

# Beschreibung der Problembereiche

*A. Sendera, M. Sendera*

- 2.1 Probleme bei der Emotionsregulation – 16**
- 2.2 Störungen des kontextabhängigen Lernens und der kognitiven Verarbeitung – 18**
- 2.3 Bindungsstörung – 18**
  - 2.3.1 Sichere Bindung – 19
  - 2.3.2 Unsicher-vermeidende Bindung – 19
  - 2.3.3 Unsicher-ambivalente Bindung – 20
  - 2.3.4 Unsicher-desorganisierte Bindung – 20
- 2.4 Dissoziative Phänomene – 21**
- 2.5 Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen – 22**
- 2.6 Beziehungen und Störung der Interaktion – 28**
- 2.7 Problembereich Verhaltensebene – 31**
- 2.8 Selbstbild und Identität – 31**
- 2.9 Erinnerungsdruck und Vermeidung – 32**
  - 2.9.1 Flashback – 32
  - 2.9.2 Intrusionen – 32
  - 2.9.3 Pseudohalluzinationen – 33
  - 2.9.4 Patients out of hell – 34
- 2.10 Somatoforme Störungen – 37**
- 2.11 Chronischer Schmerz – 38**
  - 2.11.1 Physiologie des Schmerzes – 38
  - 2.11.2 Schmerz und Emotion – 40
  - 2.11.3 Chronifizierung von Schmerzen – 40
- Literatur – 42**

Es gibt keine Antwort auf die Frage, welches Ereignis außerhalb der normalen Lebenserfahrung als Stressor erlebt wird und welche prä-, peri- und posttraumatischen Reaktionen – biologisch, sozial und psychisch – erforderlich sind, um ohne langen Leidensweg verarbeitet werden zu können.

- » Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? (Eissler 1963)

Die Spannbreite mit all den sichtbaren und nicht sichtbaren Symptomen ist groß und Betroffene beschreiben ihr Leben als unerträglich. Chronische Suizidalität sowie das Gefühl, nicht verstanden zu werden, auf Patientenseite und das Gefühl, nicht verstehen zu können, auf der Helferseite bringt beide Seiten an die Grenzen der Belastbarkeit. In der Interaktion mit anderen genügt oft nur ein kleiner Auslöser, eine vermeintliche Zurückweisung und es wird ein Prozess eingeleitet, der Betroffene zusammenbrechen, sie den Bezug zur Realität verlieren lässt und zu suizidalen Krisen führt. Hinter der Fachsprache verbirgt sich oft das von Patientinnen so bezeichnete *namenlose Grauen* und ein Schmerz, der nicht mit Worten zu beschreiben ist, eine emotionale Achterbahn ohne Ziel und Ende.

- » Wer bin ich, was bin ich? Bin ich wirklich das herzlose kalte Monster, das manipuliert und die Mitmenschen gar nicht wahrnimmt? Ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr – Hilfe! – Für mich gibt es keine Hilfe. Der Schmerz ist so groß, so unendlich groß und wird nie aufhören. (Patientin)

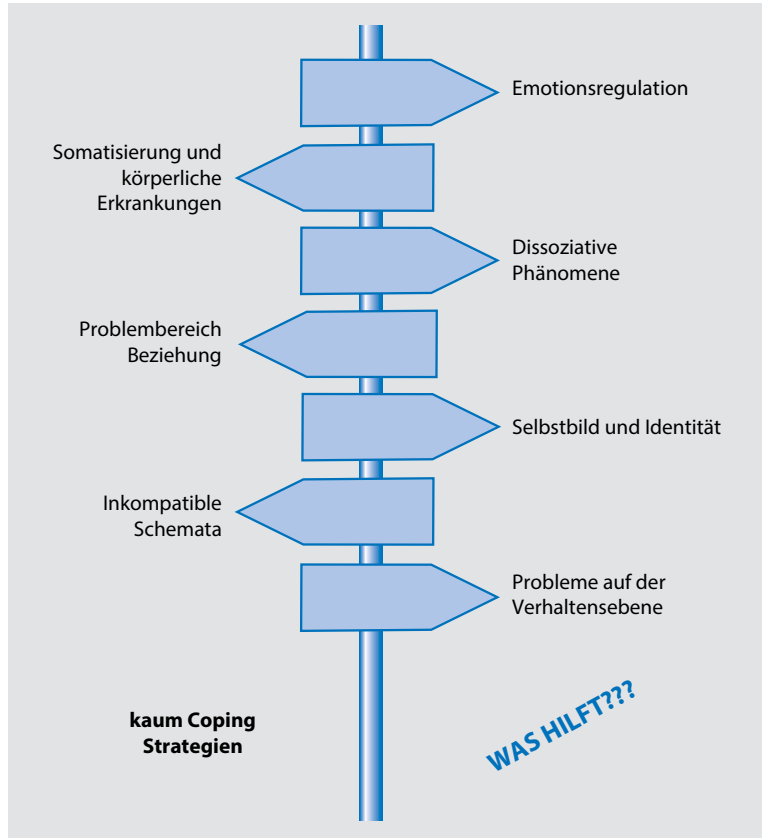
Die Problematik zu verstehen und zu lernen, damit zu leben, stellt eine Herausforderung für professionelle Helfer und Betroffene dar. Es ist wichtig, die Hintergründe, Zusammenhänge und Auswirkungen der jeweiligen Problembereiche zu erkennen. Für beide Seiten kann dieses Wissen Entlastung bringen.

- » Ich kann nicht mehr, es ist zu viel. Im normalen Zustand würde ich sagen, es geht mir schlecht. Da ich aber etwas verändern möchte, werde ich versuchen, es so zu beschreiben, was ich denke und fühle. Im Moment fühle ich mich schrecklich! Dieser Gedanke zu sterben, diese Todessehnsucht lässt mich nicht los. Eigentlich muss ich aber sagen, dass ich ziemliche Angst vor dem Sterben habe. Aber die Angst vor dem Leben ist stärker. Was ist Leben? Leben, um verletzt zu werden und Schmerzen zu ertragen, psychisch und physisch? Ich wurde im Leben sehr verletzt und musste viele Schmerzen ertragen. Ich denke sehr viel nach über Sein und Nichtsein. (Patientin)

Die extremen Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen lassen erkennen, dass die Grenze zwischen Krankheit und der sogenannten Normalität fließend sein kann. Für Betroffene bedeutet es, sich ständig im Grenzbereich zwischen Realität und Wahn, Liebe und Hass, Leben und Tod zu bewegen (Kreismann 2000).

- » Am Abend war die Welt in Ordnung, ich war gut gelaunt, fühlte mich zufrieden und bin EINS. Am nächsten Morgen beim Aufwachen ist alles anders. Ich bin ZWEI. Der Eine will weiterschlafen, ist mürrisch, der Andere will aufstehen, ist voll Tatendrang. Es findet ein Kampf statt. Es dauert Stunden. Aufstehen, essen, anziehen. Gelingt es, jetzt aus dem Haus zu gehen, endet das Ganze in einem Fiasko, meistens weiß ich dann nicht, was ich gemacht habe, es fehlen Stunden. (Patientin)

■ **Abb. 2.1** Problembereiche



Die emotionale Regulationsstörung ist sicherlich mitverantwortlich für das typische Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, für die Verwirrung im Selbstbild, für eine Impulsivität zwischen Wut und Ekstase, für die Stimmungsschwankungen und Selbstzerstörungsversuche. Betroffene sind geprägt durch das verzweifelte Bemühen, in der realen Welt ihren Platz zu finden, zu leben, besser gesagt, zu überleben. Sie werden überschwemmt von dem Gefühl der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und der Verzweiflung. Alpträume, Flashbacks und ungewollte Erinnerungen, die sich dem Bewusstsein intrusiv aufdrängen, machen das Leben, so wie es ist, zur Hölle. Diese Welt, die anderen Menschen, das eigene Selbst, der eigene Körper werden als bedrohlich, gefährlich und zum Teil als unecht erlebt. Ein latentes Gefühl der Bedrohung sowie permanente Schuldgefühle und die Angst, anders und etwas ganz Schreckliches zu sein, begleitet sie.

- » Ein Borderline ist ein Nobody unter vielen „Somebodies“ bzw. Borderline ist ein nicht fassbarer und artikulierbarer chronischer seelischer Zustand, hervorgerufen durch Ereignisse, die genauso waren. (Patientin)

Die Bandbreite der Problematik, deren Manifestation in jedem Alter und in verschiedenen Lebensbereichen möglich ist, umfasst viele psychische und somatische Bereiche. Im Folgenden wird besonders auf die Problembereiche eingegangen, die für das Skills-Training von Bedeutung sind (■ **Abb. 2.1**).

## 2.1 Probleme bei der Emotionsregulation

Die Störung der Emotionsregulation steht sicherlich im Zentrum der Problematik. Eine vor allem für die Borderline-Störung typische, extrem niedrige Reizschwelle führt zur Auslösung von Emotionen, die sich auf sehr hohem Erregungsniveau halten und nur langsam abklingen. Dazu kommen die Schwierigkeiten, Gefühle zu steuern, die mangelnde Impulskontrolle und eine enorme Angst vor Gefühlen. Betroffene sind impulsiv und reagieren wesentlich heftiger als andere Menschen in ähnlichen Situationen. Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass Betroffene Emotionen zwar wahrnehmen, aber nicht differenzieren, zuordnen und benennen können. Diese werden als aversive und oft unerträgliche Spannungszustände wahrgenommen, gehen häufig mit dissoziativen Zuständen einher und werden nicht selten durch Selbstverletzungen oder andere dysfunktionale Verhaltensweisen unterbrochen, da in den meisten Fällen keine alternativen Lösungsstrategien zur Verfügung stehen.

### » Worte

- » Worte können  
den Schmerz  
nicht beschreiben  
den ich fühle  
wenn ich nichts fühle (Roberta M.)

Im Zustand der sogenannten Emotionsüberflutung entsteht ein Gefühlswirrwarr, das zu weiteren unerträglichen Symptomen wie Körperwahrnehmungsstörungen, Wahrnehmungsverzerrungen, Hyperästhesie oder Analgesie, Veränderung der Sinneswahrnehmung, somatoformen Störungen und weiteren dissoziativen Symptomen, z. B. Depersonalisation und Derealisation, führen kann. Diese Symptome sind verbunden mit Sprachlosigkeit und Kommunikationsschwierigkeiten, dem Gefühl der Leere und des Realitätsverlustes sowie dem Gefühl, die Kontrolle für Arme und Beine zu verlieren. Oft entsteht ein Gefühl der Selbstauflösung, der eigene Körper wird als fremd empfunden, Geräusche werden nur mehr entfernt wahrgenommen und optische Konturen lösen sich auf. In diesem Zustand werden Betroffene von Panik überflutet und das Gefühl der Unwirklichkeit, Fremdheit und Bedrohung wird überdimensional. Um der Bedrohung zu entkommen, aktiviert der Körper seine Potenziale wie Angriff, Flucht oder Totstellen (*freezing*), die sensibilisiert und konditioniert werden. Eine Studie von Stiglmayr konnte den hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Spannungszuständen und dissoziativer Symptomatik belegen (Stiglmayr 2003). Gelingt die Flucht nicht, führt der starke, unerträgliche innere Druck zu Handlungen, die nicht mehr kontrollierbar sind.

Ein weiteres Problem sind unangemessene Wutanfälle, ständige Konflikte und aggressive Handlungen, die oft als ich-fremd (ich-dyston) erlebt werden: *Das bin nicht ich, es ist alles sinnlos*. Diese Wut als Überlebensstrategie kann helfen, um der Hilflosigkeit zu entkommen und ein Trauma nicht nochmals durchleben zu müssen.

Es wurde festgestellt, dass Borderline-Patientinnen in Alltagssituationen und im Vergleich zu den Gefühlen von Vergleichspersonen, weniger positive Emotionen wie Freude und Interesse wahrnehmen, dafür aber vermehrt die Emotionen Angst, Scham, Ekel und Trauer. Besonderen Stellenwert in der Borderline-Forschung hat das Gefühl Scham, es ist das unerforschtste Gefühl in der Psychologie überhaupt und wird von M. Linehan und M. Bohus als *das zentrale Gefühl*

bei Borderline-Patientinnen genannt (Bohus 2002). Scham gilt als der Prädiktor für Therapieabbruch, Selbstverletzung und Suizidalität. Man hofft, durch weitere Forschung auf diesem Gebiet, einen Durchbruch in der Borderline-Therapie zu erreichen. Scham- und Schuldgefühle lassen die Welt und die anderen Menschen als richtig handelnd erscheinen, der Patient selbst entwickelt dadurch die Grundannahme: *Ich bin nicht in Ordnung*.

