

Elisabeth Wagner  
Christoph Eckert  
Katrín Hiesberger-Kamleitner

# **Borderline- Persönlichkeitsstörung**

Störungen systemisch behandeln  
Band 19

Herausgegeben von  
Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus

2023

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>12</b>
1.1 Zum Konzept Borderline-Persönlichkeitsstörung aus systemischer Perspektive . . . . .	12
1.2 Die Phänomenologie der Borderline-Störung . . . . .	15
1.3 Notwendige Anpassungen des psychotherapeutischen Vorgehens . . . . .	17
1.4 Von der Kybernetik zur Synergetik - Entwicklungen in der systemischen Metatheorie . . . . .	21
1.5 Utilisation systemischer Kernkompetenzen . . . . .	23
1.6 Störungswissen als Grundlage für (interdisziplinäre) Kooperation . . . . .	25
<b>2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung: klinisches Erscheinungsbild</b>	<b>28</b>
2.1 Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung in ICD-10 und DSM-5 . . . . .	28
2.2 Was wird sich im ICD-11 an der Diagnostik ändern? . . . . .	29
2.3 Das Borderline-Konzept im historischen Wandel . . . . .	33
2.4 Prävalenz und Verlauf . . . . .	35
2.5 Differenzialdiagnosen und Komorbidität . . . . .	37
2.6 Therapieempfehlungen inklusive Psychopharmakotherapie . . . . .	41
<b>3 Erklärungsmodelle: Wie entsteht die Borderline-Persönlichkeitsstörung?</b>	<b>45</b>
3.1 Therapieschulenunabhängige klinische Erklärungsmodelle . . . . .	45
3.2 Das Erklärungsmodell der Dialektisch-Behavioralen Therapie . . . . .	46
3.3 Ist die Borderline-Störung eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung? . . . . .	47
3.4 Der systemische Blick auf die Borderline-Störung . . . . .	49
<b>4 Störungsspezifische Therapieansätze</b>	<b>55</b>
4.1 Otto Kernbergs Übertragungsfokussierte Therapie . . . . .	56
4.2 Peter Fonagy, J. G. Allen und das Konzept der Mentalisierung . . . . .	58

4.3	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan . . .	59
4.4	Schematherapie bzw. Schemamodustherapie. . . . .	61
4.5	Strukturbezogene Psychotherapie nach Gerd Rudolf. . . . .	64
4.6	Good Psychiatric Management (GPM) nach John Gunderson. . .	67
<b>5</b>	<b>Diagnostische Verfahren</b>	<b>72</b>
5.1	Diagnostische Verfahren in der Logik von ICD-10 und DSM-5. . .	73
5.2	Psychodynamische Diagnosemodelle zur Beurteilung des Strukturturniveaus. . . . .	75
5.2.1	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) . . . . .	76
5.2.2	Selbsteinschätzung struktureller Kompetenzen (SSK). . . . .	79
5.2.3	Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO) . . . . .	79
<b>6</b>	<b>Therapeutisches Vorgehen: die systemische Therapie der Borderline-Störung</b>	<b>82</b>
6.1	Die störungsspezifische systemische Grundidee . . . . .	82
6.2	Die Anfangsphase . . . . .	84
6.2.1	Sammellinse statt Zerstreuungslinse: strukturelle Beeinträchtigungen wahrnehmbar machen und benennen . . . .	85
6.2.2	Expert:innenschaft in der Mustererkennung: das Erkennen struktureller Defizite. . . . .	88
6.2.3	Konsensualisierung der »Störung« und Erarbeitung eines diesbezüglichen Therapieauftrages . . . . .	91
6.2.4	Müssen Diagnosen explizit besprochen werden? . . . . .	99
6.2.5	Organisatorische Rahmenbedingungen und Vereinbarungen für das Vorgehen im Krisenfall . . . . .	100
6.3	Stabilisierung und Bearbeitungsphase . . . . .	105
6.3.1	Förderung einer inneren Beobachterposition . . . . .	105
6.3.2	Die Förderung von Selbstberuhigungsfähigkeiten durch Imagination und Achtsamkeitsübungen . . . . .	106
6.3.3	Methoden zur Unterbrechung bei Dissoziation und Affektüberflutung . . . . .	112
6.3.4	Lebensstilberatung und Unterstützung bei der Erreichung stabiler Lebensbedingungen sowie Psychoedukation. . . . .	117

