

Susanna Schönwald

Persönlichkeitsstörungen – maladaptive Persönlichkeitszüge, die zuerst das Überleben sichern und dann am Leben hindern

Personality disorders –

personality traits that first safeguard survival but then impede life

In diesem praxisorientierten Beitrag wird die Entstehung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) nach Sulz (1994, 2010, 2011, 2014) erläutert. Das entwicklungspsychologische Konzept der Selbstmodi zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wird eingeführt. Anhand zweier exemplarischer Fallbeispiele (impulsiv-ausagierender und impulsiv-gehemmter Modus) werden Phänomenologie, Verlauf des sekundären Selbstmodus und die Herausbildung des tertiären Modus veranschaulicht. Daraus resultieren konkrete therapeutische Interventionen für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Ziel ist die Etablierung eines tertiären Selbstmodus, der integrierende Funktion hat, Konflikte zwischen primärem und sekundärem Modus ausbalanciert und damit Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe fördert. Zum Schluss soll kurz auf Rahmenbedingungen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen eingegangen werden. Probleme der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und Neuerungen im DSMV (Hybridmodelle von Achsel-Störungen) können an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Selbstmodus – Schemamodus – Entwicklungstherapie – dysfunktionale Persönlichkeitszüge – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Therapie von Persönlichkeitsstörungen

In this practice-oriented contribution, the etiology of dysfunctional personality traits is described within the framework of the Strategic Behavioral Therapy (SBT) by Sulz (1994, 2010, 2011, 2014), and the developmental psychological concept of self modes for the treatment of personality disorders is introduced. The phenomenology of these self modes, the course of the secondary self mode and the emergence of the tertiary self mode are illustrated by means of two exemplary case examples (impulsive acting out self mode and impulsive-impeded self mode), resulting in concrete therapeutic interventions for the treatment of personality disorders, whose objective is the establishment of a tertiary self mode which has an integrating function, balances conflicts between the primary and secondary self mode and thus promotes development to the next higher level. Finally, overall conditions for the treatment of personality disorders are outlined briefly. Problems of diagnosis of personality disorders and innovations in the DSMV (hybrid models of axis II disorders) cannot be taken into account here.

Keywords

Self mode – scheme mode – development therapy – dysfunctional personality traits – borderline personality disorder – therapy of personality disorders

Einleitung

„Komm, das hat doch keinen Sinn, derart zu weinen!“, rief sich Alice in recht scharfem Tone zu. „Ich rate dir, damit aufzuhören, und zwar sogleich!“ Die Ratschläge, die sie sich gab, waren im Allgemeinen sehr gut (obgleich sie sie nur sehr selten befolgte), und bisweilen schalt sie sich selbst mit solcher Strenge aus, dass ihr die Tränen kamen; (...) denn sie war ein merkwürdiges Kind und liebte es über alles, so zu tun, als wäre sie zwei.“

Lewis Carroll, Alice in Wonderland (1865)

Was ist Persönlichkeit?

Sulz (2011) definiert Persönlichkeit als komplexes Zusammenspiel individuell charakteristischer Determinanten, die Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Sozialisationsbedingungen und dem Kind mit seinen angeborenen Dispositionen sind. Ziel ist die Aufrechterhaltung der psychosozialen Homöostase, daher unterliegen die einzelnen Bestandteile der Persönlichkeit einem Selbstregulationsprinzip. Die Persönlichkeit umfasst die situationsübergreifenden Erlebens- und Handlungstendenzen einer Person, ihre individuelle Art wahrzunehmen, zu fühlen und zu handeln, mit Gefühlen, sozialen Beziehungen und sich selbst umzugehen. Die Persönlichkeit umfasst weiter zentrale Bedürfnisse, also Motive, ein individuelles Selbst- und Weltbild, das in ein Wertesystem eingebettet ist. Und sie umfasst den affektiven und kognitiven Entwicklungsstand. Ein integraler Bestandteil der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) von Sulz ist die Einbeziehung einer Entwicklungsperspektive. Sulz folgt damit der Forderung Fiedlers, dass nach wie vor eine Entwicklungspsychologie der Persönlichkeitsstörungen fehle (Fiedler, 2001, S. 553): „Schließlich geht es aber auch darum, neben pathogenetischen die salutogenetischen Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung möglichst gleichzeitig und vergleichend zu untersuchen. (...) Gegenwärtig wird zu leichtfertig übersehen, dass die Entwicklungsstörungen die grundlegenden Vorläufer der Persönlichkeitsstörungen sein können oder sind, so dass es in der Tat einigermaßen befremden muss, wenn diese beiden Forschungstraditionen bisher nur in zwei Bereichen (geringfügig) voneinander profitieren“ (Fiedler, 2001, S. 554).

Sulz unterscheidet zwischen verschiedenen Selbstzuständen bzw. Selbstmodi, die synonym für Teile der Persönlichkeit (Persönlichkeitszüge, funktional und dysfunktional bzw. adaptiv und maladaptiv) stehen. Der Begriff des Selbstmodus entspricht dem state of mind (Horowitz), Ego-State (Watkins), Schemamodus (Young). Ausgehend von einer entwicklungstheoretischen Perspektive definiert Sulz den primären, sekundären und tertiären Selbstmodus.

Sulz (2014) charakterisiert einen Selbstmodus wie folgt:

- Ein umgrenzter wiederkehrender Zustand der Psyche, der phänomenologisch durch stereotype Erlebens- und Verhaltensweisen und funktional durch eine unbewusste strategische homöostatische Funktionalität gekennzeichnet ist,
- erkennbar an einem Cluster von Prozess- und Strukturmerkmalen
- der bei gegebenem Kontext als Kräftefeld nur mit großem Energieaufwand in einen anderen Modus übergehen kann,
- wobei ein Moduswechsel eine qualitative Änderung von Selbst und Objekt beinhaltet
- Ein sekundärer Selbstmodus neigt dazu, allmählich dysfunktional zu werden oder vom primären Selbstmodus in seiner Dominanz gestört zu werden

Der primäre Selbstmodus ist Resultat einer optimalen Entwicklung, in der alle angeborenen Eigenschaften und Fähigkeiten verfügbar sind und in Wechselwirkung mit der Umwelt weiterentwickelt werden können. Das ist dann der Fall, wenn Eltern bzw. wichtige Bezugspersonen zentrale Bedürfnisse befriedigen, zentrale Ängste und Bedrohungen fernhalten bzw. ihre Meisterung vermitteln, Emotionen im Sinne von Containing und Validierung aufgenommen und gespiegelt werden, Begrenzungen gesetzt und Selbststeuerung nur in dem Maße abverlangt wird, wie es dem Entwicklungsstand des Kindes entspricht.

Ein sekundärer Selbstmodus muss sich dann bilden, wenn diese optimalen Bedingungen nicht gegeben sind. Zunächst handelt es sich um eine Reaktion auf frustrierende und oder bedrohliche Situationen. Je häufiger allerdings diese Reaktionen gezeigt werden müssen, umso mehr verfestigt sich der oben beschriebene „umgrenzte wiederkehrende Zustand der Psyche“, der das emotionale Überleben in Kindheit und Jugend sichern muss. Der sekundäre Selbstmodus entsteht also durch Habituation, generalisiert im späteren Leben unabhängig vom Kontext seiner Entstehung auf weitere Situationen und wird somit maladaptiv bzw. dysfunktional. Der Selbstmodus resultiert aus der „Überlebensregel“, diese definiert das Dysfunktionale Repetitive Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp (DRIBS; Sulz, 2011, 2014 s.u.). Weil der sekundäre Selbstmodus sozusagen „überlebensnotwendig“ ist und im Kontext konkreter immer wiederkehrender Situations- und Beziehungsbedingungen entwickelt wird, ist er häufig nicht bewusst. Dies führt zur „Ich-Syntonie“ (Fiedler, 2001, 2007) und stellt unter anderem ein diagnostisches Problem dar.

Sulz geht mit seiner Entwicklungsperspektive über das Konzept einer reinen Anpassungsleistung des Kindes an massiv überfordernde bzw. bedrohliche repetitive Lebensumstände als Erklärungs- und Entstehungsansatz für den sekundären Selbstmodus hinaus. Nach Sulz (2014) sind bestimmte Selbstmodi eine Regression oder Fixierung auf eine frühere Entwicklungsstufe, auf der noch nicht oder nicht mehr reifere Arten des Denkens, des Fühlens oder der Steuerung von Gefühlen oder Beziehungen möglich sind. Nur wenn klar ist, auf welcher Entwicklungsstufe sich ein Mensch befindet, werden bestimmte Charakteristika eines Selbstmodus in einem anderen Licht verständlich. Wie oben beschrieben, können unter optimalen Entwicklungsbedingungen (Wechselwirkung Kind und Umwelt) die natürlichen Entwicklungsmodi ungestört durchlaufen werden.

Wie aber kommt es zur Hemmung dieser natürlichen Entwicklungsmodi?

Sulz (2014) postuliert, dass sich fast alle Patienten in schwierigen Konstellationen wie Stress oder Konflikten im impulsiven Entwicklungsmodus befinden. Sulz definiert zwei Varianten: den gehemmten und den ausagierenden impulsiven Entwicklungsmodus. Bei der impulsiv gehemmten Form ist impulsives Verhalten unterdrückt, die Selbst-, Affekt- und Beziehungsregulation entspricht jedoch den typischen Merkmalen des impulsiven Entwicklungsmodus, bei der ausagierenden Form werden Impulse ausgelebt. Es existieren ebenso Mischformen. Sulz (2014) hat den impulsiven Entwicklungsmodus in der aktiven und gehemmten Form im Einzelnen ausführlich beschrieben. Für die Therapie bedeutet dies für den impulsivgehemmten Typus als ersten Schritt die Aufhebung der Hemmung, indem Impulse zumindest innerlich zugelassen werden. Erst im zweiten Schritt wird die Entwicklung auf die souveräne Stufe gefördert mit dem Ziel, Selbst- und Emotionsregulation wirksam herzustellen.

Sulz (2014) geht davon aus, dass es Konfliktkonstellationen sind, die zur Teilung des Selbst in zwei gegnerische Selbstmodi führen. Im Unterschied zu Konflikten, bei denen Teile zunächst differenziert, später jedoch wieder integriert und der Konflikt damit gelöst werden kann, ist bei diesen spezifischen Konstellationen eine Integration beider Selbstmodi nicht möglich. Als Beispiele nennt Sulz den Autonomie-Abhängigkeitskonflikt oder den Selbst versus Beziehungskonflikt in unterschiedlichen Variationen. Da sich auf den unteren Entwicklungsstufen Konflikte nicht lösen lassen, da die entsprechenden Fähigkeiten noch nicht zur Verfügung stehen, erfolgt die Lösung zugunsten des sekundären Selbstmodus (dysfunktionaler Persönlichkeitszug) oder in Form einer Symptombildung. Wie oben beschrieben, muss davon ausgegangen werden, dass unter beeinträchtigten Sozialisationsbedingungen (Frustration oder Bedrohung zentraler Bedürfnisse) Entwicklung nur partiell erfolgen kann. Sulz (1994, 2010, 2011) bezeichnet dies als „Entwicklungslöcher“, analog dem Begriff der „Einkapselung“ von Noam (1988) oder der „bifurcated development“ von McCullough (2010). Ursachen für solchen Entwicklungsstillstand können nach Cicchetti und Barnett (1991, nach Sulz, 2010) sein: emotionale Misshandlung (aktiver emotionaler Missbrauch und passiver Neglect), körperlicher Missbrauch, körperlicher Neglect, sexueller Missbrauch.

Unter „Entwicklungslöchern“ versteht Sulz, dass im Umgang mit der konfliktfreien sozialen oder der nichtsozialen Umwelt eine Entwicklung bis zur formal operativen Stufe möglich ist, der Umgang mit zwischenmenschlichen Beziehungen jedoch die Entwicklung auf der präoperativen (impulsiven) Stufe stagniert. Unter großem Stress kann die Entwicklung sogar auf der einverleibenden Stufe stagnieren. Therapie bedeutet somit nach Sulz immer auch Entwicklungstherapie.

Der Verlauf von Selbstmodi kann sehr unterschiedlich sein: Entweder bleibt der sekundäre Selbstmodus über Jahre hinweg als Hauptpersönlichkeitszug bestehen, der primäre Selbstmodus ist nicht mehr zugänglich und steht somit auch nicht partiell bei der Steuerung von Emotionen und Beziehungen zur Verfügung.

Nur wenn Träume, Sehnsüchte und Wünsche entstehen, und damit „subjektives Leid“ (DSM), taucht der primäre Selbstmodus auf, wird dessen Existenz wahrgenommen. Daraus entsteht Veränderungsmotivation. Es kann aus Einsicht und Erkenntnis der sekundäre Selbstmodus immer mehr durch Fühlen, Denken und Handeln des primären Modus verändert werden. Neue Erfahrungen sind möglich. Eine solche Veränderung wird im

Fallbeispiel 1 beschrieben. Innerhalb der Therapie können mit Stuhldialogen oder Imaginationsübungen die beiden Selbstteile miteinander in Verhandlungen eintreten und so allmählich die notwendige Integration stattfinden.

Da sich der sekundäre Selbstmodus in vielen Jahren von Kindheit und Jugend gegenüber den Eltern verfestigt hat, handelt es sich um eine stabile Art der Beziehungsgestaltung, es ist also ein Beziehungsmodus. Dabei sind zwei Aspekte kennzeichnend: Zum einen entsteht eine Übertragung der früheren Beziehungsform zu den Eltern auf heutige wichtige Bezugspersonen. Zum anderen führt das bei diesen Bezugspersonen dazu, dass sie entgegen ihrer sonstigen Art, in Beziehung zu treten, auf dieses Übertragungsangebot mit der Einnahme der komplementären Rolle reagieren. Dies hat zur Folge, dass unweigerlich mit der Zeit die heutige Beziehung auf die gleiche Weise frustrierend und enttäuschend wird wie die damalige Beziehung zu den Eltern. Da die heutigen Bezugspersonen anders sind als die Eltern und obwohl die Beziehungskonstellation im Unterschied zur Kind-Eltern-Beziehung eine Beziehung zwischen zwei erwachsenen Personen ist, muss diese scheitern. Sulz sieht dieses Scheitern als im sekundären Selbstmodus enthalten, Freuds Wiederholungszwang entsprechend.

Zusammengefasst bedeutet das eine sich ständig wiederholende, immer auf die gleiche Weise ablaufende dysfunktionale Kommunikation (2011, 2014). Sulz bezeichnet diesen Teufelskreis als Dysfunktionales Repetitives Interaktions- und Beziehungstereotyp (DRIBS).

Wenn aufgrund eines Konfliktes primärer und sekundärer Selbstmodus zu Gegenspielern werden, ist eine Auflösung nur mithilfe einer übergeordneten Instanz möglich, da beide Selbstmodi diametral entgegengesetzte Wünsche und Ziele haben. Zwar ist das bewusste Wahrnehmen der Existenz des primären Selbstmodus oft ein wichtiger Schritt, der sekundäre Selbstmodus ist aufgrund der durch zahlreiche Wiederholungen eingebrannter Reaktionsmuster nicht einfach aufzulösen und durch adaptive Verhaltensmuster zu ersetzen. Nach Sulz ist dafür eine vermittelnde Instanz von außen notwendig, z. B. innerhalb der Therapie zunächst die begrenzte elterliche Fürsorge des Therapeuten (Young). Sulz führt den tertiären integrativen Selbstmodus ein, der den primären und sekundären Selbstmodus integriert. Beide existieren nicht mehr einzeln, verschmelzen aber auch nicht zu einem neuen Modus, sondern bleiben latent bestehen. Je nach Situation zeigt sich der eine oder der andere Modus als beste Lösung.

Sulz postuliert als entwicklungspsychologische Vorläufer des tertiären integrativen Selbstmodus die jeweils neue Entwicklungsstufe als Integrator der beiden vorausgehenden Stufen:

- der souveräne Entwicklungsmodus integriert den impulsiven und den einverleibenden Selbstmodus
- der zwischenmenschliche Entwicklungsmodus integriert den souveränen und den impulsiven Selbstmodus

Die maladaptiven Entwicklungsmodi entstehen also als Reaktion auf ungünstige Kindheitsbedingungen, die nur dadurch „überlebt“ werden können. Die natürlichen Entwicklungsmodi (primäre Selbstmodi) können in entscheidenden Bereichen (Steuerung von Selbst, Emotionen und Beziehung) nicht genutzt werden, die Überlebensregel erzwingt den sekundären Modus. Aufgrund der „Entwicklungslöcher“ stehen wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten zur emotionalen Entwicklung von Selbst und Beziehung nicht zur Verfügung, es resultiert das DRIBS.

Die Antwort auf die Frage, wie der Konflikt der beiden gegnerischen Selbstmodi (primär und sekundär, adaptiv und maladaptiv) beendet werden kann, ist: entweder durch Sympombildung oder durch Etablierung des integrativen tertiären Selbstmodus.

An zwei Fallbeispielen (gehemmter und impulsiver Selbstmodus) soll nun veranschaulicht werden, wie es zur Entwicklung des sekundären Selbstmodus kommt und wie sich im zeitlichen Verlauf primärer und sekundärer Modus zueinander verhalten können. Auch die Herausbildung eines Vorläufers des tertiären Selbstmodus kann im ersten Fallbeispiel bereits beobachtet werden.

