



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Leben Lernen

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Das Erzeugen von Trancezuständen, etwa durch Imaginationsübungen und Achtsamkeitstraining, spielt in evidenzbasierten Therapieverfahren von Borderline-Persönlichkeitsstörungen bereits seit vielen Jahren eine wichtige Rolle. Dennoch gibt es bisher kaum Literatur zum Einsatz von Hypnose bei Borderline-Patienten. Dieses Buch beschreibt praxisnah das breite Spektrum der Anwendungsmöglichkeiten von Hypnose und Hypnotherapie in der Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es reicht von formaler Trancearbeit über hypnotherapeutische Kommunikation zum therapeutischen Beziehungsaufbau bis hin zum Einsatz in Krisen und bei Suizidalität. Die vorgestellten Strategien lassen sich leicht in bereits bestehende Behandlungskonzepte integrieren, um diese sinnvoll zu ergänzen und effizienter zu gestalten.

Katrin Breitbach

Hypnose bei Borderline- Persönlichkeits- störungen

**Hypnotherapeutische Interventionen
für die Praxis**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2023 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © pusteflower 8024/Adobe Stock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-89310-6

E-Book ISBN 978-3-608-12164-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20608-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Für Natalie

Inhalt

| | |
|---|----|
| Einleitung | 13 |
| 1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre hypnotherapeutischen Behandlungsansätze | 17 |
| 1.1 Epidemiologie | 17 |
| 1.2 Aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik | 18 |
| 1.3 Störungsspezifische Behandlungsmöglichkeiten der BPS | 21 |
| 1.4 Hypnotherapeutische Strategien in etablierten Therapieverfahren | 22 |
| 1.4.1 Imagination versus Hypnose – wo ist der Unterschied? | 22 |
| 1.4.2 Innerer sicherer Ort | 26 |
| 1.4.3 Achtsamkeit und Hypnose | 26 |
| 1.4.4 Gezielte Anwendung hypnotherapeutischer Sprachmuster | 28 |
| 1.4.5 Stuhldialoge | 29 |
| 1.4.6 Metaphern, Parabeln und Geschichten | 29 |
| 1.5 Hypnotherapeutische Behandlungsansätze der BPS | 30 |
| 1.5.1 Behavioraler Ego-State-Therapieansatz | 31 |
| 1.5.2 Hypnoanalytischer Ansatz | 32 |
| 1.6 Einfluss von Hypnose auf die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie | 32 |
| 2 Besonderheiten in der Hypnoseanwendung bei BPS | 34 |
| 2.1 Einschätzen der allgemeinen Stabilität | 35 |
| 2.1.1 Ich-Struktur-Niveau | 35 |
| 2.1.2 Suggestibilität und Dissoziationsneigung | 36 |
| 2.1.3 Anspannungsniveau | 36 |
| 2.1.4 Therapeutisches Setting | 37 |
| 2.1.5 Vorerfahrungen des Patienten | 38 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.2 | Aufklärung über Hypnose | 38 |
| 2.2.1 | Ist der Patient wirklich bereit für die Hypnose? | 39 |
| 2.2.2 | Was erwartet die Patientin in der Hypnose? | 39 |
| 2.2.3 | Stopp-Signal vereinbaren | 41 |
| 2.2.4 | Neurobiologische Informationen über Hypnose | 42 |
| 2.2.5 | Nebenwirkungen von Hypnose | 42 |
| 2.2.6 | Amnesie | 43 |
| 2.3 | Besonderheiten in der Gestaltung formaler Hypnosен bei BPS | 44 |
| 2.3.1 | Geeignete Hypnoseinduktionen bei Patienten mit BPS | 44 |
| 2.3.2 | Mit offenen oder geschlossenen Augen? | 45 |
| 2.3.3 | Wo »darf« die Therapeutin sitzen? | 46 |
| 2.3.4 | Immer wissen, wo sich der Patient gerade befindet! | 47 |
| 2.3.5 | Die Trancetiefe gezielt beeinflussen | 47 |
| 2.3.6 | Anti-Dissoziations-Skills in Bereitschaft haben | 49 |
| 2.3.7 | Nachbesprechung der Hypnosesitzung | 50 |
| 2.4 | Zielhierarchie und Behandlungsfokus im Blick behalten | 51 |
| 2.5 | Checkliste für die Anwendung von Hypnose bei BPS | 52 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3 | Hypnotherapeutische Kommunikation für den therapeutischen Beziehungsaufbau | 54 |
| 3.1 | Allgemeine hypnotherapeutische Strategien für den Aufbau von Rapport | 55 |
| 3.1.1 | Yes-Set | 55 |
| 3.1.2 | Gedankenlesen | 56 |
| 3.1.3 | Weichmacher | 57 |
| 3.1.4 | Stellvertretertechnik | 58 |
| 3.1.5 | Negativsuggestionen mit positiven Einstreuungen | 58 |
| 3.2 | Pacing- und Leading-Charakter der Validierungsstrategien | 59 |