6.3.5	Teilearbeit bei Borderline-Störungen . . . . .	120
6.3.6	Bearbeitung biografischer Erfahrung . . . . .	124
6.3.7	Umgang mit »Rückfällen« . . . . .	127
6.4	Wie beendet man systemische Therapien bei Borderline-Störungen? . . . . .	131
6.5	Die spezifischen Anforderungen an die therapeutische Beziehung . . . . .	132
6.5.1	Gestaltung der therapeutischen Beziehung . . . . .	132
6.5.2	Die therapeutische Haltung betreffend Selbstverletzungen. . . . .	137
<b>7</b>	<b>Anforderungen und Grenzen eines ambulanten Krisenmanagements</b>	<b>143</b>
7.1	Umgang mit Suizidalität . . . . .	143
7.2	Anforderungen an ambulantes Krisenmanagement . . . . .	149
7.2.1	Aufbau von Kooperationsnetzwerken . . . . .	150
7.2.2	Schaffung einer Supervisionsstruktur . . . . .	151
7.3	Grenzen der psychotherapeutischen Behandelbarkeit im niedergelassenen Bereich . . . . .	152
<b>8</b>	<b>Spezialisierte stationäre Borderline-Behandlung und Gruppentherapie</b>	<b>159</b>
8.1	Spezialisierte stationäre Behandlungsangebote . . . . .	159
8.2	Systemische Gruppentherapie bei der Borderline-Störung . . . . .	162
8.2.1	Lösungsorientierte Gruppentherapie auf einer Station für Patient:innen mit strukturellen Störungen . . . . .	164
<b>9</b>	<b>Paar- und Familientherapie</b>	<b>169</b>
9.1	Familientherapie und Angehörigenarbeit . . . . .	170
9.2	Paartherapie bei Vorliegen einer Borderline-Störung. . . . .	173
<b>10</b>	<b>Der systemische Beitrag im schulenübergreifenden Diskurs</b>	<b>181</b>
10.1	Lösungsorientierung . . . . .	181
10.2	Ausnahmen fokussieren . . . . .	183
10.3	Ressourcenaktivierung . . . . .	184
10.4	Skalierung . . . . .	186
10.5	Zirkularität . . . . .	187

*Inhalt*

10.6	Hausaufgaben . . . . .	188
10.7	Paradoxe Interventionen . . . . .	189
10.8	Arbeit mit Metaphern . . . . .	190
<b>11</b>	<b>Ein exemplarischer Fallverlauf</b>	<b>192</b>
	<b>Literatur</b>	<b>198</b>
	<b>Über die Autor:innen</b>	<b>206</b>