Fallbeispiel 1: Emotional instabiler Selbstmodus (Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Die promovierte verheiratete Chemikerin berichtet, sie leide „schon immer“ unter großen Problemen im Kontakt mit anderen Menschen. Bereits in der Grundschule habe sie sich anders als die anderen Kinder und im Kontakt mit diesen unbehaglich und angespannt gefühlt. Sie habe sich immer danach gesehnt, zu den anderen zu gehören, aber selbst wenn sie mit anderen in einer Gruppe sei, fühle sie sich wie hinter Glas. Während sie mit anderen Menschen in Kontakt sei, nehme sie gleichzeitig intensiv wahr, wie abstoßend, unattraktiv, merkwürdig, nicht richtig, unakzeptabel sie sei, so dass sie immer angespannter werde, je länger der Kontakt andauere. Der Druck sei kaum auszuhalten, und alles werde immer unangenehmer, so dass sie Begegnungen oder Telefonate von sich aus meistens nach kurzer Zeit beende. Es falle ihr mittlerweile immer mehr auf, dass sie versuche, Dauer und Gesprächsthemen durch pausenloses Reden zu bestimmen. Sicher wirke sie daher oft arrogant und herablassend auf andere, obwohl sie eigentlich angespannt und sehr unsicher sei, sich das jedoch nicht anmerken lasse. Sie spiele pausenlos Theater. Mittlerweile „funktioniere“ sie in sozialen Beziehungen viel besser, da ihr erwachsenes Leben mit den klar festgelegten Rollen ihr vieles leichter mache, das ursprüngliche Unbehagen und die hohe innere Anspannung seien jedoch unverändert, weshalb soziale Kontakte sie sehr anstrengten und sie sich nach wie vor nicht wohlfühle mit anderen Menschen. Wann immer es möglich sei, vermeide sie daher Kontakte. Sie sehne sich einerseits nach einem „normalen“ Leben mit Freundschaften und sozialen Beziehungen, fühle sich jedoch nur mit wenigen sehr vertrauten Menschen nicht ganz so „falsch“. Nähe halte sie kaum aus und vermeide sie dadurch, dass sie sehr kontrollierend und dominierend sei, auch in ihrer Ehe. Sie gerate in Wut, wenn sie das Gefühl habe, dass ihr Mann sie nicht verstehe oder nicht auf ihrer Seite sei. Wenn sie ihn in der Arbeit anrufe und er keine Zeit habe, lege sie wütend auf. Sie könne stundenlang mit ihm diskutieren, um ihn dazu zu bewegen, ihre Seite zu sehen und ihre Partei zu ergreifen. Er mache es ihr trotzdem nicht immer recht, und mittlerweile sehe sie dann seine Seite mehr. Seit ihrer Kindheit könne sie sich einfach nicht vorstellen, dass man sie als Person wirklich mögen könne. Trotzdem halte sie es kaum aus und reagiere verzweifelt und mit Panik, wenn er verreisen müsse oder nicht da sei. Wenn sie alleine sei, fühle sie sich sicherer und ziehe das Kontakten oft vor, so dass sie eigentlich nicht wisse, ob sie sich wirklich nach einem „normaleren“ Leben sehne. Sie fühle sich innerlich sehr zerrissen, dieses Gefühl dominiere auch ihre Stimmung, die oft extrem schwanke. Wenn ihr klar werde, wie anders sie sei und dass sie nie das normale Leben führen werde, nach dem sie sich so sehne, plane sie oft ihren Suizid. Es dauere oft sehr lange, aber wenn sie aus dieser Stimmung heraus sei, versuche sie zu leben und gegen ihre destruktiven Muster anzugehen. Andererseits gebe es auch überschwänglich glückliche Momente, wenn sie sich einmal gemocht fühle. Leider halte das nie lange an. Sie habe schon als Kind sehr intensive Gefühle gehabt, kleine Momente des Alltags gingen ihr oft sehr nahe, und sie habe dann Schwierigkeiten, damit zurechtzukommen. Nahe Bezugspersonen wie ihr Ehemann verstünden sie oft nicht, da alle Gefühle bei ihr immer übersteuert seien. Nach

positiven Kontakten sei sie euphorisch, andererseits reagiere sie auf Kleinigkeiten mit starker Wut, sei jedoch nie nachtragend, weil die Wut nie lange anhalte. Andererseits vergesse sie nicht, wenn jemand sich ihr gegenüber positiv verhalten habe. Als besonders belastend empfinde sie, dass sie beruflich recht erfolgreich sei und mit vielen Menschen zurechtkommen müsse (z. B. im Rahmen von Vorträgen oder Kongressen oder der Teamarbeit) und die meisten Mitmenschen irrtümlich annähmen, dass das kein Problem für sie sei, weil es ihr nicht schwerfalle, mit anderen in Kontakt zu kommen. Obwohl es auch Spaß machen könne, habe sie innerlich trotzdem ein Unbehagen, und unlogischerweise führten die positiven Erfahrungen zu keiner Besserung. Das innere Unbehagen führe oft dazu, dass sie dann darüber nachdenke, wie seltsam sie wirke, wenn sie wieder einmal zu viele zu persönliche Dinge zu schnell erzähle. Das löse dann noch mehr Unbehagen und Scham aus und bestätige ihre Verzweiflung, dass sie einfach „falsch“ sei.

Sie sei die älteste von drei Geschwistern, alle seien in England geboren und aufgewachsen. Beide Eltern seien Deutsche, die Familie sei jedoch im Rahmen eines Forschungsaufenthaltes des Vaters ins Ausland gezogen. Der Vater sei Naturwissenschaftler, die Mutter habe eine Ausbildung als Arzthelferin, doch erst wieder halbtags gearbeitet, als die Kinder älter gewesen seien. Die Schwangerschaft der Mutter sei dem Vater peinlich gewesen, die Mutter habe ihn nicht mehr von der Arbeit abholen dürfen. In ihrem ersten Lebensjahr habe er sich habilitiert und deshalb unter großer Anspannung gestanden, sei launisch und cholerisch gewesen und habe die Mutter abgewertet, die dann bei Wind und Wetter mit ihr auf dem Fahrrad umhergefahren sei, um den Vater nicht zu stören. Die Schwester sei zwei Jahre später, der ersehnte Sohn sei vier Jahre später geboren worden. Zu dieser Zeit habe der Vater einen riesigen verfallenen Bauernhof gekauft, der jedoch bis heute im Ruinenzustand verblieben sei, da der Vater, Perfektionist mit klaren Vorstellungen, keine fremde Unterstützung geduldet habe. Die Familie habe unter primitivsten Bedingungen mit Duldung der Behörden dort gelebt, ohne Heizung, Warmwasser oder sanitäre Anlagen. Als sie klein gewesen seien, habe der Vater viel mit den Kindern unternommen, ihnen Dinge beigebracht und viel erklärt. Gute Leistungen seien ihm extrem wichtig gewesen, vor allem jedoch in Bereichen, die für ihn selber zählten wie Naturwissenschaften. Alle drei Kinder hätten auf Initiative der Mutter zwei Musikinstrumente zu spielen gelernt, der Vater sei einerseits stolz gewesen, andererseits oft genervt und gereizt wegen der Musik, die er nicht habe ertragen können. Häufig habe er „Vortragsabende“ angesetzt, bei denen sie als Kinder wissenschaftliche Sachverhalte darstellen oder aber auch „Konzerte“ geben mussten, die entweder kaum kommentiert oder mit Unsummen Geld belohnt wurden. Die unberechenbare Art des Vaters habe das Familienleben geprägt: So habe er auf ein und dieselbe Sache entweder mit Anerkennung und Stolz oder mit Verachtung und Abwertung reagieren können. Seine Gewaltausbrüche, bei denen er oft die Kinder in die Küche gesperrt und dann ein Zimmer nach dem anderen verwüstet habe, hätten mit Phasen des depressiven Rückzugs gewechselt, bei denen er sich ohne Vorankündigung wochenlang in sein Arbeitszimmer eingeschlossen habe. Die Mutter habe ihm Essen vor die Tür gestellt. Urplötzlich sei er dann wieder zurückgekommen und habe einen „Witz“ gemacht, über den man zu lachen hatte. Erleichtert habe man sich wieder dem Alltag zugewandt. Der Vater habe auch euphorische Phasen gehabt, wo er beispielsweise zu Firmenversteigerungen gefahren und Unmengen an nutzlosen Dingen (wie Brillengestelle) gekauft habe, da er dann immer voller Pläne gewesen sei, was er selbst an Unternehmen gründen oder bauen wolle. Der Vater, der keine näheren Bezugspersonen gehabt habe, habe immer von einem „Club“ mit vielen Freunden geträumt, wo er der große Wissenschaftler sei, der vor einem ehrfürchtigen Publikum Vorträge halte. In diesen Phantasievorstellungen, die er ständig ausgemalt habe, habe er viele Freunde gehabt, die ihn wegen seiner Art und seines Wissens mochten, schätzten und bewunderten. Mit

seiner eigenen Verwandtschaft sei er zerstritten und ohne Kontakt gewesen, es habe auch viele „Geheimnisse“ gegeben, über die er nicht geredet habe. Aus seiner Studienzeit habe er einen sehr engen und guten Freund gehabt, der ihn lange Zeit mit seiner schwierigen Art akzeptiert, gemocht und zu ihm gehalten habe. Er habe ihn trotz eigener Arztpraxis mit viel Zeit beim Hausbau unterstützt und sei lange Zeit der Einzige gewesen, der dem Vater auch unbequeme Dinge habe sagen können. Dennoch habe der Vater ihn wie alle anderen Menschen auch durch ständiges Abwerten und Neid letztendlich vergrault. In seinem Beruf als Universitätsprofessor sei der Vater aufgrund seiner charismatischen Art vor allem bei den Studenten äußerst beliebt gewesen, er sei fasziniert gewesen von seinem Fachgebiet und habe mit seinem Enthusiasmus die Menschen begeistern können. Von den Kollegen sei er geschätzt, jedoch auch wegen seiner Exzentrik mit Distanz behandelt worden. Er habe sich oft demonstrativ körperlich verwahrlosen lassen und damit geprahlt. Nacktsein und seine körperlichen Bedürfnisse habe er in der Binnenwelt der Familie offen ausgelebt. Seine Freude an Wissen und Lernen habe er auch seinen drei Kindern vermittelt, er habe sie viel gefördert und gefördert. Ihre eigene Liebe zu Naturwissenschaften und vor allem zu logischem präzisiertem Denken habe die Patientin von ihm übernommen, leider auch seine Art, feindselig und abweisend auf Mitmenschen zu reagieren.

Die Mutter sei liebevoll, warmherzig und humorvoll, sie habe eine optimistische, fröhliche Art, sei auf der anderen Seite depressiv, abhängig und unterwürfig. Sie habe immer angstvoll versucht, dem Vater alles recht zu machen und ihn nicht zu verärgern. Sie habe sich mit den Kindern, vor allem mit ihr als der Ältesten, gegen den Vater verbündet. Häufig hätten sie abends zusammen im Zimmer der Mutter gesessen und über den Vater gelästert, wenn sich die Mutter wieder einmal beschwert habe, wie abwertend und verächtlich er zu ihr gewesen sei. Die Mutter sei konflikt-scheu gewesen, jedoch aufgrund ihrer fröhlichen und optimistischen Art mit anderen Menschen schnell in Kontakt gekommen, sei beliebt gewesen und habe auch Freundschaften geknüpft, die der Vater jedoch immer abgewertet habe, so dass die Mutter den Kontakt meist wieder reduziert oder abgebrochen habe, um den Vater nicht zu provozieren. Viele Dinge, die ihr wichtig gewesen seien, habe die Mutter heimlich gemacht oder sogar gegen das ständige Lästern des Vaters einfach durchgezogen (wie ihren Sport oder später die Halbtags-tätigkeit). Der Vater habe sich permanent über alles, was der Mutter wichtig gewesen sei, lustig gemacht, es seien Bemerkungen gefallen wie „Gibst du wieder Röntgenapparate abstauben?“ zu ihrem Beruf. Es sei dem Vater wichtig gewesen zu betonen, dass die Mutter dumm sei, da sie „keine Akademikerin“ sei und daher weit unter ihm stünde, er habe dabei von der Patientin Solidarität gefordert. Die Mutter habe das stillschweigend geduldet, oft weinend in der Küche gesessen. Sie habe dennoch die liebevolle Atmosphäre in der Familie gestaltet wie Geburtstage der Kinder, Jahresfeste oder die vielen Ausflüge, oft weinend oder mit Magenschmerzen und in hoch angespannter Atmosphäre. Es sei ihr wichtig gewesen, es den Kindern schön zu machen. Sie habe trotz des „Ruinenhauses“, das kalt und schmutzig gewesen sei, für Geborgenheit und Alltagsroutine gesorgt, die jedoch durch die unberechenbaren Launen und Gewaltausbrüche des Vaters häufig zerstört worden sei. Die erste Frage der Mutter sei immer nach der Laune des Vaters gewesen. Die Mutter sei sehr tolerant gewesen und habe erlaubt, was der Vater verboten habe. Sobald der Vater das Haus verlassen habe, sei das Verbotene (banale Dinge wie Fernsehen) euphorisch ausgelebt worden. Wenn dieser das bemerkt habe, habe er entweder großzügig-amüsiert oder aggressiv reagiert.

Der Vater habe seine sehr intensiven Emotionen impulsiv ausgelebt, er habe sehr große Stimmungsschwankungen gehabt und sei unberechenbar gewesen. Das Familienleben sei daher von einer vorsichtig abwartenden Atmosphäre und ständiger Anspannung geprägt gewesen, die aktuelle Stimmung des Vaters habe alles dominiert. In guten Phasen sei der Vater voller Energie, euphorisch und liebevoll gewesen, in schlechten entweder chronisch mürrisch, gereizt oder auch

sehr aggressiv. Er habe oft geäußert, dass er sich im Wald erhängen werde. Die sozialen Kontakte des Vaters seien eher oberflächlich gewesen, über Kollegen, die ihn oft dennoch schätzten, habe er hinter deren Rücken abwertend und voll Verachtung gesprochen, er habe es aber genossen, für sie wichtig zu sein. Freunde oder wirklich enge Beziehungen habe er nicht gehabt, die Familie, besonders die drei Kinder; hätten sein Bedürfnisse nach Nähe, Liebe, Anerkennung und Aufmerksamkeit abgedeckt und auch abdecken müssen. Besonders Anerkennung sei ihm extrem wichtig gewesen, er sei stolz auf seinen Beruf und seine Leistungen gewesen und habe dafür immer wieder Bewunderung von den Kindern eingefordert, indem er seine weit überdurchschnittliche Begabung betont habe. Er habe oft unbefangene fremde Leute angesprochen, was der Patientin extrem peinlich gewesen sei. Dann sei ihm sein abgerissenes, verwahrlostes Äußeres oder seine exzentrische Erscheinung demonstrativ egal gewesen. Innerhalb der Familie habe er mantraartig gepredigt, dass man Freunde nicht brauche, andere Menschen einen nur ausnutzten und man sich deshalb von anderen Menschen fernhalten solle. Die Familie habe dementsprechend abgeschottet gelebt, es hätten keine Freunde der Kinder zu Besuch kommen können, und sie hätten selten Schulfreunde besuchen dürfen. Erlaubte der Vater das einmal, habe er hinterher immer abwertende Bemerkungen darüber gemacht. Überhaupt sei es dem Vater sehr wichtig gewesen, „anders“ zu sein als die „Spießbürger“ und das „Pack“, denen er sich geistig überlegen fühlte. Sein Frauenbild sei negativ gewesen, er habe vor allem immer wieder sexualisierte und sehr abfällige Bemerkungen über Frauen und deren Körperlichkeit gemacht. Es sei daher für ihn schwierig gewesen, Töchter zu haben, die er einerseits förderte und liebte, andererseits aufgrund seines negativen Bildes verachtete. Besonders während der Pubertät sei es daher vermehrt zu sexualisierten Bemerkungen und Anspielungen auf Schwangerschaften gekommen, er habe die Töchter als „Nutten“ bezeichnet, wenn sie Weihnachten, wie von ihm verlangt, Röcke trugen, nach Treffen mit Freunden habe er mit sexuellen Unterstellungen reagiert.

Die Mutter habe sich dem Vater gegenüber sehr ängstlich und unterwürfig verhalten, bei seinen häufigen Abwertungen und Demütigungen habe sie meist stumm geweint. Sie habe unter häufigen Magengeschwüren gelitten, in schlimmen Zeiten im Bett der Patientin gelegen, weil das dem Bad näher gewesen sei. Die Patientin sei darüber ohnmächtig vor Wut gewesen, da sie sich vor der Mutter geekelt habe und ihr Zimmer als „verunreinigt“ empfunden habe. Einmal habe die Mutter länger ins Krankenhaus gemusst, die Zeit mit dem Vater alleine sei die Hölle gewesen, weil er mit kalter Verachtung über die Mutter gesprochen und deren komplette Haushaltsordnung verwüstet und nach seinen Maßstäben verändert habe. Die Kinder hätten in ständiger Angst und Anspannung gelebt und seien erleichtert gewesen, als die Mutter wieder da war. Mit Krankheiten und Schwäche habe der Vater überhaupt nicht umgehen können, daher sei man eben nicht krank gewesen.

Innerhalb der Familie habe es aber auch viele Momente der Sicherheit und Geborgenheit gegeben, man habe regelmäßig Ausflüge und Urlaube gemacht, die zwar immer unkonventionell gewesen seien, aber auch viel Spaß gemacht hätten. Dann sei es einmal unbeschwert gewesen, der Vater habe Ruhe und Halt ausgestrahlt. Dem Vater sei es sehr wichtig gewesen, mit der gesamten Familie gemeinsam etwas zu erleben, er habe ungeheuer komische und selbstironische Seiten gehabt und sei vor allem in positiven Phasen materiell sehr großzügig gewesen. Er habe dann oft zum Erstaunen aller Dinge tun wollen, von denen er sonst mit Verachtung gesprochen und die er den Kindern verboten habe, zum Beispiel auf die Kirmes zu gehen. In diesen Phasen sei er maßlos gewesen, habe den Kindern z. B. unzählige Karussellfahrten und je 10 Kugeln Eis aufgedrängt. Andererseits habe er den Kindern Schulveranstaltungen verboten und stattdessen ein nach seinen eigenen Vorstellungen gestaltetes Alternativprogramm zu Hause veranstaltet, um die Kinder nicht

mit den „Proleten“ zusammenkommen zu lassen. Es sei immer wichtig gewesen, „anders“ zu sein, sich zu kleiden, zu leben als „die Masse“. Der Vater habe oft Versprechungen gemacht, die er nicht eingehalten habe, trotzdem habe sie immer wieder darauf gehofft. Regelmäßiges Taschengeld habe es nie gegeben, da der Vater sehr stimmungsabhängig reagiert habe, aber wenn, dann habe er zum Missfallen der Mutter den Kindern übermäßig große Beträge gegeben. Anschaffungen für die Kinder, die er ausgesucht habe, seien oft hochwertig gewesen, trotzdem sei sie dann oft enttäuscht gewesen, weil sie lieber genau das Gleiche hätte haben wollen wie die anderen. Im Gegensatz dazu habe er Dinge, die die Mutter ausgesucht habe, entweder nicht gewürdigt oder sexualisiert abgewertet (besonders Kleidungsstücke für die Patientin, in denen sie „wie eine Nutte“ herumlaufe). Die Mutter habe die Kleidung dann umgetauscht. Aufgrund der Stimmungen des Vaters habe es intensive Momente voller Geborgenheit und Spaß gegeben, die mit Tagen voller Gewalt und Hass wechselten. Besonders an Weihnachten und /oder Silvester habe sich der Vater oft selbst großen Druck gemacht, dass alles perfekt sein müsse, dann sei er hoch aggressiv gewesen. Besonders der Patientin habe der Vater Schulveranstaltungen häufig verboten, es sei ihr unangenehm gewesen, wenn die Lehrer versucht hätten, ihn umzustimmen, da er dann sehr aggressiv aufgetreten sei. Er habe seine Kinder unter der eigenen Kontrolle haben wollen. Wenn die Klassenfahrten später im Unterricht thematisiert wurden, habe sie sich vor den anderen geschämt.

