

Artikel / Fallbeispiele

Dolores Mosquera & Anabel Gonzáles

EMDR als Behandlungs-Modell in der Arbeit mit Borderline-Patienten

(Übersetzung von Marlen Lenzen)

Zusammenfassung

Persönlichkeitsstörungen wurden mit frühen Bindungsproblemen und Traumata in Verbindung gebracht, wobei die Borderline-Persönlichkeitsstörung den höheren Anteil dieser Störungsfaktoren aufweist. Die EMDR-Therapie als psychotherapeutische Behandlungsmethode genießt wachsende Anerkennung bei der Behandlung traumatischer Erfahrungen, und sie bietet interessante Anwendungsmöglichkeiten in der Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen.

Die EMDR-Therapie begreift Pathologie als eine Konsequenz traumatischer und ungünstiger Lebenserfahrungen. Die EMDR-Trauma-Konzeptualisierung geht über die PTSD-Kriterien im engeren Sinne hinaus und bezieht Situationen mit ein, die in engem Zusammenhang mit Bindung, mangelnder Aufmerksamkeit oder Vernachlässigung stehen, sowie Alltagssituationen, die eine Rolle in der Pathologie spielen könnten. Nach dem Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (AIP; Shapiro 2001) werden traumatische oder ungünstige Lebenserfahrungen auf dysfunktionale Weise im Nervensystem abgespeichert und bilden die Grundlage für gegenwärtige Probleme in der Lebensbewältigung. Die EMDR-Behandlung ist ein integrativer Ansatz, der damit beginnt, ebendiese Erfahrungen zu identifizieren, um dann durch bilaterale Augenbewegungen oder andere Formen alternierender, bilateraler, sensorischer Stimulation (Geräusche, Tapping) das natürliche Informations-Verarbeitungssystem des Gehirns zugänglich zu machen. So können o.g. Erfahrungen 'metabolisiert' werden.

Im Falle einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) kann die Ermittlung einer Verbindung zwischen den Symptomen des Patienten (einschließlich der Schwierigkeiten, die hier häufig in der therapeutischen

Beziehung auftreten) und dem frühkindlichen Umfeld, in welchem der Patient aufwuchs, schwierig sein. Diese Lebensumfelder sind oft gekennzeichnet durch eine Vielzahl massiver traumatischer Ereignisse, vorwiegend jedoch durch die chronische und verheerende Häufung multipler Traumata und ungünstiger Lebenserfahrungen. Das Lärmende und die Dramatik der offensichtlichsten BPS-Symptome verleitet viele Fachleute dazu, sich auf die Symptome zu konzentrieren, jedoch hierbei nicht die Verbindung zwischen den dramatischen Symptomen und den Untersuchungen zu berücksichtigen, welche die hohe Prävalenz dysfunktionaler Bindungen und früher Traumata im Krankheitsbild der BPS belegen. Die folgende Tabelle fasst Forschungsdaten größerer Untersuchungen zur Prävalenz traumatischer Vorerfahrungen bei BPS zusammen.

Erwägt man EMDR-Arbeit bei BPS-Fällen, ist es wichtig, sich nicht nur auf die offensichtlichsten traumatischen Ereignisse (wie z. B. sexuellen, körperlichen oder verbalen Missbrauch) zu konzentrieren, wie sie in den oben dargestellten Untersuchungen so vorherrschend sind. Prädisponierende biologische Faktoren und die verheerenden Auswirkungen emotionaler Vernachlässigung, dysfunktionale Bindungen und dissoziative Symptome sollten ebenso berücksichtigt werden. Zwar mögen diese Situationen von den Patienten nicht so ausführlich beschrieben werden wie andere noch dramatischere traumatische Ereignisse, jedoch haben sie einen beträchtlichen Einfluss auf die Symptome und erfordern spezielle Evaluation, um einen umfassenden Behandlungsplan zu entwickeln. In einer früheren eingehenden Untersuchung zur Wechselwirkung zwischen Trauma, Bindung und biologischen Faktoren (Mosquera, Gonzáles & Van Der Hart 2011) wurde die enge Verbindung zwischen Dissoziation und BPS erforscht. Der vorliegende Artikel (basierend auf Mosquera & Gonzáles 2012) beschreibt, wie die BPS-Symptomatik aus einer Geschichte komplexer Traumata entsteht und wie man sich dem aus Sicht der EMDR-Methodik annähern kann. Die Entwicklungsschritte zwischen verschiedenen frühen Erfahrungen bis hin zu den Symptomen der einzelnen DSM-Kriterien werden untersucht. Nach dem Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung

(AIP) kann jedes dieser Kriterien oder Symptome als Manifestation einer Reihe traumatischer und ungünstiger Lebenserfahrungen verstanden werden, die mit EMDR reprozessiert werden können.