## Vorwort

Als Hans Lieb als Herausgeber der Reihe »Störungen systemisch behandeln« 2019 bei Elisabeth Wagner anfragte, ob sie sich nach dem Band zu Persönlichkeitsstörungen (Wagner, Henz u. Kilian 2016) auch einen zur Borderline-Störung vorstellen könne, schien der Zeitpunkt aus mehreren Gründen nicht passend: Das Erscheinen des ersten Buches lag damals noch nicht lange zurück, Katharina Henz und Heiko Kilian standen als Co-Autor:innen nicht mehr zur Verfügung und das ICD-11, von dem eine grundlegende Neuordnung des Bereichs Persönlichkeitsstörungen erwartet werden konnte, war noch nicht erschienen. Drei Jahre später stellte sich die Situation anders dar: Von einer speziell auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgerichteten Forschungsfachgesellschaft mit jährlichen Kongressen und einem störungsspezifischen Journal wurde immer mehr anregende Fachliteratur publiziert. Das ICD-11 mit der grundlegenden Neuordnung der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen war mittlerweile erschienen, und aufgrund der Spezifität dieser »besonderen« Persönlichkeitsstörung ist die »Borderline-Störung« als einzige typologisch definierte Persönlichkeitsstörung darin erhalten geblieben. Auch die Systemische Therapie hatte sich inzwischen weiterentwickelt: Mit der Anerkennung als Richtlinienverfahren ist eine weitere Annäherung an das Gesundheitssystem einhergegangen. Störungsspezifisches Wissen und Können ist nun nicht mehr ein mit Argwohn beäugtes Randgebiet, sondern ein legitimer und notwendiger Bestandteil systemischer Ausbildungen.

Zudem fanden sich mit Christoph Eckert und Katrin Hiesberger-Kamleitner zwei neue Co-Autor:innen, die sich sehr über die Gelegenheit freuten, ihre Erfahrungen und systemischen Ideen im Rahmen eines Fachbuches einbringen zu können.

Elisabeth Wagner, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie, beschäftigt sich seit vielen Jahren als Autorin und in der Ausbildung damit, wie sich Systemische Therapie in klinischen Kon-

texten realisieren lässt und welche Konzeptualisierung intrapsychischer Prozesse dafür hilfreich ist. Sie ist daher vor allem für die theoretischen Teile des vorliegenden Buches und die Darstellung des störungsspezifischen Vorgehens, aber auch für einige der Fallbeispiele verantwortlich.

Christoph Eckert, ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, hat eine systemische Ausbildung an der Akademie für Psychotherapeutische Medizin absolviert. Sowohl in seiner Tätigkeit in der psychiatrischen Rehabilitation wie auch bei seiner Lehrtätigkeit für unterschiedliche therapeutische Ausbildungsinstitutionen widmet er sich vor allem der Frage, wie die Perspektiven und Methoden der Systemischen Therapie mit jener der Psychiatrie gewinnbringend in Einklang gebracht werden können. In das vorliegende Buch brachte er insofern die psychiatrischen und methodenunabhängigen Aspekte der Borderline-Behandlung und deren Integration in die systemische Praxis ein.

Katrin Hiesberger-Kamleitner ist systemische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie arbeitet in freier Praxis und auf einer spezialisierten Psychotherapiestation für Menschen mit strukturellen Störungen. Sie bereicherte das vorliegende Buch durch zahlreiche Fallbeispiele aus ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit und ihren Erfahrungen mit systemischer Therapie im stationären und gruppentherapeutischen Setting. Ihr Fokus liegt vor allem darin, die Nützlichkeit von Fall- und Wirkverständnis im praktischen systemischen Tun zu realisieren.

Das Ergebnis dieser Kooperation ist ein Buch, das nicht als Ergänzung zum Band *Persönlichkeitsstörungen*, sondern als eigenständiger Beitrag zur »Borderline-Störung« im Rahmen der Reihe »Störungen systemisch behandeln« zu verstehen ist. Gewisse Überlappungen ergaben sich aufgrund der Thematik natürlich zwangsläufig und wurden auch seitens des Verlages goutiert. Wer also erst kürzlich das Persönlichkeitsstörungsbuch gelesen hat, wird einzelne Passagen und vor allem die »störungsspezifische Grundidee« wiedererkennen. Dennoch kann er von allen borderlinespezifischen Ausführungen profitieren. Wer den Band *Persönlichkeitsstörungen*

noch nicht gelesen hat, kann andererseits ganz beruhigt sein: Die Logik ist keine aufbauende, sodass interessierte Lesende alles für eine systemische Therapie der Borderline-Störung Relevante im vorliegenden Band finden werden.