Die Patientin sei nach außen ein sehr schüchternes und ängstliches Kind gewesen, innerhalb der Familie jedoch sehr dominant und kontrollierend. Sie habe als kleines Kind bereits Eigenheiten bezüglich des Essens entwickelt, die sie bis heute beibehalten habe, zum Beispiel nach bestimmten Mustern und Reihenfolgen zu essen oder bestimmte Dinge aus Ekel überhaupt nicht. Der Vater habe sich darüber lustig gemacht und sie zum Essen gezwungen. Alle drei Kinder seien in den frühen Jahren geschlagen worden, das habe der Vater jedoch dann eingestellt. Die Patientin sei bezüglich ihrer persönlichen Dinge und ihres Zimmers sehr eigen gewesen, habe mit Wutanfällen reagiert, wenn ihre Geschwister das nicht respektierten. Ihre eigenen Gegenstände hätten bis heute noch eine hohe Bedeutung für sie, da deren Vorhandensein und Intaktheit für Sicherheit stünden, über deren Dasein sie im Unterschied zu Menschen die Kontrolle habe. Es falle ihr daher schwer, etwas wegzuworfen, es sei ein Verlust von Vertrautheit und Sicherheit. Als Kleinkind habe sie ihre Stofftiere geschlagen und anschließend aus Mitgefühl darüber geweint. Noch heute verliere sie beim Anblick misshandelter Tiere die Fassung, müsse diese Bilder trotzdem wie unter Zwang immer wieder anschauen und sich detailliert den Sterbeprozess des Tiers vorstellen, obwohl es ihr schlecht gebe und sie die Bilder dann nicht loswerde. Sie empfinde Tieren gegenüber eine Tiefe an Liebe, wie es ihr gegenüber Menschen nicht möglich sei.

Mit vertrauten anderen Kindern und den Geschwistern habe sie viel zusammen gespielt, wobei die Patientin bestimmt habe. Sie habe viel für die Geschwister, besonders für den Bruder gesorgt und auf ihn aufgepasst, weil die Mutter dem Vater bei der stimmungsabhängigen Hausrestaurierung geholfen und keine Zeit gehabt habe. Es sei ihr immer wichtig gewesen, für die Geschwister da zu sein und sie vor allem zu beschützen, wenn sie gehänselt oder ausgegrenzt wurden. Für den Bruder sei sie in seinen ersten Jahren Hauptbezugsperson gewesen, sie habe ihn versorgt und ihm Dinge beigebracht. Die jüngere Schwester habe gezielt bei ihr und nicht der Mutter Schutz gesucht, habe sie als große Schwester bewundert und in allem kopiert. Die Patientin habe sich dann immer ruhig, stark und kompetent gefühlt, da sie sich mit der starken und ruhigen Seite des Vaters identifiziert habe und immer so habe sein wollen wie er. Der Vater sei für sie die wichtigste Bezugsperson gewesen, sie habe zu ihm eine besondere, innigere und tiefere Verbindung gehabt als die Geschwister. Der Vater habe ihr das irgendwie auch immer zu verstehen gegeben. Wenn sie allerdings unbedacht eigene Meinungen geäußert oder Dinge gemacht habe, die ihm nicht

gefielen, habe er sich sofort von ihr abgewandt und sie tagelang ignoriert. Sie habe sich von ihm bis zur Pubertät immer geliebt gefühlt, danach geliebt und verachtet gleichzeitig. Dennoch sei der Vater immer für sie da gewesen, wenn auch zu seinen Bedingungen, er habe alles kontrollieren und alles wissen wollen, nach ihrem Auszug während des Studiums abends täglich stundenlang mit ihr telefoniert und über sich monologisiert. Zeitweise habe sie die Beziehung auch als sexualisiert empfunden, was ihr jedoch gefallen habe, da sie sich dadurch aufgewertet gefühlt habe. In der Pubertät sei ihr diese unausgesprochene Atmosphäre jedoch unangenehm und angenehm zugleich gewesen, sie habe tiefe Scham empfunden, jedoch diese kurzen Momente, wenn der Vater ihr z. B. übers Haar gestrichen habe, zwanghaft immer wieder in der Phantasie durchleben müssen. Der Vater sei lange Zeit ihr Ideal und großes Vorbild gewesen, sie habe ihn tief geliebt. Die Beziehung zur Mutter sei immer ambivalent und mit massiven Schuldgefühlen belastet gewesen. Die Mutter sei einerseits ihre Vertraute gewesen, sie habe sich mit allen Sorgen und Problemen an die Patientin gewandt und sich oft bei ihr ausgesprochen, wenn der Vater sie wieder einmal schlecht behandelt habe. Die Mutter habe ihr immer viel Liebe und Zuwendung gegeben, sie habe für die Kinder gesorgt und sei einfach immer da gewesen, die Patientin habe mit allem zu ihr kommen können. Trotzdem sei ihr die Nähe zur Mutter immer unangenehm gewesen, sie habe sie nicht umarmen oder berühren können, den Vater eher, er habe aber Körperkontakt strikt abgelehnt. Die Mutter habe gute Leistungen mit Geschenken belohnt, jedoch nicht übertrieben. Der Patientin habe sie im Leistungsbereich wegen der „psychischen Störung“ nichts zugetraut und mit der Schwester immer wieder ihre Sorgen um die Patientin besprochen, die Schwester habe ihr das dann weitererzählt. Sie habe die Mutter trotzdem geliebt, aber auch viel Mitleid mit ihr gehabt. Es habe ihr wehgetan, wenn der Vater sie verächtlich behandelte, da sie selbst immer so gut und liebevoll gewesen sei. Sie sei immer akzeptierend und verständnisvoll der Patientin gegenüber gewesen, es habe selten Konflikte gegeben, und sie habe die Patientin immer unterstützt, sich selbst zurückgestellt und aufgeopfert. Daher habe die Patientin oft Schuldgefühle gehabt, dass sie die Mutter insgeheim als schwach und wehrlos gesehen habe wie der Vater, oft habe sie sie ebenso mit wenig Respekt und Verachtung gesehen wie er. Da der Vater ihr zu verstehen gegeben habe, „sie oder ich“, habe sie sich für den Vater entschieden, während die Geschwister sich auf die Seite der Mutter gestellt hätten, insbesondere nach der Scheidung.

Zu ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester habe sie eine innige Beziehung gehabt, sie hätten bis zum Jugendalter fast alle Zeit zusammen verbracht. Der Bruder sei dann ausgeschlossen gewesen, er sei bereits als Kind aggressiv und häufig krank gewesen. Er sei daher vom Vater sofort fallen gelassen und als „Schwächling“ ignoriert oder schikaniert worden. Die Schwester habe zum Bruder einen besseren Draht gehabt als die Patientin, die immer darunter gelitten habe, wenn diese sich ihm zugewandt habe. Die Schwester habe die Patientin idealisiert und sich ihr und ihren Launen und Eigenarten unterworfen. Beide Schwestern seien sehr verschieden; während die Patientin innerhalb der Familie stark und dominant, aber auch sehr zwanghaft, nach außen schüchtern und eigenbrütlerisch gewesen sei, sei die Schwester vor allem in der Pubertät sehr extrovertiert gewesen und habe sich mit dem Vater Pubertätskonflikte geliefert. Sie habe sich mehr von der Schwester abgewandt und viel mit Freunden unternommen, eigene Interessen entwickelt und Dinge ausprobiert, was dem Vater und der Patientin zutiefst missfallen habe. Der Vater habe die Schwestern immer gegeneinander ausgespielt und vor allem in der Pubertät die Patientin öfters zugunsten der Schwester fallen gelassen. Er habe immer die Auffassung vertreten, die Schwester sei „clever und intelligent wie er“, die Patientin dagegen „fleißig, aber dumm wie die Mutter“. Er habe die Schwester dann mit respektvoller Achtung angeschaut. Die Patientin fühle sich seitdem als „unwertes Leben“. Bei diesem Gedanken empfinde sie einen abgrundtiefen Selbsthass, der in

aggressive Suizidphantasien münde. Sie habe bisher keinen Suizidversuch unternommen, weil sie sich das als letzte Möglichkeit offenhalte. Angst habe sie davor nicht, dafür sei ihr Selbsthass zu groß. Sie wisse, dass sie sich umbringen werde, wenn der Zeitpunkt da sei. Zu beiden Geschwistern bestehe mittlerweile kein Kontakt mehr; die Beziehungen seien von Konkurrenz geprägt gewesen. Da sie in der Schule kaum Kontakte hatte, habe sie seit ihrer frühen Kindheit überwiegend in einer Phantasie- oder Bücherwelt gelebt, die ihr Geborgenheit und Sicherheit bedeutete. In ihrer realen Welt seien diese Dinge häufig durch den Vater zerstört worden. So habe er ihr zu ihrem 10. Geburtstag alle Stofftiere weggenommen, da sie „kein Baby“ mehr sei, Poster von Filmstars, die sie wegen ihrer Ähnlichkeit mit dem Vater aufgehängt habe, habe er zerrissen, ihre Musik und Bücher habe er als „Schund“ verboten. Übermütiges Verhalten habe er entweder mit Stolz und Amüsement oder mit scharfen Bestrafungen kommentiert. Er habe regelmäßig ihre Briefe geöffnet, ihr Zimmer durchwühlt, dabei demonstrativ Schubladen, in denen sie ihre Süßigkeiten gelagert habe, offen stehen lassen. Wenn sie sich in ihr Zimmer eingeschlossen habe, habe er die Tür aufgebrochen, um zu kontrollieren, was sie vom Taschengeld gekauft habe. Dann habe sie Panik vor dem Vater gehabt. So habe sie sich, wann immer es ging, in eine Welt aus Büchern, Musik und Süßigkeiten zurückgezogen, besonders der gleichzeitige Konsum aller drei Dinge habe für maximale Geborgenheit gesorgt. In ihrem Körper habe sie sich bereits als Kind unwohl gefühlt, sie habe oft im Anorak geschlafen, um den Körper nicht zu spüren und um mit ihm nichts zu tun haben zu müssen. Im Sommer trage sie heute noch bei größter Hitze Mäntel, um nicht angeschaut zu werden, oft wünsche sie sich eine Tarnkappe. Sie reagiere feindselig, wenn Menschen sie z. B. nach dem Weg fragten, es mache sie wütend, weil nicht respektiert werde, dass sie mit ihrer abstoßenden Art einfach nicht gesehen werden wolle. Oft reagiere sie dann grob. Daher meide sie oft Blickkontakt, um den Leuten zu signalisieren wegzugehen. Bis heute konsumiere sie streng nach Jahreszeiten immer dieselben Bücher, Süßigkeiten und Musik, wenn sie das nicht tun könne, tauche sie in ihrer Phantasie in diese Welt ab. Persönliche Gegenstände hätten für sie eine Bedeutung wie für andere Leute Mitmenschen, Geräusche wie Gehen auf Schnee oder Kies, das stereotype Umfüllen von Wasser oder das Geräusch von Autos, Kirchenglocken oder auch Kleiderbügeln in Kaufhäusern seien beruhigend. Kommentare des Vaters über ihren veränderten Körper und ihre Weiblichkeit in der Pubertät hätten zu einer großen Verunsicherung geführt. Vorübergehend hätte sie aufgrund vermehrten Konsums der tröstenden Süßigkeiten zugenommen, was der Vater mal spöttisch liebevoll, meist abwertend kommentiert habe. Mit 15 Jahren habe sie eine Magersucht entwickelt, nachdem sie sich aus der Ferne unglücklich verliebt habe. Die fehlende Reaktion des Jungen auf ihre Blicke habe sie auf ihr hässliches Aussehen zurückgeführt. Aufgrund massiver Interventionen der Lehrer und aus Angst vor weiterem Druck und Sanktionen des Vaters habe sie wieder zugenommen. Sie habe sich wieder verstärkt in die Phantasiewelt zurückgezogen und bis in die Nacht gelesen, Süßigkeiten konsumiert und überdosiert Abführmittel genommen, um nicht dick zu werden. Die damit verbundenen Bauchkrämpfe und Schmerzen seien angenehm gewesen. Oft sei der Vater nachts im Haus umhergeschlichen, um sie zu erwischen. Er habe dann nur ihre Zimmertür geöffnet und diese offen stehen lassen, das habe ihr mehr Panik gemacht, als wenn er geschimpft hätte. Die Mutter habe gedroht, es dem Vater zu sagen, wenn sie mit den Abführmitteln nicht aufhöre, sie habe sie dafür verachtet.

Da sie seit damals auf der Suche nach Vaterfiguren sei, habe sie kurze alltägliche Kontakte zu Männern wie Nachbarn oder Lehrern als intensiv und schambesetzt zugleich empfunden, diese Momente jedoch immer wieder in ihrer Phantasie nacherlebt. Die Szenen hätten immer denselben Inhalt gehabt, sie habe sich schwach gezeigt, die Männer hätten sich um sie gekümmert. Trotz der tief empfundenen Scham habe sie sich das auf selbstquälerische Weise immer wieder ausmalen

müssen. Heute noch erlebe sie Kontakte, vor allem zu männlichen Autoritätspersonen, als intensiv und lebe sie in Tagträumen nach. Die Inhalte seien nie sexuell, sondern es seien immer Szenen, wo sie schwach und hilfsbedürftig sei und die Männer sich um sie kümmerten. Es sei gleichzeitig angenehm und unangenehm.

In den ersten Klassen des englischen (internationalen) Gymnasiums habe sie engere Freundschaften zu zwei Mädchen gehabt, die sich jedoch wieder aufgelöst hätten. Der Kontakt zu ihrer Mutter und vor allem zur Schwester hätte viel für sie abgedeckt, ab ihrem 15. Lebensjahr bis zum Abitur habe sie so gut wie gar keine sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen gehabt, es sei ihr jedoch weder aufgefallen noch habe sie es vermisst. Immer wieder habe sie kurze Freundschaften gehabt, diese jedoch wieder beendet, in Gruppenkonstellationen wie Schulfesten sei sie unsicher gewesen und habe nicht gewusst, wie sie sich verhalten solle. In der Klasse sei sie akzeptiert gewesen, habe aber alle Zeit allein verbracht. Schulfreizeiten seien erst quälend gewesen, später besser, weil sie wieder Freundinnen gehabt habe. Ihre Freizeit habe sie mit Lernen, Lesen und exzessivem Musikhören verbracht, sie habe viel mit der Schwester geredet oder sei stundenlang mit ihrem Hund umhergestreift. Der Vater habe die Haustiere oft misshandelt, einmal ihren Hund vor ihren Augen stranguliert, sie sei in Panik aus dem Haus geflohen und habe die Nacht draußen verbracht.

In der Schule sei sie immer sehr gut gewesen, insgesamt jedoch still und unauffällig. Zunächst seien ihr Sprachen wichtig gewesen, die ihr leichtgefallen seien, später habe sie sich mehr für Naturwissenschaften interessiert. Besonders Chemie sei ihr Lieblingsfach geworden, dennoch fühle sie sich nach wie vor in der englischen Literatur und mit der englischen Sprache vertraut und wohler als mit dem Deutschen. Nach dem Abitur in einer internationalen Schule habe sie in Deutschland ein Anglistikstudium begonnen, später zu Chemie gewechselt. Der Vater sei im Look eines Obdachlosen zur Einschreibung mitgekommen wie bei einem kleinen Kind. Nach Auszug aus der Vertrautheit und Geborgenheit des Elternhauses habe sie sich sehr unsicher gefühlt und sei wieder in ihre Innenwelt abgetaucht. Im ersten Studium habe sie keine sozialen Kontakte gehabt, sich auf das Lernen konzentriert und ein Parallellieben in Büchern, Kino, Musik und Süßigkeiten geführt. Sie habe sich häufig intensiv aus der Ferne in Mitstudenten verliebt, ihre Gefühle mit exzessivem Musikhören und Hungern verstärkt, sich jedoch nicht getraut, Kontakt aufzunehmen. Ihre soziale Isolation sei durch das Leben in einem 1-Zimmer-Apartment verstärkt worden. Da sie sich an den Wochenenden und in den Semesterferien, die sie allein in Parks mit einem Buch verbracht habe, zum ersten Mal ihrer Einsamkeit bewusst worden sei, habe sie einen Ferienjob zu Hause angenommen, dort aber ähnlich isoliert gelebt. Sie habe mechanisch funktioniert, sich wie tot gefühlt und intensive Suizidgedanken gehabt. Nach dem Wechsel des Studiums und dem Umzug in ein Studentinnenheim sei es ihr besser gegangen, sie habe dort Kontakte gefunden und sich mit ihren Problemen sofort einer Mitstudentin anvertraut, die sie unterstützt habe. Durch die gemeinsamen Abende mit den Freundinnen, bei denen exzessiv geraucht und getrunken worden sei, habe sie sich zum ersten Mal zugehörig gefühlt, dennoch sei immer ein Rest Unbehagen und Anspannung geblieben, vor allem in Momenten der Nähe. Sie habe damals erneut wegen Fress- und Hungerphasen Abführmittel genommen und dies der Freundin erzählt. Obwohl ihr deren Verständnis und Unterstützung gutgefallen habe, sei das vertraute Gefühl der Scham und Verlegenheit wiedergekommen. Die Mitbewohnerinnen seien nicht mehr an sie herangekommen, da sie sich immer mehr in ihre innere Welt des Hungerns, dann auch exzessiven Erbrechens und Süßigkeitenkonsums zurückgezogen habe. Immer wieder seien die Menschen auf sie zugekommen. Das Gefühl der Unwirklichkeit habe sich verstärkt und sei wie ein Sog geworden. Phasenweise habe sie alle möglichen Psychopharmaka konsumiert, vor allem in Phasen der kompletten sozialen Isolation tagsüber Amphetamine, um das Gefühl

