende Gefühle und Erinnerungen und fragt sich, was sie mit der Situation des Patienten und mit der Gestaltung des Kontaktes zu tun haben. Wie mit einem „dritten Ohr“ soll er aufnehmen, was zur Situation gehören könnte, aber (noch) nicht gesagt werden kann, und Abgespaltenes sowie blinde Flecken integrieren.

### **Feindseligkeiten ohne Kampf und Flucht bearbeiten**

Wenn es in der Krisenintervention zu feindseligen Äußerungen des Patienten kommt, ist der Therapeut in besonderer Weise gefordert, weder eine eigene Attacke zu starten noch ängstlich in die Defensive zu gehen. Gabbard (o. J.) veranschaulicht dies durch den Vergleich zu einem Wanderer, der einen Grizzly-Bären in der Wildnis trifft. Er soll ihn nicht angreifen, aber auch nicht die Flucht antreten, sondern ruhig bleiben und warten, bis der Bär und mit ihm die Gefahr weitergegangen ist. Gerade in Krisen werden Borderline-Patienten häufig von Gefühlen des Ärgers und der Wut überschwemmt und bringen diese dann als Angriffe in die Krisenintervention mit hinein. In der Krisenintervention geht es nun darum, beiden Gegenübertragungsimpulsen, nämlich sowohl dem Kampf als auch der Flucht zu widerstehen. Therapeuten, die sich mit einem Gegenangriff wehren, mögen ihrem spontanen Gefühl folgen, laufen aber rasch Gefahr, mit Patienten einen Machtkampf zu inszenieren, der dann leicht eskaliert und zum Behandlungsabbruch führen kann. In diesem Zusammenhang möchten wir noch darauf hinweisen, dass es zu unterschied-

lich deutlich wahrnehmbaren Reaktionen eines Gegenübertragungshasses kommen kann und die Hauptaufgabe des Therapeuten darin besteht, diese unangenehmen Gefühle in sich wahrzunehmen und zu überlegen, was sie mit der Situation zu tun haben, ohne sie in Form direkter Gegenaggression auszuagieren (Maltsberger und Buie, 1974). Dabei möchten wir besonders betonen, dass schlechte Gefühle gegenüber dem Patienten nicht so zu interpretieren sind, dass der Therapeut sich nicht gut im Griff hat oder dass er kein guter Therapeut ist. Negative Gefühle des Therapeuten bedeuten dagegen in aller Regel, dass er emotional in einen direkteren Kontakt mit seinem Patienten gekommen ist.

Auch die Flucht des Therapeuten ist nicht produktiv beim Auftauchen von Wut und Ärger des Patienten. Sehr leicht wird diese Flucht im Inneren des Therapeuten vollzogen. Er denkt daran, was er nach der Stunde tun wird, ist abgelenkt, schaut aus dem Fenster und ist nicht mehr bereit, auf den soeben erlebten Angriff zu reagieren.

Realistisch ist jedoch davon auszugehen, dass beide Phänomene beim Therapeuten entstehen können. Es ist wichtig, diese Tendenzen zu beobachten und zu überlegen, mit welchen Verhaltensweisen dies auf der Seite des Patienten einhergeht, um dann möglichst wieder innerlich in die Situation zurückzukehren.

### **Klärung des Hier und Jetzt in der Krisenintervention**

Wenn es in der Krisenintervention zu Irritationen kommt, bietet sich an, kleine Sequenzen, die sich zwischen Therapeutin und Patientin ereignet haben, aufzugreifen und durchzusprechen. Vielleicht nimmt die Therapeutin wahr, dass sich die Patientin zurückzieht und nur noch einsilbig auf Fragen antwortet. In dieser Situation kann die Therapeutin ihre Patientin fragen, ob sie etwas getan hätte, was die Patientin geärgert oder verletzt hat. Es kann dann miteinander besprochen werden, wie die Patientin eine bestimmte Situation erlebt hat und wie vielleicht im Unterschied dazu die Therapeutin die gleiche Situation empfunden hat. Diese Metakommunikation ist sehr nützlich für die Krisenintervention, denn durch sie kann die Patientin lernen, dass die gleiche Situation von den Beteiligten sehr unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird. Durch das Erkennen der Unterschiedlichkeit wird letztlich wieder eine Form des gemeinsamen Verstehens hergestellt und damit Rückzug und Trennung überflüssig gemacht. Wichtiger Bestandteil dieses Vorgehens ist immer das Anerkennen des subjektiven Erlebens der Patientin und die Feststellung, dass die Therapeutin die gleiche Sequenz anders erlebt hat. Metaphorisch gesprochen führt die Bearbeitung des Hier und Jetzt in der Krisenintervention dazu, dass Patientin und Therapeutin aus dem Fluss der Krisenbearbeitung steigen, sich an sein Ufer stellen und einen bestimmten Abschnitt gemeinsam anschauen und klären, bevor sie im Fluss miteinander weiterschwimmen. Im Rahmen der DBT nach Linehan spielen die Klärungen zwischen Therapeutin und Patientin eine wichtige Rolle für das Erreichen der Therapieziele. In ihrer Zielhierarchie wird das Ziel „Bearbeitung des therapiegefährdenden Verhaltens“ gleich an zweiter Stelle genannt.