Unser Anspruch war es jedenfalls, einen guten Überblick über das in der klinischen Fachliteratur gesammelte Behandlungswissen für systemische Therapeut:innen aufzuarbeiten und ein systemtheoretisch fundiertes Behandlungsverständnis der Borderline-Störung vorzustellen. Mögen die Leser:innen und ihre Klient:innen ihren Nutzen daraus ziehen.

*Elisabeth Wagner, Christoph Eckert,  
Katrín Hiesberger-Kamleitner  
Wien, im April 2023*



gen zurückschauen, was scheint Ihnen wichtig? Was glauben Sie, ist hier schon gelungen? Was fehlt? Inwiefern war unsere Zusammenarbeit hilfreich für Sie, was sollten wir verändern?« Wir halten es für sinnvoll, diese »Live-Supervision bei der Klient:in« regelmäßig in Anspruch zu nehmen, dabei aber darauf zu achten, dass das Wording der Therapeut:in nicht auf Unsicherheit und Unterwerfung verweist, sondern einem ernsthaften und respektvollen Bemühen um die bestmögliche Kooperation entspringt.

In der Anfangsphase der Therapie mit Thomas gelingt es lange Zeit nicht, das Problemverhalten sichtbar bzw. besprechbar zu machen: Immer wenn wir uns dem intrapsychischen Störungsmuster nähern, beginnt der Patient, etwas in seinem Rucksack zu suchen oder die Augen zu schließen. Auf die Frage, ob es ihm nicht gut gehe, meint er, dass er in den therapeutischen Gesprächen immer wieder dissoziieren werde, »so wie jetzt«, dies sei eine Art »Reset-Knopf« für sein Gehirn.

Da das Kramen und Dissoziieren immer dann auftritt, wenn wir auf das zu ändernde Problemverhalten zu sprechen kommen, entscheide ich (K. H.-K.) mich, mir »Supervision beim Klienten« (vgl. Schmidt 2004) zu holen, indem ich ihn frage: »Eigentlich sind Sie gekommen als jemand, der etwas verändern will. Ein Teil stellt sich dem aber offenbar in die Quere. Wenn wir in Richtung Bearbeitung kommen, bleiben wir immer zwei Meter davor stehen. Sie beginnen zu dissoziieren und im Rucksack zu kramen. Das macht mich ein bisschen ratlos. Natürlich haben Sie das Recht, sich zu schützen, wenn es für Sie heikel wird, aber andererseits werden unsere Gespräche für Sie nicht hilfreich sein können, wenn dieses Muster eine Bearbeitung der wesentlichen Themen verhindert.« Daraufhin erwähnt der Patient, dass er »das Dissoziieren eh auch loswerden will«. Um eine Unterbrechung einzuführen, mache ich dem Patienten folgenden Vorschlag: »Ich hätte eine Idee: Wenn sich das Dissoziieren zwischen uns stellt, dann werfe ich Ihnen von nun an einen Igelball zu, wäre das eine Möglichkeit?« Dem stimmt Thomas zu.

### 6.5.2 Die therapeutische Haltung betreffend Selbstverletzungen

Ein häufiges Symptom der Borderline-Störung sind Selbstverletzungen, die teilweise sogar habituell auftreten und meist nicht in suizidaler Absicht durchgeführt werden. Man spricht daher von *nichtsuizidalem selbstverletzenden Verhalten (NSSV)* (vgl. Rott-*haus* 2023). In Einzelfällen ist die Abgrenzung zu (para)suizida-