| 3.2.1 | Validierungsstufen V1 bis V3 | 60 |
| 3.2.2 | Validierungsstufen V4 bis V7 | 62 |
| 3.2.3 | Hypnotherapeutische Sprachmuster für die Förderung des Commitments nutzen | 65 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.3 | Psychische Grundbedürfnisse für die Beziehungsgestaltung nutzen | 70 |
| 3.3.1 | Bindung und Nähe | 72 |
| 3.3.2 | Orientierung und Kontrolle | 72 |
| 3.3.3 | Selbstwerterhöhung | 73 |
| 3.3.4 | Vermeidung von Unlust | 74 |
| 4 | Einsatz von formaler Hypnose bei BPS | 75 |
| 4.1 | Entspannungshypnosen | 75 |
| 4.1.1 | Entspannung mit Rückmeldungen in Trance | 77 |
| 4.1.2 | Einsatz von hypnotischer Entspannung bei medizinischen Interventionen | 79 |
| 4.1.3 | Mehrfachwiederholungen | 80 |
| 4.2 | Ressourcenarbeit | 84 |
| 4.2.1 | Stellvertretertechnik | 84 |
| 4.2.2 | Den »Held des Alltags« in Hypnose erleben | 88 |
| 4.3 | Arbeiten an Scham und Schuld in Hypnose | 90 |
| 4.3.1 | Scham oder Schuld als Wesen visualisieren | 90 |
| 4.3.2 | Einsatz von Metaphern und Geschichten zur Überwindung von Scham | 92 |
| 4.3.3 | Stolz als Gegenpol zu Scham und Schuld erleben | 95 |
| 4.4 | Kognitive Umstrukturierung in Trance | 97 |
| 4.4.1 | Allgemeine Vorbereitung für die Arbeit an dysfunktionalen Grundüberzeugungen in Trance | 98 |
| 4.4.2 | Arbeit an hilfreichen Grundüberzeugungen mit Karten im Raum | 101 |
| 4.4.3 | Kognitive Umstrukturierung durch Nutzen von Alltagstrancen | 106 |
| 4.4.4 | Die »warme Dusche« – Veränderung von Grundüberzeugungen durch suggestive Gruppenintervention | 109 |
| 4.5 | Bearbeiten von dysfunktionalen Introjekten in Hypnose | 111 |
| 4.5.1 | Entmachtung eines Introjekts | 113 |
| 4.5.2 | Körperbezogene Arbeit in Trance zur Eliminierung eines Introjekts | 114 |
| 4.6 | Umgang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen | 117 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.6.1 | Mit einer Ressource alternative Verhaltensweisen in Trance trainieren | 118 |
| 4.6.2 | Arbeit mit Ego-States | 121 |
| 4.7 | Behandlung von komorbiden Störungen bei BPS | 122 |
| 4.7.1 | BPS und Schmerzstörungen | 122 |
| 4.7.2 | Psychosomatische Beschwerden | 132 |
| 4.7.3 | Schlafstörungen | 137 |
| 4.7.4 | Suchterkrankungen | 140 |
| 4.8 | Einsatz von Selbsthypnose | 146 |
| 4.8.1 | Psychoedukation zur Selbsthypnose | 147 |
| 4.8.2 | Audioaufnahmen | 148 |
| 4.8.3 | Selbsthypnose ohne Anleitung | 149 |
| 4.9 | »Kleine Auszeit« in Hypnose | 151 |
| 4.9.1 | Angenehmen Aktivitäten in Hypnose nachgehen | 151 |
| 4.9.2 | Parabeln und Geschichten | 152 |
| 4.9.3 | Schaukeln | 152 |
| 4.10 | Was tun, wenn Probleme in der Hypnose auftauchen? | 154 |
| 4.10.1 | In der Hypnose wird nichts erlebt | 155 |
| 4.10.2 | Auftauchen von »Blockaden« | 158 |
| 4.10.3 | Die Hypnose wird als sehr aversiv erlebt | 163 |
| 5 | Krisenintervention | 167 |
| 5.1 | Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Krisen | 167 |
| 5.2 | Umgang mit dissoziativen Zuständen und hoher Anspannung | 168 |
| 5.3 | Einsatz von Negativsuggestionen in Krisen- situationen | 172 |
| 5.3.1 | Krisen durch Selbstabwertung | 172 |
| 5.3.2 | Krisen bei Essstörungs- und Somatisierungs- symptomen | 173 |
| 5.4 | Arbeiten mit Spontantrancen in Krisensituationen | 175 |
| 6 | Suizidalität | 178 |
| 6.1 | Umgang mit latenter Suizidalität ohne Handlungs- absichten | 178 |

| | | |
|----------------|--|------------|
| 6.2 | Hypnotherapeutische Kommunikation bei akuter Suizidalität | 182 |
| 6.2.1 | Akute Suizidalität, in der die Patientin noch zugänglich ist | 182 |
| 6.2.2 | Akute Suizidalität, in der der Patient nicht mehr zugänglich ist | 184 |
| 6.3 | Präventionsmaßnahmen | 187 |
| 6.4 | Selbstfürsorge für Therapeuten im Falle eines Suizids ihrer Patienten | 189 |
| 7 | Zusammenfassung und Fazit | 193 |
| Anhang: | Hypnosetexte | 196 |
| | Hypnosetext 1: Entspannungshypnose am Strand mit vorwiegend direkten Suggestionen und Mehrfachwiederholungen zur Verankerung | 196 |
| | Hypnosetext 2: Entspannungshypnose am Strand mit vorwiegend indirekten Sprachmustern | 199 |
| | Hypnosetext 3: Ressourcenhypnose »Heldin des Alltags« | 200 |
| | Hypnosetext 4: »Im Zauber-Swimmingpool« | 203 |
| | Literaturverzeichnis | 206 |