- » Wo gibt es einen Platz auf der Welt, wo ich diese Gefühle und Erinnerungen nicht habe, wo sie mich nicht einholen? Momentan versuche ich zu vergessen, sie zu verdrängen, was könnte ich noch versuchen? Was nur? (Patientin)

Scham schützt uns vor dem sozialen Ausschluss und verhindert Demütigung. Auch Schuldgefühle haben eine Schutzfunktion, sie dienen als Abwehrstrategie gegen Ohnmacht: *DAS ist nur passiert, weil ICH ...* Viele Emotionen und Empfindungen wie Ekel, Angst, Wut, sexuelle Erregung, Gefühl der Erniedrigung, Demütigung, Entsetzen, Verwirrung sind Trauma-assoziiert und eng mit Missbrauchserlebnissen verbunden. Diese Emotionen können als interne Stimuli fungieren und es wird alles unternommen, um eine Aktivierung zu verhindern. Hochrisikoverhalten, Drogen, Brechattacken, Promiskuität, Reinigungsrituale und Dissoziation helfen, die Gefühle zu meiden bzw. ermöglichen einen Ausstieg. Auch sogenannte *sekundäre Gefühle* (auf die ursprünglichen primären Gefühle folgenden) helfen, die primären zu unterdrücken und im weiteren Sinne zu regulieren. Selbsthass und Selbstverachtung helfen ebenfalls gegen die Ohnmacht oder andere Trauma-assoziierte Emotionen: *Ich bin schlecht, so jemand wie ich muss vernichtet werden!* Die aktive Tat, sich zu vernichten (verletzen), hilft gegenzusteuern.

### ➤ Vermeidung wird zum zentralen Problem bei der Behandlung!

An dieser Stelle möchten wir noch einmal erwähnen, dass Borderline-Patienten eine erhöhte Sensitivität für die Wahrnehmung fremder Emotionen haben und dazu neigen, Situationen negativ zu attribuieren.

#### ■ Blockierung von Trauer

Borderline-Patientinnen neigen dazu, negative Gefühle wie Trauer, Ärger, Schuld, Scham, Angst und chronischen Ärger zu blockieren, zu vermeiden, zu unterdrücken oder übermäßig stark zu kontrollieren (Linehan 1996). Besonders Gefühle, die mit Verlust verbunden sind, werden vermieden, daher können Trauerprozesse weder ertragen noch durchlaufen werden.

Das Dilemma entsteht dadurch, dass Borderline-Patientinnen durch den dauernd auftretenden Krisenzustand und die damit verbundenen negativen Gefühle ständig mit der unvermeidlich erscheinenden Unterdrückung von Trauer konfrontiert sind. Sie versuchen, aus diesem Dilemma durch impulsive Handlungen herauszukommen. Alkohol- und Drogenabusus, *high-risk*-Verhalten, wie Autobahnrasen, promiskuitives sexuelles Verhalten und Einkaufsräusche, lindern zwar kurzfristig den emotionalen Schmerz, sind aber in vielen Fällen Auslöser der nächsten Krise.

## 2.2 Störungen des kontextabhängigen Lernens und der kognitiven Verarbeitung

---

2

Menschen mit einer Borderline-Störung weisen ein verändertes Lernverhalten in den folgenden drei Bereichen auf:

- im emotionalen,
- im kognitiven und
- im sozialen Bereich.

Frühe traumatische Erlebnisse und neurobiologische Prädispositionen können eine Störung der Affektregulation bewirken. Dies fördert in vielen Fällen die Dissoziationsneigung und beeinträchtigt das assoziative Lernen, das heißt die Verknüpfung neuer und alter Erfahrungen. Diese sogenannte Störung des kontextabhängigen Lernens fördert das Erlernen widersprüchlicher dysfunktionaler Grundannahmen (Schemata) und führt zu einer realitätsfernen, inadäquaten Interpretation der realen Situation.

Dazu kommt, dass Angst rasches Lernen zwar ermöglicht, jedoch die Verbindung des neu zu Lernenden mit bereits bekannten Inhalten verhindert wird. So werden Erlebnisse, die mit starker Angst verbunden sind, nicht vergessen, können aber nicht in einen Gesamtzusammenhang gestellt werden. Bei anhaltender Stressreaktion sind auch die sogenannten Stresshormone erhöht, die wiederum Einfluss auf die neuronale Verarbeitung haben. So werden traumatische Erfahrungen als Gefühlszustände, Bilder oder körperliche Reaktionen erinnert, nicht aber als konkrete Ereignisse in Zusammenhang mit der äußeren Realität. Zusätzlich verhindern dysfunktionale Schemata und Muster das Erlernen positiver, adäquater Lernerfahrungen. Es lässt sich vor allem in interpersonellen und sozialen Interaktionen ein *Hyperarousal* (Übererregbarkeit) feststellen. Der aversive Spannungszustand fördert die fehlerhafte kognitive Informationsverarbeitung. Der Versuch, diesen unerträglichen Zuständen zu entkommen, führt zu inadäquaten, selbstschädigenden Reaktionen und interpersonellen Konflikten.

Von entscheidender Bedeutung sind auch akute dissoziative Zustände, die in Zusammenhang mit hoher Belastung auftreten. Sie erschweren basale Lernprozesse, verhindern neue Erfahrungen und beeinträchtigen die Verknüpfung alter Erfahrungen mit neuen Erlebnissen (*kontextabhängiges Lernen*). Betroffene sollten daher in der Wahrnehmung von und im Umgang mit dissoziativen Prozessen (z. B. durch Anti-Dissoziations-Skills) trainiert werden.

➤ **Borderline-Menschen verlieren unter Stress ihre Kompetenzen schneller als andere!**

## 2.3 Bindungsstörung

---

Der Bindungsforscher J. Bowlby orientierte sich an den Lehren Freuds und der Theorie, dass die frühe Beziehung des Säuglings seine spätere Entwicklung beeinflusst. Nach psychoanalytischer Auffassung wird die Emotionsentwicklung des Säuglings in Übereinstimmung mit seinen Erfahrungen durch die mütterliche Feinfühligkeit unterstützt und fördert dadurch die Entwicklung des *Selbst* und des Selbstwertgefühls. Nach Erikson ist die liebevolle Fürsorge durch die Bezugsperson und die Befriedigung der Grundbedürfnisse des Säuglings von wichtiger Bedeutung für die Entwicklung des kindlichen Urvertrauens. Dem Bindungssystem entgegengesetzte Stellung nimmt das Explorationssystem ein. Bowlby betrachtet die Exploration als ein Verhalten, das auf Informationsgewinnung aus der Umwelt ausgerichtet ist. Das Explorationssystem kann

nur dann in Funktion treten, wenn das Bindungssystem nicht zur gleichen Zeit aktiviert ist. Idealerweise befinden sich Bindungs- und Explorationsverhalten in Balance (Bowlby 1995).

Sowohl in der Bindungstheorie als auch in der psychoanalytischen Theorie geht man davon aus, dass durch die Erfahrung in frühen Beziehungen bestimmte wichtige psychologische Funktionen erworben und entwickelt werden.

Eine positive Bindungserfahrung entsteht, wenn die Bezugsperson fähig ist, das emotionale und kognitive Erleben des Kindes zu mentalisieren und durch eine angemessene Übereinstimmung (Empathie) die Emotionsregulation und Frustrationstoleranz zu fördern. Das wechselseitige Eingehen des Säuglings und der Bezugsperson aufeinander, ermöglicht das Aussenden von Signalen und das Zurückspiegeln. Das mütterliche Pflegeverhalten und das Signalverhalten des Kindes sind aufeinander abgestimmt und fördern die Ausbildung von emotionalen Beziehungen. Die Entwicklung funktionaler kognitiver und emotionaler Schemata hängt von der geglückten Interaktion ab.

Nach Bowlby haben Menschen ein eigenes Bindungsverhaltenssystem, das in Belastungs-, Trennungs- und Gefahrensituationen aktiviert wird, um die Nähe der Bezugsperson zu erhalten und bei Distanz wiederherzustellen. Die Signale des Kindes äußern sich z. B. durch Weinen, Anklammern, Rufen sowie in Gestik und Mimik. Je nach Reaktion der Bezugsperson auf das Bindungsverhalten des Kindes entwickeln sich unterschiedliche Bindungsmuster und ermöglichen Rückschlüsse auf die Qualität der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind.

Durch seine Bindungserfahrungen stellt das Kind mit der Zeit Erwartungen an die Verfügbarkeit und Unterstützung der Bezugspersonen. Es entwickelt Modellvorstellungen von Beziehungen, sogenannte *innere Arbeitsmodelle*, z. B. in Bezug auf Einstellungen und Schemata. Die Arbeitsmodelle entscheiden darüber, welche Vorstellungen das Kind von sich selbst und seinen Bezugspersonen hat, sie sind auch bedeutend für die Entstehung kognitiver und emotionaler Schemata (► Abschn. 2.5 „Dysfunktionale Schemata“). Die Einteilung der folgenden vier Kategorien lassen unterschiedliche Reaktionsweisen der Kinder bei Trennung und Wiederannäherung von der Bezugsperson erkennen. Wir unterscheiden:

- Sichere Bindung
- Unsicher-vermeidende Bindung
- Unsicher-ambivalente Bindung
- Unsicher-desorganisierte Bindung

### 2.3.1 Sichere Bindung

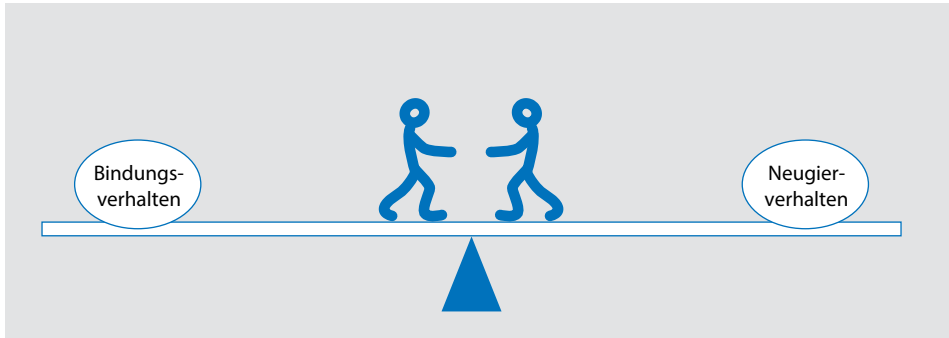
---

Bei der *sicheren Bindung* kann das Kind in bindungsrelevanten Stresssituationen, z. B. bei Trennung, seine negativen Gefühle frei zeigen und sich durch die früheren Erfahrungen von vorhersagbarer Beruhigung wieder in neue Situationen begeben. *Sicher gebundene Kinder* nutzen ihre Bezugsperson als sichere Basis und zeigen eine ausgewogene Balance zwischen Bindungsbestreben und der Neugier, die Umgebung zu erkunden (■ Abb. 2.2).

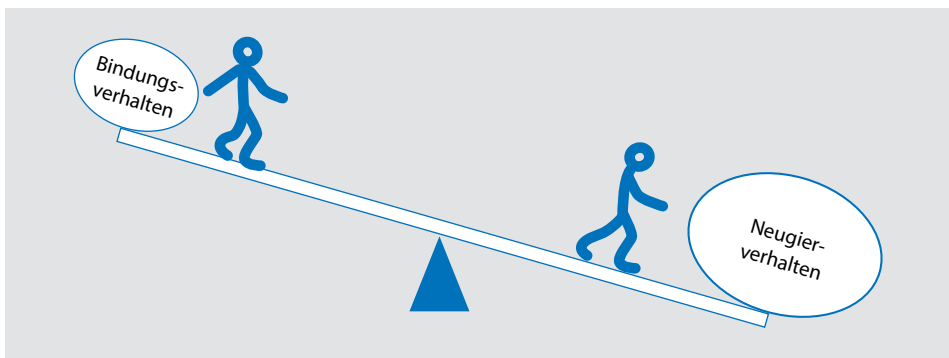
### 2.3.2 Unsicher-vermeidende Bindung

---

Die *unsicher-vermeidende Bindung* ist gekennzeichnet durch Kontaktvermeidung, ein ausgeprägtes Explorationsverhalten und der Unterdrückung von negativen Gefühlen. Grund dafür ist eine vorhersagbar abweisende Bezugsperson. Es liegt die Vermutung nahe, dass die



■ Abb. 2.2 Sichere Bindung



■ Abb. 2.3 Unsicher-vermeidende Bindung

Bezugsperson das Bedürfnis nach Nähe in kritischen Situationen entweder zurückweist oder mit Ablenkung auf die Gefühle des Kindes reagiert (■ Abb. 2.3).