len Handlungen schwierig, da Klient:innen im Rahmen von drastischen Selbstverletzungen das Risiko von permanenter oder sogar letaler Schädigung zumindest in Kauf nehmen. In der Regel können Betroffene aber selbst suizidale Handlungen von Selbstverletzungen unterscheiden. Letztere dienen nämlich in erster Linie der Unterbrechung massiv belastender Zustände (hohe Anspannung oder Zustände der Dissoziation, die als völlige Leere oder Gefühllosigkeit empfunden werden). Untersuchungen zeigen zudem, dass in solchen Zuständen häufig ein verändertes Schmerzerleben besteht, sodass Klient:innen die Selbstverletzungen zunächst nicht als schmerzhaft wahrnehmen (Ducasse, Courtet a. Olié 2014). Vielmehr empfinden die Betroffenen Erleichterung und in manchen Fällen sogar ein deutliches Wohlfühl beim Spannungsabfall nach der Selbstverletzung. Dies macht verständlich, warum selbstverletzendes Verhalten trotz der unübersehbaren Folgeprobleme für Betroffene häufig einen Lösungsversuch darstellt, auf den sie nicht ohne Weiteres verzichten können.

Daher soll in einem ersten Schritt auch Verständnis dafür geäußert werden, dass dieses Verhalten erst aufgegeben werden kann, wenn andere Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Dennoch muss eine Reduktion von Selbstschädigungen eher früher als später als Therapieziel konsensualisiert werden, da langfristig mit einer Verschlechterung der Symptomatik und auch massiven sozialen Auswirkungen zu rechnen ist. Gravierende Selbstverletzungen sind Sprengstoff in jeder nahen Beziehung: Familienmitglieder und Partner:innen können damit keinen gelassenen, souveränen Umgang finden. Mittelfristig ist eine veränderungsneutrale Haltung gegenüber den Selbstverletzungen nicht sinnvoll.

Speziell wiederholt auftretende Selbstverletzungen stellen das private und das professionelle Umfeld auf eine harte Probe: Was ist hier das richtige Vorgehen? Soll man jedes Mal, wenn eine Selbstverletzung vorgekommen ist, die Notfallambulanz aufsuchen? Fördert man dann nicht indirekt das Verhalten? Sollte man es daher besser ignorieren – aber treibt man damit die Betroffenen nicht in die Eskalation? Müssen sie dann noch tiefer schneiden, um »ernst

genommen« zu werden? Sollte man sich daher lieber gleich besonders intensiv zuwenden? Selbstverletzendes Verhalten scheint zwei konträre Lösungsmöglichkeiten (»Entweder-oder«) naheulegen und führt damit oft zu familiären Zerwürfnissen oder erheblichen Spaltungen in therapeutischen Teams. Hier kann es hilfreich sein, die Spaltung im Sinne eines »therapeutischen Splittings« zu nutzen: »Ich nehme das schon sehr ernst - zum dritten Mal haben Sie sich kurz nach einer Therapiesitzung geschnitten. Jetzt komme ich in ein Dilemma: Ich möchte Ihnen einerseits sehr gerne helfen, andere Fähigkeiten zu entwickeln, mit der furchtbaren Spannung umzugehen. Da tendiere ich zu enger getakteten Sitzungen, also zu »mehr Therapie«. Aber andererseits fürchte ich fast, durch die Stunden hier das Problem eher noch zu verschlechtern, tendiere also zu einem Abbruch. Wie müssten denn die Sitzungen hier verlaufen, damit Sie sie wirklich als hilfreich erleben? Dass sie sich auch in der gewünschten Art auf Ihr selbstverletzendes Verhalten auswirken? Was könnten wir da verändern?«

In den etablierten störungsspezifischen Methoden wie DBT (z. B. Bohus 2011, S. 261) und GPM werden Symptome wie Selbstverletzungen und Suizidalität primär als dysfunktionale Lösungsversuche für bislang nicht anders bewältigbare Leidenszustände bewertet. Die Unterstellung einer manipulativen Absicht (»Die will mich nur hilflos machen«, »Das ist alles nur eine Inszenierung, um Aufmerksamkeit zu erregen«) ist dabei nicht nützlich. Genauso wenig, wie man im Falle einer Unterzuckerung bei einer Patient:in mit Diabetes Typ I auf die Idee käme, dass ein hypoglykämischer Schock ein »Beziehungstest« sei, sollte man auch die Symptomatik von Personen mit einer Borderline-Störung nicht als absichtliche Herausforderung des Gegenübers verstehen: Selbstverletzendes Verhalten und andere Impulsdurchbrüche sowie suizidale Krisen sind eben Symptome, die sich bei steigender Anspannung bei dieser Störung einstellen. Solange emotionale Belastungen nicht kommuniziert und anders bewältigt werden können, greifen die Betroffenen »zur Selbsthilfe«, um die subjektiv unerträgliche Situation zu beenden. Strukturelle Störungen sind demgemäß eher wie Handi-