Einleitung

Das Interesse an der Hypnose kam bei mir zu einer Zeit auf, als ich in einer psychosomatischen Fachklinik auf einer Schwerpunktstation für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) tätig war. Der initiale Enthusiasmus, möglichst viele hypnotherapeutische Interventionen mit unseren Klinikpatienten durchzuführen, wurde schnell gebremst, da in der überschaubaren Literatur zu der Anwendung von Hypnose bei diesem Störungsbild sehr zur Vorsicht geraten wurde (z.B. Kossak 2013, S. 209, 473; Zindel 2015). Die Zurückhaltung der Hypnoseanwendung bei der BPS erschien mir jedoch recht paradox zu sein, da wir auf unserer Station durchaus emotional aufwühlende Stuhldialoge durchführten und Imaginationsübungen sowie Achtsamkeitstraining an der Tagesordnung waren. Bei all diesen Interventionen treten mehr oder weniger zufällig Trancezustände auf, also ein besonderer Bewusstseinszustand, bei dem eine fokussierte Aufmerksamkeit und veränderte Wahrnehmung vorliegen. Aus heutiger Sicht würde ich sagen, dass eine als Imaginationsübung bezeichnete Intervention meine erste Hypnosesitzung i. e. S. darstellte: Der Patient war dabei, eine korrigierende Erfahrung im Kindesalter zu machen, und geriet dadurch in eine starke Trance und Altersregression. Gerne hätte ich damals etwas über Trancezustände und Hypnose gewusst, da ich über die Wahrnehmungen und das etwas sonderlich erscheinende Verhalten meines Patienten sehr überrascht war.

Die Tatsache, dass eine Vielzahl therapeutischer Interventionen der etablierten Therapieverfahren zur Behandlung von BPS-Patienten, insbesondere bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) und Schematherapie, aus der Hypnotherapie stammen, passt also nicht so recht zu der Zurückhaltung in der Anwendung von Hypnose bei der BPS. Möglicherweise spielt dabei das immer noch

zuweilen etwas anrühige und unseriöse Bild eine Rolle, welches der Hypnose vor allem in Deutschland aufgrund ihrer Historie sowie der nach wie vor legalen Anwendung auf der Showbühne und durch Laienheiler anhaftet. Der Nutzen, den die Hypnose sowohl als eigenständige Therapieform als auch für die integrative Ergänzung anderer etablierter Therapieverfahren vorzuweisen hat, findet in der Psychotherapie im Allgemeinen noch viel zu wenig Beachtung, obwohl durch Meta-Analysen belegt ist, dass Hypnose gerade die Effektstärke in der Verhaltenstherapie signifikant verbessert (Ramondo et al., 2021; Kirsch et al., 1995). Eine kontrollierte randomisierte Studie konnte zudem kürzlich zeigen, dass mit einem hypnotherapeutischen Therapiekonzept zur Behandlung von Depressionen mindestens die gleiche Effektstärke wie bei kognitiver Verhaltenstherapie erreichbar ist (Fuhr et al., 2021). Es ist daher anzunehmen, dass die zahlreichen hypnotherapeutischen Interventionen in den häufig eingesetzten BPS-Therapiekonzepten einen entscheidenden Beitrag für die Wirksamkeit dieser Behandlungen leisten. Neben direkt erzeugten Trancezuständen, wie z.B. durch Imaginationen, hat auch die hypnotherapeutische Kommunikation ihren Platz gefunden, insbesondere in den Validierungs- und Commitmentstrategien der DBT. Hier wird gezielt mit indirekten Sprachmustern gearbeitet, wie sie für die moderne Hypnotherapie nach Erickson typisch sind. Dadurch können scheinbar gleichzeitig auftretende widersprüchliche Erlebensweisen und Verhaltensimpulse validiert und nebeneinander stehen gelassen werden. Ermöglicht wird dies durch die in der Hypnose bestehende Trancelogik, die Patienten von dem im Wachzustand vorherrschenden binären Denken des Entweder-oder- zu einem Sowohl-als-auch-Erleben gelangen lässt. Im Verlauf einer Behandlung lassen sich auf diese Weise die häufig als sehr aversiv erlebten Widersprüche abschwächen oder sogar auflösen.

Leider wird jedoch übersehen, dass bei den aus der Hypnotherapie stammenden Interventionen wichtige Elemente der Trancearbeit verloren gehen, wenn sie von Behandlern angewendet werden, die kaum über Hypnose-Kenntnisse verfügen. Auf diese Weise bleiben wichtige Impulse und Ressourcen ungenutzt. Eine Imaginationsübung ist eben etwas anderes als eine »richtige« Hypnose, auch wenn

es in der Durchführung und auf neurobiologischer Ebene eine Reihe von Überschneidungen gibt. Schaut man sich an, wie häufig spontane Trancezustände mit entsprechend erhöhter Suggestibilität vorkommen, erstaunt es etwas, dass in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten darüber oft kaum etwas vermittelt wird.