Tabelle 1.
Untersuchungen zu Kindheitstrauma bei BPS

Untersuchungen	Kindheitstrauma bei BPS
Zanarini 2000b	40–70 % sexueller Missbrauch in der Kindheit bei BPS
Battle, Shea, Johnson et al. 2004; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen 2005; Rogosch & Chicchetti 2005; Yen, Shea, Battle et al, 2002	Prospektive Studien: Positiver Zusammenhang in Untersuchungen zwischen BPS und sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit festgestellt
Silk, Lee, Hill & Lohr 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al. 2002; Sansone et al, 2002	Positiver Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des sexuellen Missbrauchs, der Borderline-Symptome und des selbstverletzenden Verhaltens
Johnson, Cohen, Brown et al. 1999	Bei Personen mit nachweislichem Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit ist die Wahrscheinlichkeit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung um ein Vierfaches erhöht
Battle, Shea, Johnson et al. 2004	73 % Missbrauch in der Kindheit und 82 % Vernachlässigung
Graybar & Boutilier 2002	Körperlicher, sexueller und verbaler Missbrauch sowie Vernachlässigung: 60–80%
Laporte & Guttman 1996	Bei BPS: Multiple und mehr als eine Form der Missbrauchserfahrung
Goodman & Yehuda 2002	Sexueller Missbrauch in der Kindheit: Zwischen 40 und 70 %
Golier et al. 2003	52.8 % haben in Kindheit/Adoleszenz körperlichen Missbrauch erfahren
Fossati, Madeddu & Maffei 1999	Meta-Analyse: Belege für eine moderate Effektstärke von sexuellem Missbrauch in der Kindheit

DSM-Kriterien aus Sicht des Modells der Adaptiven Informationsverarbeitung

Das DSM-IV-TR beschreibt die BPS aus einer kategorialen² Perspektive, wohingegen das AIP-Modell eine ätiologische Erklärung zur Ursache der BPS-Symptome vorschlägt. Internationale Klassifizierungen sind weit verbreitet und bilden die gemeinsame Sprache für Therapeuten mit sehr unterschiedlichen Ansätzen, jedoch wird die Beziehung von Symptomen und deren erfahrungsbasierten Ursprüngen nicht immer ausreichend verstanden. Im vorliegenden Artikel werden DSM-IV-TR-Kriterien mit frühen Erfahrungen verknüpft, die in Zusammenhang mit der Entwicklung dieser Symptome stehen könnten.

Kriterium 1

Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden

Wenn Kindern Nähe, Zuneigung und Fürsorge versagt werden oder sie widersprüchliche Informationen erhalten, suchen sie verzweifelt nach ihrer Bezugsperson. Auch wenn das Elternteil physisch präsent ist, so ist es nicht immer emotional verfügbar. Solche Kinder werden als Erwachsene Bindungsschwierigkeiten haben (Odgen 2006) und man kann sie als abhängig oder gar klammernd bezeichnen. Komplexere Ausprägungen, die mit offenen oder indirekten Angriffen einhergehen, können vom gleichen Hintergrund abgeleitet werden: Der Patient fühlt sich nicht in der Lage, eine Beziehung aufrechtzuerhalten, die er andererseits aber verzweifelt braucht und kann aufgrund dieser Ambivalenz zwischen Anzeichen von Schwäche und Drohungen hin- und her wechseln. In Beziehungen kann er sehr abhängig sein von Bestätigung oder in extremer oder unangemessener Art und Weise auf etwas reagieren, das er als mangelndes Interesse interpretiert...

Aus EMDR-Perspektive sind diese Situationen nicht nur als Schwierigkeiten in intimen Beziehungen zu verstehen, sondern es wird vorgeschlagen, dass die

² Anm. d. Ü.: Wäre in Deutschland nicht gebräuchlicher: Symptombezo- gene, bzw. symptomatologische Perspektive?

Grundlage für dieses Verhalten in immer noch ak- tiven, dysfunktionalen Informationen aus der Ver- gangenheit des Patienten zu finden ist. Zum Beispiel könnte eine depressive Mutter, die nicht in der Lage ist, sich auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzustellen, ein schmerzliches Gefühl von Einsamkeit verursachen. Derselbe erwachsene Patient hält möglicherweise an schädlichen Beziehungen fest, weil er das Gefühl des Alleinseins nicht ertragen kann und toleriert miss- bräuchliches Verhalten von Partnern oder Freunden. Entwicklungsschritte von frühen Erlebnissen bis hin zu Borderline-Merkmalen sind komplex. Unterschied- liche Szenarien können zu ähnlichen Problemen des zukünftigen Erwachsenen führen. Zum Beispiel för- dert eine ängstliche, über-fürsorgliche und invasi- ve Mutter nicht eine gesunde Autonomie und eine angemessene Differenzierung zwischen Selbst und anderen. Der erwachsene Patient wird es als absolut notwendig empfinden, dass andere seine Bedürfnisse erfüllen und seine Gefühle regulieren – so, wie er es während seiner Kindheit gelernt hat.