Ausgangspunkt der Überlegung ist hier, dass wirksame Therapie oder Krisenintervention nur stattfinden kann, wenn die therapeutische Beziehung nicht zu stark gestört ist. Ein typisches Beispiel für therapiegefährdendes Verhalten in einer Krisenintervention könnte etwa eine Äußerung sein, in der die Patientin zur Therapeutin sagt: „Ich will mir Ihre Reden nicht weiter anhören, das löst meine Probleme nicht.“ In einer derartigen Situation ist es wichtig, diese Bemerkung aufzugreifen und zu problematisieren. Die Therapeutin sollte klarstellen, dass sie der Patientin nicht helfen kann, wenn sie nicht bereit ist, ihr zuzuhören, und dass die Patientin auf diese Weise verhindert, dass sie eine Unterstützung bekommt.

### **Ablauf einer ambulanten Krisenintervention**

Nach der psychodynamisch orientierten Zusammenstellung der Prinzipien der Krisenintervention zeigen wir nun einen typischen verhaltenstherapeutisch orientierten Ablauf einer ambulanten Krisenintervention (Schnyder, 2000; Giernalczyk, 2006). Die folgenden sieben Schritte beziehen sich auf 6-8 Sitzungen und haben sich auch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen bewährt.

1. Kontakt herstellen: Begrüßung, Setting der Intervention erklären, emotionale Entlastung in den Vordergrund stellen und Erleben validieren
2. Probleme analysieren: Aktuelle Situation mit Krisenauslöser und Krisenhintergrund sowie mit anamnestischen Aspekten klären  
Copinganalyse: Bewältigungsversuche und -strategien besprechen  
Ressourcenanalyse: Hilfsmöglichkeiten des sozialen Umfeldes erörtern
3. Definition der Hauptprobleme: Krise, Befinden und bisherige Lösungsversuche zusammenfassend beschreiben
4. Ziele suchen: nahe und realistische Ziele formulieren und stellvertretende Hoffnung entwickeln
5. Bearbeitung der Probleme: Distanzierende und stützende Interventionen; Veränderung des Bewältigungsverhaltens (Copingmodifikation); Umsetzung in den Alltag planen und überprüfen, bei Bedarf Medikamente verschreiben lassen; andere professionelle Hilfe, wie Fachärzte, Selbsthilfegruppen Schuldnerberatung, juristische Beratung etc. planen; Unterstützung zwischen den Gesprächskontakten organisieren
6. Krisenintervention beenden: Klären, ob die Krise überwunden ist, Ablösung vom Therapeuten fördern, künftige mögliche Krisen, Coping- und Behandlungsmöglichkeiten besprechen
7. Nachgespräch nach 6-7 Wochen mit Rückblick und möglicher Vermittlung in andere Hilfsangebote und Psychotherapie

Das Modell der ambulanten Krisenberatung von Schnyder beschreibt eine Situation, in der der Patient vor der Krise noch nicht im Kontakt mit dem Therapeuten steht. Wenn ein Patient sich bereits in einer ambulanten oder stationären Therapie befindet, so ist das Vorgehen prinzipiell vergleichbar, auch wenn die Krisenintervention in das Behandlungssetting eingefügt werden muss.

Da selbstschädigendes Verhalten und suizidale Krisen bei Borderline-Störungen eine besondere Rolle spielen, soll der Umgang mit suizidalen Krisen im Folgenden ausführlich dargestellt werden. Generell gilt ebenfalls in Anlehnung an die Therapieziele nach Linehan, dass die Bearbeitung von Suizidalität in einer Krisenintervention immer die höchste Priorität hat, als Zweites sind die bereits erwähnten therapie- oder kriseninterventionsgefährdenden Verhaltensweisen zu bearbeiten, und an dritter Stelle folgt die Bearbeitung des Verhaltens, das die Krise herbeiführt und mit aufrechterhält.

## Interventionen bei suizidalen Krisen

Die Bearbeitung einer suizidalen Krise erfordert sowohl die Abklärung der momentanen Gefährdung als auch die Auseinandersetzung mit den Gründen, die zu Suizidalität geführt haben. Beide Aspekte sind nicht voneinander zu trennen. Vielmehr kann eine Gefährdung umso klarer eingeschätzt werden, je transparenter die auslösenden Momente für die Suizidalität erfasst werden können (Giernalczyk, 2003 b).

**Ein Beispiel:** Eine 35-jährige Frau kommt zum Erstkontakt in eine Beratungsstelle, weil sie sich einsam, deprimiert und suizidal fühlt und den Impuls spürt, von einer Brücke zu springen. Die Therapeutin fragt die Patientin, wodurch die Suizidalität ausgelöst worden sei, und die Patientin erklärt, dass sie heute ihre Tochter verloren habe. Entsprechend der Maxime, die auslösenden Bedingungen für Suizidalität genauer zu erkunden, lässt sich die Therapeutin schildern, wie es zu dem „Verlust der Tochter“ gekommen ist. Die Patientin schilderte, dass sie mit ihrer 15-jährigen Tochter, die nicht bei ihr, sondern beim geschiedenen Vater lebt, eine Verabredung für heute getroffen hatte. Kurz vor dem Termin ruft die Tochter sie an und erklärt, dass sie die Mutter nicht besuchen will, weil sie lieber mit ihren Freundinnen in ein Jugendzentrum gehen will. Wegen dieser Absage geriet die Mutter in großen Ärger. Sie schreit ihre Tochter am Telefon an, dass sie sich einen „Dreck“ um sie scheren würde und dass sie nun nicht mehr ihre Tochter sei. Sie brauche sich nicht einzubilden, dass sie sie noch einmal sehen wolle, sie sei für sie nun gestorben. Kurz nach dem Telefonat fühlt sie sich sehr schlecht, einsam und meldet sich bei dieser Suizidambulanz, um dort mit jemandem darüber zu sprechen, dass ihr Leben keinen Sinn mehr habe und sie von einer Brücke springen müsse.