Wenn hypnotherapeutische Strategien also bereits so viel Raum in der Behandlung von BPS einnehmen, warum sollten die Interventionen nicht auch ganz klar benannt und BPS-Patienten nicht gezielt mit Hypnose behandelt werden? Da es durchaus Fallberichte in der internationalen Literatur gibt, die den Einsatz von Hypnose bei BPS beschreiben (z.B. Gainer & Torem 1993; Spiegel 2016; Scagnelli 1980), sah ich hier für Zurückhaltung keinen Grund mehr und begann, die Arbeit mit Hypnose in die Therapie auf unserer Station zu integrieren. Die Erfahrungen waren durchweg positiv und die Wirkung so manch »einfacher« Entspannungstrance durchaus erstaunlich. Der hypnotische Zustand erleichtert es BPS-Patienten beispielsweise, leichter in ein angenehmes Erleben zu kommen und sich Gefühle von Selbstwirksamkeit und Stolz zu erlauben, die im normalen Wachzustand meist schwer zugänglich sind. Eine bewusste Anwendung hypnotherapeutischer Sprachmuster können zudem bei Kriseninterventionen und Suizidalität gute Dienste leisten.

Mit diesem Buch möchte ich anregen, die Vorteile der Hypnose bei BPS-Patienten gezielt zu nutzen, insbesondere, da sie sich elegant in die gängigen störungsspezifischen Therapieverfahren integrieren lassen. Psychotherapeuten sollen ermuntert werden, sich mit den aus der Hypnotherapie stammenden Interventionen intensiver auseinanderzusetzen und sich für die Arbeit mit Hypnose zu interessieren und fachkompetent ausbilden zu lassen. Das breite Spektrum der Hypnotherapie erlaubt es, sowohl mit stabilen als auch eher instabil einzuschätzenden BPS-Patienten klinisch sinnvoll zu arbeiten – von der Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensweisen über den Umgang mit aversiven emotionalen oder körperlichen Zuständen bis hin zur Bewältigung von Krisen und Suizidalität.

In diesem Buch wird die Anwendung von Hypnose bei BPS-Patienten aus der praktischen Erfahrung heraus beschrieben. Es versteht sich als sinnvolle Ergänzung bereits etablierter Therapieverfah-

ren und stellt kein eigenes Behandlungskonzept dar. Es soll deutlich werden, in welcher vielfältiger Weise BPS-Patienten und ihre Therapeuten in den unterschiedlichsten Stadien der Therapie gut von gezielten Interventionen der Hypnotherapie profitieren können. Da ich selbst vorwiegend auf DBT-Stationen gearbeitet habe, basieren die im Buch vorgestellten integrativen Ansätze und Fallbeispiele häufig auf diesem Setting. An der einen oder anderen Stelle habe ich mir erlaubt, auch Fallbeispiele von Patienten zu beschreiben, die nicht explizit wegen einer BPS in therapeutische Behandlung kamen, deren Beispiele sich jedoch für die Beschreibung der jeweiligen Intervention gut eignen und meiner Erfahrung nach auch bei entsprechender Indikation bei BPS-Patienten eingesetzt werden können. Je nach individueller Vorerfahrung können die Kapitel in der vorgestellten Reihenfolge oder unabhängig voneinander gelesen werden. Auf Grundlagenwissen von Hypnose oder der BPS kann in diesem Buch nur vereinzelt eingegangen werden, weshalb diesbezüglich auf entsprechende Lehr- und Fachbücher verwiesen wird. Weiterhin ist zu beachten, dass die Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie in der therapeutischen Praxis nicht ohne eine entsprechend fundierte Ausbildung erfolgen sollte.

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Dr. Christine Treml-Begemann vom Klett-Cotta Verlag bedanken, die mit der Idee für dieses Buch auf mich zukam. Ich habe die angenehme Zusammenarbeit mit vielen kreativen Gesprächen und Anregungen sehr geschätzt. Meinen Testleserinnen Dr. Jutta Rischer und Annika Engelke danke ich für die vielen wertvollen Rückmeldungen, die mir bei der Arbeit an dem Buch sehr geholfen haben.

Im vorliegenden Text werden die weibliche und männliche Form abwechselnd gebraucht. Die nicht genannten Geschlechtsformen sind dabei selbstverständlich einzubeziehen.

Allen Lesern wünsche ich nun viel Freude und Neugier beim Entdecken der vielfältigen Möglichkeiten der Hypnose, um die Therapie mit ihren BPS-Patienten bereichernd zu gestalten!

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre hypnotherapeutischen Behandlungsansätze

1.1 Epidemiologie

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gehört zu den bekanntesten und häufigsten Persönlichkeitsstörungen in Deutschland. Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, im Leben an BPS zu erkranken, wird derzeit mit ca. 5 % angegeben, während im Querschnitt etwa 1–2 % der Bevölkerung von der Erkrankung betroffen sind (Bohus 2019). Die Geschlechterverteilung ist in etwa gleich, wobei sich wesentlich mehr Frauen in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung begeben. Viele BPS-Betroffene weisen weitere psychische Komorbiditäten auf. Diese sind insbesondere Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen, Ängste, posttraumatische Folgerkrankungen (Bohus et al. 2022) sowie langanhaltende Schmerzen (Heath et al. 2018). Der Beginn der Symptomentwicklung liegt in der Regel in der frühen Adoleszenz und nimmt bis zum frühen Erwachsenenalter um die 20 Jahre weiter zu, wo insbesondere selbstverletzende Verhaltensweisen ihren Höhepunkt erreichen und anschließend wieder abflauen (Winograd et al. 2008). Um den Betroffenen früh und effektiv mit geeigneten Therapien helfen zu können, wird in der aktuellen S3-Leitlinie empfohlen, die Diagnose bereits im Alter ab 12 Jahren zu stellen, um die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Verlaufsform zu verringern, da Langzeitverläufe mit einer schlechten sozialen Integration assoziiert sind und BPS-Patien-

ten oftmals trotz langwieriger Behandlungen keine zufriedenstellende Lebensqualität erreichen (DGPPN 2022).