Kriterium 2

Ein Muster instabiler, aber intensiver zwi- schenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekenn- zeichnet ist

Die Verhaltensstrategie bei der unsicher-ambivalen- ten Bindung ist mehr oder weniger immer die gleiche: ‚Da ich nicht voraussagen kann, was meine Bezugsperson tun wird, kann ich durch Festhalten meiner Eltern (durch Weinen, Schreien, Treten) zumindest sicherstellen, dass sie körperlich anwesend sind‘. In diesem Sinne handelt es sich um ein mehr oder we- niger organisiertes Verhaltensmuster. Im Erwachse- nenalter wird es für den Patienten schwierig sein, be- stimmte Erfahrungen zu identifizieren, die zu diesem Funktionsmuster führen; ebenso wird es ihm schwer- fallen, diese Bindungssituationen als schädlich zu er- kennen. Geprägt durch die Lebenswirklichkeit, in der er aufwuchs, hat er sich als Erwachsener aufgrund seiner Beziehungsprobleme sehr wahrscheinlich nicht

mit gesunden Beziehungen umgeben, von denen er neue Verhaltensmuster erlernen könnte. Um mit diesen Situationen arbeiten zu können, ist Psychoedukation nötig, damit die adaptiven Informationen in die EMDR-Behandlung dieser Patienten mit einbezogen werden können.

Andererseits ist ein desorganisiert gebundenes Kind zu keinem einheitlichen und konsistenten Verhalten in der Lage: Dies wäre nicht adaptiv. Die Oszillation des Kindes zwischen der Aktivierung des Bindungs- und des Verteidigungssystems verhält sich komplementär zu einer entsprechenden Aktivierung auf Seiten der Eltern. Um eine Bindung zu einem inkonsistenten und aggressiven Elternteil aufbauen zu können, bleibt dem Kind manchmal keine andere Möglichkeit, als ihn oder sie zu idealisieren, um für sich ein elterliches Bild zu kreieren, das sich zum Teil von der Realität erheblich unterscheidet. Viele Patienten sprechen von ‚perfekten‘ Familien oder Eltern und leugnen oder dissoziieren dabei die Elemente, die nicht in dieses Bild passen. Die beängstigenden Seiten der Eltern sind in einem mentalen Zustand abgespeichert, der nicht mit dem Bindungssystem, sondern mit den biologischen Verteidigungssystemen verknüpft ist. Beide mentalen Zustände, die jeweils von verschiedenen neurobiologischen Strukturen und Systemen gesteuert werden, können zeitweise übergangslos alternieren und so die dramatischen Wechsel von Idealisierung und Abwertung verursachen, die bei diesen Patienten zu beobachten sind – in persönlichen ebenso wie in therapeutischen Beziehungen. Um hier mit EMDR arbeiten zu können, müssen wir die Erfahrungen identifizieren, die mit diesen zwei ‚Verhaltens-Polen‘ in Verbindung stehen.

Sollte diese Situation eintreten, können verschiedene EMDR-Methoden hilfreich sein. Zum Beispiel bietet Knipes (2008) Umgang mit defensiver Idealisierung eine interessante Möglichkeit, um pathologische Bindungsstrukturen mit einem missbräuchlichen Elternteil aufzuarbeiten, indem ‚der beste Moment mit dem Missbraucher‘ reprozessiert wird. Der entgegengesetzte ‚Pol‘ entsteht durch Erinnerungen an verschiedene

Formen der Aggression, die ohne weiteres als traumatisch identifiziert werden können. Sind diese Extreme strukturell dissoziiert, benötigen sie eventuell spezifischere Intervention (Gonzáles & Mosquera 2012).

Das grundlegende Sicherheitsgefühl entsteht in einem Kind durch die Erfahrung, von seinen Bezugspersonen bedingungslos geliebt, als wichtig und besonders betrachtet zu werden (Knipe 2008). Das ‚Loving Eyes‘-Protokoll von Jim Knipe und die Arbeit mit Selbstfürsorge-Modellen (Gonzáles, Mosquera, Knipe & Leeds 2012) sind weitere Interventionen, mit denen man sich diesen Themen mittels EMDR nähern kann.

Kriterium 3

Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung

Für manche Patienten stellt die BPS-Diagnose ein Identitätsmerkmal dar (Mosquera 2004, 2010), an dem sie festhalten. Dies geschieht hauptsächlich aufgrund eines fehlenden stabilen Selbstkonzepts und der Schwierigkeiten, die sie erleben, wenn sie ernsthaft mit ihren Gefühlen und Bedürfnissen Verbindung aufnehmen. Oftmals haben sie aufgrund einer frühen dysfunktionalen Bindungserfahrung keine Fähigkeit zur Differenzierung zwischen ihrem Selbst und der Außenwelt entwickelt. In anderen Fällen korrespondiert die Identitätsstörung mit schwerwiegenden dissoziativen Symptomen, die ggfs. nicht offensichtlich sind; deshalb sollten sie gezielt untersucht werden. Hier kann vorliegen, was Fonagy (2000) und andere Autoren als die „strange experience“ (Entfremdungserfahrung, M.L.) innerhalb des Selbst bezeichnen: Dies sind Gedanken oder Gefühle, die als Teil des Selbst wahrgenommen, aber nicht als ‚in mir‘ erlebt werden. Diese Auffassung knüpft an Konzepte aus dem Bereich der dissoziativen Störungen an; so betrachtet z.B. Dell (2009) diese intrusiven Phänomene als das Kernelement der dissoziativen Symptomatik.