Das kurze Fallbeispiel enthält einige typische Aspekte für die Entstehung von Borderline-Suizidalität, die Hand in Hand gehen.

- Ein Aspekt ist der vollzogene oder drohende Verlust einer Bezugsperson (psychodynamisch ausgedrückt: Objektverlust).
- Ein anderer Aspekt ist das Dominieren einer Weltsicht, in der es nur entweder – oder bzw. schwarz oder weiß gibt. In psychodynamischer Sprache sprechen wir von Spaltung, in der dialektisch-behavioralen Therapie wird in diesem Zusammenhang vom dichotomen Denken gesprochen.
- Ein weiterer Aspekt ist die intensive Wut, die die Patientin nicht kontrollieren kann und mit der sie sich über den Beziehungsabbruch schadet.

Die in suizidalen Krisen dominierende Angst vor Objektverlust hängt damit zusammen, dass Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung das entwicklungspsychologische Stadium der Objektkonstanz nicht erreicht haben. Bei ihnen dominiert vielfach der Abwehrmechanismus der Spaltung. Gute und böse Objekte bleiben mehr oder weniger streng voneinander getrennt. Sie leben oft in einer Welt von nur guten und nur bösen Menschen. Gefühlsmäßige Abstufungen stehen ihnen oft nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Spaltung hat grundsätzlich die psychologische Funktion, gute Objekte vor dem Einfluss böser Objekte zu schützen. Auf der Beziehungsebene führt Spaltung jedoch dazu, dass die betroffenen Menschen oft eine Reihe von Beziehungsverlusten hinnehmen mussten. Immer wieder haben sie erlebt, dass sich Freunde in Feinde verwandelten. Ausgangspunkt für diese Verluste sind in der Regel Enttäuschungen, Ärger und Wut, die sie für Freunde empfinden. Dominieren die negativen Gefühle, dann können keine positiven Gefühle für die Interaktionspartner mehr aufrechterhalten werden. Sie wollen und können dann mit dem anderen nichts mehr zu tun haben und sind wieder isoliert. In der oben dargestellten Situation „verliert“ die Mutter ihre Tochter, weil sie in ihrem Ärger die positiven Aspekte der Tochter und der gemeinsamen Beziehung nicht mehr wahrnehmen kann.

Auch nach dem verständlichen Ärger über die Absage der Tochter, kann sich die Mutter nicht überlegen, dass es sich um eine punktuelle schwere Enttäuschung handelt und dass es trotzdem noch Verbindendes und Liebevolles zwischen Mutter und Tochter geben kann. Auf dieser Grundlage ist die Mutter in Bezug auf die Tochter vereinsamt. Menschen, die das Entwicklungsniveau der Integration erreicht haben und nicht auf Enttäuschung mit Spaltung reagieren müssen, könnten sich dagegen über die Tochter ärgern, ohne sie damit endgültig verdammen zu müssen. Sie haben gelernt, dass die gleichen Menschen manchmal gut zu ihnen sind und sie sich manchmal über sie ärgern müssen. Im obigen Beispiel wird außerdem deutlich, dass der Auslöser für Suizidalität der Verlust der Tochter ist. Neben diesem innerpsychischen Aspekt hebt dieses Beispiel auch die interpersonale Funktion der Suizidalität hervor. So bindet die Patientin die Therapeutin an sich. Diese darf sich nicht gleichgültig zeigen, sondern soll über die Suizidalität dazu gezwungen werden, ihr Zuwendung und Existenzberechtigung zu gewähren.

Dieses Verständnis der Suizidalität ist die Grundlage für die Interventionen. Dabei ergeben sich folgende Interventionsmöglichkeiten:

- Das ausführliche Durchsprechen der auslösenden Bedingungen und die Beschreibung der Verhaltensweisen der Patientin, die sie vor der Entstehung der Suizidalität entwickelt hat.
- Die Thematisierung der Suizidalität enthält eine ausgewogene Mischung aus konkretisierenden Fragen sowie Zusammenfassungen der Therapeutin, in die sie sowohl die Ereignisse als auch das persönliche Erleben der Patientin einbezieht. Zum Beispiel: „Ich habe Sie so verstanden, dass Sie die Absage Ihrer Tochter sehr wütend gemacht hat und Sie dann erklärt haben, dass Sie keine Toch-

ter mehr hätten. Im Anschluss daran fühlten Sie sich einsam, und Sie begannen über Suizid nachzudenken ...“

