

# **Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und ihre Möglichkeiten bei der Behandlung der Borderline-Störung**

## **Wenn die Last zermürender Gefühle zu groß wird**

Von Dipl.-Psych. Andrea Richter

Immer dann, wenn ein Mensch an persönliche Grenzen des seelisch Tragbaren oder Machbaren stößt und sich auf die Suche nach einer geeigneten Hilfe begibt, steht er vor der Frage: An welchen Therapeuten wende ich mich? Dabei geht es nicht allein um die Entscheidung, ob es eher ein Therapeut oder eine Therapeutin sein sollte, der man sich anvertrauen möchte. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Entscheidung für ein bestimmtes therapeutisches Verfahren. Denn hinter jeder therapeutischen Richtung – wie zum Beispiel der Psychoanalyse, der Verhaltens-, Familien- oder Gestalttherapie – verbirgt sich ein anderer methodischer Ansatz, der den Inhalt und die Art und Weise der Therapie bestimmt.

## **Zur Gesprächspsychotherapie**

So wie beispielsweise die Psychoanalyse eng mit ihrem Begründer Sigmund Freud verbunden ist, gehört der Amerikaner Carl R. Rogers untrennbar zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, der dieses Verfahren 1942 begründete. Das Konzept der Gesprächspsychotherapie geht davon aus, dass der Mensch ein angeborenes Bestreben zur Selbstverwirklichung besitzt, das bei entsprechend positiven Umständen für die ständige Weiterentwicklung und Reifung der Persönlichkeit sorgt. Die Erziehung in der Kindheit und der Einfluss wichtiger

Bezugspersonen, wie Vater und Mutter, führen dazu, dass jeder Mensch ein Gerüst von Einstellungen sich selbst gegenüber entwickelt, das Rogers als Selbstkonzept bezeichnete. Dieses Selbstkonzept, das bei jedem Mensch verschieden ist, beinhaltet den Antrieb, die individuelle Gestaltung von Beziehungen sowie unser Handeln in allen Lebensbereichen. Führt jedoch ungünstige Faktoren in der Kindheit dazu, dass wir uns bestimmter Gedanken, Wünsche und Gefühle schämen lernten, sie als gefährlich oder gar bedrohlich für uns selbst und das eigene Handeln erleben, so versuchen wir sie – bewusst oder unbewusst – auszublenden. Denn kaum ein Mensch konfrontiert sich gern absichtlich mit Ereignissen oder Gefühlslagen, von denen er ahnt, dass sie ihm unangenehm sein könnten und schmerzen. Gerät man im Alltag jedoch genau in solche Situationen oder Stimmungen, denen man nicht mehr begegnen möchte, entsteht ein innerer Konflikt, begleitet von Spannungen und unerträglichen Emotionen. Das wirkliche, unmittelbare Erleben passt in diesem Augenblick nicht zu dem Bild, das wir im Laufe der Zeit von uns selbst erstellt haben. Viele solcher Situationen begegnen uns täglich, wir setzen uns mit ihnen fast automatisch auseinander und ändern unser persönliches Bild entsprechend neuer Erfahrungen, ohne dass wir uns dabei abwerten oder nachhaltig in Frage stellen. Doch häufig sind Menschen entwicklungsbedingt in verschiedenen Erlebensbereichen gezwungen, einen anderen, schmerzhaften Weg zu gehen: Was nicht in das eigene Bild zu passen scheint, wird verdrängt oder solange „bearbeitet“, bis es akzeptabel erscheint. Als stellvertretendes Beispiel könnten Partnerkonflikte stehen: Kommt es zu Schwierigkeiten, übersehen viele Partner unbewusst ihren Anteil am Problem. Sie sind bestrebt, dem anderen die Hauptschuld zu geben. Dieses Verzerrern des eigenen Erlebens hilft ihnen, das gewohnte Bild von sich selbst aufrechtzuerhalten. Misslingt das, folgt als ungewollte Konsequenz innere Spannung oder Angst, die mit einem fassadenhaften Verhalten im Umgang mit anderen Menschen versucht wird, zu überdecken.