auszuhalten. Einzige Kontakte seien immer wieder sexuelle zu einem Mann gewesen, bei dessen Familie sie babygesittet habe und wo sie wie ein Familienmitglied behandelt worden sei, liebevoll und mit Wärme. Die Familie habe ihr die riesige Wohnung und ihr Auto zur Verfügung gestellt, während sie verreist waren. Sie sei dort dann kurzzeitig eingezogen, habe sich jedoch ohne Kontakte zu den anderen Studentinnen des Wohnheims surreal und entfremdet gefühlt, wochenlang mit niemandem gesprochen, während sie wie in Trance ihren Alltag gelebt habe. Freunde hätten immer wieder versucht, sie aus ihrer Isolation herauszuholen. Die Fürsorge habe sie gefreut, sie sei trotzdem innerlich meilenweit weg gewesen. Das Studium habe sie dennoch durchgezogen, Referate und Klausuren nach durchfressenen Nächten in letzter Minute vorbereitet, dann recht gute Leistungen erbracht, so dass niemandem ihre Instabilität und ihr Doppelleben aufgefallen sei. Sie habe immer mehr gehungert. Mit einem Gewicht von 35 kg sei sie für vier Monate in eine Klinik gegangen, habe sich dort unwirklich und fremd, unerträglich einsam und verlassen gefühlt. Sie habe sich jedoch nicht getraut, den Aufenthalt abzubrechen, und sich wieder in ihre Innenwelt zurückgezogen. Während der Ausgangszeiten habe sie wie in Trance in Kaufhäusern Ladendiebstähle begangen, sich abends mit Studienkollegen zum Kino verabredet und ihre Rolle gespielt. Zu ihrem Erstaunen sei sie im Studentenheim beliebt gewesen, und man habe sie häufig eingeladen, etwas zu unternehmen, was sie gelegentlich in Anspruch genommen habe. Am ersten Tag ihres ersten Studiums habe sie ihre bis heute beste Freundin kennengelernt, mit der sie viel unternommen habe, die Normalität habe ihr gutgetan. Die Freundin sei ganz anders, bodenständig, stabil und liebevoll. Sie erzähle ihr nur sehr dosiert Persönliches, da sie Angst habe, sie sonst zu verlieren. Trotzdem sei die Freundin seit über 30 Jahren für sie da, sie bedeute ihr sehr viel. Der Freundin habe sie dann doch von der Essstörung erzählt, sie habe sie in der Klinik besucht. Der Vater habe sie fallen gelassen, als er von dem Klinikaufenthalt gehört habe, die Mutter sei zum Elterngespräch angereist, jedoch dann kollabiert und habe sich in ihr Krankenbett legen müssen, so dass das Gespräch abgesagt werden musste.

Nach der Entlassung habe die Mutter mit ihr eine Reise durch England unternommen, wo sie zwar ihre Essstörung unverändert ausgelebt, die ihr dennoch sehr gut getan habe. Sie sei dann aus dem Studentenheim aus- und in eine eigene Wohnung gezogen, die Zeit bis zum Abschluss des Studiums habe sie ähnlich verbracht wie die Jahre zuvor. Sie habe ihre Gefühle und vor allem ihre heftigen Wutanfälle ihren Haustieren gegenüber ausgelebt, immer wieder sexuelle Beziehungen zu Männern aus anderen sozialen Schichten gehabt, da sie sich Männern aus ihrem eigenen Umfeld gegenüber minderwertig, hässlich und unattraktiv gefühlt habe. Mit einem Mann aus der Nachbarschaft habe sie viel unternommen, sich in ihn verliebt, er habe sie jedoch zurückgewiesen. Nach einer kurzen Zeit der Kontaktvermeidung habe sie den Kontakt trotzdem wieder aufgenommen, weil ihr die gemeinsamen Unternehmungen wichtiger gewesen seien. Danach habe sie einen jüngeren Studenten kennengelernt, der sich in sie verliebt, vor dem sie sich wie oft jedoch geekelt habe. Sie habe mit ihm geschlafen, um die Ausflüge und Unternehmungen nicht zu verlieren. Sie habe durch die vielen Aktivitäten mit den Männern weniger Zeit in ihrer Innenwelt verbracht, dies durch ständige Kontakte mit Männern ersetzt, einer habe den anderen abgewechselt, zeitweise habe sie die Beziehungen auch parallel gehabt. Es sei ihr irgendwie wichtig gewesen, die Aufmerksamkeit und das Interesse der Männer zu bekommen, dadurch sei sie in einem anderen „states of mind“ gewesen. Sie habe mit ständigem Unterwegssein bis in die Nächte den anderen „state of mind“, die Traum- und Phantasiewelt zeitweise aufgeben können. Sexuelle Kontakte habe sie überwiegend mit Männern gehabt, die nicht ihrer Welt angehörten, mit Busfahrern, Asylanten, Aushilfskassierern beim Supermarkt. Die Beziehungen zu den Studenten seien häufig platonisch gewesen, Sexualität und ernsthafte Beziehungen seien für sie irgendwie nicht „kompatibel“. Mit

ihrer weiblichen Identität im Sinne ihrer sozialen Rolle sei sie im Alltag unsicher, sie wisse nie, wie sie sich verhalten und geben solle, meist kleide sie sich bewusst unattraktiv.

Gegenüber männlichen Personen, insbesondere Autoritätspersonen in ihrem beruflichen Umfeld, fühle sie sich bis heute dumm, hässlich und unattraktiv, sie vermeide den Kontakt daher; wann immer das möglich sei. Wenn sie Kontakt haben müsse, verhalte sie sich ungewollt unangebracht persönlich, wünsche sich Nähe und Zuwendung, was völlig absurd sei, das sei ihr klar. Trotzdem reagiere sie impulsiv und zu intensivprivat, was sicherlich großes Befremden auslöse, dann erlebe sie tiefe Scham und ziehe sich zurück. Während ihrer Praktika in der Studienzeit habe sie alle Pausen alleine in den Kellerräumen des Unternehmens oder im Park verbracht, gemeinsame Mahlzeiten gemieden. Gegenüber den Professoren im Studium sei sie unsicher und befangen gewesen, sie empfinde Unzulänglichkeit und Scham und habe daher oft vermieden, in die Sprechstunden zu gehen. Ihre erste Promotion habe sie deshalb abgebrochen. Obwohl sie ganz kompetent in ihrem Fachgebiet sei, traue sie sich bei Autoritätspersonen nicht, ihre Meinung zu äußern, oft habe sie dann eine Art Blackout. Wenn sie Leistungen bringen müsse, stehe sie so unter Druck, dass sie innerlich wie eingeschnürt sei und dann außer flirrenden Gedankenfetzen nichts im Kopf habe und keine Leistung abliefern könne. Arbeite sie alleine, könne sie konzentriert und strukturiert mit Ausdauer arbeiten.

Zu ihrer Überraschung habe sie nach ihrem sehr guten Studienabschluss rasch eine hohe Position in einem Unternehmen erhalten, für die sie sich nicht qualifiziert gefühlt habe. Aus materiellen Gründen und aus Herausforderung habe sie die Stelle jedoch angenommen. Rasch hätten sich interne Machtkämpfe und eine konfliktreiche Unternehmenskultur herausgestellt, sie als Vorgesetzte habe für Klärung und Struktur sorgen sollen. Besonders ein Kollege habe sich seine Position von ihr nicht streitig machen wollen, es sei zu Konflikten gekommen. Da sie nicht so schnell aufgeben, habe sie sich jedoch durchgebissen und durchgesetzt. Da ihr präzises Wissen und umfassende Kompetenz wichtig seien und sie von ihrem Fachgebiet fasziniert sei, habe sie beruflich immer viel Anerkennung und Förderung erfahren. Leider sei immer wieder von ihr erwartet worden, Führungspositionen oder neue Bereiche zu übernehmen. Obwohl sie es nach außen gut mache, fühle sie sich jedoch mit den damit verbundenen Erwartungen überfordert und habe nach einigen quälenden und anstrengenden Jahren entschieden, sich in einen Bereich zurückzuziehen, in dem sie sehr eigenständig arbeiten könne, und sei damit richtig glücklich. Dafür habe sie Status und Möglichkeiten der Anerkennung im Unternehmen aufgegeben, was entlastend sei. Ihr Beruf sei oft der einzige Bereich in ihrem Leben, in dem sie sich eher sicher fühle, aber auch das kippe schnell, wenn sie sich mit Kollegen vergleiche. Sie meide daher beruflichen Kontakt. Da sie viel lese und sich autodidaktisch intensiv mit ihrem Gebiet beschäftige, verfüge sie über ein hohes Wissen. Daher fühle sie sich manchmal den Kollegen auch überlegen und trete arrogant auf, was ihr dann egal sei, weil es ihr um die Sache gehe. Unter den Kollegen sei sie wie früher in der Schule toleriert, aber ein Einzelgänger mit einigen oberflächlichen Kontakten.

Die Mutter habe sich nach dem Abitur des Bruders vom Vater getrennt wie lange geplant, sie sei hinter dem Rücken des Vaters einfach ausgezogen. Dieser habe mit völliger Überraschung, Unverständnis und ohnmächtiger Wut reagiert, die in einen Scheidungskrieg und nie endenden Hass übergegangen sei. Die Patientin habe sich als Einzige mit dem Vater gegen die Mutter verbündet und habe jahrelang eine extrem enge Beziehung zum Vater gehabt. Er habe danach ständig Frauen kennengelernt, da er nicht allein sein könne, diese jedoch immer wieder verloren. Die Patientin sei seine engste und wichtigste Bezugsperson gewesen, sie hätten täglich stundenlang telefoniert, er habe über seine Probleme mit den Frauen, auch über Sexualität erzählt. Er habe wie in der Kindheit selbstdarstellerisch monologisiert, oder sie hätten über ihr Chemiestudium

gesprochen, auf das er sehr stolz gewesen sei. Mit den Leistungen der Kinder habe er gerne nach außen angegeben. Er habe die Patientin immer in allem unterstützt und sich viel Zeit dafür genommen. Ihre Leistungen hätten für ihn an erster Stelle gestanden, die Naturwissenschaften seien wie ihre gemeinsame Nabelschnur gewesen. Ihr Leben sei nie Thema gewesen, es sei ein „Agreement“ gewesen. Er habe ihr Leben verachtet, sie habe nichts darüber erzählt. Bei den Besuchen zu Hause habe er sie wegen normaler Dinge wie Wimperntusche auf offener Straße als „Nutte“ angeschrien. Sie habe ihn daher oft angelogen und Univeranstaltungen vorgeschoben, um ihn am Wochenende nicht besuchen zu müssen, da sie dann vor unterdrückter Wut innerlich gekocht habe. Sie habe die Besuche bei ihm nur „dauerfressend“ aushalten könne, oft tafelfeise Schokolade in ihrem Anorak gelagert, während er auf ihren Spaziergängen monologisiert habe. Der Vater habe sie trotz Vorwürfen über ihren schlechten Umgang mit Geld immer wieder unterstützt und sei für sie da gewesen. Nachdem sich ihr erster richtiger Freund von ihr getrennt hatte, habe er sofort einen Nachtflug genommen, um sie nach Hause zu holen, da sie mitten in den Vordiplomprüfungen gewesen sei und er Angst gehabt habe, dass sie schlecht abschneiden könne. Auf ihr Weinen habe er mit den Worten reagiert, der Freund habe eh nie etwas getaugt. Dies habe sie fast wieder amüsiert, da er von seiner Existenz bis dato gar nichts gewusst habe. Bereits durch die Unternehmungen mit den Männerbekanntschaften um ihren Studienabschluss herum habe sie ihre Traumwelt verlassen und erstmals gespürt, wie die Dominanz des Vaters ihr eigenes Leben bestimmte. Sie habe sich oft wie seine Partnerin gefühlt, da er auch sexuelle Themen wie selbstverständlich mit ihr besprochen habe. Ein halbes Jahr nach ihrem Arbeitsbeginn habe er sie von einem Tag auf den anderen komplett fallen gelassen, nachdem sie erstmals abgelehnt habe, dass er ihr wieder ein gebrauchtes Auto kaufte. Er sei darüber so gekränkt gewesen, dass er den Kontakt völlig abgebrochen habe. Trotz kontinuierlicher Versuche ihrerseits, Kontakt aufzunehmen, verweigere er ihr seit 25 Jahren jeglichen Kontakt, ohne dass sie jemals einen Grund dafür erfahren habe.

Kurz darauf habe sie ihren späteren Mann kennengelernt, der ganz anders als ihre bisherigen männlichen Bekannten gewesen sei. Sie habe gleich zu Beginn immer wieder kurze berufliche Begegnungen mit ihm gehabt und sich im Kontakt mit ihm unbehaglich und minderwertig gefühlt. Sie habe daher versucht, Kontakte mit ihm zu vermeiden und auch kleine Lügen gebraucht, wenn sie ihn beruflich hätte kontaktieren sollen. Ihre bulimisch-anorektische Essstörung habe seit ihrem 20. Lebensjahr die ganze Zeit hinweg weiter fortbestanden, nach der Arbeit habe sie sich in ihre eigene Welt mit Lesen, Süßigkeiten und Musikhören zurückgezogen. Das Funktionieren in der Arbeit sei anstrengend gewesen, abends habe sie sich in eine Welt der Sicherheit und Geborgenheit zurückgezogen. In diesem Sommer habe sie intensiv und extrovertiert gelebt, zugenommen und sich mehr verabredet als sonst. Daher habe sie auch an dem Sommerfest teilgenommen, was sie bisher immer vermieden hatte. Dort habe ihr späterer Mann sichtlich mit ihr geflirtet, was sie anfangs intensiv erwidert habe, sie habe sich nach dem Austausch der Telefonnummern jedoch rasch zurückgezogen. Danach sei sie verwirrt, unruhig und zwiespalten gewesen. Schließlich habe er sich gemeldet und einen gemeinsamen Urlaub vorgeschlagen, dem sie spontan zugestimmt habe, da sie aufgrund seiner ruhigen Art in seiner Gegenwart ein tiefes Gefühl der Vertrautheit empfunden habe. Der Urlaub sei harmonisch und entspannt gewesen, sie habe erstmals seit Jahren normal essen können. Nach der Rückkehr in ihre jeweiligen Wohnungen habe sie sich verlassen, einsam und verzweifelt gefühlt und sich weinend mit Essen und Erbrechen betäubt. Die Beziehung habe sich weiterentwickelt, sie habe sich wie nie zuvor in ihrem Leben angenommen und vertraut gefühlt. Dennoch habe sie die Nähe oft nicht aushalten können und ihn zu seiner Befremdung abends plötzlich weggeschickt. Danach habe sie sich einsam, verlassen und tieftraurig gefühlt und

die ganze Nacht essend und erbrechend verbracht. Dennoch sei im Laufe der Wochen und Monate eine immer tiefere Beziehung entstanden, so dass sie seinem Vorschlag, zusammenzuziehen, nach nur drei Monaten zugestimmt habe. Obwohl sie sich einerseits glücklich gefühlt habe, habe sie sich mehr und mehr in ihre alte Wohnung zurückgezogen, dort wie in Trance Musik gehört und getanzt und die Kündigung des Mietvertrags herausgeschoben, bis ihr Freund sie damit konfrontiert habe. Mit seiner Klarheit und Unterstützung habe sie es geschafft zu kündigen, sich jedoch ab dem Zusammenleben, in dem sie sich so geborgen und wohl gefühlt habe, immer mehr in ihre Innenwelt zurückgezogen und exzessiv gehungert und massiv abgenommen. Ihr Freund habe sie auf ihre Essstörung angesprochen und sie gleichzeitig dennoch abgenommen, als sie alles erzählt habe. Ein halbes Jahr später hätten sie geheiratet. Die Hochzeit sei das Einzige, was sie in ihrem Leben „richtig“ gemacht habe. Es gebe ihr ein Gefühl tiefen inneren Glücks, in diesem einzigen Punkt normal zu sein. Gleichzeitig wisse sie, dass sie die Normalität der anderen nie erreichen werde. Die Familie ihres Mannes sei ganz anders als ihre eigene, normal, fröhlich, offen. Sie sei sehr herzlich aufgenommen worden und habe eine Welt kennengelernt, die neu für sie gewesen sei, mit vielen Familienfeiern, Offenheit und Zusammenhalt. Innerlich habe sie sich zerrissen gefühlt, sie habe nicht mehr gewusst, wer sie sei und wohin sie gehöre, habe sich nicht für einen Familiennamen entscheiden können und diesen mehrfach hin und her gewechselt. Sie habe das Gefühl gehabt, keine Identität mehr zu haben und eine tiefe Sehnsucht nach dem Vater empfunden, der nicht mehr da war. Zur Mutter habe sie über die Jahre hinweg einen distanziierten, aber regelmäßigen Kontakt gehabt, immer von Schuldgefühlen geprägt. Erst Jahre später sei eine Klärung erfolgt, der Kontakt jetzt richtig gut. Bei Familienfeiern ihres Mannes habe sie trotz der herzlichen Aufnahme nicht dazugehörig, einsam und verloren gefühlt, sie habe eine tiefe Traurigkeit empfunden und sei oft einfach nach Hause gefahren. Gegenüber ihrem Mann habe sie immer wieder ihre Suizidgedanken geäußert, dieser habe gelassen darauf reagiert. Trotz der ersehnten Normalität habe sie das intensive und chaotische Leben der eigenen Familie vermisst, ihren Mann oft abgewertet, dass seine Familie so normal und langweilig sei, dass man sich über Kameras unterhalte. Später habe sie zum Unverständnis der Familie jahrelang Treffen vermieden, ihr Mann sei oft ärgerlich gewesen, habe ihr aber keinen Druck gemacht. Jahrelang habe sie nach der Arbeit die gemeinsamen Abende essend und erbrechend verbracht, alle Konfrontationen und Unterstützungsversuche ihres Mannes abgeblockt. In der Ehe sei sie kontrollierend und dominant, reagiere mit äußerster Wut, wenn ihr Mann nicht erreichbar sei oder eigene Interessen wahrnehme. Sie entziehe sich dann, sei nicht mehr erreichbar für ihn. Immer wieder habe er sie mit ihrem pausenlosen Rededrang konfrontiert, alles müsse sich immer um sie drehen. Sie sei wütend und gekränkt gewesen, habe jedoch darüber nachgedacht, weil er recht habe. Während dieser Zeit habe sie langjährige Therapien gemacht, dort unablässig geredet, die Therapeuten mit selbstironischen Anekdoten über ihre Eigenheiten und ihr Essverhalten unterhalten, die eigentlichen Themen jedoch ausgespart. Da sie unter Schlafstörungen litt, habe sie nach den anschließenden Ess-Brech-Anfällen nachts stundenlang exzessiv Musik gehört und dabei in Phantasien über den Analytiker geschwelgt, der davon jedoch nie erfahren habe. Sie habe oft mit den Therapeuten gespielt, wofür sie sich intensiv schäme, zum Beispiel Stunden abgesagt und dann jeden Versuch der Kontaktaufnahme verweigert, gleichzeitig die Texte auf dem Anrufbeantworter wieder und wieder abgehört, um über die Stimme Nähe zu empfinden, die sie so vermisst, aber nur aus der Distanz ertragen konnte. Die Musik habe alle intensiven Gefühle noch intensiver gemacht, exzessives Hungern sei ein weiterer Verstärker gewesen. Diese maximale Intensität habe sie nur über stundenlange Fressanfälle und Erbrechen wieder herunterregulieren können. Sie sei nur nach wenigen Stunden Schlaf wieder zur Arbeit gegangen und habe dies über Jahre fortgeführt.