- Da Suizidalität immer auch einen subjektiv sinnvollen Problemlöseversuch darstellt, gilt es herauszuarbeiten, welche Probleme vermeintlich nur noch durch Suizidalität gelöst werden konnten und welche anderen Lösungsversuche bereits vorgenommen wurden, aber nicht wirksam genug waren. Zum Beispiel: „Erst haben Sie Ihrem Ärger gegenüber Ihrer Tochter Luft gemacht, danach fühlten Sie sich einsam, und Ihre Suizidgedanken sollten die Einsamkeit und Ihre Wut mildern. Sie wollten sich töten, um diesen Zustand nicht mehr zu erleben ...“
- Spaltung (dichotomer Denkstil) sollte – auf die konkrete Situation bezogen – benannt und durch eine alternative Sichtweise oder Deutung korrigiert werden. Zum Beispiel: „Ich finde, dass Sie in Bezug auf Ihre Tochter im Entweder-oder-Stil vorgegangen sind. So nach dem Prinzip: Entweder habe ich eine Tochter und die hält dann auch Verabredungen ein, oder sie hält keine Verabredungen ein, aber dann habe ich auch keine Tochter. Ich finde, das geht doch beides zusammen: Ich habe eine Tochter, und in diesem Falle ärgere ich mich sehr stark über sie, weil sie mich sitzen lässt. Manchmal ist es mit meiner Tochter gut und manchmal schlecht. Aber sie bleibt weiter meine Tochter ...“
- Schließlich geht es darum, über Alternativen zur suizidalen Handlung zu sprechen, mit der die Probleme ebenfalls angegangen werden können. Zum Beispiel: „Was könnten Sie denn im Leben tun, damit es Ihnen nicht so schlecht geht und Sie nicht die Lösung im Tod suchen müssen?“
- Zu den Alternativen gehört auch, zu erörtern, unter welchen Bedingungen es möglich wird, schwierige Situationen und Befindlichkeiten auszuhalten
- Insgesamt gilt für alle Interventionen, dass Therapeuten sich um eine respektvolle und wertschätzende (Linehan: validierende) Haltung bemühen sollen.

### **Bearbeitung von suizidalem Verhalten seit der letzten Sitzung in einer Krisenintervention**

Die oben dargestellten Punkte gelten grundsätzlich auch für suizidales Verhalten, das im Rahmen einer laufenden Krisenintervention auftritt. Über die beschriebenen Punkte hinaus gilt, dass Suizidalität immer aufgegriffen wird und eine höhere Priorität als andere Themen hat (Schaller und Schmidtke, 2003).

- Das suizidale Verhalten wird mit übergeordneten Mustern, auch bezüglich früherer suizidaler Handlungen, in Beziehung gesetzt.
- Eine Verpflichtung des Patienten, der Suizidalität entgegenzuarbeiten, wird erneuert und der bestehende Arbeitsvertrag überprüft.
- Die suizidale Krise wird hinsichtlich wichtiger Beziehungen untersucht: Welche anderen Personen waren beteiligt und wurden mit einbezogen? Was sollte mit der Suizidalität kommuniziert werden?
- Welche dysfunktionalen Annahmen über Beziehungen liegen der suizidalen Handlung zugrunde?
- Was bedeutet die Suizidalität für die Beziehung von Patient und Therapeut?

### **Einschätzung der suizidalen Gefährdung**

Jede suizidale Krise erfordert, dass eine Einschätzung der aktuellen Gefährdung vorgenommen wird (vgl. Bronisch et al., 2000; Giernalczyk, 2003 a). In unserem Fallbeispiel hatte die Patientin bereits einen konkreten Plan gefasst und wollte auf eine ihr bekannte Brücke gehen, um sich dort hinunterzustürzen. Ein bestehender konkreter Plan deutet immer auf eine größere Gefährdung als das Fehlen einer Planung. Über die bereits dargestellte Auseinandersetzung mit den Gründen für die Suizidalität hinaus geht es letztlich um die Frage, ob sich der Patient glaubhaft davon distanzieren kann, die suizidale Handlung in der nächsten Zeit zu verüben, und ob eine emotionale Beruhigung erreicht werden kann. Im Fallbeispiel war die Patientin so weit zur Ruhe gekommen, dass sie glaubhaft versichern konnte, nun nicht mehr auf die Brücke zu gehen, und verabredete einen weiteren Termin in der Beratungsstelle.

Wenn hingegen ein Patient nicht für sein Leben garantieren kann (z. B. nur ironisch und distanzierend reagiert), sollte ein stationärer Aufenthalt erwogen werden. Der Plan, sich von einer Brücke zu stürzen, gehört zu den harten Suizidmethoden und ist als gefährlich einzustufen. Für die Einschätzung der Suizidalität sind auch Suizidversuche in der Vorgeschichte von Bedeutung: Je mehr Handlungen unternommen wurden, desto höher ist die Gefährdung einzuschätzen. Schließlich ist auch zu überprüfen, ob die Suizidalität im Rahmen einer Major Depression entsteht, die dann in der Regel stationär und medikamentös zu behandeln ist. Da Menschen mit Borderline-Störungen häufiger Suizidversuche mit starken interaktionellen Anteilen begehen, wird die Gefährlichkeit appellativer Suizidversuche oft unterschätzt. Borderline-Patienten gehören zu klinisch gefährdeten Gruppen, und appellative Suizidversuche werden oftmals dann durch sehr gefährliche oder tödliche Handlungen ersetzt, wenn keine entsprechenden Reaktionen im Umfeld damit mehr erzielt werden. Manipulative Suizidalität geht dann in resignative Suizidalität über, in der die Kommunikation darüber eingestellt wird und Patienten mitunter sogar kurzfristig, aber ohne Grund gebessert wirken. Borderline-Patienten, die süchtiges Verhalten aufweisen und unter Einfluss von Substanzen ihre Impulskontrolle verlieren, sind sicher gefährdeter als andere.