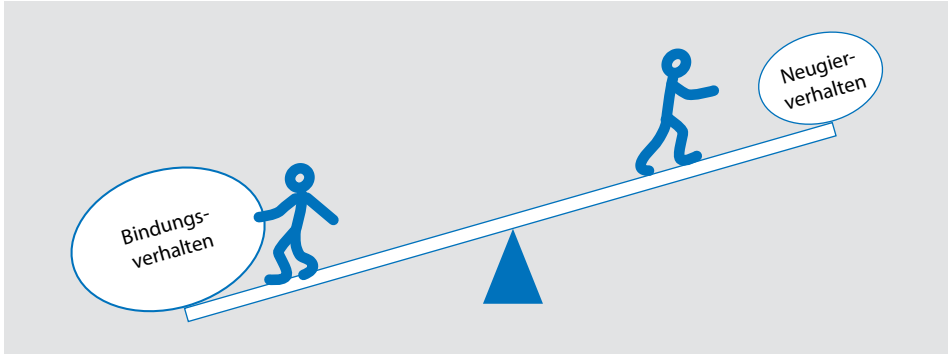
### 2.3.3 Unsicher-ambivalente Bindung

Bei der *unsicher-ambivalenten Bindung* zeigen Kinder ein vermehrtes Bindungsverhalten, aber kaum ein Explorationsverhalten. Bei Trennung von der Bindungsperson reagieren sie heftig. Bei Rückkehr der Bezugsperson kann das Kind kaum beruhigt werden, ihre Anwesenheit bringt keine Sicherheit. Die unvorhersehbare Interaktionserfahrung führt zu ärgerlichen Affekten. Hier scheinen die Bezugspersonen nur dann verfügbar zu sein, wenn es sich mit den eigenen Bedürfnissen vereinbaren lässt. Bezugspersonen sind entweder überfürsorglich bis kontrollierend oder emotional unerreichbar (■ Abb. 2.4).

### 2.3.4 Unsicher-desorganisierte Bindung

Bei der *unsicher-desorganisierten Bindung* zeigen Kinder ein bizarres Verhalten, das auf eine hochgradige Verstörung hinweist. Sie zeigen widersprüchliche Verhaltensmuster, kurz hintereinander oder auch gleichzeitig, wie plötzliches Erstarren, zielloses Umherirren, eine erstarrte





■ **Abb. 2.4** Unsicher-ambivalente Bindung

Mimik, Gestik und Körperhaltung. In stressreichen Trennungssituationen verfügen die Kinder über keine Bewältigungsstrategien. Ein Kind rennt beispielsweise nach der Trennung auf die Bezugsperson zu, bleibt dann plötzlich stehen und starrt ins Leere. Es wird darin ein Zusammenhang zwischen widersprüchlichen Bindungserfahrungen und der weiteren emotionalen Entwicklung gesehen. Es muss mit dem Dilemma fertig werden, dass es vor den Menschen Angst hat, an die es gebunden ist.

Studien konnten belegen, dass dieses Bindungsmuster mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Lebensgeschichte der Kinder im Zusammenhang steht. Main und Hesse entwickelten die Hypothese, dass bei den Bezugspersonen unbewusst selbst traumatische Erinnerungen reaktiviert werden und dadurch in der Interaktion auf ihre Kinder beängstigend wirken, da sie diesen orientierungslos erscheinen.

Die moderne klinische Bindungsforschung bestätigt die Grundannahmen Bowlbys. Man geht davon aus, dass der desorganisierte Bindungsstil bei der Entwicklung der Borderline-Störung maßgeblich beteiligt ist. Stellt eine Bezugsperson gleichzeitig Quelle der Sicherheit, aber auch der Bedrohung dar, so steht das Kind vor einem unlösbaren Problem. Menschen mit einer Borderline-Störung (BLS) wachsen häufig in einer chaotischen und feindseligen Familienatmosphäre auf und erfahren einen invalidierenden Erziehungsstil, d. h., die Betroffenen wachsen in einem Umfeld auf, das ihre Gefühle, Gedanken und ihr Verhalten nicht ernst nimmt und ständig infrage stellt. Die Interaktionen werden häufig als desorganisiert, chaotisch, konfliktreich und feindselig beschrieben. Vor diesem Hintergrund, der dem Kind als Vorbild für seine Entwicklung dient, können sich langfristige Zielorientierung und moralische Normen nicht oder nur dysfunktional entwickeln (■ Abb. 2.5).

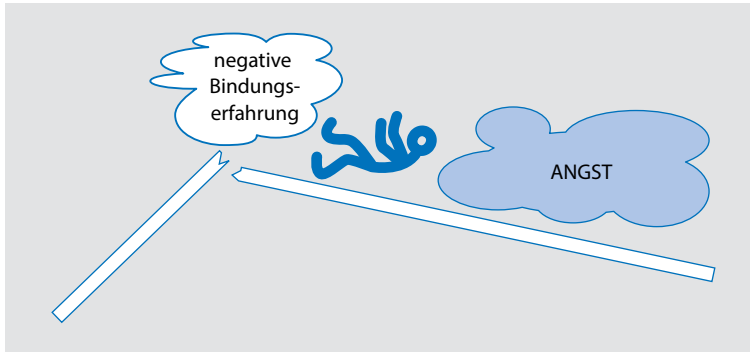
## 2.4 Dissoziative Phänomene

Dissoziative Phänomene führen zur Auflösung der Integration von Wahrnehmung und Erinnerung, Gefühlen und Bewusstsein sowie zu Ausfällen motorischer oder sensorischer Funktionen.

### ■ DSM-5 ©

Das DSM-IV unterscheidet vier Formen von dissoziativen Störungen:

1. Dissoziative Amnesie
2. Dissoziative Fugue



■ **Abb. 2.5** Unsicher-desorganisierte Bindung

3. Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung)
4. Depersonalisierungsstörung

Im Kontext der Borderline-Störung und Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) bzw. Traumafolgestörung finden sich sowohl psychologische Phänomene wie Derealisation und Depersonalisation als auch somatoforme Phänomene wie Verlust der Kontrolle über die Willkürmotorik, Analgesie, Veränderung der Optik, Akustik oder der kinästhetischen Wahrnehmung.

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTSD leiden sehr häufig an einer ausgeprägten dissoziativen Störung. Derealisation und Depersonalisation werden in bis zu 36 % gefunden (Zanarini et al. 1990), mittelschwere bis schwere dissoziative Symptome in ca. 60 % der Fälle (Zanarini et al. 2000). Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass die dissoziative Symptomatik mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, häufigen Klinikaufenthalten, niedriger sozialer Integration und hohen aversiven Spannungszuständen korreliert. Dissoziative Symptome lassen sich zumeist aus traumatischen Erfahrungen und Erlebnissen herleiten und werden durch intrapsychischen Stress ausgelöst.

Inwieweit dissoziative Phänomene den psychosozialen Lernprozess und assoziatives Lernen beeinflussen und zur Destabilisierung der Affektregulation beitragen, ist noch nicht ausreichend erforscht. Fest steht, dass die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu machen, stark beeinträchtigt ist, die Realität oft nicht situationsadäquat wahrgenommen wird und dass, wenn die Dissoziation nicht rechtzeitig unterbrochen wird, sowohl die Gesprächsführung als auch situationsadäquate Handlungen nicht möglich sind. Es ist daher wichtig, dissoziative Phänomene zu erkennen, sie zu unterbrechen, um somit aktiv zur Problemlösung beitragen zu können. Die bereits erwähnten Ergebnisse des Forschungsprojektes von Stiglmayr (2003) über Zusammenhänge von Spannung und Dissoziation helfen, diese Phänomene einschätzen zu lernen.

## 2.5 Inkompatible Schemata und dysfunktionale Grundannahmen

- **Schemata sind extrem starke und stabile Verarbeitungsmuster, die in der frühen Kindheit entstehen und sich durch das ganze Leben ziehen.**

Piaget unterscheidet kognitive und affektive Schemata. Schemata sind absolut wichtige Glaubenssätze und bedingungslose Überzeugungen, sowohl kognitiv als auch affektiv, über uns

selbst und unsere Umgebung. Sie lenken und leiten die Wahrnehmungs-, Interpretations- sowie Handlungsebene und beinhalten eine Verknüpfung von Gedanken, Gefühlen, physiologischen Reaktionen und Handlungsentwürfen. Sie steuern die Wahrnehmung und Interpretationen von Ereignissen, sodass eine sichere Orientierung möglich ist und neue Erfahrungen zugeordnet und bewertet werden können. Die in der Kindheit entstandenen Schemata stellen a priori Wahrheiten dar und gelten als selbstverständlich und unwiderruflich. Schemata sind nicht immer in unserem Bewusstsein, werden jedoch durch bestimmte Ereignisse aktiviert und steuern dann unsere kognitiven Prozesse so, dass Wahrnehmung und Handlung schemakonform sind und das Gefühl der Sicherheit und Kontrolle gewährleistet ist (Piaget 1945).

Grundannahmen, plötzlich auftauchende Gedanken und Glaubenssätze, wie sie von Beck beschrieben werden, beruhen auf sogenannten automatischen Gedanken und sind ausschließlich dem kognitiven Bereich zuzuordnen (Beck und Freemann 1993/94/95)

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen werden durch dysfunktionale (fehlangepasste) frühe Schemata (early maladaptive Schemas) gesteuert, welche einen positiven psychosozialen Anpassungsprozess verhindern. Sie sind durch starre Reaktionsmuster und kognitive Verzerrungen eingeschränkt und deuten positive Ereignisse falsch. Solche Schemata verhindern das Lernen von neuen Erfahrungen. Sie sind dysfunktional und, sobald sie aktiviert sind, mit extremen Affekten verbunden. Sie beruhen auf einer langen dysfunktionalen Erfahrung mit Eltern, Geschwistern oder einer Peergroup und dienen ursprünglich dem Schutz. Sie bestätigen sich durch eine selektive Auswahl und Bewertung von Informationen ständig selbst.

Dysfunktionale Schemata treten als verzerrte Wahrnehmungsweise, unrealistische Erwartungen und Ziele sowie zwischenmenschliche Missverständnisse zutage. Sie können in bestimmten Situationen extrem negative Gefühle und dysfunktionale Gedanken auslösen, kumulativ verstärkt werden und haben grundlegende Bedeutung in der Therapie. Bei traumatisierten Borderline-Patientinnen kommt es häufig zu einer zeitgleichen Aktivierung konträrer, widersprüchlicher Grundannahmen und Schemata, die ein lösungsorientiertes Handeln blockieren und als aversive Spannungszustände wahrgenommen werden. Es entsteht ein quälendes Gefühl der Unsicherheit und eine paniknahe Angst vor Kontrollverlust (Gratwohl et al. 2005).

Wichtig ist noch das Wissen, dass Borderline-Patientinnen oft in einer engen Beziehung zum Täter standen oder noch immer stehen können. Dies macht eine klare Abgrenzung zu diesem unmöglich, denn der Täter wird nicht nur als Täter erlebt, sondern ist auch primäre Bezugsperson. Aus dieser Verknüpfung organisieren sich einander widersprechende Grundannahmen und Schemata, die einander widersprechende und blockierende Gefühle aktivieren. Daher ist es nicht möglich, Situationen eindeutig schemakonform wahrzunehmen, zu bewerten und danach zu handeln. Gedanken und Gefühle werden meist als ich-fremd (ich-dyston) erlebt und führen zu einer ausgeprägten Störung des Selbstbildes. Vor allem trauma-assoziierte Schemata erschrecken, da sie mit dem Selbstbild nicht übereinstimmen, intrapsychische Bewertungssysteme aktivieren und dadurch situationsadäquate Emotionen falsch interpretiert werden. Selbst situationsadäquate Gefühle beeinflussen und aktivieren einen inneren Bewertungsprozess, der mit dem Selbstbild nicht zu vereinbaren ist.