Nach der letzten Therapiestunde habe sie einen unerträglichen Schmerz empfunden, das Gefühl jedoch betäubt und einfach ihren Alltag weitergeführt, als ob nichts gewesen sei.

Bei ihren Arbeitskollegen habe sie wie aus der Ferne immer wieder von sozialen Kontakten, Familienplanung, Urlauben und Abendunternehmungen gehört wie von einem fremden Kontinent. Zu ihr habe das nur in kurzen Momenten Bezug gehabt. Sie habe durch den massiven Kontrast zu ihrem eigenen Leben dann immer mit konkreten Suizidplanungen reagiert. Ihrem Mann gegenüber sei sie wie versteinert gewesen, innerlich erstarrt und habe nicht sprechen können. Mit viel Geduld habe ihr Mann sie dazu gebracht zu erzählen und durch seine akzeptierende und liebevolle Art in teils nächtelangen Gesprächen geschafft, dass sie über die Suizidgedanken reden und sich davon distanzieren konnte. Bis heute seien diese Gedanken vorhanden, wenn auch seltener. Nach ca. 15 Jahren exzessiver Bulimie habe sich eine innere Änderung vollzogen: Zunächst habe sie in „Schüben“ über mehrere Jahre ein normales Gewicht erreicht, die Bulimie habe sie schlagartig aufgegeben. Auslöser seien immer häufigere Jugenderinnerungen an Sommernächte im elterlichen Garten im Zelt gewesen, wo sie ohne stundenlanges quälendes Essen und Erbrechen spontan einfach ins warme Bett habe gehen können. Sie habe das tröstende Gefühl wiederhaben wollen, endlich normal sein. Ihr Essverhalten sei jedoch sehr ritualisiert und zwanghaft. Weil sie innerlich unsicher sei, habe sie viele Zwänge, so müsse jeden Tag alles gleich ablaufen, Veränderungen wie Dienstreisen oder Essenseinladungen würden sie völlig aus der Bahn werfen. Über Einladungen freue sie sich oft, kurz davor wolle sie am liebsten nicht hingehen. Wenn ihr Mann belanglose Kleinigkeiten im Alltag ändere, gerate sie in Wut, darüber komme es dann zu Konflikten, sie gehe dann weg. Mit Wut reagiere sie auch auf andere Banalitäten des Alltags, z. B. wenn andere Menschen den Aufzug benutzen und sie warten müsse. Sie könne sich dann nur mit Mühe davon abhalten, gegen die Aufzugtür zu treten, und müsse sich klarmachen, dass sie keine Sonderrechte habe. Früher habe sie aber oft dann alle Knöpfe auf einmal gedrückt, um andere auch warten zu lassen. Mittlerweile nehme sie wahr, wenn sie solche Anwendungen habe, müsse es aber nicht mehr ausführen.

Sie denke oft, in ihrem jungen Erwachsenenalter nie jung, sondern unflexibel und eingeschränkt gewesen zu sein, heute fühle sie sich viel normaler und habe vor allem aufgrund der Befreiung von der Bulimie viel mehr Spaß an sozialen Aktivitäten und gebe gerne Einladungen. Soziale Kontakte seien mehr geworden, wenn, seien diese wie in der Jugend sehr intensiv. Von normalen Gesprächsthemen sei sie schnell gelangweilt, versuche jedoch, sich darauf einzulassen, da sie mittlerweile auch das Beruhigende daran möge. Sie wolle und müsse nicht immer intensive „Psychogeschichte“ über Probleme führen, auch wenn sie sich davon noch immer angezogen fühle. Immer noch versuche sie, mit ihrer Familiengeschichte die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und bereue das danach, weil sie so nicht mehr sein wolle. Zu der Essstörung habe sie keinerlei Zugang mehr, sei ihr wie entfremdet, sie fühle sich noch immer unendlich frei durch die Aufgabe der Bulimie. Seit 30 Jahren habe sie zwei intensive Freundschaften, die ihr viel bedeuteten, und sie fühle sich in ihrer Ehe sehr glücklich. Sie könne noch immer nicht begreifen, dass jemand sie mögen könne. Es sei ein ganz anderes Leben als früher; sie fühle sich manchmal „normaler“, innerlich oft noch „anders“. Leider seien ihre intensiven und wechselnden Gefühle kaum verändert und belastend. In Momenten, wo sie sich gemocht fühle, schäume sie über vor Glück und starte durch wie eine Rakete. Bei Festen und Einladungen erlebe sie so intensive Nähe und Freude, erzähle viel zu viel Persönliches, dass sie damit nicht aufhören wolle, danach sei sie so aufgepeitscht, dass sie die ganze Nacht nicht schlafen könne. Anschließend sei das Gefühl der Euphorie abrupt fort, sie habe keinen Zugang mehr dazu, alle überschwänglichen Vorsätze von weiterem Kontakt seien unangenehm,

sie vermeide dann alle Gedanken an das Ereignis, lösche die Nummern aus ihrem Handy und wolle am liebsten mit den Personen nichts mehr zu tun haben aus Scham und Verlegenheit. Diese extremen „states of mind“, wie sie sie seit ihrer Kindheit nenne, erlebe sie als quälend. Daher gestalte sie ihren Alltag dann wieder fast ohne sozialen Kontakte, arbeite extrem viel, empfinde die Kontakte in ihrem Beruf als anstrengend und verbringe häufig die Samstage in Kaufhäusern, da das Geräusch der Kleiderbügel sie beruhige. Häufig lebe sie wieder in einer Traumwelt, stehe in Umkleidekabinen und phantasie Situationen, wo sie mit Freunden gemeinsame Abende verbringe und sich gut fühle, zu denen es aber selten komme. Ihr Smartphone mit der Musik, den Hörbüchern und tausenden von Fotos sei ihre sichere Welt, die sie beruhige und die sie immer mit sich trage. Im Bett höre sie die Bücher ihrer Kindheit nun digital, damit könne sie nach Jahrzehnten der Schlaflosigkeit entspannt schlafen. Häufig komme es an Sonntagabenden zu einer tiefen Traurigkeit, wenn das Wochenende der Zweisamkeit zu Ende gebe. Häufig beginne ihre Woche dann mit einem diffusen Gefühl von Angst, das bis Mitte der Woche anhalte. Dies sei immer nach Unterbrechungen ihres Dauerarbeitszustandes wie Urlaub und Wochenenden so, sie führten regelmäßig zu einem Abgleiten in Leere und Unruhe, sie wisse nichts mit sich anzufangen und empfinde große Müdigkeit.

Dennoch sei inzwischen vieles anders. Sie denke viel nach, ihr aus der Chemie gewohntes Analysieren von Prozessen helfe ihr, sich selbst zu verstehen. Daneben lerne sie viel über die Beobachtung anderer. Besonders bei ihrem Mann, aber auch von ihren beiden engen Freundinnen habe sie immer wieder gesehen, wie man auch reagieren könne. Ihr Mann widerspreche ihr oft, sie denke dann viel darüber nach und bekomme dadurch einen ganz anderen Blick für Situationen. Dies helfe ihr, sich allmählich auch mehr so zu verhalten. Ebenso helfe ihr der Wunsch, normal wie die anderen zu sein. Es sei ein warmes Gefühl, sich auch so verhalten zu können. Sie habe mittlerweile vieles zum Positiven verändert, dennoch kippe sie trotz ihrer Freude an sozialen Kontakten immer wieder in ihr altes Pendeln zwischen intensiver Nähe und Rückzug. Sie sehe, wie ähnlich sie ihrem Vater sei in ihrer Abwertung anderer gegenüber; in ihrer heftigen, unkontrollierten Wut und ihrem manchmal kalten Egoismus und ihrer Einsamkeit, sie sehe erstmals jedoch auch, dass sie die fröhliche, unbeschwerte und leichte Seite der Mutter in sich habe, was sie nie zuvor wahrgenommen habe. Andererseits habe sie vom Vater ihre ruhige Art und ihren Humor. Immer noch fühle sie sich zeitweise unwirklich und fremd. Sie habe immer mehr den Eindruck, die Essstörung durch Arbeiten ersetzt zu haben, und wolle eine wirkliche Lösung für ihre immer noch vorhandene tiefe Angst finden.

Das Fallbeispiel (alle DSM-IV-Kriterien sind erfüllt) enthält viele für Borderline-Patienten typische Muster, auch wenn natürlich jede Patientin ihre eigene Geschichte und ihre eigene Reaktion darauf mitbringt. Für die Therapie ist es daher immer wichtig, den individuellen Kontext bestimmter Verhaltensweisen zu verstehen. Neben Angst und Wut ist Scham ein sehr häufiges Gefühl bei Borderline-Patientinnen, es ist oft die primäre Emotion, nach außen sichtbar ist die sekundäre Emotion, wie in dem Beispiel oben beschrieben (feindseliges Verhalten in Alltagssituationen, z. B. wenn die Patientin nach Uhrzeit oder Weg gefragt wird). Ein einfaches Training sozialer Kompetenz ist daher oft erst in einem zweiten Schritt zielführend, therapeutisch sinnvoll ist es, mit der Patientin gemeinsam die in dieser Situation ablaufenden Emotionen zu verstehen und ihr durch Achtsamkeitsübungen (Emotionswahrnehmung) zu ermöglichen, die Emotion durch eine adaptive Emotion wie Freundlichkeit aufzulösen. Dazu ist oben beschriebene

Modusarbeit hilfreich (in der DBT im Modul „Emotionsregulation“, „Vorsicht Falle: Gegenwärtige Wirklichkeit und vergangenes Erleben“ genannt, in der Schematherapie wäre das die Identifikation des „strafenden Elternteils“, der aktiviert ist). Diese Emotion kann mit Stuhldialogen bearbeitet und allmählich verändert werden.

Therapiestrategien für die Behandlung der BPS (übernommen aus Sulz, 2011):

Sulz (1994) hat eine prototypische Überlebensregel für die Borderline-Persönlichkeit formuliert:

Nur wenn ich immer ganz und gar in gute, emotional intensive Beziehungen gehe und niemals vertraue, sondern geringste Anzeichen von Verletzung als Anlass zur Trennung nehme, bewahre ich mir die Hoffnung auf die eines Tages durch und durch gute Beziehung und verhindere, allein und verlassen, innerlich leer zu sein.

Borderline-Persönlichkeit – Zusammenfassung (übernommen aus Sulz, 2011, S. 320):

Bedürfnis/Hoffnung: Willkommensein, Missbrauchsfreiheit

Angst/Furcht: Hingabe, Liebesverlust, Kontrollverlust über andere

Wut: Trennen, Gegenaggression

Beziehung: dient dem Überleben

Impulssteuerung: zu wenig Steuerung, extrovertiert, ausagierend

Umgang mit Emotionen: keine Emotionsregulation möglich

Konflikt: Verlassensein versus Missbrauch

Selbstbild und Rollenübernahme: ich kann nur verzweifelt kämpfen

Weltbild und Komplementärrollenzuweisung: verletzend, missbrauchend

Überlebensregel: Kämpfe um dein Überleben in der Beziehung

Verhalten und dessen Wirkung: gegen die Beziehung um diese kämpfen

Repetitives Stereotyp (DRIBS): immer wieder das Lebensnotwendige kaputt machen

Entwicklungsstufe: einverleibend

Sulz (2011) beschreibt spezifische Therapiestrategien bei Borderline-Persönlichkeit:

Bedürfnis/Hoffnung: zur rechten Zeit im rechten Maß nehmen lernen

Angst/Furcht: tun, was Angst macht: fordern und Nein sagen

Wut: modulieren lernen, bis gemäßigter Ärger wehrhaft macht

Beziehung: lernen, dass nichtideale Beziehung stabil sein kann

Impulssteuerung: Impulse steuern lernen

Umgang mit Emotionen: Gefühle modulieren und nutzen lernen

Konflikt: sich kompetent abgrenzen und Geborgenheit holen können

Selbstbild und Rolleneinnahme: ich kann mich vor Missbrauch schützen

Weltbild und Komplementärrollenzuweisung: du wahrst Grenzen

Verhalten und dessen Wirkungen: kompetente Interaktion

Repetitives Stereotyp: durch geordnete Gefühle aus der Spirale austreten

Entwicklungsstufe: impulsiv sein können ohne Exzesse

Sulz (2011) bezieht sich bei der Therapie der BPS für die praktische therapeutische Arbeit auch auf Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan (1996) s.o.

Die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) im Rahmen der DBT

Mittlerweile existieren zwei störungsspezifische Ansätze zur Behandlung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan (Linehan, 1993a, 1993 b) und die Schematherapie nach Jeffrey Young (1999). Zentrale Elemente der DBT werden kurz skizziert:

Neuere Studien (Zanarina, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003; Zanarina, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006) ergaben in 6- und 8-Jahreskatamnesen hohe Remissionsraten bezüglich der Erfüllung der DSM-IV-Kriterien. Dabei reduzieren sich insbesondere dysfunktionale Verhaltensmuster, während die affektive Instabilität und hohe Sensitivität persistieren. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist eine hohe Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf, insbesondere mit der dependenten (50 %) und der selbstunsicheren (40 %) und paranoiden (40 %) Persönlichkeitsstörung. Auch das wird in obigem Fallbeispiel deutlich.

Die DBT geht von einem biosozialen Entstehungsmodell der BPS aus, d. h., die Wechselwirkung von genetisch bedingten neurobiologischen Faktoren und psychosozialen Umweltfaktoren führt zu einer Störung der Affektregulation. Diese ist charakterisiert durch eine erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, eine verstärkte emotionale Auslenkung und eine verzögerte Rückbildung auf das Ausgangsniveau. Das erklärt, warum Borderline-Patientinnen auch lange nach einem Ereignis in dem dazugehörigen Gefühl „hängen“ und nicht „herunterkommen“ können. Dieser Mechanismus betrifft alle Emotionen, im Fallbeispiel oben führen erlebte Freude und Glück dazu, dass die Patientin aufgepeitscht ist und nicht schlafen kann.

Besonderheiten der Borderline-Störung: inkompatible Schemata

BPS-Patientinnen weisen ein hohes Maß an dysfunktionalen Grundannahmen, automatischen Gedanken, Plänen und Schemata auf, deren Ursachen in biographischen Erfahrungen begründet sind. Diese Schemata prägen weitestgehend, wie die Patientinnen sich selbst und ihre zwischenmenschlichen Beziehungen wahrnehmen und erleben. Entsprechende Kommunikationsmuster führen die befürchteten zwischenmenschlichen Konsequenzen herbei, die wiederum die maladaptiven Schemata bestätigen (DRIBS nach Sulz, 2011, 2014).

Das soll an einem Beispiel der Patientin im Fallbeispiel 1 verdeutlicht werden: Die Patientin hatte mit ihrem Mann vereinbart, dass er ihr Bescheid geben würde, wann er von einer Reise zurück sein werde. Als gegen Mittag noch keine Nachricht eingetroffen war, schickte die Patientin eine freundlich formulierte SMS, auf die zunächst keine Reaktion kam. In wachsender Ungeduld schickte sie im Abstand von 5 Minuten zwei weitere SMS in ärgerlichem Tonfall. Nach fünf Minuten war ihre Wut so eskaliert, dass sie ihren Mann für ihr Handy „sperrte“. Seine Nachricht und Anrufe erhielt sie so nicht mehr, eine Klärung im zwischenmenschlichen Kontakt war nicht möglich. Nach seiner Rückkehr begrüßte sie ihn mit Vorwürfen über seine Unzuverlässigkeit und berichtete ihm von der „Sperrung“, worauf der Ehemann mit Ärger reagierte, der Konflikt eskalierte.

Was war passiert? Das maladaptive Schema (der sekundäre Modus), „Ich kann mich auf niemanden verlassen, wenn ich jemanden brauche“, war aktiviert worden (biographisch der Vater, der Versprechungen nicht einhielt). Dieses Schema bestimmt die aktuelle Beziehung und „zwingt“ die Patientin zu ihrer dysfunktionalen Interpretation der Situation, die ihr impulshaftes Handeln auslöst. Therapeutisch ist es daher wichtig, zunächst einmal dieses

Schema gemeinsam zu identifizieren, die dazugehörigen Gefühle wahrzunehmen und zu benennen (Enttäuschung, Wut als Reaktion auf Ohnmachtsgefühl) und zu validieren und dann im Sinne eines Diskriminationslernens die aktuelle Situation neu zu interpretieren. Das maladaptive Schema muss identifiziert und benannt werden, bevor es blockiert und dann verändert werden kann. Weitere wichtige Faktoren, die zu der Heftigkeit der Wut geführt hatten, konnten als Erklärung gefunden werden (Stress in der Arbeit, am Tag zuvor hatte ihr Mann das „falsche“ Brot gekauft) erleichterten die Auslösung des Schemas. In einem zweiten Schritt können alternative Verhaltensweisen besprochen werden.