1.2 Aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und der BPS im Besonderen befindet sich in einem ständigen Wandel, der sich zum aktuellen Zeitpunkt in der 11. Version der ICD ausdrückt. Nachdem Persönlichkeitsstörungen über Jahrzehnte in starre Kategorien eingeteilt wurden, wird in der ICD-11 in Anlehnung an das »Alternative Modell der Persönlichkeitsstörungen« des amerikanischen Diagnosemanuals DSM-5 dieses System erstmals verlassen, um die Merkmale auf mehreren dimensional Ebenen zu beschreiben. Dies ermöglicht nun eine präzisere Darstellung der für den Alltag und in zwischenmenschlichen Situationen als problematisch einzuschätzenden Persönlichkeitsmerkmalen. Dadurch kann die individuelle Ausprägung beim einzelnen Patienten sehr viel detaillierter beschrieben werden, als es das kategoriale System der ICD-10 erlaubt (Dilling & Freyberger 2019). Hier herrscht in den einzelnen Störungsbildern eine solch ausgeprägte Heterogenität, dass Patienten mit der gleichen Diagnose mitunter kein einziges gemeinsames Merkmal aufweisen (Samuel & Griffin 2015). Auch Patienten, die nach der ICD-10 die Kriterien einer BPS erfüllen, zeigen klinisch ein ausgesprochen heterogenes Bild und überschneiden sich in der Symptomatik zuweilen lediglich in einem einzigen Merkmal (Mitmansgruber 2020). Nachdem zunächst geplant war, die Bezeichnung sämtlicher Persönlichkeitsstörungen inklusive der BPS aufzugeben, haben Kritiker erreicht, die kategoriale Bezeichnung der BPS als »Borderline-Muster« in der ICD-11 beizubehalten (Herpertz et al., 2017; Mitmansgruber 2020). Dies spiegelt die enorme klinische Bedeutung der BPS wider, da es für keine andere Persönlichkeitsstörung derart viele evidenzbasierte und nachweislich wirksame störungsspezifische Behandlungsmöglichkeiten gibt. Wenn man bedenkt, dass Patienten mit einer BPS bis vor einigen Jahrzehnten als kaum behandelbar galten, ist es sinnvoll, die Bezeichnung der BPS als

eigenständige Diagnose weiterhin beizubehalten. Denn diese bildet die Grundlage der bisherigen zahlreichen klinischen Studien, in denen die Wirksamkeit diverser Therapien empirisch nachgewiesen werden konnte. Die Empfehlung und der Zugang zu diesen evidenzbasierten Therapien sind in den aktuellen Strukturen des Gesundheitssystems an eine klare Diagnosestellung geknüpft.

Als Kernsymptome einer BPS gelten die folgenden Kriterien: verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern, emotionale Instabilität, intensive und instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung, Identitätsstörung, Suiziddrohungen, Selbstverletzungen, Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren, Impulsivität in potentiell selbstschädigenden Bereichen sowie ein chronisches Gefühl von Leere (Falkai & Wittchen 2015). Um das Vorliegen einer BPS nachzuweisen, wurden in der ICD-10 und aktuell gültigen Version des DSM-5 gefordert, dass die vorliegenden Merkmale bereits seit dem Jugendalter oder der Adoleszenz mehr oder weniger stabil nachweisbar sein müssen. Dieses zeitliche Kriterium wird in der ICD-11 aufgegeben und stattdessen eine zeitliche Dauer der auffälligen Persönlichkeitsmerkmale von mindestens zwei Jahren gefordert.

Die Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 erfolgt in drei Schritten (Mitmansgruber 2020). Zunächst wird überprüft, ob die allgemeinen Anforderungen an eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, wie etwa das zeitliche Kriterium, Probleme im Funktionsniveau sowie Aspekte des Selbst und zwischenmenschliche Dysfunktionen. Im zweiten Schritt wird der Schweregrad der Störungswertigkeit auf einer Skala von »mild« bis »schwer« eingeschätzt, während der dritte Schritt dazu dient, den Persönlichkeitsstil genauer zu beschreiben. Dies erfolgt in sogenannten »Traits« die sich in die Domänen Negative Affektivität, Dissozialität, Verslossenheit, Enthemmtheit und Zwanghaftigkeit gliedern. Im Folgenden wird die Beschreibung des Borderline-Musters der ICD-11 in der deutschen Übersetzung von Mitmansgruber angegeben (zit. nach: Mitmansgruber 2020 [Tyrer et al. 2019; Bach & First 2019]):

»Tiefgreifendes Muster, charakterisiert von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild, Affekten und Impulsivität (sichtbar durch das Vorhandensein von vielen [sic!] der folgenden Punkte):