Diagnostische Anhaltspunkte für besondere suizidale Gefährdung:

- wiederkehrende drängende Suizidgedanken
- konkrete Planung (besonders harter Methoden)
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- verminderte Impulskontrolle (bei Substanzmissbrauch)
- Hinweise auf Major Depression
- Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- scheinbare Verbesserung nach manipulativen Phasen

### **Interventionen bei suizidalen Krisen mit manipulativen Anteilen**

Die Suizidalität bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bleibt nicht außerhalb der Beziehung zwischen Therapeut und Patient und wird nicht gemeinsam als Problem behandelt, vielmehr tritt sie als etwas Störendes rasch in die

Beziehung ein und scheint dann das Arbeitsbündnis zu belasten (Giernalczyk, 2005).

Eine Symptomatik aus dem Alltag, dem Da und Dort, wird zur Schwierigkeit im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung. Dafür sind die folgenden Ausschnitte beispielhaft:

### **Fallbeispiele**

Frau A ist Patientin an einem psychiatrischen Krisenzentrum und dort wegen wiederkehrender suizidaler Krisen in Behandlung:

Frau A: „Ich bin am Ende. Ich rufe nur noch an, um Bescheid zu sagen. Sie wissen, ich muss es jetzt bald tun.“

Vorschlag der Therapeutin, ein Gespräch im Krisenzentrum zu führen.

„Nein, ich kann nicht kommen, dafür reicht meine Kraft nicht mehr.“

Vorschlag der Therapeutin, einen Notarzt zu schicken und sie in ein Krankenhaus einweisen zu lassen.

„Sie wissen, dass mein Vater Arzt ist und mich sexuell missbraucht hat. Sogar in der Klinik. Für mich wäre eine Klinik einweisung eine neue Traumatisierung, und dadurch würde ich noch stärker suizidal, als ich es schon bin.“

Nach mehreren Telefonaten versucht die Therapeutin erneut telefonischen Kontakt aufzunehmen und registriert mit Erleichterung, dass der Anschluss besetzt ist.

Danach fühlt sie sich ängstlich, wütend, und es ist ihr zum Heulen zumute.

Wir möchten nun noch ein Beispiel aus dem gleichen psychiatrischen Krisenzentrum anfügen, das auch zeigt, wie Suizidalität nicht nur als Symptom, sondern als Beziehungsangebot fungiert:

Herr B: „Ich bin in einer Telefonzelle an einem Bahnhof, leider kann ich Ihnen nicht sagen, an welchem. Hören Sie die Züge? ... (Therapeut hört einen Zug) ... Es ist jetzt so weit, ich gehe auf die Gleise. Ich wollte mich nur noch verabschieden und für Ihre Hilfe bis hierher danken, leider hat sie nicht gereicht.“ Für derartige Situationen wird der Begriff der „Gegenübertragungskonstellation des manipulierten Objekts“ verwendet (Kind, 2000). Der Therapeut übernimmt schrittweise die Gefühle seines Patienten: Er fühlt sich hilflos und ohnmächtig und hat den Eindruck, nach der Pfeife seines Patienten zu tanzen.

Ausgangspunkt für eine derartige Beziehungsdynamik sind oftmals unbewusste Ängste des Patienten vor Objektverlust, das heißt Angst davor, vom anderen abgeschoben und verlassen zu werden. Häufig gehen dieser Situation Kränkungs-erlebnisse und Objektverluste voraus, wie sie Henseler (1984) beschrieben hat. Infolge einer Kränkung werden frühe Ängste vor Objektverlust mobilisiert, und erpresserische Objektbindung über Suizidalität erscheint als letzte Möglichkeit, um sich vor erneutem Objektverlust zu schützen.

Manipulative Situationen können zum Teil mit dem Mechanismus der projektiven Identifikation (Ogden, 1988; Kernberg, 1993) erklärt werden. Der Patient fühlt sich selbst hilflos und ohnmächtig seinem Therapeuten ausgeliefert. Durch Projektion und kommunikativen Druck auf den Therapeuten

entstehen diese Gefühle auch im Erleben des Therapeuten. Auf diese Weise gelingt es dem Patienten, sein Gefühl der Auslieferung auf den Therapeuten zu verlagern und damit zugleich jene Kontrolle über den Therapeuten zu entwickeln, der er sich selbst ausgeliefert sieht. In dieser Situation ist die Suizidalität des Patienten wie eine Geiselnahme organisiert. Er nimmt sein Leben als Geisel, um damit den Helfer unter Druck zu setzen (Kind, 2000).

Bei der Geiselnahme geht schrittweise das Gefühl dafür verloren, dass zwei im Prinzip getrennte Menschen interagieren. Zur Trennung der Menschen gehört auch der Aspekt, dass sich ein Mensch suizidieren kann, wenn er es will, und dass ein anderer Mensch nicht im Sinne einer Verursachung dafür verantwortlich ist. Die Verantwortung des Therapeuten besteht dagegen darin, den Suizidalen in einer Weise anzusprechen und zu beeinflussen, dass nach Sicht des Therapeuten der suizidale Handlungsdruck verringert wird.