Zusammengefasst bedeutet das:

Im zwischenmenschlichen Bereich dominieren insbesondere Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz. Die ausgeprägte Angst, verlassen zu werden, führt in Kombination mit der unzureichenden intrapsychischen Repräsentanz wichtiger Bezugspersonen dazu, dass Patientinnen häufig Abwesenheit mit Verlassenheit verwechseln. Daher versuchen sie, wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden, andererseits induziert das Gefühl von Nähe und Geborgenheit große Angst, Schuld oder Scham. Es resultieren folglich massive Interaktionsprobleme mit ständigem Oszillieren zwischen Trennung und Wiederannäherung.

Die alternierende Aktivierung konträrer Grundannahmen ist eines der auffälligsten Verhaltensmuster bei Borderline-Patientinnen. Einige zentrale dysfunktionale Grundannahmen seien hier genannt (Bohus & Wolf, 2011, S. 360):

- Alleine kann ich nicht überleben
- Wenn mir jemand zu nahekommt, ist das bedrohlich
- Wenn jemand sieht, wie minderwertig ich bin, wird er mich verlassen
- Wenn mir jemand zu nahekommt, werde ich ihn zerstören
- Wenn jemand meine Schwäche sieht, wird er mich demütigen

Immer wenn eine Befriedigung des zentralen Bedürfnisses nach Nähe und Fürsorge droht, kommt es zur Aktivierung des Gegensystems (Verlassenwerden droht), die Patientin reagiert mit Rückzug. Das Gegenüber fühlt sich zurückgestoßen und reagiert ebenfalls mit Rückzug, dies löst bei der Patientin Angst aus, die sichere Nähe zu verlieren, und aktiviert Bindungsbestrebungen, daraufhin startet der Kreislauf von vorn. Eine stabile, tragfähige Beziehung kann so kaum etabliert werden, weil jede Interaktion sofort ihre Gegenbewegung veranlasst.

Marsha Linehan entwickelte daher „dialektische Therapiestrategien“, das bedeutet, dass der Therapeut, wann immer ein Beziehungssystem der Patientin aktiviert ist, das konträre Beziehungssystem aktiviert, um das heftige Oszillieren der Patientin zu reduzieren.

Die therapeutische Beziehungsgestaltung ist dialektisch, d. h., der Therapeut regelt die Balance zwischen

- Akzeptanz und Veränderung
- Fürsorge und Forderung
- Stabilität und Flexibilität

Beispiel: Eine Patientin reagiert auf eine Absage für ein Vorstellungsgespräch mit Enttäuschung, Verzweiflung, Wut und Selbsthass (Aktivierung des sekundären Selbstmodus, Ohnmachtserfahrungen) und sieht sich in einer Imaginationsübung als trauriges Kind, das verzweifelt ist und am Boden sitzt. Sie imaginiert eine erwachsene Bezugsperson, die sich neben das Kind setzt und einfach wartet, bis „es so weit ist“, als unterstützende Elternfigur. Der Pol Sehnsucht nach Fürsorge ist bei der Patientin aktiviert. Der Therapeut kann dieses Bedürfnis validieren und in einem zweiten Schritt der Patientin helfen, Vertrauen in ihre Stärken zu finden, und sie ermutigen, den nächsten möglichen Schritt zu gehen (z. B. neue Bewerbungen schreiben). Linehan nennt dies „Cheerleading“. Eine zu unflexibel akzeptierende Haltung wäre hier nicht hilfreich.

Therapeutische Strategien in der DBT sind:

- Dialektische Strategien (paradoxes Vorgehen, Advocatus Diaboli, Metaphern, Reframing (Umdeutung), Extending, Aktivierung des „wise mind“, des intuitiven Wissens; Genaueres s. Linehan, 1993a,b)
- Commitmentstrategien, die die therapeutische Zusammenarbeit und das Bündnis von Patientin und Therapeut stärken (Cheerleading wie Ermutigung, Unterstützen; Erinnern an frühere Zustimmungen von Vereinbarungen, Pro und Kontra, Betonen der freien Wahlmöglichkeit etc., um einige exemplarisch zu nennen)
- Validierungsstrategien
- Veränderungsstrategien (diese umfassen Selbstbeobachtung wie Achtsamkeit, Führen des Wochenprotokolls, Verhaltensanalysen, kognitive Techniken, Expositionstechniken, Aufbau von Verhaltensfertigkeiten (Skillstraining))
- Problemlösestrategien

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie der BPS besteht aus zwei Bausteinen, der Einzeltherapie (s.o.) und dem Skillstraining (Aufbau von Verhaltensfertigkeiten). Dazu kommen kurze Telefonkontakte, die für drei Fälle vorgesehen sind: Zur Lösung akuter suizidaler oder parasuizidaler Krisen; zur Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten; zur kurzen Klärung der therapeutischen Beziehung.

Die Therapie gliedert sich in zwei Phasen:

Stufe I: Schwere Probleme auf der Verhaltensebene wie Umgang mit suizidalen Krisen, Verbesserung der Therapiecompliance, Behandlung von schwerwiegenden Achse-I-(nach DSM-IV-)Störungen und Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten (Skills).

Diese Problembereiche sind hierarchisch geordnet. Grundlage ist das Wochenprotokoll der Patientin, die dort alle relevanten Problembereiche für jeden Tag kurz notiert. Jede Therapiestunde beginnt mit einer Besprechung des Wochenprotokolls. Das jeweilige Verhaltensmuster einer Patientin wird einer Hierarchieebene zugeordnet und erhält damit Priorität, so wird z. B. Suizidalität vorrangig in der Therapie thematisiert, auch wenn die Patientin die akute Trennungsproblematik mit ihrem Freund besprechen möchte, da sie nicht mehr suizidal sei. Wenn möglich, kann die Stunde aufgeteilt werden, um beides zu besprechen.

Stufe II umfasst die Behandlung von Problemen mit emotionalen Erfahrungen, d. h., Ziel ist die Verbesserung von Erlebens- und Verhaltensweisen, die mit dysfunktionalen Schemata und emotionaler Aktivierung zusammenhängen.

Das Skillstraining beinhaltet fünf Module, die in festgelegter Reihenfolge in Form eines Gruppentrainings durchlaufen werden:

- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Selbstwert

Der Einsatz der DBT zur Behandlung der BPS ist eine von mehreren Möglichkeiten. Der glückliche Umstand, Einzeltherapie und Skillsgruppe für das therapeutische Arbeiten zur Verfügung zu haben, ist leider nicht immer gegeben. Das führt dazu, dass die Patientin in Eigenregie Skills erarbeiten muss, da dies den Rahmen der Einzeltherapie sprengen würde. Gerade Borderline-Patientinnen sind dem aber aufgrund ihrer hohen Symptombelastung nicht gewachsen. Young, Klosko und Weishaar (2008, S. 401) konstatieren: „Wir haben allerdings festgestellt, dass die meisten BPS-Patienten von kognitiv-behavioralen Techniken nicht profitieren, wenn sie nicht Vertrauen sowohl von Therapeuten als auch zur Stabilität der Parenting ermöglichenden Bindung (...) haben. Stellt der Therapeut diese Techniken zu früh vor, erweisen sie sich häufig als unwirksam. Zu Beginn der Behandlung ist die Aufmerksamkeit der Patientin in erster Linie auf ihre Verbindung zum Therapeuten gerichtet – darauf, sich immer wieder zu vergewissern, dass diese Verbindung noch besteht -, und sie ist noch nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit zu erübrigen, die sie bei den meisten kognitiv-behavioralen Techniken braucht, um sich auf sie konzentrieren zu können. (...) viele lehnen sie noch als zu kalt oder mechanisch ab. Kommt der Therapeut auf sie zu sprechen, fühlen sich die Betroffenen manchmal im Stich gelassen, und sie sagen etwas wie: „Ihnen liegt offenbar im Grunde nichts daran, wie es mir geht (...).“ . Meiner Erfahrung nach profitieren viele Patientinnen im Skillstraining sehr vom Austausch mit anderen und dem Verstandenwerden, das den Zusammenhalt in einer Skillsgruppe stärkt und ein häufig problemloses, erfolgreiches Arbeiten möglich macht. Fehlt eine solche Gruppe, kann es zu der von Young beschriebenen Reaktion kommen. Umgekehrt profitieren BPS-Patientinnen häufig gerade von der Sicherheit und Halt gebenden, klar strukturierten DBT. Die Wahl der Behandlungsmethode hängt neben der persönlichen Affinität der Patientin auch von Art und Ausmaß der BPS ab.

Young et al. (2008) machen auf einen weiteren Punkt aufmerksam, der meiner klinischen Erfahrung entspricht: Patientinnen sprechen sehr unterschiedlich auf therapeutische Methoden an, und da Glaube und Hoffnung in die Therapie einen großen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben, ist es wichtig zu berücksichtigen, welche Methode der Patientin liegt. Viele Wege führen nach Rom. Das soll im Umkehrschluss nicht bedeuten, dass die Behandlungsmethode keine Rolle spielt, dieser Auffassung bin ich ganz entschieden nicht (s. auch Benjamin, 2001, S. 124).

In Bezug auf zentrale relevante Punkte besteht Einigkeit bei der Behandlung von BPS:

- Eine akzeptierende und auf Grenzen setzende therapeutische Haltung

- Umgang mit Grenzen (Linehan, 1993a, b; Bohus, 2002; Young et al., 2008; Benjamin, 2001)
- Förderung eines tertiären Modus (Sulz, 2014), des gesunden Erwachsenenmodus (Young, 1999) und in der DBT die therapeutische Haltung des Sporttrainers (Bohus & Wolf, 2011)
- Bearbeitung der maladaptiven Schemata (Emotionsregulation bei DBT in Stage I, in Stage II Bearbeitung der maladaptiven Schemata; Young, 1999, 2008; Sulz, 2011, 2014; Benjamin, 2001)

Fallbeispiel 2: Selbstunsicher-zwanghafter Selbstmodus

Der junge Mann berichtet offen und sehr zugewandt über eine seit einem Jahr bestehende Schluckstörung. Damals habe er kaum mehr feste Nahrung zu sich nehmen können aus Angst, sich dann zu verschlucken. Er habe daher nur noch das Nötigste gegessen und „einige Gürtellöcher“ abgenommen. Mittlerweile habe sich die Symptomatik geringfügig gebessert, so dass er auch wieder ein wenig zugenommen habe, er esse jedoch noch sehr verkrampft und habe Angst vor jeder Mahlzeit, vor allem in Gesellschaft könne er gar nicht essen, so dass er diese Gelegenheiten vollständig meide. Mit seinem derzeitigen Essverhalten falle er auf, es wäre dann unangenehm, wenn andere das kommentierten. Seine Eltern und einige wenige Personen, die von der Schluckstörung wüssten, seien die Einzigen, mit denen er Mahlzeiten gelegentlich zusammen einnehme. Familienfeste und Restaurantbesuche meide er, weil er befürchte, die Gastgeber zu beleidigen, wenn er seinen Teller nicht leer esse. Kontakte zu Gleichaltrigen habe er kaum mehr, vor allem das Weggehen an den Wochenenden meide er völlig. Er vermute, dass seine Freunde deshalb über ihn redeten oder glaubten, er wolle mit ihnen nichts mehr zu tun haben bzw. halte sich für etwas Besseres, allerdings habe keiner ihn direkt darauf angesprochen, warum er nicht mehr mitkomme. Er selbst habe auch mit keinem geredet, auch nicht mit den eher Vertrauteren seiner Freunde. Außer seinen Eltern gebe es keine nähere Bezugsperson. Daher fühle er sich besonders an den Wochenenden, an denen er nicht arbeite, sehr einsam, da er auch nicht wisse, womit er sich beschäftigen könne. Er arbeite dann oft, sei ein „Kontrollfreak“. Oft ertappe er sich dabei, wie er beim Autofahren oder vor dem PC in der immer gleichen angespannten Haltung kauere. Er grüble viel, müsse immer kontrollieren, was er am nächsten Tag noch zu tun habe, könne daher oft lange nicht einschlafen und wache früh auf. Er nehme feinste Veränderungen seines Körpers wahr, spüre oft seinen eigenen Herzschlag beim Einschlafen und bekomme dann Angst, dass etwas nicht in Ordnung sei. Häufig habe er auch ein Rauschen oder Töne im Ohr, er mache sich viel Sorgen über körperliche Krankheiten. Wie seine Stimmung sei, könne er so spontan nicht sagen, er müsse darüber einmal nachdenken, diese Frage habe er sich noch nie gestellt. Da er sich durch die Schluckstörung sehr eingeschränkt und als „Versager“ fühle, habe er psychologische Hilfe gesucht.

Er sei mit seinen wesentlich älteren Zwillingsschwestern (+ 12 Jahre) eher wie ein Einzelkind bei den Eltern aufgewachsen, wo er heute noch wohne. Er sei schon als Kind „weinerlich“ gewesen, habe im Kindergarten oft geweint, was ihm dann extrem peinlich gewesen sei. Probleme habe er immer für sich behalten, weil er den Eltern keine Sorgen machen wolle. Selten hätten die Eltern ihn von sich aus auf etwas angesprochen. Dann habe er lange „herumgedrückt“ und sich das Problem „aus der Nase ziehen lassen“ aus Angst, die Eltern zu belasten. Die Eltern hätten sich dann gekümmert, er wisse aber seit damals, „dass man nicht alles lösen könne“. Er sei eher noch verschlossener geworden. Nach dem Übertritt aufs Gymnasium sei er in der neuen Klasse gemobbt worden, seitdem müsse er bei Veranstaltungen wie früher im Klassenzimmer immer ganz hinten sitzen, um alle im Blick zu haben. Die Eltern seien „vom alten Schlag“, sehr konservativ. Die

Mutter sei Hausfrau, habe einen „Putzwahn“ und sei immer am Arbeiten, könne sich keine Ruhe gönnen. Ihm selbst sei Ordnung ebenfalls wichtig, aber nicht in dem Maße wie der Mutter, der er ähnlicher sei als dem Vater. Dieser sei ruhig, ebenfalls sehr arbeitsam, jedoch etwas entspannter als die Mutter. An den Wochenenden sitze er gerne vor dem Fernseher und wolle seine Ruhe haben, die Mutter beklage sich dann bei dem Patienten über die Faulheit des Vaters. Beiden Eltern sei es extrem wichtig, nicht unangenehm aufzufallen und sich vor allem nach außen korrekt zu verhalten. Damit kein Außenstehender etwas beanstanden könne, werde jeden Abend im Betrieb Großputz gemacht. Besonders die Mutter sei ängstlich darauf bedacht, was die Leute sagen könnten, daher sei er bereits als Kind dazu angehalten worden, nichts Privates zu erzählen. Die Eltern hätten bestimmt, was er zu anderen sagen durfte. Auch innerhalb der Familie rede man nicht über persönliche Dinge. So etwas kenne er überhaupt nicht. Es werde generell kaum geredet, wenn, dann sehr kurz und knapp über Sachthemen, was solle man auch sonst reden. Wie seine Eltern auch zeige er ebenfalls Gefühle nicht nach außen, man zeige Gefühle auch nicht untereinander in der Familie. Die Mutter habe angedeutet, dass sie in ihrer eigenen Jugend ebenfalls Probleme mit dem Essen in der Öffentlichkeit gehabt habe. Mehr wisse er darüber nicht, und er könne ja auch nicht danach fragen. Beide Eltern seien extrem sparsam, auch er gebe nur Geld aus, wenn es nötig sei. Bei Neuanschaffungen achte er mehr auf den Preis als auf Status. Die Eltern seien ebenso, sparten sich z. B. gerne das Geld für Handwerker und machten so viel selbst wie möglich. Da die Schwestern beide recht früh ausgezogen seien, habe er insgesamt kaum Kontakt zu ihnen gehabt, heute sehe er sie gelegentlich auf Familienfeiern. Als Kind habe er sich zunächst eher alleine beschäftigt, erst in der Jugend habe er zwei Freunde gehabt, mit denen er ab und zu etwas unternommen habe. Im Gymnasium habe er einer festen Gruppe angehört und sei sehr beliebt gewesen, weil er allen alles recht machte und daher unkompliziert gewesen sei. Dies habe ihn einerseits gefreut, andererseits habe er in Kombination mit dem zunehmenden Leistungsdruck in der Oberstufe (als er 16 Jahre alt gewesen sei) ein immer größeres Gefühl der „Beklemmung“ empfunden. Hausaufgaben habe er unter größten Qualen oder gar nicht gemacht, er sei trotzdem irgendwie durchgekommen. In den Sommerferien vor der Abschlussklasse seien die Beklemmungen immer größer geworden, er habe jedoch niemandem davon erzählt, da er die Eltern nicht belasten wolle und es ihm peinlich gewesen sei. Mit 18 Jahren habe er kurzzeitig eine Freundin gehabt, diese habe die Beziehung dann aber beendet. Danach habe es noch einige Male ähnliche Erfahrungen gegeben, mittlerweile traue er sich nicht mehr, jemanden anzusprechen, aus Angst vor Ablehnung. Er habe den Eltern erzählt, dass er nach den Ferien in eine andere Schule wechseln wolle, diese hätten zugestimmt, ohne groß nach dem Grund zu fragen. Die Eltern hätten ihn immer machen lassen. Die Mitschüler der alten Schule hätten mit Erstaunen und Bedauern reagiert, das habe ihn kurz zögern lassen, da es ihn gefreut habe, dass er so gemocht werde. In der neuen Schule sei alles noch viel schlimmer geworden, da er niemanden gekannt habe. Er habe extrem angespannt in der Klasse gesessen und den Unterricht, wann immer es ging, vorzeitig verlassen und sei nach Hause gefahren. Die Eltern hätten ihn darauf nicht angesprochen, er habe nichts gesagt, um keine Probleme und Sorgen zu bereiten. Im Kontakt mit den Mitschülern habe er sich unwohl und beobachtet gefühlt, er habe sich nichts zu sagen getraut aus Angst, etwas Peinliches oder Falsches zu äußern. Er habe nicht verstanden, was mit ihm los sei. Die ratlosen Eltern hätten ihn letztendlich zum Hausarzt geschickt, der Depressionen diagnostiziert und ihm ein Medikament verschrieben habe. Es habe sich aber dadurch nichts geändert. Mit größter Kraftanstrengung habe er das Abitur bestanden und dann das Angebot des Vaters, im elterlichen Bäckereibetrieb mitzuarbeiten, angenommen. Eigentlich wolle er studieren, erst müsse aber die Schluckstörung weg. Er plane ein Studium an einer privaten Abenduniversität, da ihm die öffentliche Univer-

sität zu groß sei. Die Eltern drängten mehr und mehr, dass er sein Betriebswirtschaftsstudium beginne, er sei aber noch nicht so weit. An den Wochenenden habe er mit den alten Freunden Sport getrieben und sei ausgegangen, er sei wieder beliebt und integriert gewesen, obwohl er in mancher Hinsicht wie seinen politischen Ansichten oder Interessen anders sei. Weil er im Scherz manchmal darauf angesprochen worden sei, habe er sich damit eher zurückgehalten. Die laute Musik und das unter zunehmendem Alkohol spaßig-derbe Miteinander sei ihm schnell zu viel geworden, so dass er immer öfters einfach heimgegangen sei. Es habe ihn abgeschreckt, wie sich die anderen alkoholisiert gehen ließen, er habe Angst gehabt, sich dann ebenfalls unkontrolliert peinlich zu verhalten. Es sei immer mehr zu „Durchhängern“ gekommen, es habe ihm keinen Spaß mehr gemacht, daher sei er dann gegangen. Die anderen hätten ihn oft gesucht, er habe aber nichts erklären wollen, um nicht uncool zu wirken. Immer mehr habe er Angst gehabt, dass die „Durchhänger“ wiederkommen könnten während des Weggehens, aber er habe ja Verabredungen nicht ablehnen können, weil er das nicht hätte erklären können.