caps zu verstehen, welche die Bewältigungsstrategien der Betroffenen erheblich einschränken. Aus struktureller Perspektive müssen wir selbstverletzendes Verhalten genau wie andere Impulsdurchbrüche als Ausdruck des »Nicht-anders-Könnens« betrachten, da für die andrängenden intensiven und oft undifferenzierten Affekte keine Toleranz und keine adäquaten Copingstrategien bestehen und speziell negative Emotionen so heftig erlebt werden, dass Steuerungs- und Handlungsfähigkeit verloren gehen können. Diese Perspektive hilft dabei, die für die konstruktive Bewältigung solcher Krisen zentral notwendige empathische Haltung beizubehalten – und zwar trotz der negativen Gefühle, die bei Therapeut:innen bei selbstgefährdendem Verhalten von Klient:innen nahezu zwangsläufig auftreten.

Allerdings soll dabei nicht aus den Augen verloren werden, dass Selbstverletzungen Auswirkungen auf nahe Beziehungen haben, die dann wieder auf die Betroffenen zurückwirken: So kann Risikoverhalten Sorge und damit vermehrte Zuwendung aus dem Umfeld induzieren, was den Betroffenen wiederum hilft, ihren emotionalen Druck zu regulieren. Es muss also nicht gänzlich auf die für die systemische Therapie typische Suche nach dem Sinn hinter den Symptomen verzichtet werden. Marsha Linehan hat in diesem Zusammenhang das Konzept des »Kontingenzmanagements« entwickelt. Kontingenz bedeutet hier die »Art der Konsequenz auf ein Verhalten« und ist nicht mit dem Kontingenzbegriff bei Luhmann zu verwechseln. Grundsätzlich fokussieren Kontingenzverfahren die Tatsache, dass die Konsequenzen eines Verhaltens die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, mit der dieses Verhalten wieder auftritt. Linehan bezeichnet es jedoch als einen logischen Fehler, wenn man aus den Folgen eines Verhaltens auf die Absicht zurückschließt: Selbstverletzungen sind (in aller Regel) Ausdruck ernster Verzweiflung, dennoch können auch unbeabsichtigt herbeigeführte interaktionelle Folgen der Selbstverletzungen diese aufrechterhalten. Patient:innen sollten daher erleben, dass sie maximale Unterstützung bei der *Abwendung* selbstverletzender Impulse erfahren: Therapeut:innen beruhigen und validieren das Leiden, loben die

Bereitschaft, sich helfen zu lassen, und bieten Hilfe bei der Problemlösung. Andererseits kommen auch »aversive Kontingenzen« zum Einsatz (Missbilligung, Konfrontation, Entzug von Wärme), wenn Klient:innen sich nicht um die Bewältigung autodestruktiver Impulse bemühen. Im Extremfall stellen Therapeut:innen dann die Therapie infrage, reduzieren die Therapiesitzungen oder verordnen eine Unterbrechung der Therapie.

In der sechsten Therapiestunde zeigt mir (K. H.-K.) Herr SCHUSTER seine »neuesten Narben«, welche er sich durch das Ausdämpfen der Zigaretten und Ritzen mit einem Nagel vor zwei Tagen an seinen Oberarmen zugefügt hat. Er beginnt sofort darüber zu erzählen, dass er im Rahmen seiner Beschäftigungstherapie durch eine Zurechtweisung des Ausbildungsleiters eine massive Kränkung erlebt habe. Er habe sich so bemüht beim Bauen eines Vogelhauses, aber »diesem beschissenen selbstverliebten Kerl kann man ja nichts recht machen, er ist ja nur neidisch, wenn ich es besser kann als er. Das bringt doch eh alles nichts, schauen Sie sich meine Arme an«.