Die Selbstwahrnehmung von eigener sexueller Lust kann die Bewertung, gewalttätig und zerstörerisch zu sein, auslösen. Die Wahrnehmung von Wut bedeutet, aggressiv zu sein, die Kontrolle zu verlieren. Die perversen Introjekte des real vorhandenen Täters werden jedoch als *ich-fremd* erlebt und abgewehrt, sie verhindern eine adäquate emotionale Reaktion und können Autodestruktivität aktivieren. Viele dieser intrapsychischen Bewertungen werden mit dem ehemaligen Aggressor in Verbindung gebracht, sodass selbst das Bedürfnis nach Vertrauen an die Erwartung einer sicher stattfindenden traumatisierenden Grenzüberschreitung gekop-

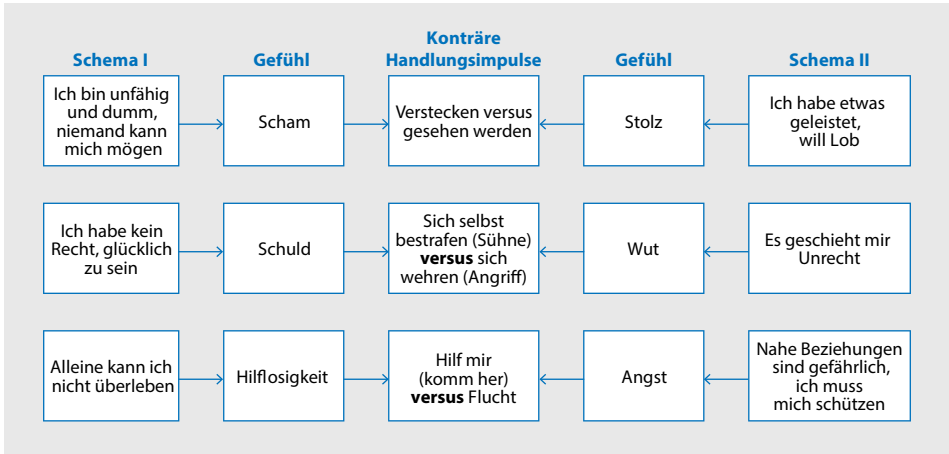


Abb. 2.6 Schemata

pelt wird. In weiterer Folge können starke Belastungen und Außenreize sowie die Unfähigkeit, adäquat emotional zu reagieren, zu ausgeprägten Spannungszuständen führen. Diese münden schließlich in Dissoziation oder stressreduzierende, meist dysfunktionale Handlungen, um die peinigenden Emotionen und kognitiven Fehlattritionen zu durchbrechen. Dazu kommt, dass zeitgleich aktivierte kognitive und affektive Schemata zu widersprüchlichen Handlungen auffordern, die nicht gleichzeitig erfüllt werden können und wieder verbieten innere Kontrollsysteme eine adäquate emotionale Reaktion.

Auch in der Therapie zeigen sich aktivierte, widersprüchliche Schemata in nicht nachvollziehbaren Reaktionen und Verhaltensweisen. Besonders dann, wenn Gefühle wie Angst, Wut, Scham und Schuld beteiligt sind, passiert es, dass Patienten beim Therapeuten Unsicherheit und Wut auslösen und dieser mit Ablehnung und Zurückweisung reagiert. Erkennt der Therapeut den Teufelskreis nicht, kommt es zu heftigen Reaktionen, Dissoziation oder schemabestätigender Retraumatisierung. Die affektive Re-Aktualisierung vergangener Erfahrungen durch die Therapie kann durch störungsspezifische Therapieansätze mit klaren Vereinbarungen und der bewussten Hemmung einer malignen Progression, eines aufgrund von raschem Erfolg schnell vorangetriebenen Therapiefortschrittes, verhindert werden. Erst wenn es möglich ist, mit belastenden Gefühlen wie Schuld, Scham, Angst und Wut umzugehen und sie im Zusammenhang ihrer Entstehungsgeschichte zu verstehen, kann ein Zugang zu Veränderungsmöglichkeiten gefunden werden.

- Invalidierende Kindheitserlebnisse sind meist Ursache für die Entstehung dysfunktionaler Schemata. Die tiefgreifendsten Schemata haben ihren Ursprung in der Kernfamilie. Später können *peer groups*, wichtige Gemeinschaften und die Kultur, in der wir leben, Einfluss bei ihrer Entstehung haben.

In Abb. 2.6 werden einige Beispiele inkompatibler Schemata tabellarisch gegenübergestellt, die bei Borderline-Patientinnen sehr oft gleichzeitig aktiviert werden.

Jeffrey Young setzt in seinem Schemamodell die diagnostischen Kriterien der Borderline-Störung mit den jeweils aktivierten Schemamodi in Beziehung (Tab. 2.1).


**Tab. 2.1** Diagnostische Kriterien der Borderline-Störung mit jeweils aktivierten Schemamodi (nach Young 2003)

Diagnostische Kriterien der Borderline-Störung nach DSM-IV	Aktueller Schemamodus
Verzweifeltes Bemühen, ein tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden	Modus „verlassenes Kind“
Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet	Alle Modi, die schnell wechseln und die Instabilität sowie die Intensität hervorrufen
Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	Einerseits der Modus „distanzierter Beschützer“ andererseits ständiger Modi-Wechsel, sodass kein stabiles Selbstbild entstehen kann
Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle), wiederholte suizidale Handlungen, Suiziddrohungen	Sowohl der Modus „verärgertes und impulsives Kind“ als auch der Modus „distanzierter Beschützer“, um sich selbst zu beruhigen oder die emotionale Taubheit (numbness) zu durchbrechen
Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidrohungen oder -andeutungen oder selbstverletzendes Verhalten	Alle vier Modi
Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist, z. B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, üblicherweise wenige Stunden bis (selten) wenige Tage anhaltend	Schneller Wechsel aller Modi begünstigt durch die genetisch bedingte Verletzlichkeit
Chronisches Gefühl der Leere	Modus „distanzierter Beschützer“
Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)	Modus „verärgertes Kind“
Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome	Alle vier Modi, begünstigt durch die Heftigkeit der begleitenden Affekte

Dysfunktionale Schemata fördern die Aufrechterhaltung problematischer Muster. Oft vorkommende Schemata bei der BLS sind

- die Erwartung, missbraucht zu werden,
- niemandem trauen zu können,
- das Gefühl von Inkompetenz,
- Probleme im Umgang mit Grenzen und
- Mangel an Disziplin.

Menschen mit einer BLS aktivieren gleichzeitig viele unterschiedliche Schemata, die sich in einem raschen Wechsel von Emotionen und Verhalten ausdrücken. Um sich zu schützen und das

 Tab. 2.2 Schema/Coping-Strategie

Coping-Stil	Mögliche Coping-Strategien
Erduldung	Dependentes Verhalten Sich alles gefallen lassen Extreme Compliance
Vermeidung	Rückzug (soziale Isolation) Extreme Distanz Arbeitssucht Substanzmissbrauch
Überkompensation	Dominanz Übertriebenes Selbstvertrauen Aggressives Verhalten Manipulation

Schema zu bewältigen, werden *Coping*-Strategien eingesetzt. Die Schematherapie unterscheidet drei wesentliche *Coping*-Stile, also Bewältigungsmechanismen zur Anpassung in stressreichen Situationen (■ Tab. 2.2).

Wie schon erwähnt, trägt das aktivierte Schema dazu bei, den ursprünglich vorhandenen Mangel an Bedürfniserfüllung schemakonform aufrechtzuerhalten. Durch den raschen Wechsel ist es nicht möglich, die dysfunktionalen Schemata zu reflektieren und zu verändern. Das Modusmodell ermöglicht die Bearbeitung. Young versteht unter *Modi* Affektzustände, Gedanken und Verhaltensmuster, die dem jeweiligen Schema zugrunde liegen.

Wir sprechen vom

- kindlichen Modus (ängstliches, trauriges, missbrauchtes, einsames, impulsives, wütendes, ... Kind),
- dysfunktionalen Bewältigungsmodus (Erduldung, Vermeidung oder Überkompensation) bzw. distanzierten Erwachsenen-Modus,
- dysfunktionalen bzw. bestrafenden Elternmodus oder
- Modus des gesunden Erwachsenen.

Besonders im Zustand des kindlichen Modus kommt es zur Aktivierung heftiger Emotionen. So kann z. B. der Modus des einsamen Kindes sowohl vom Schema der emotionalen Deprivation als auch von Unzulänglichkeit/Scham aktiviert werden (Brown und Anderson 1991). Der Modus des gesunden Erwachsenen ist bei Borderline-Patienten meist schwach ausgeprägt. In der schematherapeutischen Arbeit ist es ein übergeordnetes Ziel, den Modus des gesunden Erwachsenen zu fördern.

Feststeht, dass dysfunktionale affektiv-kognitive Schemata einerseits die Beziehungsgestaltung negativ beeinflussen und andererseits die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Interaktionsstrategien fördern (Brown et al. 1997).

## ■ Parallelwelten

### *Innere Monologe*

A

Ich liebe ihn

Ich will ihn ganz für mich haben, total ganz und eng.

So gut wie er hat mich noch nie jemand behandelt.

Seine Nähe macht mir Angst. Ich bin zu kalt, zu kritisch. Ohne ihn kann ich nicht leben.

Mit mir stimmt etwas nicht. Ich muss mich zusammenreißen. Vielleicht spinne ich total und bin bloß launisch.

Wie kann er nur so eine wie mich lieben? Ich muss mir seine Liebe verdienen! Ich schaffe das nicht, ich bin nicht gut genug!

Wenn er entdeckt, wie ich wirklich bin, wird er mich verlassen! Ich kann nicht allein sein!

Wenn ich meine Beziehung retten will, muss ich mich mehr anstrengen und einfach wissen, was er braucht und will. Ich muss ihm alles geben.

In mir ist es leer ...

Die Welt ist böse ...

Ich bin böse!

Ich bin in mir selbst gefangen, ich will nicht so sein wie ich bin!

Ich habe Angst, Angst, Angst! Und verachte mich dafür! Ich möchte mich zerstören! Ich schäme mich!

Ich spüre nur Hass in mir, Liebe gibt es für mich nicht.

Bevor er mich vernichtet ...

B

Ich liebe sie

Sie ist einzigartig, ich bin ihr nahe, ganz nahe, so nahe wie nie zuvor. Sie ist total anschiemig, will nur mit mir zusammen sein und überrascht mich ständig.

Ich möchte sie glücklich machen.

Ich kenn mich nicht aus.

Was ist los?

Jede Minute ändern sich die Gefühle.

Ich stehe in einem Wechselbad der Gefühle.

Einmal ganz nah, alles o.k., dann aus vorbei, alles ganz schrecklich.

Wir verlieren uns, eine Hochschaubahn der Gefühle, die sich nicht steuern lässt.

Ich muss wieder an mich denken, sonst verliere ich mich total!

Ich verliere mich. Nichts ist fassbar ...

Sie braucht mich, ich muss ihr helfen, ich muss sie halten, ich muss sie führen und beschützen!

Ich brauche eine Pause. Ich kann das alles nicht mehr ertragen.

## ■ Dialog

R: Was hast du?

S: NICHTS.

R: Du schaust aus wie sieben Tage Regenwetter.

S: Gefall ich dir nicht?

R: Das hab ich nicht gesagt.

S: Doch – du hast gesagt, ich bin hässlich!

R: Hab ich nicht!

S: Sag gleich, wenn du mich nicht mehr willst!

R: Hör auf, das hab ich nicht gesagt!

S: Ich spür ja, dass etwas los ist. Sag gleich, dass du mich los sein willst.

R: Komm her, lass uns nicht streiten.

S: Ich streite nicht, du verletzt mich, du beschimpfst mich. Ich bin halt nicht gut genug.

R: Deine Ausbrüche halt ich nicht mehr aus, lass mich in Ruh.

S: Aha, jetzt sagst du endlich die Wahrheit. Jetzt ist es so weit ...

A. S.

## 2.6 Beziehungen und Störung der Interaktion

Das Fehlen eines stabilen Selbstbildes und die Fähigkeit zu heftigen Emotionsreaktionen erschweren zwischenmenschliche Beziehungen.

Das Gefühl, *anders zu sein als alle anderen*, und Schwierigkeiten der Nähe- und Distanzregulation aktivieren vor allem in nahen Beziehungen konträre Schemata (Grundannahmen), die einander blockieren und die – wie bei der Emotionsregulation beschrieben – in Spannungszuständen münden. Dazu kommt, dass allein die Vorstellung, verlassen zu werden, unerträglich ist, und es wird alles versucht, dies zu verhindern. Eine, von Linehan (1996) als solche bezeichnete scheinbare *Kompetenz*, die den Anschein erweckt, dass Betroffene selbstbewusst den Alltag bewältigen, kompetent handeln können und alles im Griff haben, täuscht über vorhandene Schwierigkeiten und fehlende Fertigkeiten hinweg. Borderline-Patientinnen haben die Fähigkeit, kompetenter und verantwortungsbewusster zu erscheinen als dies oft der Fall ist. Besonders in Situationen, in denen über einen längeren Zeitraum Spannungen zu spüren sind, entsteht eine deutliche Diskrepanz zwischen verbaler und nonverbaler Ebene. Patientinnen bewältigen oft kompetent und selbstbewusst Situationen am Arbeitsplatz, sind jedoch nicht in der Lage, sich auch in engen Beziehungen adäquat zu verhalten. Die Impulskontrolle, die durchaus während der Therapiesitzung gelingt, generalisiert nicht für andere Situationen. Es zeigt sich immer wieder, dass Borderline-Patientinnen theoretisch durchaus in der Lage sind, anderen Personen bei der Bewältigung interpersoneller Probleme zu helfen, sich selbst aber nicht helfen können. Dieselben Fertigkeiten, die sie anderen raten, können sie bei sich selbst nicht anwenden. So ist es nicht ungewöhnlich, dass Menschen mit einer Borderline-Störung Berufe wählen, in denen sie anderen helfen und andere betreuen können.