Eines Abends habe er beim Abendessen über die Verbindung von Luft- und Speiseröhre nachgedacht, wie leicht man sich da verschlucken könne, ab da habe er nicht mehr essen können, es sei auch am nächsten Tag nicht mehr gegangen. Er habe sich nur noch mit dem Essen und Schlucken beschäftigt, vor jeder Mahlzeit Angst gehabt. Die Vorstellung, dass das beim Weggehen mit den Freunden auffallen könne, sei eine absolute Katastrophe, daher habe er einfach auf Anrufe oder Mails nicht mehr reagiert. Mit der Zeit sei er immer weniger gefragt worden, er sei einerseits erleichtert gewesen, andererseits habe er sich als Versager gefühlt, vor allem wenn er daran denke, was die anderen jetzt über ihn dächten. Er vermisse einerseits die Abende, weil er nun außer seinen Eltern keine sozialen Kontakte habe, andererseits habe er Angst, dass er dann wieder einen „Durchhänger“ bekomme und früher aufbrechen müsse. Er wolle keine Experimente wagen, andererseits wünsche er sich Freunde und eine Beziehung.

Die Eltern hätten einen kleinen Bäckereibetrieb, der Vater habe ihm angeboten, nach dem Abitur dort als Juniorchef einzusteigen. Er lege wie der Vater auch großen Wert darauf, dass alles nach seinen Vorstellungen gemacht werde, kontrolliere das auch, das müsse man schon. Sei das nicht so, reagiere er mit versteckter Ironie, jedoch versuche er das scherzhaft klingen zu lassen. Häufig ärgere er sich über andere, behalte das jedoch für sich, um Streit zu vermeiden. Gelegentlich platze er mit einer zynischen Bemerkung heraus, hinterher tue es ihm leid. Er sage dann jedoch nichts mehr, da ihm das übertrieben erscheine.

Irgendwie mache er sich viel Gedanken, ob das Weggehen mit den Freunden überhaupt noch „sein Ding“ sei, es habe sich für ihn verändert. Der Lärm, der derbe Umgang wegen des Alkohols mache ihn angespannt, aber das könne er den anderen ja so nicht sagen. Daher mache ihm das Weggehen keinen Spaß mehr wie früher, er frage sich aber, ob der wiederkomme, wenn er nicht mehr bei den Eltern lebe.

Er habe sich zu einer Therapie entschlossen, da man da auch viele Dinge lerne, die man im Leben brauchen könne, und natürlich benötige er Rat, wie er seine Schluckstörung wegbekommen könne. Hier zeigt sich anders als beim ersten Fallbeispiel eine gehemmte Impulsivität. Ebenso liegt nicht ein einziger sekundärer Selbstmodus vor, sondern die Auswertung des VDS90 (Persönlichkeitskahlen) ergibt zwei gleich starke Werte für den selbstunsicheren und den zwanghaften Selbstmodus.

Die Symptomliste VDS90 ergibt gleich starke Werte für Angst und Depressivität sowie Hypochondrie.

Im obigen Fallbeispiel finden sich zwei sekundäre Selbstmodi, was in der klinischen Praxis eher häufiger als selten der Fall ist. Sachse unterscheidet im Falle der Kombinati-

on mehrerer Persönlichkeitsstörungen zwei Fälle, nämlich kompatible Komorbiditäten und konfligierende Komorbiditäten. Zwei oder mehrere Persönlichkeitsstörungen sind demnach kompatibel, wenn beide Schemata sich in ihren Zielen und Anforderungen nicht widersprechen, sondern sogar ergänzen. Kompatible Komorbiditäten erzeugen damit für die Person intern wenig Konflikte. Als therapeutische Konsequenz empfiehlt Sachse zu definieren, welche die „Leitstörung“ ist und in welchem Modus sich der Patient im Augenblick befindet (Sachse, 2011, S. 140).

Zur genaueren Klärung wird mit dem Patienten seine individuelle Überlebensregel erarbeitet, er formuliert sie folgendermaßen:

Nur wenn ich mich immer zurückhalte und darauf achte, nichts falsch zu machen,
und niemals unangenehm auffalle,
bewahre ich mir Zugehörigkeit
und verhindere, abgelehnt und ausgeschlossen zu sein.

Damit erhärtet sich die Hypothese, dass der selbstunsichere Modus die „Leitstörung“ ist, zumindest kann davon ausgegangen werden, dass sich der Patient im Augenblick in diesem Modus befindet.

Benjamin (2001) hat für jede Persönlichkeitsstörung Hypothesen zur Pathogenese vorgelegt, sie sollen hier für den selbstunsicheren Modus kurz skizziert werden:

Hypothesen zur Pathogenese der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung:

Die Entwicklung begann mit angemessener Fürsorge und sozialer Bindung, die eine gute Bindungsgrundlage für normale Wünsche nach sozialem Kontakt bewahrte. Es gab anhaltende elterliche Kontrolle hinsichtlich des Aufbaus eines eindrucksvollen und einprägsamen gesellschaftlichen Images, den Meinungen anderer außerhalb der Familie wurde großer Wert beigemessen. Der Patient sollte ein bewundernswertes gesellschaftliches Image kultivieren. Sichtbare Mängel waren eine Ursache für große Demütigung und Verlegenheit, nicht nur des Betroffenen selbst, sondern der ganzen Familie. Beim erwachsenen Patienten ergibt sich daraus, dass er zu adäquaten Leistungen sozialisiert ist, jedoch Angst vor öffentlicher Bloßstellung hat. Um einen guten Eindruck zu machen, sind starke Zurückhaltung und Selbstkontrolle unerlässlich, um Fehler zu vermeiden, die demütigend oder beschämend sein können. Zusätzlich zu den Ermahnungen, bewundernswert zu sein, gab es abwertenden Spott für Fehler und Unzulänglichkeiten. Folge ist starke Selbstkritik und ein negatives Selbstkonzept sowie eine hohe Empfindsamkeit gegenüber Demütigungen. Die Demütigung in der Biographie war oft verbunden mit sozialem Ausschluss oder erzwungener Autonomie. Folge ist Erwartung von Demütigung und Zurückweisung bei großer Sehnsucht nach Liebe und Akzeptanz (Benjamin, 2001, S. 410-412).

Fast alle Punkte finden sich in der Biographie des Patienten wieder: Hänseleien und Ausgrenzungen in der Schule, Zurückweisungserfahrungen von Mädchen, innerhalb der Familie starke Kontrolle, nach außen ein perfektes Bild abzugeben und nicht unangenehm aufzufallen. Der Patient sehnt sich nach Freunden und Beziehung, hat aber Angst vor Zurückweisung. Es besteht ein negatives Selbstkonzept, was sich in Äußerungen des Patienten zeigt wie „das klingt jetzt blöd, aber“ oder „hört sich jetzt dumm an, aber ...“. Er berichtet über häufige Versagensgefühle, insbesondere bezüglich der Schluckstörung.

Zu erwartende Übertragungsreaktionen:

Der Patient mit selbstunsicherem Persönlichkeitsmodus zeigt nur ungern etwas von sich. Aufgrund seines negativen Selbstkonzepts ist er vorsichtig und fürchtet die Missbilligung des Therapeuten. Daher wird er Dinge verschleiern oder versuchen, das zu bieten, was seinen vermeintlichen Erwartungen des Therapeuten entspricht. Der Patient reagiert hypersensibel, wenn er sich gedemütigt oder kritisiert fühlt, er wird es dem Therapeuten allerdings nicht sagen. Einerseits sehnt er sich nach dessen Fürsorge, andererseits wird er sich von seinen Hilfsbemühungen eventuell verletzt fühlen (Benjamin, 2001, S. 425). Der Patient berichtet zu Beginn der Therapie ausführlich über seine Schluckprobleme, hält biographische Informationen stark zurück. Es habe in seinem Leben nichts Besonderes gegeben zu Beginn der Symptomatik, Auslöser gebe es keine, alles sei gewesen wie immer. Erst in den folgenden Stunden berichtet er über die Erfahrungen im Gymnasium, mit der Freundin, seine quälende Zeit vor dem Abitur. Es besteht eine große Scham, daher kann der Patientin erst über die als persönliches Versagen erlebten Ereignisse erzählen, wenn er ausreichend Vertrauen in die therapeutische Beziehung gefasst hat. Später berichtet er über konkrete Suizidgedanken, die er seit einiger Zeit habe, er schaue sich das noch eine Weile an und behalte sich die Möglichkeit des Suizids aber vor. Am Ende derselben Stunde sagt er, dass er gerne gleich ein Therapiestundenkontingent für über ein Jahr hätte, er glaube, dass er für seine Themen länger Zeit brauche.

Betrachtet man die Biographie des Patienten, so finden sich folgende relevante Punkte, die die „Leitstörung“ selbstunsicherer Modus erhärten:

Der Patient erlebte starken Druck zum Aufbau eines bewundernswerten gesellschaftlichen Images, er bekam früh mit, dass Unzulänglichkeiten und sichtbare Mängel nicht gezeigt werden durften. So machte er als Kind die Dinge mit sich aus, erzählte keine Probleme. Wenn es nicht anders ging und die Eltern involviert wurden, regelten diese das rasch und unbürokratisch, gingen jedoch nicht auf Gefühle und Bedürfnisse des Patienten ein. Umgekehrt erlebte er, dass die Mutter über eigene Probleme höchstens Andeutungen machte oder den Vater für Unzulänglichkeiten verspottete. Der primäre Entwicklungsmodus musste verlassen werden, Gefühle und Bedürfnisse durften nicht gezeigt werden, Fehler und Unzulänglichkeiten mussten versteckt werden, um das Image nach außen zu wahren. In der Schule war der Patient beliebt und in eine feste Gruppe integriert. Der innere Konflikt, nicht zu viel Persönliches preiszugeben, stattdessen nach außen cool zu sein und die zunehmende innere Angst, das anstehende Abitur nicht zu schaffen und zu versagen, bereiteten jedoch immer größeres Unbehagen. Die Schande für die Eltern, wenn er da Abitur nicht schaffe, führt zu immer größerer Beklemmung, die nicht mitgeteilt werden darf. Die Lösung liegt für den Patienten, der nur die Panik spürt, aber nicht versteht, wovor er Angst hat, im Wechsel auf die andere Schule, was alles noch schlimmer macht, da er den Halt seiner Mitschüler verliert. Angst, sich falsch zu verhalten in der neuen Klasse, verstärkt den Druck, Lernen geht gar nicht mehr, er verlässt frühzeitig den Unterricht, eine Depression bahnt sich an, um den Patienten aus der Situation zu nehmen. Der primäre Selbstmodus setzt sich durch, der Patient schafft es mit letzter Kraft, zu Hause zu lernen und die Katastrophe abzuwenden. Danach geht es besser, er trifft die alten Mitschüler wieder, geht mit ihnen weg, die Kontakte sind aber belastet, weil er nicht erzählen darf, was mit ihm war. Es entsteht Angst, sich unzulänglich zu zeigen, der Patient fühlt sich unsicher, achtet auf Anzeichen von (depressiver) Antriebslosigkeit und Anhedonie, empfindet keinen Spaß mehr am gemeinsamen Weggehen. Die Überlebensregel, die im

Zusammenleben mit den Eltern funktional war, hat sich zum sekundären selbstunsicheren Modus verfestigt und bringt den Dysfunktionalen Repetitiven Interaktions- und Beziehungstereotyp mit sich. Ein Konflikt zwischen dem Wunsch, wie früher im ersten Gymnasium dabei und beliebt zu sein, und der Angst, die Erwartungen, „cool“ zu sein, Alkohol zu konsumieren und das Risiko einzugehen, dann keine Kontrolle zu haben und unangenehm aufzufallen, wird immer größer. Das Symptom Schluckstörung löst den Konflikt, indem sie den Patienten aus der Situation heraus- und ihm die Entscheidung abnimmt: Er kann ja jetzt nicht mehr weggehen, nicht studieren, nicht unangenehm auffallen, die Überlebensregel wird eingehalten.

Benjamin (2001) nennt 5 Schritte zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen:

1. Die Zusammenarbeit erleichtern
2. Das Erkennen der Muster ermöglichen
3. Maladaptive Muster blockieren
4. Den Willen zur Veränderung der Muster stärken
5. Neues Lernen fördern

Selbstunsichere Persönlichkeit – Zusammenfassung (Sulz, 2011, S. 302):

Selbstbeschreibung mit den VDS30 Persönlichkeitsskalen

Zentrales Bedürfnis ist das nach Willkommensein, Liebe und Akzeptanz

Angst/Furcht: Ablehnung, Zurückgewiesenwerden

Wut: Trennungswut oder Liebesentzug

Beziehung: der andere soll mich mögen, mich nicht demütigen oder verletzen

Impulssteuerung: impulsiv gehemmt (introvertiert)

Umgang mit Emotionen: Gefühle werden nicht gezeigt bzw. nur, wenn der Kontakt sicher ist

Konflikt: willkommen sein, geliebt und akzeptiert werden versus sich als Person mit Unzulänglichkeiten zeigen, spontan sein

Selbstbild und Rolleneinnahme: ich bin unzulänglich, habe Fehler

Weltbild und Komplementärrollenzuweisung: andere kritisieren mich, verletzen mich, lehnen mich ab

Überlebensregel: starke Zurückhaltung und Selbstkontrolle, um einen guten Eindruck zu machen

Verhalten: ängstlich vermeidend, unsicher

Dessen Wirkung auf andere: selbstsicher, überlegen

Eintritt des Gefürchteten: ich mache Fehler, andere nehmen diese wahr

Eintritt der Frustration: Kritik, Demütigung, Missbilligung, Ablehnung

Vorteil: offene Auseinandersetzung wird vermieden

Spezifische Therapiestrategien bei selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung (nach Sulz, 2001, S. 303)

Bedürfnis/Hoffnung: mir so viel und so schnell nehmen wie der andere

Angst/Furcht: tun, was Angst macht: fordern und Nein sagen lernen

Wut: sich wehren lernen, streiten lernen

Beziehung: lernen, dass passagere Disharmonie die Beziehung stützt

Impulssteuerung: egozentrische und wütende Impulse zulassen

Umgang mit Emotionen: aussprechen, ausdrücken, ausagieren
Konflikt: mal Zuneigung holen, mal Selbstinteressen den Vorrang geben
Selbstbild, Rolleneinnahme: ich bin erwachsen, so kompetent wie du
Weltbild, Komplementärrollenzuweisung: du bist keine Elternperson
Überlebensregel: das Gegenteil machen
Verhalten und dessen Wirkungen: positive Annäherung oder wehren
DRIBS: mit Durchsetzung aus der Spirale austreten
Entwicklungsstufe: zuerst impulsiv sein können, dann souverän werden

Therapie von Persönlichkeitsstörungen

Sulz beschreibt drei Ziele für die Therapie sekundärer Selbstmodi (2014, S. 56):

1. Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe fördern, so dass ein reiferer Entwicklungsmodus verfügbar ist (von impulsiv zu souverän zu zwischenmenschlich)
2. Etablierung eines tertiären integrativen Selbstmodus, der den primären und sekundären Selbstmodus ausbalanciert, so dass Interaktion und Beziehung adaptiver werden
3. Konkrete therapeutische Interventionen bezüglich Emotionsregulation und Selbstregulation (Umgang mit Bedürfnissen, Ängsten, Überlebensregel)
4. Konkrete Interventionen zur Veränderung des Dysfunktionalen Repetitiven Interaktions- und Beziehungstereotyps DRIBS, um zu einer befriedigenden Beziehungsgestaltung zu finden.

Konkrete Interventionsmöglichkeiten sind Imaginationsübungen, Rollenspiele und Stuhlübungen für die einzelnen Schritte: Wahrnehmung der Gefühle im sekundären Selbstmodus, Wahrnehmen der Bedürfnisse des primären Selbstmodus, Bedürfnisbefriedigung in der Imagination als korrigierende emotionale Erfahrung (entweder durch ideale Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen). Die Bedeutung dieser wichtigen korrigierenden emotionalen Erfahrung wird gemeinsam besprochen und ein erster Ansatz des integrativen tertiären Selbstmodus mit dem Patienten ermöglicht, der im Laufe der Therapie mehr und mehr entwickelt werden kann. Anfangs ist der Therapeut Rollenmodell, da es für Patienten häufig aufgrund des intervenierenden sekundären Modus nicht einfach möglich ist, den tertiären Selbstmodus einzunehmen. Ebenso verhält es sich mit der Fürsorge des sekundären durch den tertiären Modus. Wenn diese Schritte allmählich mehr gelingen und vor allem „erlaubt“ sind, ist der nächste Schritt die Entwicklung einer „theory of mind“ (erkennen, wie und wozu andere Menschen reagieren, damit Förderung von sozial kompetentem Verhalten und zwischenmenschlichen Fertigkeiten). Im nächsten Schritt werden Interaktionsangebote des primären Selbstmodus durch Aussprechen von Gefühl und Wunsch durchgespielt, anschließend erfolgt die Beziehungsgestaltung im primären Selbstmodus durch einen offenen Austausch von Gefühlen. Im tertiären Selbstmodus geht es um Entwicklung von Empathiefähigkeit. Letzter Schritt nach Sulz (2014, S. 57) ist die Herstellung von Balance zwischen Selbst und Beziehung (primär und sekundär), es werden eigene Anliegen berücksichtigt und die Bedürfnisse beider in der Beziehung befriedigt.