Durch die erpresserische Suizidalität soll der Therapeut dazu gebracht werden, den Patienten eben nicht abzuschieben. So erpresst, fühlt sich der Therapeut ähnlich hilflos und wütend wie sein Patient. Die Tragik besteht allerdings darin, dass der hilflose Therapeut seinerseits wütend wird und nun den Patienten unter Umständen loswerden und abschieben will. Da er aber zugleich den Suizid des Patienten fürchtet, fühlt er sich mattgesetzt.

Auf diese Weise entwickelt sich die Therapeut-Patient-Beziehung zu dem Punkt, den der Patient „immer schon“ kannte. Er erlebt wieder das Gefühl, nicht gewollt zu sein und deswegen abgeschoben zu werden. Gelingt es dem Therapeuten, seine negativen und hasserfüllten Gefühlsreaktionen bei sich zuzulassen, ohne sie in destruktives Handeln umzusetzen, ist ein wichtiger Punkt in der Behandlung erreicht. Es geht dann darum, sich nicht erpressbar zu zeigen und die Angst des Patienten, abgeschoben zu werden, zu einem Hauptthema der Gespräche zu machen. Wird Suizidalität vor dem Hintergrund des Verlassenwerdens erkannt, so wird sie für Patient und Therapeut verständlicher und besser erträglich, weil eine wichtige Funktion der Suizidalität zum Fokus der Gespräche werden kann.

Fassen wir zusammen:

Suizidale Krisen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung können sich in erpresserischer Interaktion äußern.

Diese ist häufig von der Angst vor Verlassenheit und Einsamkeit motiviert und tritt oft nach realem oder phantasiertem Objektverlust ein.

Suizidalität steht somit im Dienste der Objektbindung. Mit ihr soll ein Einfluss auf ein Objekt genommen werden, der ohne Suizidalität unmöglich erscheint. Letztlich ist es oft der mit Aversion kontaminierte Versuch, den anderen zur Anerkennung und Bindung zu bewegen.

Wegen der eigenen negativen Gefühle auf Objekte erfolgt diese Objektbindung ambivalent: Die Menschen werden in der Beziehung gehalten und gequält.

Dabei ist das Halten ein Schutz vor überwältigender Verlassenheitsangst.

Das Quälen wiederum drückt die Wut auf diejenigen Objekte aus, die schon frustriert haben.

Gelingt die Objektbindung über manipulative Suizidalität nicht, dann folgt mitunter ein Stadium resignativer Suizidalität (Kind, 2000). Der Versuch, ein Objekt zu binden, wird dann aufgegeben, und die Interaktion beruhigt sich. Nach oftmals turbulenten Phasen einer Behandlung stellt sich eine Ruhe vor dem Sturm ein. In der Gegenübertragung des Therapeuten entwickelt sich eventuell das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, überflüssig zu sein, und der Therapeut „schaut hinter seinem Patienten her“. Diese Art der Suizidalität ist weniger spektakulär, aber eher noch gefährlicher und schwerer zu handhaben als die manipulative Suizidalität. Kommt es zu einer Suizidhandlung, werden oft sehr harte Formen gewählt, die so zu verstehen sind, als sollte das Objekt durch diese drastische selbstzerstörerische Maßnahme wenigstens im Anschluss daran und immerhin nach dem Leben doch noch beeindruckt und bewegt werden.

### **Das Vorgehen bei manipulativer Suizidalität**

Für manipulative Suizidalität empfiehlt sich das folgende Vorgehen:

1. Negative Gefühle des Therapeuten sind auch als Signale bzw. diagnostische Hinweise auf die emotionale Situation des Patienten zu verstehen. Insbesondere Ohnmacht und Wut werden über projektive Identifikation auch für den Therapeuten erlebbar. Auf der Interventionsebene folgt daraus, dass der Therapeut die Gefühle seines Patienten klärt und sich dabei von der These leiten lässt, dass der Patient sich ähnlich fühlt wie er selbst. Nach der Klärung der Gefühlslage kann im nächsten Schritt der Hintergrund für diese Gefühle geklärt werden.
2. Der Therapeut sollte der Erpressung nicht nachgeben. Früher oder später wird er sich immer abgrenzen müssen. Außerdem hat das vorläufige Einlenken auf erpresserisches Ansinnen den Nachteil, dass der Therapeut dadurch seinen Ärger verstärkt und sich damit dem Projektionsbild seines Patienten weiter annähert.  
Das Grundmuster der Erpressung besteht darin, dass Therapeut und Patient glauben, dass der Therapeut durch Handeln oder Unterlassen einer Handlung (im Beispiel das Einsetzen für die Klinikentlassung) direkt das Leben des Patienten retten oder verwirken könnte. Diese Vorstellung ist natürlich so nicht richtig, denn bei aller Not und gegenseitiger Abhängigkeit bleibt es die Entscheidung des Patienten, ob er Hand an sich legen wird. In einer erpresserischen Situation kann es von Nutzen sein, wenn der Therapeut die prinzipielle Möglichkeit zum Suizid des Patienten bestätigt und ihn gleichzeitig damit konfrontiert, dass er jedoch mit dem Suizid nicht einverstanden ist und weiter mit ihm in Kontakt bleiben will. Gefährlich ist, wenn der Therapeut den Kontakt zu seinem Patienten abbricht. Denn dadurch wird der gefürchtete Objektverlust des Patienten durch das Verhalten des Therapeuten bestätigt und die Suizidalität des Patienten weiter verschärft.
3. Im Falle manipulativer Suizidalität ist die Gefahr eines aggressiven Agierens des Therapeuten sehr hoch. Seine Aufgabe besteht darin, kritisch zu hinterfragen, welche seiner Interventionen und Maßnahmen eine angemessene