EMDR-Protokolle wie beispielsweise die Arbeit mit der ‚Selbstrepräsentation‘ (Mosquera & Gonzáles

2011) oder die ‚Ressourcen-Entwicklung und –Installation‘ (Korn & Leeds 2002) hilfreich sein bei der Behandlung verzerrter (blurred) Identitäten und Selbstkonzept-Problemen. Aufgrund eines Mangels an freudvollen Erfahrungen mit den Eltern kann es notwendig werden, weitere Anwendungsvarianten miteinzubeziehen, beispielsweise das Protokoll der positiven Affekt-Toleranz (Leeds 2007).

Die Verfahren, die bei dissoziativen Patienten angewendet werden, können von großem Nutzen sein bei intrusiven Symptomen, die charakteristisch für Dissoziation sind. Zum Beispiel stellt die Übung des ‚Ortes der Begegnung‘ (meeting place exercise) (Fraser 2003; Gonzáles & Mosquera 2012) für uns ein Instrument bereit, um der betroffenen Person zu helfen, die verschiedenen Teile seines Selbst anzuerkennen, die nur schwerlich als solche akzeptiert werden können. Gleichzeitig wird somit eine integrative Sichtweise gefördert.

Kriterium 4

Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zu viel oder zu wenig zu essen)

Ein Kind, das von seiner Bezugsperson eingeschränkt oder bestraft wird, wenn es wütend wird, lernt, seinen Ärger zu beherrschen und zu verstecken. Vielleicht lernt es sogar, ihn gar nicht erst zu fühlen, da das Zeigen von Wut gefährlich oder schädlich sein könnte. Ist ein Elternteil aggressiv, wird Wut mit ihm assoziiert und deshalb abgelehnt. Durch die Ablehnung kann diese Emotion nicht mit den übrigen mentalen Funktionen integriert werden. In manchen Fällen resultiert dies in einem Wechsel zwischen Beherrschung und Dissoziation von Wut, oder ihrem unkontrollierten und unmodulierten Ausdruck.

In einem wütenden mentalen Zustand kann es sein, dass der Patient stärkeren Zugriff hat auf Erinnerungen, die mit Situationen erlebter Wut im Kindesalter

verknüpft sind (zustandsabhängige Erinnerung) und die in manchen Fällen in ruhigem Gefühlszustand noch nicht einmal teilweise abrufbar sind (dissoziative Amnesie). Diese Amnesie kann auch zwischen zwei verschiedenen mentalen Zuständen auftreten. Viele Borderline-Patienten haben keine oder nur verschwommene, fragmentierte Erinnerungen an ihr aggressives Verhalten sich selbst oder anderen gegenüber: Sie wissen zwar, was passiert ist, können sich aber nicht an die begleitenden, inneren Prozesse erinnern oder daran, was sie gesagt oder getan haben. Bei diesen Phänomenen, die oftmals als Schrei nach Aufmerksamkeit oder als bewusster Versuch interpretiert werden, sich von der Verantwortung für ihr Verhalten zu befreien, handelt es sich oft um genuine Formen von Amnesie.

Der Zugang zu dysfunktionalen Informationen und zu den Erinnerungen, die das damit zusammenhängende Verhalten implementieren, wird sich anders gestalten, sofern signifikante Amnesie und strukturelle Dissoziation vorliegen. Weist der Patient eine einschlägige Dissoziation auf, darf sich der Therapeut den traumatischen Erlebnissen nur vorsichtig nähern (es gibt einen Grund, weshalb sich der Patient nicht daran erinnern kann) und ein Arbeiten mit den dissoziierten Teilen ist erforderlich. Bei verminderten oder fehlenden amnestischen Barrieren kann ein direkterer Zugang gewählt werden.

Kriterium 5

Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten

Sowohl bei der unsicher-ambivalenten, als auch bei der desorganisierten Bindung werden die kindlichen Bedürfnisse nur schwer und inkonsistent von der Betreuungsperson wahrgenommen. Oft muss das Kind lauter oder länger schreien, um *bemerkt zu werden*. Da dies das übliche Verhaltensmuster darstellt, lernt das Kind, dass es seine Bedürfnisse übertrieben und hartnäckig präsentieren muss. In anderen Fällen gibt es aufgrund erlernter Hilflosigkeit auf und ignoriert

seine eigenen Bedürfnisse oder hat Schwierigkeiten, sie zu erkennen. Es weiß nicht, wie es sich um sich selbst kümmern soll, da es kein angemessenes Selbstfürsorge-Muster erlernt hat (Gonzáles & Mosquera 2012). Der EMDR-Therapeut deutet dies nicht als ‚übertriebenen und unnötigen Schrei nach Aufmerksamkeit‘, sondern versucht, die Dynamik unter der Oberfläche des vordergründigen Verhaltensmusters zu verstehen.