Rogers nannte diesen Zustand Inkongruenz. Es fehlt eine Deckungsgleichheit zwischen den persönlichen inneren Wahrnehmungen und den dann gezeigten Gefühlen. Diese Inkongruenzen entstehen im Laufe des Lebens dadurch, dass bedeutsame Bezugspersonen, wie Eltern oder andere nahe stehende Personen, uns nicht so annehmen und akzeptieren, wie wir wirklich sind. Um die Anerkennung von eben diesen wichtigen Bezugspersonen zu erhalten, zwingen wir uns dann dazu,

dass wir uns entsprechend ihrer Vorstellungen verhalten, etwas wider den eigenen Wünschen und Vorstellungen tun und die dabei auftretenden unangenehmen Gefühle verleugnen und verdrängen. Rogers sah damals in lang anhaltender oder stark ausgeprägter Inkongruenz die Ursache fast aller seelischen Störungen. Diese Sichtweise ist auf Grund von neueren Forschungsergebnissen so generalisierend nicht mehr haltbar, da es nicht nur *eine* Ursache für seelische Beeinträchtigungen gibt, sondern viele Faktoren zusammentreffen müssen.

In der Gesprächspsychotherapie gibt es nicht – wie etwa in der Verhaltenstherapie – ein unterschiedliches Vorgehen bei verschiedenen Störungen. Die Vorgehensweise des Therapeuten bleibt im Prinzip immer gleich. Durch einführendes Verstehen, Achtung, Sorge, Wärme und Echtheit ermutigt er den Klienten, sein wirkliches Erleben in Konfliktsituationen bewusst zuzulassen und es ohne Verstellung zu äußern. Auf diese Weise wird ein therapeutischer Rahmen geschaffen, in dem man zu seinen Gefühlen stehen lernt, um dann schrittweise das Selbstkonzept entsprechend zu verändern, damit ein ‚echtes‘ bzw. kongruentes Erleben entsteht. Und hier kann Gesprächspsychotherapie eine Chance bedeuten. Ziel einer jeden Gesprächspsychotherapie ist im Wesentlichen, dass man authentisch sich selbst gegenüber werden kann, mehr Klarheit über seine eigene Gefühlswelt, über Werte oder Einstellungen erhält und Dinge und Beziehungen in einen anderen – weniger belastenden – Zusammenhang stellt.

Rogers beschrieb bei seinen ersten Veröffentlichungen nicht nur, wie er sich therapeutische Gespräche vorstellte, sondern er verdeutlichte auch, dass Gesprächspsychotherapie in seinem Sinne weder Beratung, noch Interpretation sei. Einer direkten Lenkung oder indirekten Beeinflussung durch erklärende oder wertende Kommentare habe sich ein Therapeut zu enthalten.

Viel mehr stehen in einer Gesprächspsychotherapie einführendes Verstehen und aktives Zuhören im Vordergrund, so dass sich der Klient mit seinem ganz individuellen Erleben akzeptiert und angenommen fühlt, sich öffnen kann, um auf der Grundlage einer guten und tragfähigen therapeutischen Beziehung sein Selbstbild so abzuändern, dass sich die belastenden Inkongruenzen reduzieren.

## Zur Borderline-Störung

Diagnosen benennen Störungen oder Krankheiten. Dabei stellt die Beschreibung einer gewissen Anzahl verschiedener Symptome stets den Ausgangspunkt einer solchen Diagnose dar. Weil Beschreibungen aber auch immer eine Wertung beinhalten, besteht die Gefahr, dass sich betroffene Menschen – neben der hilfreichen Entlastung, eine ‚richtige‘ Krankheit zu besitzen – mit der Diagnose ‚Borderline-Störung‘ abgewertet fühlen. Die Diagnose würde in diesem Fall ihren erklärenden Wert verlieren und zur Bedrohung werden.