Nach unserer Erfahrung und Einschätzung finden sich im sozialen, pädagogischen, psychologischen und medizinischen Bereich oftmals Menschen, die selbst in das Borderline-Konzept passen, in ihrem beruflichen Umfeld wertvolle Arbeit leisten und anderen Hilfestellung geben können.

Erschwerend ist, dass Betroffene kein Vertrauen in die eigene Gefühlswahrnehmung haben, sie haben gelernt, diese entweder als falsch zu interpretieren oder zu unterdrücken. Ebenso neigen sie dazu, eigene Affekte, Gedanken, Gefühle und eigenes Verhalten als inadäquat wahrzunehmen und zu leugnen. In den meisten Fällen richten sie unrealistisch hohe Erwartungen an sich selbst. Dadurch nehmen sie sich selbst gegenüber eine invalidierende Position ein. Diese Erwartungshaltung führt zu einem unvermeidbaren Versagen, dem mit Scham, Wut und Hass gegen sich selbst begegnet wird. Zugleich sind Borderline-Patientinnen ständig auf der Suche nach Gerechtigkeit und nach richtigem Verhalten. Dabei schwanken sie zwischen Hoffnung und Verzweiflung, sie erleben sich selbst manchmal als im Grunde gute Menschen, die aber nicht korrigierbare Fehler und Mängel haben. Es kommt immer wieder zu Fehlverhalten und unerwünschten Reaktionen, die wiederum zu Scham, Schuld und Wutgefühlen führen.

Die Biographien von Betroffenen weisen zu einem überaus hohen Prozentsatz auf traumatische Erlebnisse wie emotionale Vernachlässigung, sexuellen oder emotionalen Missbrauch sowie Gewalterfahrung hin. So finden sich sexuelle Missbrauchserfahrungen bei etwa 40 % der Betroffenen. Jede traumatisierende Beziehung, die sich über einen langen Zeitraum erstreckt, beeinflusst die psychische Entwicklung des Kindes. In den meisten Fällen fehlt eine gute, stabile Bezugsperson (Strauß et al. 2002).

Bindungstheoretisch fehlt die sichere Basis, der sichere Hafen, das Verstanden- und Versorgt-Werden, Willkommen- und Geborgen-sein, Verlässlichkeit wird nicht erlebt. Emotio-



nale Defizite und ein invalidierendes, entwertendes Umfeld sind ebenso traumatisierend wie Missbrauchs- und Gewalterfahrung. Unter diesen Lebensbedingungen entstehen unlösbare intrapsychische und interpersonelle Konflikte. Das Kind ist gezwungen, sie zu ertragen, um emotional überleben zu können. Kinder entwickeln eine desorientierte, desorganisierte und pathologische Bindung zum Täter. Sie lernen, sich minutiös auf ihr Gegenüber einzustellen, zu entsprechen und dadurch Schlimmes abzuwenden. John Bowlby (1995) spricht in der von ihm entwickelten Bindungstheorie von *vorausseilendem Erfühlen*, das dazu dient, den psychisch gestörten, gewaltbereiten Elternteil zu besänftigen. Betroffene beginnen gefühlsmäßig, auf die Umwelt zu reagieren und zu agieren, werden Seismographen für Gefühle, ohne einen Namen dafür zu haben und ohne sie zuzuordnen zu können. Die Folge davon ist eine verzerrte Sichtweise über das Funktionieren der Welt, die das Entstehen bestimmter Schemata, Erlebens- und Verhaltensweisen bedingt.

Automatische dysfunktionale Gedankenmuster manifestierten sich: *Irgendetwas muss doch an mir nicht stimmen. Ich muss nur genau auffassen, wie ich sein soll ...* Überanpassung kann die Strategie des Überlebens in Beziehungen werden und in späterer Folge orientiert sich die Beziehungsgestaltung an sogenannten Überlebensregeln, die das emotionale Überleben gewährleisten und ein erneutes Verletzt-werden verhindern sollen. Die aktive Demonstration von Hilflosigkeit und Leid, *aktive Passivität*, resultiert aus der Vorstellung: *Wenn mein Gegenüber erkennt, wie schlecht es mir geht, hat es auch die Macht, mein Befinden zu verbessern.* Viele Betroffene leben in schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen, gekoppelt mit der Sehnsucht nach bedingungsloser Liebe und Geborgenheit. Die Forderung nach absoluter Gerechtigkeit und Ehrlichkeit (Echtheit), der ständige Konflikt, Misstrauen versus Vertrauen, die Angst vor Nähe versus Verschmelzungswünschen, lassen manchmal Beziehungen chaotisch erscheinen.

## » Spiegel

» Ich  
 dein Spiegel  
 die Quelle  
 aus der du trinkst  
 und doch bin  
 ich nur Reflexion  
 durstig nach dir  
 ohne dich nichts  
 ich reflektiere  
 um zu sein  
 dein Spiegel  
 ich (Roberta M.)

## ■ Aktive Passivität

Borderline-Patientinnen neigen dazu, sich in zwischenmenschlichen Situationen passiv zu verhalten. Sie haben im Allgemeinen Schwierigkeiten, aktiv Lösungsstrategien einzusetzen, vielmehr tendieren sie dazu, Probleme passiv und mit Hilflosigkeit anzugehen. Sie erwarten gleichzeitig, dass das soziale Umfeld bzw. die Therapeutin diese Probleme löst. Mit anderen Worten: Borderline-Patientinnen haben die Tendenz, andere Menschen aktiv zur Lösung ihrer

Probleme zu bewegen, sind aber passiv bei eigenen Problemlösungsversuchen. Linehan konnte empirisch nachweisen, dass:

- 2
- » Patienten, die aufgrund unmittelbar vorausgehender parasuizidaler Handlungen stationär aufgenommen wurden, im Vergleich zu Patienten mit Suizidgedanken und nicht-suizidalen Psychiatrie-Patienten eine deutlich geringere Neigung zu aktiven interpersonellen Problemlösungen zeigten und eine tendenziell höhere Neigung zu passiven Problemlösungen. (Linehan 1996)

Patientinnen, die wegen ihrer selbstverletzenden Handlungen stationär aufgenommen werden, erfahren kompetente Hilfestellung, Versorgung und Zuwendung. Das verstärkt einerseits die Bereitschaft zu selbstverletzenden Handlungen, andererseits kann die daraus resultierende Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung zu einer bei Borderline-Patientinnen oft bestehenden Abhängigkeit zu anderen Menschen beitragen.

- » Ich habe nur noch Panik, ich will das Bett nicht mehr verlassen. Ich bin nur noch allein, auch wenn Menschen um mich sind. Ich habe schon so viele Typen kennen gelernt, doch ich bin allein, allein, allein. Bitte, bitte verlass mich nicht! (Patientin)

#### ■ Soziale Interaktion

Viele Betroffene fühlen sich in sogenannten gesunden Sozialverbänden ausgeschlossen und verhalten sich dann so, dass eine Integration nicht möglich ist. Die Angst vor dem sozialen Ausschluss triggert die Unfähigkeit, allein zu sein und es werden zahlreiche dysfunktionale Strategien entwickelt, um den Ausschluss zu verhindern. Oft werden soziale Situationen fehlinterpretiert und die Wirkung auf andere dysfunktional antizipiert (vorweg angenommen), das Decodieren von emotionalen Ausdrücken fällt schwer. Eigene Emotionen und die Emotionen anderer werden oft fehleingeschätzt. Betroffene sind nicht in der Lage, die eigene Gefühlslage adäquat zu kommunizieren und reagieren mit reduzierter Mimik. Gesprächspartnern (auch Therapeuten) gelingt es kaum, die emotionale Befindlichkeit von Betroffenen aufgrund der nonverbalen Signale zu identifizieren.

Die schon im Abschnitt dysfunktionale Grundannahmen genannten Überzeugungen,

- die Welt ist gefährlich und böse,
- ich bin verletzbar und hilflos und
- ich bin absolut schlecht und nicht zu akzeptieren, dominieren soziale Interaktionen.

Aus einer ursprünglich guten Absicht wird eine schemakonforme Handlung (Schema: erwartete Ablehnung):

- » S sieht R und hat die Absicht, nett zu sein. R schaut ernst. S interpretiert den Blick als Ablehnung. S reagiert brüsk und R reagiert auf die Konfrontation. S fühlt sich abgelehnt und einsam.

Im Skills-Training erwerben die Teilnehmer nicht nur soziale Kompetenzen, sondern lernen auch, die eigenen Erwartungen und die Wirkung auf andere einzuschätzen.

## 2.7 Problembereich Verhaltensebene

---

Spannungszustände und dissoziative Phänomene sind bedrohlich und schwer auszuhalten. Betroffene versuchen, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln, diese zu durchbrechen und zu beenden und setzen destruktive Verhaltensmuster ein. Selbstverletzungen und Selbstschädigungen wie Schnittverletzungen, Schlagen des Schädels, sich Brennen, Blutabnehmen, aber auch aggressive Durchbrüche, Alkohol- und Drogenabusus helfen, die überwältigenden und intensiven Gefühle nicht aushalten zu müssen, den namenlosen seelischen Schmerz auf die somatische Ebene zu lenken, Spannungszustände zu reduzieren und sich selbst wieder spüren zu können. Diese selbstschädigenden Versuche, die innere Spannung zu regulieren, sind oft die sichtbaren Zeichen, derentwegen Menschen professionelle Hilfe aufsuchen.

➤ **Es ist, als ob Angst und Schmerz weggehen werden, wenn ich mir weh tue (Kreismann 2000).**

Es gibt Gruppen von Betroffenen, in denen Selbstverletzungen, die in der Regel im analgetischen Zustand durchgeführt werden, zu einem Gefühl der Entspannung, Ruhe und Geborgenheit führen oder zur Euphorisierung (KICK), im Sinne der nicht substanzgebundenen Suchtproblematik, eingesetzt werden. Die sogenannten *daily cutters*, Patienten, die sich täglich, oft mehrmals, schneiden, zählen zu der Personengruppe mit Suchtproblematik, da sich durch die Euphorisierung auch hier ein typisches Suchtverhalten entwickeln kann. Betroffene, die sich durch sogenanntes Hochrisikoverhalten, *high-risk*-Verhalten, wie Balancieren auf Geländern, Rasen auf der Autobahn, riskantes Sitzen auf oder Überqueren von Bahngleisen, auszeichnen, setzen dieses zur Regulation von Ohnmachtsgefühlen ein.

Zu erwähnen ist noch, dass selbstschädigende Verhaltensweisen nicht nur zur Reduzierung von aversiven Spannungszuständen, Beendigung von dissoziativen Zuständen und Reorientierung eingesetzt werden, sondern auch als Selbstbestrafung und zur Schuldreduktion.

» Es ist wie ein Ritual, ich richte mir alles her: Klopapier, das Messer, Verbandzeug, Desinfektionsmittel und dann schneide ich mich, tief, sehr tief und wenn der Schmerz endlich kommt, wird es wieder erträglich, ich spüre mich wieder. Natürlich weiß ich, dass es verrückt ist, schon wegen der Leute, wenn sie meine Arme sehen, im Sommer traue ich mich gar nicht, ein T-Shirt zu tragen, ich schlage dann mit dem Kopf gegen die Wand. (Patientin)

## 2.8 Selbstbild und Identität

---

Das Gefühl, eine einheitliche und ganze Persönlichkeit zu sein, und das Erleben einer eigenen stabilen Identität fehlen, das innere Regulationssystem für Gedanken, Gefühle und Handlungen funktioniert nicht. Dazu kommt in vielen Fällen eine negative Einstellung zum eigenen Körperbild. Betroffene haben oft das Gefühl, nicht von dieser Welt zu sein, anders als andere zu sein, anders zu denken, zu fühlen und zu handeln. Sie erleben sich unterschiedlich, heute anders als gestern. Sie stellen sich oft die Frage: *Wer bin ich wirklich? Spiele ich nur Rollen? Lebe ich hinter Masken?* (Patientin): Emotionale Taubheit (*numbness*), das Gefühl, nichts zu fühlen, von sich selbst abgeschnitten zu sein, oder aber extreme widersprüchliche Gefühle verstärken die Unsicherheit der eigenen Identität. Leere und Langeweile sind oft ständige Begleiter im

Leben von Betroffenen, sie leiden unter Minderwertigkeits- und Kleinheitsgefühlen, fühlen sich hässlich, ungeliebt und unverstanden.