Auch Selbst-Verletzungen können als Reaktion auf Schwierigkeiten der Selbstregulation oder der Toleranz negativer Emotionen entstehen. Häufig geben Patienten an, sich physischen Schmerz zuzufügen, da dieser für sie besser zu ertragen sei als emotionaler Schmerz (Mosquera 2008). Durch die Selbst-Verletzung versuchen sie, aus unangenehmen Emotionen, einer traumatischen Erinnerung oder einer Depersonalisierungs-Erfahrung auszusteigen. Obwohl das Reprozessieren dieser Erinnerungen mit EMDR die erlebte Belastung, die hinter dem Verhalten steht, vermindern könnte, könnte eine solch direkte Herangehensweise in vielen Fällen überwältigend für den Patienten sein. Stattdessen ist eine allmähliche Annäherung an diese Erinnerungen ratsam, so dass der Patient sich an die Arbeit mit traumatischen Erinnerungen gewöhnen kann. Eine Variante des CIPOS-Modells (Knipe 2008), das mit einer progressiven und schrittweisen Methode Zugang zu den Erinnerungen verschafft, kann an dieser Stelle hilfreich sein – sogar bei nicht-dissoziativen Patienten.

Bei manchen BPS-Patienten können diese bedrohlichen Verhaltensweisen mit dissoziativen Persönlichkeitsanteilen in Verbindung stehen, die evtl. deutlicher zutage treten, nachdem der zur Selbstverletzung führende (externe und interne) Auslöser untersucht wurde. Die Ablehnung der traumatischen Erfahrung kann zu extremer Dissoziation führen, bei der einige innere Persönlichkeitsanteile das Täterverhalten reproduzieren: Im auto-aggressiven Verhalten wird der frühere Missbrauch wiederholt.

Kriterium 6

Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)

Emotionale Regulation ist kein angeborener Prozess. Sie wird in der frühen Kindheit durch die dyadische Beziehung von Kind und Bezugsperson entwickelt (Schore 2003a, 2003b). Sichere Bindung basiert auf der Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson, die in der Lage ist, sich auf das Kind einzustellen, die in ihrem Verhalten konsistent ist und dem Kind hilft, seine emotionalen Reaktionen zu modulieren. Ein gewisses Maß an Unbehagen ist adaptiv, da Kinder nur so lernen, Frustration auszuhalten und Gratifikation aufzuschieben. Die Bezugsperson muss dem Kind später dann jedoch helfen, seine emotionale Balance wiederzuerlangen. So lernt das Kind (und der spätere Erwachsene), seine Emotionen innerhalb des sogenannten ‚Toleranzfensters‘ zu regulieren. Dies beinhaltet ein adäquates Aktivierungsniveau, um sich an Gegebenheiten anzupassen und mit ihnen angemessen umzugehen (Ogden 2006). Obgleich biologische Faktoren ebenso zu einer affektiven Instabilität beitragen können (Mosquera, Gonzáles & Van der Hart 2011), können wir ebenso die Wirkung präverbaler Erfahrungen erkennen (wie z.B. einen Mangel an Empfindung), die stattfanden, als das autobiographische Gedächtnis noch nicht entwickelt war.

Ebenso kann eine ausgeprägte Hypersensitivität für situative Trigger bestehen, die teilweise eine posttraumatische Grundlage haben können. Gesten, Verhalten und Mimik anderer, die den Patienten vielleicht an entsprechende Verhaltensweisen der Bezugspersonen seiner Kindheit erinnern, können Reaktionen triggern, die unangemessen und kontextinadäquat erscheinen. Ein lauter Tonfall zum Beispiel erzeugte bei einer Patientin eine starke Abwehrreaktion, gefolgt von einem depressiven Zustand und intensiven Schuldgefühlen.

Sie konnte erkennen, dass ihre Reaktion in Bezug auf die Bemerkungen, die ihr Partner oder ein Kollege gemacht hatte, nicht angemessen war. Ihr Verhalten stimmte mit dem eines Kindes überein, das auf den extrem autoritären und kritischen Vater, mit dem es aufwuchs, reagiert. Als Kind fühlte sie sich durch sein Brüllen buchstäblich gelähmt, und die Art und Weise, mit der sie sich selbst anklagte, entsprach den häufigen kritischen und feindlichen Kommentaren ihres Vaters. Da sie nie gelernt hatte, mit ihrer Wut umzugehen und es ihr an Durchsetzungsvermögen fehlte, entwickelte sich diese Fähigkeiten nicht bis zu dem Niveau anderer Funktionen und Fähigkeiten. Auch, wenn sie sich im Hier und Jetzt einem erwachsenen Menschen gegenüber sah, bei dem sie Handlungsoptionen hatte und der nicht im Geringsten wie ihr Vater aussah, passierte es ihr, dass sie angesichts dieser speziellen Signalreize irgendwie ‚in der Zeit einfror‘ und bestimmte Merkmale der kindlichen Reaktion von damals aufrechterhielt – Verhaltensmerkmale gegenüber einem Vater, mit dem sie nicht umgehen konnte.