Reaktion auf die Gefährdung des Patienten sind und welche Aktivität eher Ausdruck seines eigenen Ärgers und eventueller Hilflosigkeit ist. Insbesondere Schutzmaßnahmen wie Verlegungen auf andere Stationen, Einweisungen und Medikamenteneinsatz müssen auf ihr agierendes Potenzial in Erpressungssituationen hin überprüft werden.

4. Gelingt es dem Therapeuten, die suizidale Erpressung als den speziellen Umgang des Patienten mit seinen Objekten (Mitmenschen) in innerer Not zu erkennen, so bekommt die suizidale Erpressung sogar positive Seiten. Denn so gesehen, ist sie ein Hinweis auf die innere Verfassung des Patienten und auf einen vielleicht typischen Modus der Beziehungsgestaltung des Patienten, die gerade dann, wenn sie sich zeigt, effektiv bearbeitet werden kann. Erpressung kann dann wie folgt bearbeitet werden:
  - Aufgrund welcher Ereignisse entstehen negative Gefühle (Angst, Ohnmacht, Wut) im Patienten? (Frage nach den auslösenden Bedingungen)
  - Welche Ziele verfolgt er (bewusst oder unbewusst) bezüglich des Therapeuten und bezüglich anderer wichtiger Personen?
  - Wie könnte er diese Ziele auch ohne Suizidalität erreichen?
  - Was nimmt er über die Haltung seines Therapeuten oder anderer Menschen an? (Klärung von Objektbeziehungen)
  - Was sind die negativen Auswirkungen seiner Strategie für ihn und für andere Beteiligte? (Unterscheidung von Fantasie und Realität)
  - Wie könnte er mit seinen Gefühlen und der momentanen Situation anders umgehen, bzw. wie könnte er eine derartige Situation besser ertragen? (Veränderung der Bewältigungsstrategie bzw. Förderung des Ertragens unangenehmer Gefühle)

### **Umgang mit selbstverletzendem Verhalten**

Besteht die Krise eines Patienten darin, dass er sich selbst verletzt hat, so muss zuerst eine medizinische Abklärung und Versorgung des körperlichen Zustandes vorgenommen werden. Weiterhin sollte geklärt werden, ob die Selbstverletzung mit Suizidalität verbunden ist. Falls dem so ist, wird die Suizidalität eingeschätzt und bearbeitet. In der Krisenintervention wird dann geklärt, aufgrund welcher situativer Auslöser die Selbstverletzung in Gang gesetzt wurde. Das hilft dem Patienten, sich besser zu verstehen, und kann präventiv dafür verwendet werden, mit derartigen Auslösesituationen in Zukunft anders umzugehen. Wenn es der Rahmen der Krisenintervention zulässt, besteht der nächste Schritt darin, alternative Handlungsmöglichkeiten aufzubauen (vgl. Bronisch et al., 2000).

### **Krisen in Beziehungen und ihre Spiegelung in der Krisenintervention**

Erleben Borderline-Patienten Krisen innerhalb von Beziehungen, so erscheinen diese häufig in einer Opfer-Täter-Retter-Dynamik, die sich auch in der Krisenintervention widerspiegeln und sich unter Bezug auf diese Dynamik verstehen und klären lassen (Gabbard, o. J.) Giernalczyk, 2005). Diese Dynamik entsteht, wenn feste Zuschreibungen entlang dieser Rollen-