2

- » Ich verstehe nicht, was mit mir los ist. Eine dicke Glaswand trennt mich vom Leben. Ich möchte aufwachen und erkennen, dass alles nur ein Alptraum gewesen ist. Es fällt mir schwer zu sprechen. Meine Arme und Beine gehorchen nicht. Ich kann nicht, ich kann nicht ... alles ist leer in mir. Warum hört der Traum nicht auf? Weil er echt ist? Ich kenne keinen Film, der so schlecht ist wie die Realität. Wo ist der Sinn des Lebens? Wer bin ich? (Julian)

Durch die Unsicherheit, Zerrissenheit und das Gefühl, anders zu sein, entsteht eine tiefgreifende Einsamkeit. Die fehlende Identitätsintegration zeigt sich durch eine Erfahrung von chronischer Leere und durch widersprüchliches Verhalten sowie durch eine widersprüchliche Selbstwahrnehmung und eine fehl interpretierte Wahrnehmung anderer Menschen. Diese werden dann entweder überkritisch abgewehrt oder unkritisch angenommen, Inhalte und Muster werden übernommen, ohne dass eine wirkliche Integration stattfindet.

## 2.9 Erinnerungsdruck und Vermeidung

---

### 2.9.1 Flashback

---

Unter Flashback versteht man ein plötzliches kurzes und ungewolltes Wiedererinnern eines Traumas, das Erleben einer Situation so als wäre sie *Hier und Jetzt* in allen Gefühlsqualitäten. Flashbacks können im Wachzustand, aber auch im Schlaf überraschen. Aufgrund der dabei sichtbar werdenden Dissoziation wurde diese Symptomatik auch den dissoziativen Störungen zugeordnet.

- » Es ist ein Geruch, mein Herz beginnt zu rasen, Schweiß bricht aus, ich beginne zu würgen, Ekel schüttelt mich, ich muss raus aus diesem Raum, ich renne weg, so schnell und weit ich kann. Alle werden böse sein, sie werden mich auslachen, es ist doch gut, es riecht nach Schnitzel, in diesem Zimmer, ich verstehe nichts, ich kann nur rennen, trotzdem oder nein, eigentlich deswegen ... ich weiß es nicht ... (Patientin)
- » Ich wache auf, plötzlich, ich habe Angst, tödliche Angst, ich horche, nichts rührt sich, ich mache Licht, es kostet mich übermenschliche Anstrengung, den Arm zu bewegen, unter der Decke hervorzuholen ... ich schaffe es, doch da ist nichts, nichts Ungewohntes und doch muss da etwas sein. Etwas Bedrohliches, Gewaltames, ich kann es niemandem sagen, sie werden denken, ich wäre verrückt. Vielleicht bin ich es ja auch, vielleicht werde ich bestraft dafür, dass ich versuche, glücklich zu sein, in Sicherheit, geborgen ... es holt mich ein, immer wieder. (Patientin)

### 2.9.2 Intrusionen

---

Patienten mit PTSD sind oft, ohne es steuern zu können, ihren traumatischen Erinnerungen ausgeliefert. Manchmal dringen Bilder, Geräusche, Gerüche oder auch körperliche Sensationen ein und es kommt zu einem länger anhaltenden Überflutungszustand durch innere Bilder. Dasselbe kann im Schlaf passieren und zu belastenden Alp- und Wiederholungsträumen führen.

Dieses Erleben führt zur Vermeidung, um sich gegen diese Überflutung zu wehren und abzuschalten. Auslösende Situationen, Orte werden ebenso vermieden wie die dazu gehörenden zwischenmenschlichen Kontakte. Es kann zu einem Gefühl der emotionalen Taubheit (*numbness*) kommen, zum Gefühl der Entfremdung und zu sozialem Rückzug.

- » Plötzlich ist sie wieder da, die Angst. Woher sie gekommen ist, ist mir unklar. Sie wird mich wieder die nächsten Stunden begleiten. Schön langsam, glaube ich, ich muss mich daran gewöhnen, dass sie mein ständiger Begleiter sein wird. Was habe ich nur getan, dass ich zu diesem Leben fast nicht geeignet bin? Nicht leben kann? Ich denke, ich sollte auch an meinem Selbstvertrauen arbeiten, da ist nichts da oder nur wenig. Ich habe Angst, mich mit der Angst, der Wut und dem Ärger zu beschäftigen. Eigentlich will ich nur noch sterben! Ich bin so verzweifelt. Kann weder vor noch zurück. (Julian)
- » Alle Menschen haben eine Lebensgeschichte, Erinnerungen, gute und schlechte, sie können sie zuordnen – nur dem ES gelang das nicht. Manchmal hatte ES ziemlich intensive Gefühle, ganz selten Bilder oder kurze Szenen dazu, die dann ganz plötzlich aus dem Nichts kamen, doch so mächtig intensiv und real sie auch schienen, es blieb nur wieder Unsicherheit, sie jemals gehabt zu haben. Es fiel dem Lebewesen sogar schwer zu sagen, was vor einer Minute war. Somit musste es immer alles genau planen und aufschreiben, um die Kontrolle nicht zu verlieren und nachher zu überprüfen, dass es wirklich war. (Patientin)

Über therapeutische Möglichkeiten wird im Kapitel Skills-Training (► Kap. 8) berichtet, an dieser Stelle soll nur auf die Gefahr hingewiesen werden, mit dem unreflektierten Einsatz von Entspannungsmethoden unnötigen Schaden anzurichten.

Auch das Gesundheitsverhalten der Patienten spielt eine große Rolle – Alkohol und Sedativa fördern die Sensibilität für dissoziative Phänomene deutlich. Bei prädisponierten Menschen kann es dadurch zu Depersonalisations- und Konversionserscheinungen kommen und es können Flashbacks ausgelöst werden. Daher muss man alle Entspannungsmethoden im herkömmlichen Sinn als Kontraindikation für Trauma bedingte dissoziative Störungen ansehen.

### 2.9.3 Pseudohalluzinationen

Pseudohalluzinationen sind vom Willen nicht beeinflussbare sensorische Erfahrungen. Sie werden vom Betroffenen als unwirklich und realitätsfremd wahrgenommen. Pseudohalluzinationen stehen oft in engem Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Sie können als sogenannte Stressantwort gesehen werden. Wissenschaftlich gesehen identifiziert sich das missbrauchte Kind mit dem Täter, es entsteht eine Täterintrojektion (Zweig-Frank und Paris 1997). Es gibt fließende Übergänge zu den echten Halluzinationen mit vollem Realitätscharakter. Pseudo-Halluzinationen kommen meist bei psychischen Störungen vor, in besonderen Stress-Situationen.

Innere Stimmen, die sich deutlich von akustischen Halluzinationen, wie zum Beispiel bei Schizophrenie, unterscheiden, sprechen mit den Worten von früher, schimpfen, beschuldigen oder geben Kommentare ab und rufen emotionale Reaktionen hervor. Diese Stimmen werden immer als *im Kopf befindlich* wahrgenommen, im Gegensatz zu Halluzinationen bei Psychosen, wo die Stimmen als von außen kommend wahrgenommen werden.

Man unterscheidet *Illusionen*, *Halluzinationen*, *Pseudohalluzinationen* und *Einschlafhalluzinationen*, sog. *hypnagoge Halluzinationen*.

**Differenzialdiagnostisch** können Pseudohalluzinationen im Zusammenhang mit zerebralen Reizen aufgrund von Destruktionen im Bereiche des Gehirnes, also organischen Schäden, vorkommen, ebenso bei Drogen- oder Alkoholintoxikation, bei Erkrankungen des Gehirns wie Epilepsie oder Hirntumoren sowie bei dissoziativen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, nicht zuletzt auch als Nebenwirkung von Medikamenten.

Zu sogenannten *Sinnestäuschungen* kann es auch bei Isolation, Hunger, Durst und schwerer Erschöpfung kommen.

➤ **Illusionen sind bei gesunden Personen nicht selten, unkorrigierbare Illusionen weisen auf psychische Störungen hin.**

Die *Einschlafhalluzinationen* (*hypnagogen Halluzinationen*) sind meist bei Gesunden in oberflächlichen Schlafstadien auftretende optische oder akustische Sinnestäuschungen.

#### ■ Neurobiologie

Die hirnphysiologischen Grundlagen von Halluzinationen sind Forschungsgegenstand. Durch elektrische Reizung der Hirnrinde können unterschiedliche Halluzinationen hervorgerufen werden: Von verschiedenen Bezirken des Schläfenlappens des Gehirns sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen sowie akustische und optische Halluzinationen auslösbar, vom Hinterhauptslappen ebenfalls optische Halluzinationen.

## 2.9.4 Patients out of hell

---

Die Erklärung von Begriffen wie *Intrusionen*, *Flashbacks*, *Pseudohalluzinationen*, *Derealisation*, *Depersonalisation*, *Spaltung*, *paranoiden Ängsten* und dem Gefühl, *fremdgesteuert zu sein*, ist schwierig und noch viel schwieriger ist es, sich einzufühlen. Die Patienten können ihre quälenden Symptome meist nicht in Worte fassen. Es kann therapeutisch eine große Hilfe sein, sie dahin zu führen, ihre Gefühle und ihr Erleben zu malen, Musik zu machen oder andere künstlerische Ausdrucksformen zu finden.

Sonja Sutor (2005) hat sich damit beschäftigt und versucht, der oft zitierten Sprachlosigkeit ein Ende zu setzen und Worte zu finden für Unsagbares. Der Weg in diesem Essay beschreibt eine Hölle, von der Marsha Linehan sagt, dass ihre Patienten aus ihr kommen, dass diese *patients out of hell* sind (Linehan 1996). Der Text zeigt auch den enormen inneren Kampf auf der Suche nach Identität und Realität und lässt trotz allem das Ende offen, die Auflösung, zu der es nicht kommen muss. Im Skills-Training gibt es den Leitsatz, *es gibt immer mehr als einen Weg*, auch aus der größten Hölle heraus und es gibt ein *falls*, das den Weg hinaus offen lässt.

### » Spiegelungen

» Lasse ich meine Augen geöffnet und gehe mit wachem, forschendem Blick weiter durch diese Welt, so ist es dir selbst zuzuschreiben, Elender, der du glaubst, mich mit deinen Grausamkeiten in die Knie zwingen zu können. Soweit bringst du mich nicht, dass ich nach deinen Fäden tanze, deine blinde, aber glückliche Marionette spiele, es wäre gelacht, beugte ich mich ausgerechnet dir, den ich doch am meisten von allen verachtete – und es auch immer noch tue, mach dir

keine Hoffnungen. Es wird sich nie ändern – *ich* bleibe stark. Nur den Gang aus dem Haus trete ich nicht mehr so gerne an. Schon mit dem ersten Augenöffnen sagst du mir den Kampf an, versuchst, meine unberührte und unbeugsame Seele zu martern, zu schwächen.

- » So beginnt jeder Tag gleich, im selben bizarren, unwirklichen Ton. Die Gegenstände verlieren an Realität, die Natur verrenkt sich, beugt sich irrwitzig dem zerstörenden Menschen, lacht in verzweifeltster Agonie, wölbt und beugt den aufgetriebenen Leib, wie um ihren Peinigern noch zu gefallen. Es nützt ihr nichts. *Er* zeigt es mir stets aufs Neue. Oder versucht es, denn wie weiß ich, dass dies nicht echt sein kann, zu alpträumhaft ist es schon.
- » Die anschwellende Brust der im ersten Morgenrot schon singenden Amsel glänzt zwar, trotzdem wirkt das Gefieder stumpf und krank, die kleinen Äuglein sind von einem weißen Rand umgeben, ein Wissen steht in ihnen geschrieben, ein Wissen um den Untergang, der Wahn, den letzten Rest der Existenz, den man kaum Leben nennen kann, auszukosten, weil es so vorgeschrieben ist, weil das kleine Vöglein nichts daran ändern kann, dass es leben *will*. Es hat keine Wahl, aus dem Spiel auszusteigen, das sinkende Schiff zu verlassen, ehe es seine verzweifelten Passagiere mit in die Fluten reißt und hilflos ertrinken lässt. So beginnt der Tag schwer und erdrückend, es gibt kein erholtet Aufwachen nach tiefem, angenehmem Schlaf mehr. Draußen knirscht der Kies unter meinen Füßen, knirscht so laut, als hätte jeder einzelne dieser kleinen Steine eine Stimme, mit der er schreien, protestieren könnte. Stattdessen lacht er nur irre und verhält sich, wie man es von ihm will – knirscht lediglich, bleibt unten liegen und tut nichts. Er spielt dein Spiel mit, aber mich holst du trotzdem nicht. Selbst wenn es ein Leben in Qualen und ohne Freude bedeuten sollte, so werde ich mir meine Kraft immer nur daraus schöpfen, dich zu verhöhnen, Verfluchter.
- » Heute ist es soweit. Er hat etwas Besonderes geplant, wird erneut versuchen, mich in den Wahnsinn zu stürzen, wie schon etliche Male zuvor. Es kündigt sich stets an, mit einem dumpfen, bedrohlichen Gefühl. Die Umgebung alleine hätte mir nichts verraten, der Hund hängt am Zaun und bellt, wie er es immer tut, wenn Menschen vorbeigehen. Nichts und niemand kann ihn davon abhalten, so vor der ihn zerschneidenden Langeweile und Öde zu fliehen. Aber sie ist wieder da, die Unruhe. Nur darauf, dass ich Angst zeige, kannst du lange warten.
- » Auf der anderen Straßenseite sehe ich meine Freunde, oder zumindest die Menschen, von denen ich einmal geglaubt hatte, dass sie es wären. Ihr Tanz stößt mich ab, ihre Ergebenheit in dieses Schicksal und vor allem die Ergebenheit, welche sie *ihm* entgegenbringen, lässt mich nur Verachtung empfinden und jeder weiß, dass dieses Gefühl jede Freundschaft früher oder später ersticken muss. Sie tun, was sie tun müssen, sie tun, was man von ihnen erwartet – und selbst wenn sie glauben, dass es anders ist, sie selbst anders sind, so ist es nur noch bemitleidenswerter, wenn man als Außenstehender erkennt, wie absolut perfekt sie sich in ihre kranke, sterbende Welt einfügen, an den billigen Abklatsch der Bilder klammern, welche schon vor Zeiten alt und unnütz waren. Wann sind die Seelen der Menschen denn eigentlich wirklich gestorben? Beim Ersten Weltkrieg, beim Zweiten, oder gar schon viel früher? Wie soll man es ermessen, wenn man sieht, dass sich die grundlegenden Dinge nicht ändern? Sie verändern ihre Form, ihre Gestalt, treten mit anderen Gesichtern auf, doch die Farbe der Masken bröckelt, ist durchscheinend und wenig überzeugend. Ein Künstler, der sich keine Mühe mehr gibt, ein Puppenspieler, welcher kurz vor dem Höhepunkt, der absoluten Katastrophe anfängt, schleißig zu werden. Wenn es nicht beabsichtigt ist, um die wenigen, welche sich noch da-