Kriterium 7 **Chronische Gefühle von Leere**

Chronische Gefühle der Leere können in Zusammenhang stehen mit dem erlebten Mangel an Passung (attunement) mit dem Elternteil. Eine sichere Bindung erzeugt im Kind ein Gefühl von innerer Sicherheit und einer beständigen Verbindung mit anderen. Wenn BPS-Patienten frühe Lebenserfahrungen in Zusammenhang mit diesen Gefühlen der Einsamkeit reflektieren, beschreiben sie Momente der Einsamkeit, der Unsichtbarkeit und wie niemand gemerkt hat, wie sie sich fühlten. Ein Elternteil, der von seinen eigenen Konflikten und Schwierigkeiten überwältigt ist, mag nicht in der Lage sein, wirklich die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen oder sie von seinen eigenen zu unterscheiden.

Als eine Patientin gefragt wurde, wann sie zum ersten Mal diese Gefühle hatte, erwiderte sie, dass dies in ihrer Kindheit in einem Alter von ungefähr sieben Jahren lag. Die Bindung zu ihrer Mutter war sehr eng

(extreme). Seit deren Tod vor 5 Jahren hatte sie sich schutzlos und unvollständig gefühlt. Sie beschrieb sie als eine ‚gute Mutter‘, die sich um ihre Kinder gesorgt und hart für sie gearbeitet hatte. Ihren Vater beschrieb sie als Gewohnheitstrinker, der häufig spät nach Hause kam. Sie erinnerte sich daran, allein in ihrem Zimmer gewesen zu sein, voller Angst und in Erwartung der Rückkehr des Vaters. Sie erinnerte weder aggressive Episoden, noch verbalen oder seelischen Missbrauch.

Die Patientin konnte sich nicht entsinnen, jemals umarmt worden zu sein und hatte ein unerträglich intensives Bedürfnis danach. Das Gefühl der Leere war mit diesen Erfahrungen verknüpft. Sie hatte nie das Gefühl, dass andere verstanden, was mit ihr geschah oder wie sie sich fühlte. Es waren zwar Erwachsene anwesend, aber sie beschrieb dennoch häufige Episoden völliger Einsamkeit. Sie schilderte, wie ihre Mutter arbeitete und ihr Vater unterwegs war und konnte sich an keinen Ausdruck von Zuneigung oder Bestätigung erinnern. Die Bindung und Abhängigkeit zu ihrer idealisierten Mutter schien Ausdruck eines nicht ganz befriedigten Bindungsbedürfnisses zu sein.

In ihren Liebesbeziehungen suchte sie nach ‚allem, was sie niemals hatte‘, was dazu führte, dass sie sich in ihrer Ehe selbst aufgab und eine Abhängigkeitsbeziehung mit ihrem Partner einging, in der sie über Jahre andauernden Missbrauch tolerierte. Hin und wieder suchte sie Zuflucht in Alkohol und anderen Drogen, um das unerträgliche Gefühl der Leere zu überwinden, was aber wiederum zusätzliche Probleme verursachte und ihr Grundgefühl nicht veränderte. Selbst, als sie aufhörte zu trinken und sich nicht weiter auf problematische Beziehungen einließ, war dieses Gefühl der Leere immer noch präsent; zum Teil sehr intensiv und stark verbunden mit Einsamkeit. Mit dem EMDR-Protokoll wurden die verstörenden Erinnerungen der emotionalen Vernachlässigung reprozessiert, die diese Gefühle ausgelöst und zu ihren dysfunktionalen Partnerwahlen geführt hatten. Während der EMDR-Sitzungen wurden spezifische Interventionen zur Stärkung der Selbstregulation erforderlich.

Kriterium 8

Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)

Einige Menschen mit dieser Diagnose zeigen unberechenbare Reaktionen, die aus plötzlichen Stimmungsschwankungen oder emotionalen Ausbrüchen bestehen. Mit diesem Verhalten reproduzieren viele Patienten die dysfunktionalen Wut-Muster ihrer Kindheit. Die Oszillation zwischen unterwürfigen Haltungen gegenüber einem missbräuchlichen/abusiven Partner und Episoden unkontrollierbarer Wut hat oft viele Parallelen mit den Rollen beider Eltern während der Kindheit. Zum Beispiel konnte die Patientin - wie ihre Mutter angesichts des verbalen und manchmal körperlichen Missbrauchs durch den Vater - verletzlich, abhängig und hilflos erscheinen. Erschwerend kann hinzukommen, dass die Patientin dieses missbräuchliche Verhalten reproduziert und später dafür heftige Schuldgefühle empfindet. Indem sie den in ihrer Kindheit erworbenen Verhaltensmodellen folgt, kämpft sie nun darum, das Verhalten ihres Vaters zu vermeiden und sich dem der Mutter anzugleichen. Durch die Ablehnung ihrer Wut (da sie sie mit ihrem Vater gleichsetzt) bleibt sie jedoch unfähig, mit diesem Gefühl umzugehen. Wenn es sich angestaut hat, explodiert sie in unverhältnismäßiger und unangemessener Weise. Die Patientin ist in einer Welt der Extreme aufgewachsen und ihr eigenes Verhalten vollzieht diese Entwicklungs-Polaritäten nach. Einsicht zu gewinnen in die Verbindung zwischen diesem Verhalten und der Geschichte des Patienten kann helfen, eine automatische und unreflektierte Wiederholung zu verhindern. Die Arbeit mit EMDR ist nicht auf das Reprozessieren von Erinnerungen beschränkt. Bereits mit Beginn der Anamnese Phase versuchen wir, den Patienten ein Verständnis ihres Verhaltens zu vermitteln, damit sie eine Reflexionsfähigkeit entwickeln, die ihnen später bei der Impulssteuerung behilflich sein wird. Die therapeutische Haltung völliger Akzeptanz des Patienten trotz seines Verhaltens und