Die trotzig anklagende Haltung des Patienten löst einen erheblichen Ärger in mir aus, ich entscheide mich daher, ein therapeutisches Splitting vorzunehmen: »Ich beobachte in mir zwei unterschiedliche Gefühle und Impulse. Ein Teil von mir kann Ihre Not und die Kränkung gut nachvollziehen, und da merke ich auch bei mir eine Traurigkeit – Ihre Enttäuschung darüber, dass Sie sich so bemüht haben und so viel Freude an der Arbeit hatten und dann trotzdem kritisiert wurden, ist für mich gut einfühlbar. Ein anderer Teil von mir ist verärgert und auch ein bisschen ratlos und würde Sie am liebsten wegschicken, z. B. zu Ihrem Hausarzt zur Wundversorgung, weil unsere Gespräche Sie offensichtlich nicht vor Selbstverletzungen schützen. Gleichzeitig habe ich die Sorge, dass beides mittelfristig nicht hilfreich ist. Wie sehen Sie das?«

Nachdem ich den Patienten auf diese Weise an meinem therapeutischen Dilemma habe teilhaben lassen, frage ich: »Gibt es einen Teil in Ihnen, der auch eine andere Sichtweise dazu hat, dass Sie sich selbst verletzen »müssen«, wenn etwas Unerfreuliches passiert?« Der Patient beschreibt dann den »Stop-it«-Teil, der sich schon während des Schneidens meldet. In der Stunde geht es dann weiter um die Vermittlung von Distanzierungs- und Selbstberuhigungstechniken und um die Stärkung des »Stop-it«-Teils.

Hätte der Patient die Frage: »Gibt es einen Teil in Ihnen, der es auch anders sieht?« verneint, hätte ich diese Aussage als Hinweis auf eine eingeschränkte Koopera-

tionsbereitschaft verstanden und eine neue Schleife der Auftragsklärung ziehen müssen, indem ich beispielsweise gefragt hätte: »Lassen Sie uns noch einmal darüber nachdenken, wie ich hilfreich für Sie sein kann. Ich habe noch nicht ganz verstanden, wie unsere Gespräche aus Ihrer Sicht zu einer Veränderung beitragen können. Wenn Sie es für unabänderlich halten, dass Sie auf Kritik oder andere Enttäuschungen mit Selbstverletzungen reagieren – was ist dann für Sie der Sinn unserer Zusammenarbeit?«

Wiederholte Selbstverletzungen und chronische Suizidalität verursachen bei den behandelnden Therapeut:innen nicht nur Sorge und Angst, sondern häufig auch das Gefühl von Überforderung (»Vielleicht habe ich mich doch überschätzt und ich hätte die Klientin nicht übernehmen dürfen, ...«), fallweise Beschämung (»Das hätte mir nicht passieren dürfen – und dabei weiß ich nicht einmal, was ich falsch gemacht habe!«) oder sogar Ärger (»Die will nur Aufmerksamkeit auf sich ziehen«). All diese Gefühle müssen verantwortungsvoll »verwaltet« werden – und zwar ohne dass sich reaktiv übermäßiger Aktionismus, Verstrickung oder aber defensiver Rückzug entwickeln. Die psychotherapeutische Behandlung von stark (auto)destruktiven Personen erfordert ein hohes Ausmaß an »Krisenfestigkeit«. Im Folgenden soll daher erläutert werden, welche Grundhaltungen und Rahmenbedingungen dazu beitragen können, die individuelle Kompetenz für ein professionelles Krisenmanagement zu steigern, und wie gegebenenfalls das Behandlungssetting erweitert werden muss.