gegen stemmen, welche klug genug sind zu erkennen, in Verzweiflung zu stürzen und ihnen ihren Mut und Willen zu rauben. Denn was gibt es Schlimmeres als kinderleicht erkennbaren Betrug, auf den anscheinend jeder hereinfällt?

- 2
- » Wehe mir! Ich fange an zu denken, wie er es will! Wie dumm von ihm, zu glauben, ich suchte ihn aus Hilflosigkeit heraus auf, weil ich die Wahrheit nicht mehr ertrage – Unsinn. Diese verzerrten Karikaturen von Menschen, welche so böseartig zu einer Farce gemacht wurden, mögen ein Sinnbild für den Untergang der bestehenden Welt sein, doch nicht das meine.
  - » Die Umgebung zieht sich zusammen, duckt sich, wird grau. Jetzt heißt es wohl, sich bereit machen für das nächste Grauen, welches sogleich kommen wird.
  - » Sie merken es nicht, keiner von ihnen. Meine Schwester steht dort, mit ein paar Freundinnen, hebt die Hand und winkt – nur kann ich diese Geste nicht erwidern, nicht dieses Mal. Ein entsetzter Schrei bleibt mir im Halse stecken, will sich in meiner Brust ausdehnen, wie um mich zu zerreißen. Es sind die Fratzen von Toten, die mich ansehen, verstümmelte Leichen mit hungrigen Augen. Diese Gier macht mir Angst, bringt mich fast um, weil ich sehe, dass sie nicht zu stillen ist – die Gier nach reinem Leben, nach Wahrheit ohne Leid, nach Realität, in welcher Glück existiert.
  - » Mag sein, dass es nicht ihre Schuld ist, auf dieses untergehende Schiff geworfen zu sein, ohne gefragt zu werden, ohne Hilfe zu erhalten. Das verzehrende Leid zerstört sie von innen heraus, wie es bei diesen Zombies nun anschaulich geworden ist, aus welchen die Maden und Würmer kriechen, mir mit dem gleichen Wahnsinn, der allem innewohnt, ins Gesicht grinsen.
  - » Aber sie könnten sich wehren, wehren wie ich! Oh, lasst mich doch nicht der einzig revoltierende Mensch sein!
  - » Die erste Panik scheint sich zu legen, meine Schritte werden wieder langsamer, es dämmert mir wieder, dass man vor dir nicht davonlaufen kann, außerdem ärgert es mich sehr, damit Schwäche gezeigt zu haben. Doch nein. Eigentlich ... verspüre ich keinen wirklichen Ärger mehr – ich weiß lediglich, dass ich es tun sollte. Dass ich stark sein muss, dagegen ankämpfen bis zum letzten Atemzug, mich niemals unterordnen. Was ich wirklich fühle, ist ... eigentlich will ich es nicht zugeben, doch hier, am bitteren Ende, denn so scheint es mir, die Untoten wanken näher, von mir angezogen wie die Falter vom Licht, strecken ihre vermoderten Finger nach mir, meinem Leben, aus – hier ist es wohl schon egal. Mich bekommt er trotzdem nicht.
  - » Nein, falsch – genau deswegen bekommt er mich nicht, weil ich die Wahrheit schauen kann, ohne daran zu zerbrechen.
  - » Nichts wünsche ich mir sehnlicher, als wieder wie die anderen zu sein, nicht mehr alles verstehen und den subtilen, eigentlich immer böseartigen Sinn dahinter zu erkennen. Lieben, geliebt werden, ohne daran zu denken, dass es nicht echt ist, sondern eine Täuschung, welche uns vorgegaukelt wird, damit wir weitermachen, uns weiterschleppen, Schritt für Schritt durch eine Wüste der Halluzination nachjagen. Ja, ich gebe es zu, mich nach der Lüge zu sehnen, welche du mir stets anbietest! Deswegen gebe ich nicht nach.



- » Der Boden fühlt sich kalt und hart an, mir war gar nicht bewusst, dass ich auf die Knie gefallen bin. Wie seltsam. Da stehst du nun vor mir, mit dem immer gleich bleibenden Gesicht. Zeig doch eine Emotion, lach mich doch aus, verhöhne mich, aber sei nicht so grausam kalt und teilnahmslos, es bringt mich um! Zeig mir nur wieder deinen Spiegel, zeig mir die Welt, wie ich sie einmal gesehen habe, wie sie jeder Mensch sieht, der nur nicht zu genau schauen will, lieber die Augen verschließt, als einmal zu oft enttäuscht zu werden – zeig ihn nur her, Bastard! Ich habe die Hoffnung schon aufgegeben, suche keine Erlösung mehr wie all die anderen gemarterten Seelen.
- » Doch was ist das, was zeigst du mir da ... ein Kind, ein weinendes Kind. Das bin ja ich – oder ich soll es sein, denn ich weine nicht! Wie lachhaft, mich am Boden zerstört in einer Ecke kauern darzustellen, tränenüberströmt und zerbrochen.
- » Trotzdem zwingt mich etwas, meine Hände zu heben, mit den Fingern über meine Wangen zu tasten. Sie sind feucht, seltsam feucht. Aber ... ich weine nicht! Ich bin stark!
- » Aber ... sitze am Boden. Sie haben einen Kreis gebildet, stehen reglos da, wieder in normaler Gestalt. Wobei ich nicht mehr weiß, welche denn eigentlich die reale ist, und welche das Trugbild. Ich habe nach Wahrheit gesucht und die Hölle gesehen – oh, nur das, was wir Hölle nennen. Diese Welt hat den Glauben verloren ... und ich auch. Die Wellen werden höher, das gewaltige Schiff ächzt, übertönt die ängstlichen Schreie der Besatzung. Donner grüllt. So hört es sich also an, wenn alles vorbei ist, *falls* es vorbei ist. (Sutor 2005)

## 2.10 Somatoforme Störungen

---

Zum Begriff der somatoformen Störung, *somatic symptom disorder*, ist zu sagen, dass es sich um eine Zusammenfassung von verschiedenen Störungsvarianten handelt, angefangen von Patienten, die leichte körperliche Missempfindungen mit hypochondrischen Ängsten und fallweise auch Todesängsten fehlinterpretieren, Patienten, die auf Problemzonen fixiert sind, bis zu Patienten, die laufend wechselnde Symptome in verschiedenen Körperregionen haben. Von einer entsprechenden Störung spricht man dann, wenn die Symptome über mindestens zwei Jahre anhalten, der Patient großen Leidensdruck verspürt und sozial, beruflich und/oder familiär eingeschränkt ist.

Die Abgrenzung zur Angststörung besteht darin, dass bei Phobien die Symptome nur auf den Zeitraum der Panikattacke beschränkt sind. Bei der generalisierten Angststörung ist die Unterscheidung schon schwieriger, da diese sich über mindestens mehrere Monate erstreckt. Ängste, die auf Krankheiten beschränkt sind, werden hier nicht erfasst, sondern der hypochondrischen Störung zugeordnet. Bei allen Formen der Angststörung steht die affektive Komponente, bei der somatoformen Störung die körperliche Komponente im Vordergrund.

Weit schwieriger ist die Abgrenzung zur depressiven Störung, wo die Stimmungsveränderung im Vordergrund steht. Eine Komorbidität zwischen Depression und somatoformer Störung ist möglich, die Symptome können sich oftmals Jahre getrennt voneinander entwickeln.

Als Möglichkeit der Abgrenzung zur Persönlichkeitsstörung nimmt man die Tatsache, dass somatoforme Störungen zu unterschiedlichsten Zeitpunkten im Leben und mit variablen Symptomen auftreten können, während die Persönlichkeitsstörung sich im Kindesalter oder in der Adoleszenz entwickelt und ein tief verwurzelt, lang anhaltendes Handlungsskript typisch ist.

**Tab. 2.3** Physiologie des Schmerzes

Neuropathische Schmerzen	Nozirezeptorschmerzen
Mechanische Schmerzen in tiefen Geweben	Nervenverletzungen (Wirbelsäule, Bewegungsapparat)
Metabolische Läsionen	Chronisch entzündliche Erkrankungen
Nach Virusinfektionen	Tumorschmerzen
Mit Beteiligung des sympathischen NS	
Phantomschmerzen	

Im Zusammenhang mit der PTSD bleibt noch zu erwähnen, dass durch Studien ausreichend belegt ist, dass körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch, aber auch Vernachlässigung häufig zu somatoformen Problemen führen. Beispielsweise findet man bei chronischen Unterbauchbeschwerden ohne erkennbare organische Ursache gehäuft sexuellen Missbrauch in der Anamnese. Im Gegensatz dazu können aber auch Traumata im Erwachsenenalter zu körperlichen Beschwerden führen, am häufigsten werden hier gastro-intestinale Beschwerden angeführt (Nijenhuis et al. 1966)

## 2.11 Chronischer Schmerz

### 2.11.1 Physiologie des Schmerzes

In der Schmerzentstehung unterscheidet man neuropathische Schmerzen von Nozirezeptorschmerzen (Tab. 2.3) (Greger-Arnhof 2006). Als Folgereaktionen von Schmerz kommt es zu motorischen Reflexen im Rückenmark (z. B. Muskelverspannung), zur Reaktion des vegetativen Nervensystems mit Blutdruckanstieg, Pulserhöhung, Schweißausbruch und beschleunigter Atmung.

Die individuelle emotionale Bewertung des Schmerzes erfolgt im limbischen System, beeinflusst von unterschiedlichen Faktoren wie z. B. Geschlecht, Herkunft, früheren Schmerzerfahrungen. Zum Bewusstsein kommt es in der Großhirnrinde, wo auch der Vergleich mit früheren Schmerzerfahrungen stattfindet.