gleichzeitiger weiterer Unterstützung beim Erwerb einer gesunden und angemessenen Verantwortlichkeit sowie bei der Einleitung von Veränderungen, legt den Grundstein für Integration und Regulation von Verhalten. Wie bereits erwähnt beruht diese Impulsivität in manchen Fällen auf einer genetischen Temperamentskomponente, die ggfs. spezieller pharmakologischer Unterstützung bedarf.

Kriterium 9

Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Dies ist eines der am häufigsten übersehenen und wichtigsten Kriterien bei schweren BPS-Fällen. Wie oben erwähnt, fungieren oft Gesten, Worte oder scheinbar unbedeutende Signale als traumatische Trigger oder Warnsignale, die in Beziehung zu frühen Erfahrungen stehen. Es ist wichtig zu verstehen, woher das Symptom kommt. Zum Beispiel kann das Insistieren des Therapeuten (wenn auch nur leicht), an einem bestimmten Thema zu arbeiten, paranoide Wahrnehmungen oder dissoziative Zustände in Verbindung mit sexuellem Missbrauch triggern, bei dem die zwischenmenschlichen und körperlichen Grenzen verletzt wurden. In anderen Fällen können diese Signale Gefühle triggern, die assoziiert sind mit der Zudringlichkeit einer höchst dysregulierten Bezugsperson und demnach einer Bindungsbeziehung, die stärker mit einem Gefühl der Gefahr als der Sicherheit verbunden ist. Die Abwehrreaktion, das Misstrauen und der offensichtliche Widerstand, die im Hier und Jetzt unverständlich und unverhältnismäßig erscheinen, werden erst im Kontext vergangener Erfahrungen verständlich.

Häufig schließen dissoziative Symptome akustische Halluzinationen mit ein, die vollständig dissoziierte mentale Zustände sind, die sich gewissermaßen wie ‚parallele Selbst-Zustände‘ verhalten. Bei anderen Gelegenheiten können solche Stimmen Äußerungen von Menschen aus der Vergangenheit des Patienten reproduzieren und ähneln so eher auditiven

Flashbacks. Depersonalisation, Amnesie und verschiedene Formen von Intrusion können in den stärker dissoziativen BPS-Fällen auftreten. Es ist wichtig, dass eine umfassende Untersuchung dieser Aspekte Teil der Erst-Evaluation jener Patienten wird, bei denen die Häufigkeit dissoziativer Symptome die anderer mentaler Störungen bei Weitem übersteigt.

Schlussfolgerungen

Die Integration des Wissens über frühe und schwere Vernachlässigung, Trauma und Bindungsprozesse mit dem Adaptiven Informationsverarbeitungs-Modell, auf dem EMDR basiert, bildet die Grundlage für die Behandlungsplanung. Das zentrale Element des EMDR-Psychotherapie-Ansatzes geht über eine reine Anwendung von Protokollen hinaus; es besteht vielmehr aus einer umfassenden Fall-Konzeptualisierung, bei welcher der Therapeut mehr als lediglich die Symptome berücksichtigen muss, um die komplexe Ansammlung belastender und traumatischer Erfahrungen zu verstehen, die die Ursache für die Probleme des Patienten bilden. So wird der Patient darauf vorbereitet und kann sich darauf einlassen, diejenigen Aspekte aus seiner Vergangenheit zu reprozessieren, die seine Symptome im Hier und Jetzt implementieren, aufrechterhalten und aktivieren. Selbst in Fällen, bei denen sich eine BPS ohne zugrundeliegende größere Lebenstraumata entwickelt hat, weisen BPS-Patienten meist eine Ansammlung ungünstiger Lebensereignisse in Verbindung mit dysfunktionalen Bindungen auf. Das Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung bietet für den Umgang mit solchen Fällen eine hervorragende ‚Brille‘; ebenso liefert es, wie sich in der klinischen Erfahrung der Autoren des vorliegenden Artikels zeigte, spezielle Vorteile beim Auflösen der schwierigsten und behandlungs-resistentesten Symptome, wie z. B. Gefühlen der Leere und Verwundbarkeit, Mangel an emotionaler Regulation und selbstzerstörerischem Verhalten.