- Heftige Versuche, reales oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden
- Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen
- Identitätsstörung als deutliches und persistierendes instabiles Selbstbild
- Tendenz, bei starken negativen Emotionen impulsiv zu handeln, führt zu selbstschädigendem Verhalten
- Wiederkehrende Episoden von Selbstschädigung
- Emotionale Instabilität aufgrund von deutlicher Reaktivität der Stimmung
- Chronisches Gefühl der Leere
- Unangemessener intensiver Ärger oder Schwierigkeiten, Ärger zu kontrollieren
- Vorübergehende dissoziative Zustände oder psychoseähnliches Erleben in Situationen mit hoher emotionaler Anspannung

Andere Manifestationen des Borderline-Musters, die nicht alle zum gegebenen Zeitpunkt präsent sein müssen:

- Ein Selbstbild als unzulänglich, schlecht, schuldig, abstoßend und verachtenswert
- Erleben des Selbst als grundlegend anders und isoliert von anderen Menschen, schmerzliches Gefühl der Entfremdung und tiefe Einsamkeit
- Hypersensitivität für Zurückweisung
- Probleme, angemessenes Vertrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten
- Häufige Fehlinterpretation von sozialen Signalen.«

1.3 Störungsspezifische Behandlungsmöglichkeiten der BPS

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich eine Reihe von Therapiemethoden entwickelt, mit denen die BPS nachweislich klinisch erfolgreich behandelt werden kann. Die höchsten Evidenzen liegen aktuell für die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (Linehan 1993; Linehan 1996) sowie die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Fonagy (Fonagy & Bateman 2006) vor (DGPPN 2022). Bei der DBT handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisches Konzept, welches Elemente aus der Hypnotherapie, Gestalttherapie, Gesprächspsychotherapie sowie Meditationsansätze integriert. Bei der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) nach Fonagy (Fonagy & Bateman 2006) handelt es sich um ein tiefenpsychologisch orientiertes Verfahren. In diesem Therapiekonzept liegt der Fokus auf der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit von Patientinnen mit BPS, um die vorhandenen strukturellen, emotionalen und kognitiven Defizite auszugleichen. Dabei finden sich auch Strategien, die den Validierungstechniken der DBT ähnlich sind. Diese beiden Verfahren spielen eine zentrale Rolle bei der Behandlung der BPS weltweit und werden auch in der deutschen S3-Leitlinie für die Behandlung einer BPS in erster Linie empfohlen (DGPPN 2022).

Im deutschsprachigen Raum finden sich als weitere störungsspezifische Behandlungsmöglichkeiten u. a. die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach Kernberg (Clarkin et al. 2008), die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) nach Heigl/Heigl-Evers (Streck & Leichsenring 2015) sowie die Klärungsorientierte Psychotherapie nach Sachse (Breil & Sachse 2018). Auch die Schematherapie nach Young (Young et al. 2005), die für die Behandlung verschiedener Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde, wird zur Behandlung von BPS-Patienten eingesetzt. Hierbei handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Verfahren, welches auffallend viele hypnotherapeutische Elemente verwendet. Dabei nehmen Imaginationsübungen und Stuhldialoge sowie die Arbeit mit inneren Persönlichkeitsanteilen eine besonders große Rolle im Verlauf der Behandlung ein.

1.4 Hypnotherapeutische Strategien in etablierten Therapieverfahren

In vielen Therapiekonzepten für die BPS findet sich eine große Anzahl von Interventionen und Behandlungsansätzen aus der Hypnotherapie. Dies ist besonders in der Schematherapie mit den zahlreichen Imaginationsübungen und Stuhldialogen sichtbar, bei denen in der Regel Trancezustände erzeugt werden, die jedoch eher zufällig entstehen und nicht gezielt durch eine hypnotische Induktion hervorgerufen werden. Gleiches gilt für die DBT, in der ebenfalls mit Imaginationen, z. B. in Form von »In-sensu-Verfahren«, gearbeitet wird (Bohus 2019, S. 110) sowie die Achtsamkeitsübungen, bei denen häufig unwillkürlich Trancezustände entstehen. Auch eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit im Rahmen einer MBT-Behandlung setzt zwangsläufig voraus, dass Patienten eine Fokussierung nach innen aufbauen können, da hier ebenfalls mit tranceartigen Bewusstseinszuständen gearbeitet wird. Die folgenden Kapitel erläutern, welche Rolle den hypnotherapeutischen Ansätzen bei den störungsspezifischen Therapien zur Behandlung der BPS zukommt und inwiefern sich die unwillkürlich und eher »zufällig« einstellenden Trancezustände in den unterschiedlichen Interventionen von einer Hypnose i. e. S. unterscheiden.

1.4.1 Imagination versus Hypnose – wo ist der Unterschied?

Imaginationsübungen und In-sensu-Interventionen sind inzwischen ein fester Bestandteil zahlreicher Therapieverfahren. Einen besonders großen Stellenwert nehmen Imaginationen in der Schematherapie ein, wo sie etwa für eine Altersregression, -progression und die Erarbeitung korrigierender Erfahrungen genutzt werden. Auch in anderen therapeutischen Verfahren wird imaginatives Arbeiten häufig für eine Entspannung, Fantasiereise oder zur konkreten Bearbeitung therapeutischer Aspekte genutzt. Damit eine Imaginationenübung ihre Wirksamkeit entfalten kann, muss zwangsläufig eine Art Trance erzeugt werden, da jede Fokussierung auf innere Prozesse und bereits das innere Sehen von Bildern als ein