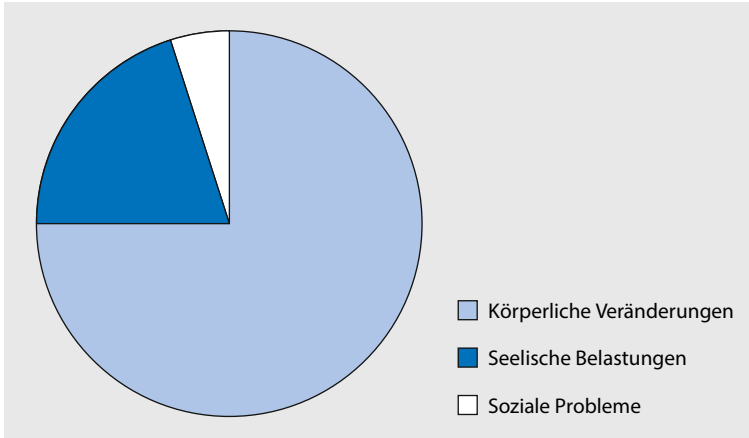
### Der Schmerz als bio-psycho-soziales Problem

Zu Beginn des Ereignisses (Abb. 2.7) kommt es zu folgender Verteilung:

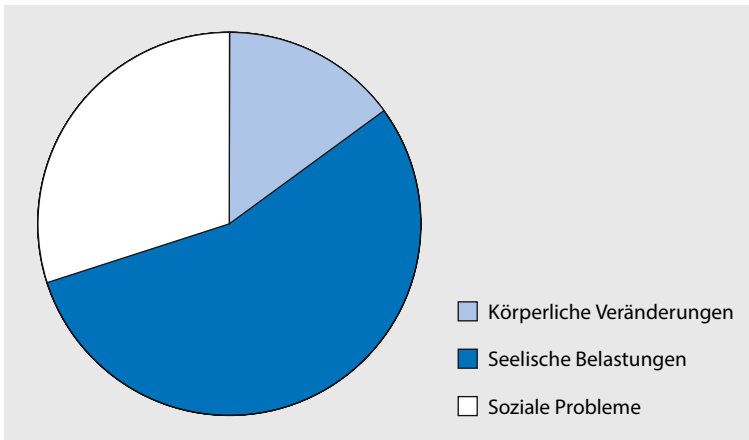
- Körperliche Veränderungen: 75 %
- Seelische Belastung: 20 %
- Soziale Probleme: 5 %

Im Langzeitverlauf (Abb. 2.8) stellt sich die Verteilung jedoch ganz anders dar. Die körperliche Symptomatik tritt in den Hintergrund, die seelische Belastung durch den chronischen Schmerz nimmt zu, soziale Probleme, wie Rückzug, Partnerprobleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, entstehen:

- Körperliche Veränderungen: 15 %



■ **Abb. 2.7** Schmerz im Akutzustand



■ **Abb. 2.8** Schmerz im Langzeitverlauf

- Seelische Belastung: 55 %
- Soziale Probleme: 30 %

## Schmerzgedächtnis

Im Stadium des chronischen Schmerzes ist die Schmerzempfindlichkeit deutlich gesteigert. Dabei ist es von großer Wichtigkeit, dass Arzt bzw. Therapeut die subjektive Schmerzwahrnehmung des Patienten respektieren.

Als Messmöglichkeit wird hier die subjektive Schmerzeinstufung und Zuordnung auf einer Skala von 1 (leichter Schmerz) bis 10 (unerträglicher Schmerz) genommen.

## Pathomechanismus des Schmerzgedächtnisses

Grundsätzlich wird Schmerz über die A-delta-Fasern und die C-Fasern ins Rückenmark geleitet, Berührung durch die A-beta-Fasern. Bei chronischen Schmerzen *lernen* die C-Fasern, ebenfalls

Berührungsreize zu transportieren, die im zentralen Nervensystem fehlinterpretiert werden. Fortführend können die C-Fasern auf minimale Reize mit verstärkter Erregung reagieren, wir sprechen vom *wind-up*-Phänomen.

Die Überträgersubstanz wird als *Substanz P* bezeichnet, eine weitere Empfindlichkeitssteigerung erfolgt durch die Öffnung der Kalzium-Kanäle und vermehrten Einstrom in die Nervenzelle. Langfristig hat dies tiefgreifende Veränderungen zur Folge: Jeder neue Reiz wird stärker empfunden, dauert länger und löst Reize in vorher nicht betroffenen Regionen aus, wobei gleichzeitig die Kapazität der schmerzhemmenden Systeme im Rückenmark überschritten wird. Dadurch gestaltet sich die Behandlung immer schwieriger.


Eine gut funktionierende körpereigene Schmerzabwehr kann die Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses ebenfalls verhindern, sodass bei gleicher Primärschädigung Patienten unterschiedlich reagieren. Der Mechanismus der körpereigenen Schmerzabwehr besteht darin, dass die Übertragung nozizeptiver Signale im Hinterhorn des Rückenmarks durch hemmende Transmitter, wie z. B. Opioide, GABA, Serotonin, Noradrenalin und Glycin, gebremst werden.


Aus diesem Mechanismus lässt sich erkennen, wie wichtig eine rechtzeitige und ausreichende Schmerztherapie ist, um die Bildung des Schmerzgedächtnisses zu verhindern und somit Chronifizierung zu vermeiden.

### 2.11.2 Schmerz und Emotion

---

Sowohl akute als auch chronische Schmerzen sind untrennbar an Emotionen gekoppelt: Angst, Wut, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Resignation.

In  **Abb. 2.9** werden der Zusammenhang und der Beginn eines Teufelskreises von Schmerz, Wahrnehmung, Kognition (Gedanken), Emotionen (Gefühlen) und physiologischen (körperlichen) Veränderungen dargestellt.

 **Chronische Schmerzpatienten haben in ihrer Anamnese häufig eine traumatische Erfahrung und/oder leiden zusätzlich an einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung. Dauert ein Schmerzzustand auch nach Beendigung der primären Ursache an, wird das vorerst sinnvolle Symptom selbst zur Krankheit.**

### 2.11.3 Chronifizierung von Schmerzen

---

Die Chronifizierung von akuten Schmerzen verläuft meist in drei Stufen. Der Prozess wird oft begleitet von erfolglosen Behandlungsversuchen, verbunden mit Enttäuschungen, weiteren Schmerzen, Ängsten, Depressionen und Vereinsamung.

#### 1. *Abwehr*

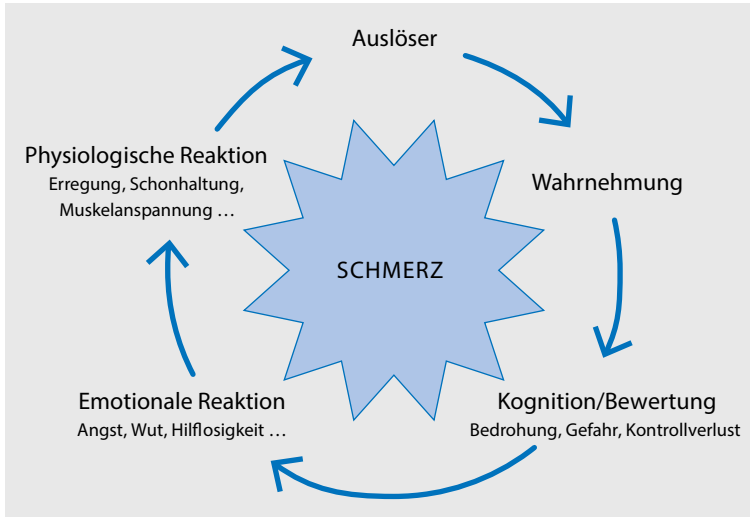
Schmerzen werden bagatellisiert und verleugnet:

„... es ist halb so schlimm ...“, „... morgen ist es vorbei ...“, „... so arg kann es gar nicht sein, das ist unmöglich ...“

#### 2. *Wut*

Die Menschen lehnen den Schmerz ab, wehren sich. Ärger und Wut dominieren und verändern nicht nur die körperlichen Reaktionen, sondern auch die Denkmuster:

„... ich will das nicht“, „... warum ich?“, „... ich halte es nicht aus“, „... es sind alle unfähig ...“



■ **Abb. 2.9** Teufelskreis – Schmerz

### 3. Resignation

Angst und Depression überwiegen, begleitet von Schonhaltung, Passivität und sozialem Rückzug.

#### ➤ **Cave: Suizidgedanken können als Lösungsmöglichkeit auftauchen.**

Der Umgang mit körperlichen Symptomen und Schmerzsyndromen ist in der Therapie der BLS, somatoformen Störung (somatic symptom disorder) und PTSD ein wichtiger Aspekt. Sowohl somatische Beschwerden ohne eine ausreichende organische Ursache als auch organische Erkrankungen, die zusätzlich soziale und berufliche Beeinträchtigungen mit sich ziehen, müssen Beachtung finden. Wir werden im Kapitel *Skills* (► Kap. 8) noch näher darauf eingehen.

#### ■ **Chronischer Schmerz**

Von chronischem Schmerz spricht man, wenn der Schmerz mehr als sechs Monate anhält, seine biologisch sinnvolle Warnfunktion verloren hat und zur Krankheit selbst geworden ist. Schmerzen werden als dann als chronisch bezeichnet, wenn sie im Mittelpunkt des Interesses stehen, mehrfache Therapieversuche ohne Erfolg blieben und zu Enttäuschungen und Einschränkung der Lebensqualität geführt haben.

Der Zeitfaktor alleine ist jedoch zu wenig für die Beurteilung. Chronischer Schmerz hat nichts mit Verlängerung des akuten Schmerzes zu tun. Eine wesentliche Rolle spielen die Bewertung, psychische Belastung, soziale Faktoren und Lebensqualität. Beim chronischen Schmerz findet man keinen eindeutigen Zusammenhang zu den schädigenden somatischen Faktoren mehr, Lokalisation und Intensität haben ihren Charakter verändert.

#### ➤ **Schmerzchronifizierung ist ein multifaktorielles Geschehen, im Sinne von Wechselwirkung zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren. Es handelt sich sowohl um einen Zustand als auch um einen Prozess.**

Wenn ein Patient hört, ihm gespiegelt wird, dass er „nur“ seelische Probleme hat oder, noch schlimmer, „übertreibt“, glaubt er es unter Umständen selbst, resigniert völlig und setzt damit einen Teufelskreis aus Schmerz und Depression in Gang.

- **Schmerz ist erst die Rechtfertigung für Ruhe und Entspannung. Genau dieses Muster führt auf schnellstem Weg in die Chronifizierung (Sendera und Sendera 2015)**

Einen großen Beitrag zur Chronifizierung bringt das Vermeidungsverhalten, am besten erklärbar bei chronischen Rückenschmerzen, wo die schmerzbedingte Schonhaltung erst recht zur Schmerzverstärkung, Immobilität und Muskelverkrampfung führt. Neurobiologisch interessant ist der Zusammenhang zwischen Neuroplastizität und Chronifizierung.

- **Beim chronischen Schmerz treten maladaptive zentrale neuroplastische Veränderungen auf.**

Schmerz verursacht Gedächtnisspuren und dadurch Veränderungen im nozizeptiven System. Wiederholter Schmerz führt üblicherweise zur Habituation, bei chronischen Schmerzzuständen kommt es jedoch zur Sensitivierung (Sendera und Sendera 2015).

## Literatur

- 
- Beck A, Freemann A et al (1993/1994/1995) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen; mit einem Vorwort von Hautzinger M; 3. Auflage. Beltz, Weinheim
- Bohus M (2002) Borderline-Störung. Hogrefe, Göttingen, S 15–16
- Bowlby J (1995) Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Deutscher, Heidelberg
- Brown GR, Anderson B (1991) Psychiatric morbidity in adult inpatients with histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 144:1426–1430
- Brown M, Levensky E, Linehan MM (1997) The relationship between shame and parasuicide in borderline personality disorder. Poster presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, Miami Beach, FL
- Eissler KR (1963/64) Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche* 17: 241–291
- Gratwohl T, Stiglmayr Ch (2003) Spannung und Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychophysiologie in Labor und Feld*, Bd. 10. Peter Lang, Frankfurt/M.
- Gratwohl T, Linehan MM, Fahrenberg J, Bohus M (2005) Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand* 111(5):372–379
- Greger-Arnhof C (2006) Inhalte aus dem Vortrag von Umgang mit Schmerz bei der Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Dialektisch. *Behaviorale Therapie und Skills-Training*, Perchtoldsdorf
- Kreismann JJ (2000) Ich hasse dich - verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit, 10. Aufl. Kösel, München, S 27
- Linehan MM (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. CIP, München, S 60
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van Der HO (1966) The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation (SDQ- 20). *J Nerv Ment Dis* 184(11):688–694
- Piaget J (1945) La formation du symbole chez l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel
- Sendera A, Sendera M (2011) Kinder und Jugendliche im Gefühlschaos. Grundlagen und praktische Anleitungen im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen. Springer, Wien New York
- Sendera A, Sendera M (2015) Chronischer Schmerz. Schulmedizinische, komplementärmedizinische und psychotherapeutische Aspekte. Springer, Heidelberg
- Stiglmayr Ch (2003) Spannung und Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychophysiologie in Labor und Feld*, Bd. 10. Peter Lang, Frankfurt/M.

- Stiglmayr CE, Gratwohl T, Linehan MM, Fahrenberg J, Bohus M (2005) Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand* 111(5):372–379
- Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) (2002) *Klinische Bindungsforschung*. Schattauer, Stuttgart
- Sutor S (2005). Essay, ausgezeichnet mit dem 6. Platz des Josef Haslinger-Literaturwettbewerbes der Sir-Karl-Popper-Schule.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR (1990) Cognitive features of borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 147:57–63
- Zanarini MC (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatry Clin North Am* 23(1):89–101
- Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J (2000) The dissoziative exoeriences of borderline patients. *Compr Psychiatry*; 41:223–227
- Zweig-Frank H, Paris J (1997) Relationship of childhood sexual abuse to dissociation and self mutilation in female patients. In: Zanarini MC (Hrsg) *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC, S 93–10



<http://www.springer.com/978-3-662-49342-7>

Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer  
Belastungsstörung

Sendera, A.; Sendera, M.

2016, IX, 222 S. 63 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-662-49342-7