Der Begriff der Borderline-Störung repräsentiert eine lange Entwicklung. Schon im 17. Jahrhundert berichtete ein Arzt von Menschen, die durch ihre außerordentliche Launenhaftigkeit auffielen und ohne jedes Maß jene liebten, die sie kurz darauf ohne ersichtlichen Grund hassen würden. Gegenwärtig ordnet man die Borderline-Störung den Persönlichkeitsstörungen zu. Die Grundlage dafür liegt in der psychoanalytischen Betrachtungsweise. Diese Sichtweise geht davon aus, dass die Qualität der Beziehung zu wesentlichen Bezugspersonen – wie Mutter und Vater – für die Entwicklung ihres Kindes von großer Bedeutung dafür ist, wie das Kind sich später selbst bzw. andere Menschen sieht. Ist diese Beziehung in früher Kindheit gestört, so entsteht später eine fortgesetzte Instabilität in wichtigen sozialen Beziehungen, aber auch der emotionalen Stimmung bzw. Affektivität und im Selbstbild. Das äußert sich unter anderem in intensiven, häufig wechselnden Beziehungen, der Neigung zu selbstgefährdendem Verhalten oder starken Gefühlsausbrüchen. Viele Betroffene haben eine schwierige Kindheit durchlebt, das von unberechenbarem Verhalten der Eltern geprägt war, bei dem sich z. B. maßlose Bestrafungen mit großer Fürsorglichkeit unvorhersehbar abwechselten. Missbrauch und Gewalt spielten häufig eine Rolle. Auf diese Weise fehlt für später die Grundlage, um einen angemessenen Umgang mit eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Beziehungen, zu erlernen. Diese Folgen schlagen sich in verschiedenen Lebens- und Erlebensbereichen nieder.

Zusätzlich zu den anstrengenden, oft chaotisch erscheinenden Formen zwischenmenschlicher Beziehungen tritt bei Menschen mit einem solchen Störungsbild auch verstärkt selbstschädigendes Verhalten auf, ob durch Geld-

ausgeben, in der Sexualität oder beim Essverhalten, beim Drogenkonsum oder durch rücksichtsloses Fahren. Selbstschädigung richtet sich aber auch häufig gegen die eigene Person – über Suizidandrohungen und –versuche oder Selbstverletzungen. Unkontrollierte Gefühlsausbrüche können sich mit Leere abwechseln und gar zu Wahnvorstellungen führen.

Vor diesem Hintergrund kann Menschen mit der Diagnostik ‚Borderline-Störung‘ die Entscheidung für eine Therapie nicht leicht fallen. Oft steht vor Beginn einer Therapie auch die Not, endlich etwas unternehmen zu müssen und das Drängen anderer, die diesen Zustand nicht mehr aushalten. Die Gesprächspsychotherapie bietet für den Klienten die Möglichkeit, dass er aus der Sicherheit einer guten therapeutischen Beziehung heraus, seine erlebten Verletzungen zu formulieren wagen lernt, seine Gefühle sich selbst gegenüber nicht mehr aus Selbstschutz verleugnen muss und er infolge dessen sein Selbstkonzept in Teilen für sich neu zu schreiben vermag.

## **Vertiefende und weiterführende Literatur**

**Rahn E (2001) Borderline.** Psychiatrie-Verlag. <http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3884142585/drmedmichaungero>

**Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (2004) Handbuch der Borderline-Störungen.** Schattauer. <http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3794523776/drmedmichaungero>

**Finke J (2004) Empathie und Interaktion.** Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Thieme. <http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/313129602X/drmedmichaungero>

**Finke J (1999) Beziehung und Intervention.** Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Thieme. <http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3131160217/drmedmichaungero>

---

Copyright © 2005 by IPSIS® Institut für psychotherapeutische Information und Beratung  
<http://www.ipsis.de>