Trancezustand angesehen werden kann. Dies führt unweigerlich zu der Frage, was eine Imagination eigentlich von Hypnose unterscheidet. Auch wenn die Begriffe »Hypnose« und »Trance« bisher nicht abschließend definiert wurden und es daher eine haarscharfe Trennung zwischen Imagination und Hypnose nicht geben kann, so kann man i. e. S. erst dann von einer Hypnose sprechen, wenn durch entsprechende verbale Techniken bewusst und gezielt ein Trancezustand erzeugt wird, um damit therapeutisch zu arbeiten. Die Hypnotherapeutin ist sich also über die Induktion der Trance vollkommen im Klaren, kann auch die Tiefe dieses veränderten Bewusstseinszustands gezielt steuern und kennt die Prozesse, die mit diesem Zustand verbunden sind. Bei einer formal durchgeführten Hypnose wird die Patientin zudem über die Besonderheiten dieses Bewusstseinszustands informiert, aufgeklärt und die explizite Zustimmung zu der Intervention eingeholt. Bei einer Imagination hingegen entsteht das Tranceerleben eher »zufällig« und viele Behandlerinnen ohne hypnotherapeutische Kenntnisse werden im Grunde genommen gar nicht wissen, dass sich ihre Patientinnen gerade in einem Trancezustand befinden. Das Bewusstsein über die gezielte Hypnoseinduktion und die gezielte Nutzung all der psychologischen und physiologischen Besonderheiten von Trance machen also die Hypnose zu einer Hypnose. Des Weiteren konnten auch neurophysiologische und -biologische Unterschiede zwischen Hypnose und Imagination nachgewiesen werden. In einer Studie konnte beispielsweise beobachtet werden, dass sich die Wahrnehmung externer Reize bei einer Imagination im Vergleich zum normalen Wachzustand reduziert zeigte, während sie unter Hypnose praktisch völlig aufgehoben war (Demertzi et al. 2011). In dieser Untersuchung unterschieden sich Hypnose und Imagination ausschließlich durch die ausführliche hypnotische Induktion bei der Hypnose, die bei der Imagination weggelassen wurde. Inhaltlich wurde in beiden Ansätzen eine angenehme biografische Erinnerung aufgerufen. Dies macht deutlich, dass die gezielte Induktion einer Trance als entscheidender Unterschied zwischen beiden Ansätzen angesehen werden kann. In einer Imagination geht es also eher darum, »sich etwas vorzustellen«, während es das Ziel in der Hypnose ist, »etwas zu erleben«. Zudem

unterscheiden sich Imagination und Hypnose in der Art der verwendeten Sprache. Die Förderung der inneren angestrebten Wahrnehmung wird in der Hypnose dabei durch gezielte Suggestionen herbeigeführt, die das innere Erleben fördern. Dabei wird z. B. mit den sogenannten VAKOG-Ebenen gearbeitet, die durch entsprechende Suggestionen die fünf Sinnesebenen ansprechen, also die visuelle, auditive, kinästhetische, olfaktorische und gustatorische Wahrnehmung (s. Tab. 1.1). Eine Trance wird dadurch in der Hypnose in der Regel tiefer werden als bei einer »reinen« Imagination. Die Trancetiefe kann in der Hypnose daher durch eine entsprechend geübte Behandlerin bewusst gesteuert werden. Bei Bedarf kann eine gezielte Anpassung mit einer eher flachen Trance erfolgen, z. B. durch die Wahl einer eher aktivierenden Sprachfärbung, wie es bei instabilen Patientinnen mit schwacher Ich-Struktur notwendig sein kann.

Tabelle 1.1: VAKOG-Ebenen und entsprechende Beispielsuggestionen

| Sinneswahrnehmung | Förderliche Suggestionen |
|-------------------|---|
| Visuell | sehen, schauen, blicken, Meer, Wellen, Baum, Farbe, Rot, Tier |
| Auditiv | hören, rascheln, rauschen, zirpen, zwitschern, Ohr, Geräusch |
| Kinästhetisch | spüren, fühlen, warm, kalt, Haut, Druck, Windhauch, Berührung |
| Olfaktorisch | riechen, schnupfern, schnüffeln, Nase, Duft, Geruch |
| Gustatorisch | schmecken, Zunge, sauer, salzig, süß, bitter, Geschmack |

SELBSTERFAHRUNGS-TIPP!

Unterschied von Imagination und Hypnose erleben

Um den Unterschied zwischen einer Imaginationsübung und einer Hypnose i. e. S. zu erleben, ist es hilfreich, sich einer Übung mit beiden Verfahren im Vergleich auszusetzen. Dazu wird im Folgenden der imaginative Skill »Mental verbinden« von Bohus & Wolf-Arehult (2014, S. 110) zunächst als Imaginationsübung und anschließend in modifizierter Form als Hypnose angegeben. Wichtig ist zu

beachten, dass sich neben dem Text auch die Sprachfärbung von Imagination und Hypnose unterscheidet: Eine geübte Hypnotherapeutin spricht in der Regel mit betont ruhigerer und langsamerer Stimme als eine Therapeutin ohne Hypnoseerfahrung. Außerdem werden in der Hypnose mehr Pausen gelassen, um dem inneren Erleben Raum zu geben. Diese Pausen sollten bei instabilen Patientinnen nicht zu lang sein. Entsprechende Erfahrung ist hier also nötig sowie eine gute Intuition, das individuell richtige Maß zu finden, um einerseits genug Raum für das innere Erleben zu lassen und nicht zu stören und gleichzeitig die notwendige Begleitung sicherzustellen. Die hervorgehobenen Textstellen zeigen die charakteristischen Besonderheiten bzw. Unterschiede in den sprachlichen Formulierungen zwischen einer Imaginationsübung und Hypnose an.