Förderung zum Erreichen eines reiferen Entwicklungsmodus

In seiner Entwicklungstherapie (2010) beschreibt Sulz die Entwicklung des Selbst und der Beziehungen durch

- Entwicklung von Metakognition und Mentalisierung:
Analog zu McCulloughs CBASP hat Sulz (2010) ein Vorgehen zur Förderung der Entwicklung vom prälogischen Denken der impulsiven Entwicklungsstufe auf die nächsthöhere Stufe (souveräne Entwicklungsstufe) beschrieben.
- Etablierung von Emotionsregulation durch Wahrnehmen und Benennen von Emotionen, Verstehen und Einordnen der Emotionen in den jeweiligen Kontext und ihre Auswirkung auf das eigene Denken, Handeln und auf andere Menschen verstehen.

Die bewusste Wahrnehmung und Reflexion des Gefühls kann in der Therapie über Emotion Tracking (Sulz, 2007, 2010) mithilfe einer emotiven Gesprächsführung erfolgen oder durch emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2000). Ziel ist es, dass das Gefühl bewusst gemacht wird, „gefühl wird“, dass es in Sprache übersetzt wird, dass der auslösende Kontext mit einbezogen und seine Bedeutung reflektiert wird. Ebenso ist Ziel, dass die gleichzeitig damit ablaufenden Gedanken und Erinnerungen benannt, das daraus resultierende Handeln gespürt und die Auswirkung auf andere Menschen erfahren werden. Durch die gemeinsame Reflexion kann das Gefühl hinsichtlich seiner Funktionalität und Angemessenheit geprüft und modifiziert werden. Dabei ist wichtig, dass Wahrnehmen und Akzeptieren der eigenen Gefühle und Bedürfnisse vor Empathie für die anderen zeitlich an erster Stelle kommt und dafür ausreichend Zeit eingeräumt wird.

Für die Entwicklung schlägt Sulz folgende Reihenfolge vor : 1. Aufhebung der Hemmung der Impulsivität (gesunde Spontaneität), 2. Schritt auf die souveräne Stufe (gesunder Egoismus) und erst dann 3. Schritt auf die zwischenmenschliche Stufe (gesunde Beziehung) (2014, S. 58).

Etablierung eines tertiären integrativen Selbstmodus als übergeordnete, steuernde Instanz

Die oben beschriebene Entwicklungsarbeit ist zwingende Voraussetzung für das Etablieren eines neuen tertiären Selbstmodus, da bei reinem Antrainieren die Gefahr besteht, im impulsiven Entwicklungsmodus zu bleiben.

Die Entwicklung des tertiären integrativen Selbstmodus erfolgt in zwei Schritten:

1. Zunächst wird der tertiäre Selbstmodus auf der souveränen Entwicklungsstufe etabliert (noch egozentrisch; gesunder Egoismus)
2. Dann erst erfolgt die Etablierung auf der zwischenmenschlichen Entwicklungsstufe (auf den anderen Menschen bezogen, sozial, empathisch: gesunde Beziehung)

Der tertiäre integrative Selbstmodus verfügt anders als der primäre und sekundäre Selbstmodus über Erfahrung, Weitblick, Ruhe, Zeitgefühl, Emotionssteuerung, Wertorientierung, Ziele, Wissen, wie Dinge laufen, Menschenkenntnis (eine „theory of mind“) (Sulz, 2014, S. 59). Dies sind die Charakteristika der souveränen Stufe. Mit der Erreichung der zwischenmenschlichen Entwicklungsstufe kommt die Fähigkeit zur Empathie (Mentalisierung) und Perspektivenwechsel hinzu, das bedeutet Fähigkeiten, soziale Beziehungen langfristig gestalten und pflegen zu können.

Als therapeutische Interventionstechnik werden jetzt für die Modusarbeit drei Stühle benötigt: primärer, sekundärer und tertiärer Modusstuhl. Sulz schlägt vor, dass der Patient auf dem dritten Stuhl sitzt und zuhört, während die ersten beiden Stühle (auf denen jeweils der primäre und der sekundäre Selbstmodus sitzt) leer bleiben. Die beiden Selbstmodi sprechen und streiten miteinander und gegeneinander, der Therapeut stellt dem Patienten dabei Fragen, die ihn in ein metakognitives Denken führen. Dabei wird nach Bedürfnissen, Ängsten und Wut des jeweils einen und des anderen gefragt, ebenso nach den Zielen der beiden („Was, glauben Sie, was will der erreichen?“), bis die Funktion der Modi klargelegt ist. Die gemeinsame Reflexion von Therapeut und dem tertiären Selbstmodus führt zur Integration der beiden anderen.

Sulz (2011, 2014) hat für die einzelnen sekundären Selbstmodi, die dysfunktionalen Persönlichkeitszügen entsprechen, konkrete therapeutische Interventionen beschrieben (s. dort).

Ergänzung: Therapeutische Haltung bei Persönlichkeitsstörungen

Rahmenbedingungen

Innerhalb eines festgelegten Rahmens, wo klare Grenzen gesetzt werden müssen, die den Patienten validierend erklärt werden, ist es notwendig, angepasst flexibel auf den jeweiligen Patienten zu reagieren. Das heißt, sowohl sehr ernst nehmend und validierend, auf der anderen Seite humorvoll und mit einer gewissen Leichtigkeit Sicherheit und Beruhigung vermitteln und zu Veränderungen ermutigen (begrenzte elterliche Fürsorge, Förderung des tertiären Selbstmodus).

Therapeutische Beziehung

Da es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Beziehungsstörungen handelt, liegt ein besonders sensibler Punkt in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen reagieren sehr fein und hochsensibel, halten sich im impulsiv-gehemmten Modus jedoch oft zurück. Kleinste Äußerungen des Therapeuten, die Wortwahl, ein Auf-die-Uhr-Schauen können für Patienten kränkend und verletzend sein und zu Therapieabbrüchen führen. Gerade bei BPS-Patienten, aber auch bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen kann man mit zwei Uhren arbeiten, damit sowohl Patient als auch Therapeut die Möglichkeit haben, die Zeit im Blick zu haben, für BPS-Patienten ist dies oft eine hilfreiche Strukturmöglichkeit, vor allem wenn sie wissen, dass es Aufgabe von beiden ist, die Zeit im Blick zu haben (wenngleich die Verantwortung beim Therapeuten liegt).

Nicht nur bei der Behandlung von BPS ist daher eine Grundhaltung wichtig, die sich zwischen den beiden Polen Akzeptanz und Veränderung bewegt, wobei zu Beginn der Therapie und in sensiblen Phasen der Fokus auf Akzeptanz liegen sollte. Die Patienten haben erst einmal „guten Grund“, sich auf die gezeigte Art und Weise zu verhalten. So ist es für viele Patienten eine Form von Kontrolle zu entscheiden, wann sie was wie viel dem Therapeuten preisgeben. Es ist wichtig, das zunächst zu akzeptieren und nicht als mangelnde Kooperationsbereitschaft oder fehlende Motivation misszuinterpretieren. Patienten können Scham über bestimmte Dinge empfinden, weil sie schon wissen, wie manche Menschen über ihre Verhaltensmuster denken. Häufige Aussagen sind dann

„Mein Kopf weiß das auch“, aber das Empfinden, die Emotion ist eben anders und kann im individuellen Kontext auch verstanden und erst einmal akzeptiert werden.

Wie oben bereits beschrieben, kann ein zu schnelles Drängen auf Veränderungen zu Therapieabbrüchen führen. Dem liegt häufig zugrunde, dass Patienten sich überfordert, öfters aber nicht verstanden fühlen. So berichtet eine Patientin mit jahrelangen schwersten Traumatisierungen und sexueller Identitätsstörung über nächtliche Panikattacken, die sie sich nicht erklären könne. Ein Vorgehen, das den Teufelskreis der Angst erklärt und Schritte der Veränderung mit der Patientin erarbeitet, könnte entweder zu keiner Besserung führen, möglicherweise aber auch dazu, dass die Patientin sich nicht verstanden fühlt oder die Therapie abbricht. Ein Hinweis, dass dies der Fall ist, kann in einem innerlichen Rückzug oder leiseren Reden oder längerem Schweigen gesehen werden. Es ist daher immer wichtig, zuerst den subjektiven Kontext zu verstehen, in dem das Symptom sich abspielt, bevor Maßnahmen zur Veränderung eingeleitet werden können. Hier berichtete die Patientin unter großer Scham, dass sie nachts große Angst habe, weil ihre Heilpraktikerin ihr gesagt habe, dass „Seelen“ einer verstorbenen Familie aus dem zweiten Weltkrieg nachts durchs Zimmer huschten. Da die Schwester dies als „Schwachsinn“ abgetan hatte, die Patientin aber fest daran glaubte, traute sie sich nicht, das zu erzählen, da sie mit einer ähnlichen Reaktion rechnete. Es war daher wichtig, im Sinne eines Reframing die Bedeutung der nächtlich anwesenden „Seelen“ mit der Patientin ins Positive zu konnotieren, bevor diese in einem zweiten Schritt den Realitätsgehalt dieser Annahme überprüfen und revidieren konnte.

Aufmerksamkeit und Sprache

Viele Patienten haben aufgrund ihrer schwierigen biographischen Erfahrungen guten Grund, sehr sensibel und empfindlich zu reagieren, maladaptive Schemata machen auch vor der Praxistür nicht Halt. Dennoch kann eine genaue Aufmerksamkeit auf Formulierung und Sprache des Patienten feine Hinweise darauf geben, dass entweder der sekundäre Modus aktiviert ist oder doch der primäre Modus noch durchschimmert. So berichtete eine BPS-Patientin über heftige Schuldgefühle, nachdem sie den Besuch bei einer Freundin abgesagt hatte, weil es ihr selbst schlecht ging. Die Freundin hatte ihr dann den ganzen Abend SMS über ihre Probleme geschickt. Die Patientin sagte beiläufig in einem Nebensatz, dass sie ja genau deswegen nicht haben fahren wollen, fokussierte sich dann aber darauf, dass sie ein schlechter Mensch sei.

Scham

Ein bei allen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auftretendes häufiges Gefühl ist Scham. Patienten erzählen manches nicht oder lassen den Therapeuten in seinem Glauben, er habe die Situation verstanden, weil es ihnen peinlich ist zu sagen, dass es ganz anders ist. Es ist daher wichtig, sehr aufmerksam zuzuhören und auf Mimik, Gestik und Körperhaltung zu achten, die mitteilen können, dass sich gerade im Innenleben des Patienten etwas Bedeutsames geändert hat. Veränderungen der Gesichtsfarbe, ein unmerkliches Erblässen, Erstarren, Schwitzen, Veränderungen des Atems, der Augen, der Stimme, der Lautstärke und Satzmelodie, der Sitzhaltung, des Blickkontakts sind in der Beziehung mit den Patienten Indikatoren, die wichtige Hinweise geben. Dies sind alles bekannte und wichtige Faktoren in der therapeutischen Beziehung, sie werden hier dennoch extra erwähnt, weil sie in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten einen besonderen

Stellenwert haben. Selbstverständlich gilt all das auch für den Therapeuten, der vom Patienten aufmerksam wahrgenommen wird, es ist eine Wechselwirkung der Non- und Parakommunikation. Daher muss der Therapeut bei jeder Intervention aufmerksam feinste non- und paraverbale Reaktionen des Patienten im Blick haben, um nachfragen zu können, ob bzw. was gerade passiert ist. Kleine Gesten können Hinweise auf innerliche Reaktionen sein, die die Patienten nicht verbal mitteilen können oder wollen.

Der Patient im Fallbeispiel 2 nimmt in der Regel eine sehr entspannte, offene Körperhaltung ein. Als er über seine Erfahrungen mit den Hänseleien in der Schule, die Zurückweisung durch die jungen Frauen und insbesondere seine Suizidpläne berichtet, sitzt er mit verschränkten Armen vor der Brust da und meidet Blickkontakt.

Ressourcen und Humor

Alle Patienten haben eine besondere Art von Humor. So sagte der Patient im Fallbeispiel trocken, nachdem er den nächsten Termin im Handy gespeichert hatte: „So, dann weiß ich Bescheid. Und Google auch.“ Es gibt in den Interaktionen immer wieder Momente, die genutzt werden können, um den Fokus von Leid und (aus Sicht der Patienten häufig) „Versagen“ auf Ressourcen und Humor zu lenken. Häufig sind es die Patienten selbst, die Ressourcen haben, sich in den Stunden einen Moment „Urlaub“ zu nehmen, bevor der Fokus erneut auf die gemeinsame Arbeit gegen „Es“ (das Symptom, der Modus) gerichtet wird (Benjamin, 2001). Auch dabei kann es hilfreich sein, bei passender Gelegenheit mit Humor oder Leichtigkeit (Linehan, 1996) zu arbeiten, so zum Beispiel, wenn wieder einmal klar wird, dass die maladaptiven Muster gerne in Rudeln auftreten („Die Angst hat gerne ihren Kumpel, den Kontroletti dabei ...“). Patienten sind sehr kreativ darin, ihre innere Geschichte zu bearbeiten, indem sie eigene Worte finden. Selbstverständlich ist darauf zu achten, dass dies nicht der Vermeidung dient. Neben dem Einsatz von Humor ist die Einbeziehung von Ressourcen, Hobbys und Interessen ein wichtiges Element, zum einen, weil es eine gute Möglichkeit ist, dem Patienten als Rollenmodell eine differenzierte Sichtweise von sich selbst (eben nicht als „psychisch krank“, „gestört“) zu vermitteln und damit eine allmähliche Verbesserung des oft negativen Selbstkonzeptes in Gang zu setzen, zum anderen, weil die Patienten ihre Fähigkeiten, auch ihren Humor oft nicht erwähnenswert finden und daher kaum zeigen. Ein Patient mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung ließ nach einigen Stunden immer wieder kurz einen schwarzen Humor aufblitzen, der ungeheuer komisch und sehr treffend war. Meine Rückmeldung veranlasste ihn zu heftigem Weinen, aber in den folgenden Stunden zeigte er diese Seite immer öfter.

Suizidalität

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben aufgrund ihrer häufigen Ohnmachtserfahrungen (ähnlich wie depressive Patienten) und der verbotenen Wut des sekundären Selbstmodus früh als Notlösung Suizidgedanken entwickelt. Nicht nur bei BPS-Patienten hat dies eine entlastende und beruhigende Wirkung, ist also eine Lösungsstrategie. Eine histrionische Patientin berichtete, unmittelbar nach dem schlechten Abschneiden in einer mündlichen Prüfung habe sie so tiefe Scham empfunden, dass sie konkret daran gedacht habe, sich vor die S-Bahn zu werfen. Auch wenn jede Suizidäußerung ernst genommen muss, ist es andererseits wichtig, selbst erst einmal ruhig zu bleiben und genauer zu eruiieren, in welchem Kontext diese Gedanken stattfinden, wozu sie dienen und wie konkret sie

sind. Es ist für Patienten häufig beruhigend zu erleben, dass der Therapeut nicht in Panik verfällt oder hilflos mit Einweisung droht, sondern dass man diese Gedanken verstehen kann. Das bedeutet nicht, dass in konkreten Fällen Klinikeinweisungen unvermeidbar sind. Wie oben beschrieben, ergeben sich nach Abklärung im Verlauf der Stunde manchmal Hinweise, die den Eindruck des Therapeuten bestätigen oder widerlegen (wie der Patient im Fallbeispiel 2, der konkrete Pläne hat, aber eine Langzeittherapie machen möchte, weil er sich das „noch eine Weile anschauen“ möchte). Das Thema ist damit als Thema auf dem Tisch, was einen offenen Umgang damit ermöglicht.

Fazit

Mit der Heuristik der Selbstmodi (Sulz, 2011, 2014) wird ein neuartiges Konzept zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen eingeführt, das eine entwicklungstheoretische Perspektive beinhaltet. Die natürlichen Entwicklungsstufen (primäre, natürliche Entwicklungsmodi) werden durch Konflikte gehemmt, das Gebot der Einhaltung der Überlebensregel erzwingt die Herausbildung des sekundären Selbstmodus, der dysfunktionalen Persönlichkeitszügen bzw. maladaptiven Schemata entspricht. Sulz hat damit einen neuen Ansatz für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen beschrieben: Durch die Etablierung des integrativen tertiären Selbstmodus kann Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe gefördert werden, so dass Interaktion und Beziehung adaptiver werden. Sulz stellt in seinem Moduskonzept konkrete therapeutische Interventionen bezüglich Emotionsregulation und Selbstregulation vor, die vor allem das für Persönlichkeitsstörungen charakteristische Dysfunktionale Repetitive Interaktions- und Beziehungsstereotyp zugunsten einer befriedigenden Beziehungsgestaltung auflösen helfen.

Literatur

- Benjamin, L.S. (2001). Die Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien.
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2011). Interaktives Skills Training für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.
- Carroll, L. (1963). Alice im Wunderland (6. Aufl.). Berlin: Suhrkamp Insel.
- Fiedler, P. (2001). Persönlichkeitsstörungen (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien.
- Horowitz, M.J. (1987). States of mind: configural analysis of individual psychology (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Linehan, M.M. (1993a). Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: The Guildford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: The Guildford Press.
- Linehan, M.M. (1996). Dialektisch-Beaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

- McCullough, J.P., Jr. (2010). Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. München: CIP-Medien.
- Noam, G. (1988). A constructivist approach to developmental psychopathology. *New Directions for Child Development*, 33, 91-121.
- Sachse, R. (2011). Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S.K.D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2001). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien, S. 303.
- Sulz, S. K. D. (2007). Supervision – Intervision – Intravision. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2010). Strategische Entwicklung. Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie (S.191-224). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011). Therapiebuch III. Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2014). Spieler, Gegenspieler und der neue Regisseur: Primärer versus sekundärer Selbstmodus und die Entwicklung des tertiären Selbstmodus in der Therapie. *Psychotherapie*, 19. Jg., 19-1, 38-64.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders – a schema-focused approach*. 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resource.
- Young, J.E., Klosko, J.E. & Weishaar, M. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-83.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-32.

Korrespondenzadresse

Susanna Schönwald
 Isabellastraße 46 | 80796 München
 kontakt@praxis-schoenwald.info