vorstellungen vorgenommen und nicht hinterfragt werden. Im Rahmen von Krisen erleben sich Borderline-Patienten häufig als Opfer anderer Personen und nehmen diese als Täter wahr. Bei traumatisierten Borderline-Patienten liegt dies auch daran, dass sie in ihrer Geschichte selbst Opfer von Misshandlungen wurden und mit Tätern oft lange zusammengelebt haben. Entsprechend ihrer Erfahrung wünschen sie sich von ihrem Therapeuten eine Rettung aus den jeweiligen Krisenumständen. Dazu ein Beispiel aus dem Beginn einer Krisenintervention: Eine junge Frau sucht Hilfe bei einer Therapeutin, weil sie gerade von ihrem Freund verlassen wurde. Sie lebt bei ihrer Mutter, die ihr jedoch keine Unterstützung geben könne, sondern sie seit Jahren mit ihrer strengen Haltung nur unter Druck setzen würde und für ihren desolaten Zustand im Wesentlichen verantwortlich wäre. Sie selbst könne sich nicht dagegen wehren und brauche nun die Hilfe der Therapeutin, gerade in der gegenwärtigen Krise aus der Wohnung der Mutter auszuziehen. Sie habe schon alles versucht, und nichts habe funktioniert. Jetzt aber sei sie sich sicher, dass die Therapeutin sie dazu führen werde, dass sie endlich den Schritt unternehmen könne. Diese Schilderung der Situation kann in der oben angeführten Dynamik so verstanden werden, dass die Patientin meint, dass sie selbst Opfer der strengen Mutter sei und die Therapeutin sie aus dieser fatalen Lage retten könnte. In diesem Abschnitt sind Patientin und Therapeutin (durch Spaltung unterstützt) nur „gut“, und vermeintlich „Böses“ wird aus der Beziehung ausgeklammert und auf die strenge Mutter projiziert. Auf der anderen Seite wird implizit davon ausgegangen, dass die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin ungetrübt und aggressionsfrei bleiben könnte. Schließlich ist die Retter-Rolle insofern illusionär, als die Therapeutin die Probleme der Patientin nicht lösen kann, sondern sie allenfalls darin unterstützt, die Dinge selbst zu regeln. Aufgrund der unbewussten Retterzuschreibung versucht die Patientin folgerichtig, möglichst viel Hilfe zu bekommen, und die Therapeutin könnte verführt sein, in der Krisenintervention Unterstützung für etwas zu versprechen, was sie nicht halten kann, und Konfrontierendes aus dem Kontakt herauszuhalten. Wird diese Konstellation nicht erkannt und hinterfragt, kommt es dann zunächst zu übermäßigen Hilfsangeboten, wie zur Rufbereitschaft, zu nächtlichen Telefonaten und zu Sondersitzungen. Jedes Zugeständnis scheint jedoch neue Wünsche zu erzeugen. Allmählich beginnt sich die Therapeutin über ihre Patientin zu ärgern. In dieser Phase fühlt sie sich als Opfer und die Patientin wird zum Täter (Phase 2). Die anfänglich ungetrübt Beziehung ist nun belastet. In dieser Phase fühlt sich die Therapeutin unter Druck, sie wird „das Opfer“ der Patientin. Gelingt es der Therapeutin nicht, ihre unterdrückte Aggression als einen Bestandteil ihrer Beziehung zur Patientin anzuerkennen, so besteht die Gefahr, dass sie die Aggression gegen ihre Patientin über das sinnvolle Maß hinaus agiert und nun selbst Züge des Täters annimmt und die Klientin in die ihr bekannte Position des Opfers gerät (Phase 3). Mit dem Opfer-Täter-Retter-Modell im Hintergrund kann die Therapeutin sehr früh im Rahmen der Krisenintervention Rollenzuschreibungen, die Personen in eindeutige Positionen bringen, kritisch hinterfragen und untersuchen, inwiefern nicht alle Beteiligten alle drei Rollenanteile innehaben könnten.

Das Modell ist darüber hinaus auch geeignet, in Kriseninterventionen trotz bestehender akuter Krise die Lösungsmöglichkeiten des Krisenpatienten deutlich zu fokussieren.

## Literatur

- APA (American Psychiatric Association) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual für psychische Störungen. DSM-IV. 4. Aufl. (dt. Bearb. v. H. Sass, H.-U. Wittchen und M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe
- Bion WR (1990): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt: Suhrkamp
- Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckel Ch (2000): Krisenintervention bei Borderline-Störungen. Stuttgart: Pfeiffer
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2002): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focussed Psychotherapy (TFP). Stuttgart: Schattauer
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993): Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. (2., überarbeit. u. erweiter. Aufl. Hrsg. für die dt. Version der WHO-ICD) Bern: Huber
- Gabbard GO (o. J.): Integrated Treatment of Borderline Personality Disorder. Pharmacotherapy and Psychotherapy. American Psychiatric Video Source
- Giernalczyk T (Hrsg.) (2003a): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. 2., erweiter. Aufl. Tübingen: DGVT
- Giernalczyk T (2003b): Lebensmüde. Hilfe bei Suizidgefährdung. 2. Aufl. Tübingen: DGVT
- Giernalczyk T (2003c): Psychodynamische Krisenintervention - Affektregulation zu zweit. Psychotherapie im Dialog 4(4):347-353
- Giernalczyk T (Hrsg.) (2005): Zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen. 2., erweiter. Aufl. Tübingen: DGVT
- Giernalczyk T (2006): Beratung in Lebenskrisen. In: Steinebach C (Hrsg.): Handbuch psychologischer Beratung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 460-484
- Henseler H (1984): Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Kernberg O (1993): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp
- Kind J (2000): Suizidal. Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Linehan M (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. München: CIP
- Lohmer M (2002): Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. Stuttgart: Schattauer
- Lohmer M (2005): Der Umgang mit Rahmen, Regeln und Vereinbarungen in der Psychotherapie mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Giernalczyk T (Hrsg.): Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Tübingen: DGVT, S. 89-98
- Maltsberger JT, Buie DH (1974): Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. Arch Gen Psychiatry 30: 625-633
- Ogden T (1988): Die Projektive Identifikation. Forum Psychoanal 4:1-21
- Schaler S, Schmidtke A (2003): Verhaltenstherapeutische Strategien bei selbstschädigendem und suizidalem Verhalten. In: Giernalczyk T (Hrsg.): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. 2., erweiter. Aufl. Tübingen: DGVT, S. 117-128
- Schnyder U, Sauvant J-D (Hrsg.) (2000): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber

**Prof. Dr. Thomas Giernalczyk • Gesa-Kristina Petersen**  
 Universität der Bundeswehr München  
 Fakultät für Pädagogik  
 D -85577 Neubiberg • E-Mail: giernalczyk@gmx.de