Literatur

- APA (1994)
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R).
Washington, DC: Author.
- Bateman A & Fonagy P (2004)
Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment.
Oxford: Oxford University Press.
(dt.: **Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept.** Psychosozial Verlag 2008)
- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH & Morey LC (2004)
Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study.
Journal of Personality Disorders. 18: 193-211
- Dell PF (2009)
The subjective/phenomenological view of pathological dissociation.
In: Dell PF, O’Neil JA, editors. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.
In PF Dell & JA O’Neil (Eds.)
Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.
New York: Routledge.
- Fonagy P, Target M, Gerfely G (2000)
Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence.
Psychiatric Clin North Am 23:103-122.
- Fossati A, Madeddu F & Maffei C (1999)
Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytical study.
Journal of Personality Disorder, 13, 268–280.

Forgash C & Copeley E (2008)

Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego-States Therapy.

New York: Springer Publishing.

Fraser GA (2003)

Fraser's "Dissociative Table Technique" Revisited, Revised: A Strategy for Working with Ego States in Dissociative Disorders and Ego-State Therapy.

Journal of Trauma & Dissociation, 4(4), 5-28

Golier J, Yehuda R, Bierer L, Mitropoulou V, New A, Schmeidler J, Silverman J & Siever J (2003)

The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events.

American Journal of Psychiatry, 160, 2018-2024.

Gonzalez A & Mosquera D (2009)

Sintomatología Disociativa en los Trastornos de Personalidad. Identificación y Abordaje. Trastornos de la Personalidad. I Jornadas gallegas.

TP-Galicia. A Coruña

Gonzalez A & Mosquera D (2012)

EMDR and Dissociative Disorders: The Progressive Approach. Ediciones Pléyades.

Madrid.

Gonzalez A, Mosquera D, Knipe J & Leeds A (2012)

Introducing Healthy Patterns of Self-Care;

In: **EMDR and dissociation: the progressive approach.**

Ediciones Pleyades, S.A.

Goodman M & Yehuda R (2002)

The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder.

Psychiatric Annals, 33, 337-345.

Graybar S & Boutilier LR (2002)

Nontraumatic pathways to borderline personality disorder.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39, 152-162.

Korn DL & Leeds AM (2002)

Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Complex Posttraumatic Stress Disorder.

Journal of Clinical Psychology. Vol 58 (12). 1465-1487.

Knipe J (2008)

EMDR toolbox. Preconference workshop on the IX EMDR Europe Conference.

London.

Leeds A (2007)

Learning to feel good about positive emotions with the Positive Affect Tolerance and Integrative Protocol.

EMDRIA Annual Conference. September. Dallas.

Leeds A (2009)

A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and consultants.

Springer Publishing Company.

Mosquera D (2004)

Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad.

Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Madrid, Ediciones Pléyades.

Mosquera D (2008)

La autolesión: el lenguaje del dolor.

Ediciones Pléyades.

Mosquera D (2010)

Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-R-TR.

Revista Persona, 10(2), 7-22.

Mosquera D & Gonzalez A (2011)

Del apego temprano al TLP. Revista Mente y Cerebro.

Enero-Febrero 2011, páginas 18-27.

Mosquera D & Gonzalez A (2011)

Personality Disorders and EMDR.

EMDR Europe Conference. Vienna.

Mosquera D, González A & Van der Hart O (2011)
Borderline Personality Disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality.
Persona, FUNDAP (44-73)

Mosquera D & Gonzalez A (2012)
Disturbo borderline di personalità, trauma e EMDR.
Rivista di psichiatria. Supplemento al vol., 47, n° 2, marzo/abril.

Ogden P, Minton K & Pain C (2006)
Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.
New York: Norton
(dt.: **Trauma und Körper: Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz**; Junferman 2010).

Pelcovitz D, van der Kolk BA, Roth S, Mandel F, Kaplan S & Resick P (1997)
Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES).
Journal of Traumatic Stress, 10, 3-16.

Sansone RA, Gaither GA & Songer DA (2002)
The relationships among childhood abuse, BPD, and self-harm behavior in psychiatric inpatients.
Violence Vict 17(1): 49–55.

Schore A (2003a)
Affect dysregulation and disorders of the self.
New York: Norton.

Schore A (2003b)
Affect regulation and the repair of the self.
New York: Norton
(dt.: **Affektregulation und die Reorganisation des Selbst**; Klett-Cotta 2007).

Silk KR, Lee S, Hill EMD & Lohr NE (1995)
Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse.
American Journal of Psychiatry, 152: 1059-1064.

Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S & Spinazzola J (2005)
Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma.
Journal of Traumatic Stress, 18, 389–399.

Zanarini MC (2000b)
Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder.
Psychiatric Clinics of North America 23: 89–101.

Dolores Mosquera

PsyD, EMDr Trainerin und Supervisorin
INTRA-TP Instituto for the Study of Trauma and Personality Disorders La Coruña, Spanien

Anabel Gonzáles

MD, PhD, Program of Trauma and Dissociation.
University Hospital of A Coruña, Spanien

Postanschrift

Dolores Mosquera
General Sanjurjo n° 111, 5°
15006, A Coruña, Spanien
doloresmosquera@gmail.com