Imaginationsübung (zitiert nach: Bohus & Wolf-Arehult 2014, S.110):

*»**Stellen Sie sich vor**, Sie könnten eine Verbindung zu einer anderen Person herstellen, indem Sie beispielsweise Energie und Kraft ausstrahlen und empfangen. Setzen Sie sich auf einen Stuhl und **stellen Sie sich vor**, Sie leiten ein Kabel oder eine Lichtverbindung von Ihrem Körper über den Stuhl in den Boden und von dort zu dem Stuhl Ihrer Therapeutin, um so Kontakt mit ihr aufzunehmen.«*

Im Rahmen einer Hypnosesitzung würde man dies ausführlicher formulieren, etwa wie folgt:

*»**Erlauben Sie sich**, nun hier auf Ihrem Stuhl zu sitzen ... **Vielleicht** können sich **früher oder später** die Augen schließen ... ganz wie es sich für Sie angenehm anfühlt ... Und mit jedem Atemzug können sie ein bisschen mehr nach innen gehen ... in Ihrem eigenen Tempo ... Jedes Einatmen und Ausatmen lässt Sie mehr und mehr zur Ruhe kommen ... [Je nach Notwendigkeit kann die Induktion durch Fortführen des Atempacings entsprechend ausgeweitet werden]. Und wenn Sie so weit sind, **erlauben Sie sich**, eine Verbindung zu einer anderen Person herzustellen, indem Sie **vielleicht** Energie oder Kraft ausstrahlen und empfangen [Pause]. **Sie sitzen***

*nun auf einem Stuhl und **erleben**, wie Sie ein Kabel oder eine Lichtverbindung von Ihrem Körper über den Stuhl in den Boden leiten [Pause]. Und nun können **Sie spüren**, wie das Kabel von dort zu dem Stuhl Ihrer Therapeutin gelangt. **Erlauben Sie sich nun, Kontakt mit Ihrer Therapeutin aufzunehmen und einmal wahrzunehmen, wie sich dies anfühlt.**«*

1.4.2 Innerer sicherer Ort

Die Arbeit mit dem »Inneren sicheren Ort« spielt inzwischen bei vielen therapeutischen Verfahren eine wichtige Rolle, insbesondere in der Traumatherapie, um belasteten Patientinnen ein gewisses Maß an Kontrolle über ihr Erleben zu geben (Stadler 2002). Es handelt sich dabei um eine klassische Strategie der Hypnotherapie, die in der Praxis auch bei der Behandlung von BPS-Patientinnen Anwendung findet. Im Grunde genommen handelt es sich bei der Etablierung des sicheren Orts um und die Anwendung von Selbsthypnose, wenn die Patientinnen diese Übung eigenständig durchführen.

1.4.3 Achtsamkeit und Hypnose

In den letzten Jahrzehnten hat das Erlernen von Achtsamkeit in der westlichen Welt immer mehr Einzug erhalten. Dies ist vor allem dem amerikanischen Wissenschaftler Jon Kabat-Zinn zu verdanken, der vor einigen Jahrzehnten meditative Praktiken aus dem Zen-Buddhismus in die westlich geprägten Länder durch die Etablierung der Meditations-basierten Stressreduktion (MBSR) eingeführt hat (Kabat-Zinn 1982; 1990). Ein achtsamer Zustand bedeutet, aufmerksam und offen für alle Wahrnehmungen zu sein, die sich im Moment gerade zeigen, und diese mit einer nichtbewertenden und akzeptierenden Haltung anzunehmen. Bei den Wahrnehmungen kann es sich um körperliche Reaktionen, emotionale Zustände, Impulse oder Gedanken handeln. Auch Reize, die von außen kommen, können achtsam wahrgenommen werden. Eine gängige Praxis ist es dabei, den Fokus auf die Atmung zu legen, und alle Aspekte wie Ein-

strömen der Luft, Wahrnehmen der Körperempfindungen im Detail zu erleben und gleichzeitig zu beobachten, wie die Gedanken sich dabei verändern oder wandern. Dabei geht es darum, Bewertungen ziehen zu lassen und zu lernen, die Dinge anzunehmen, wie sie gerade sind (Kabat-Zinn 1990). Um diesen Zustand zu erreichen, werden in Achtsamkeitstexten eine Reihe von direkten und indirekten Suggestionen verwendet, die denen von hypnotischen Suggestionen sehr ähneln, sodass es deutliche Überlappungen von Achtsamkeit und Hypnose gibt (Yapko 2011). Bei einer Reihe therapeutischer Verfahren, insbesondere denen der sogenannten »Dritten Welle der Verhaltenstherapie«, zu denen neben DBT und Schematherapie auch die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) gehören, nimmt das Thema Achtsamkeit einen zentralen Platz im Konzept der Behandlung ein. Da insbesondere bei Achtsamkeitsübungen, die auf die Wahrnehmung innerer Prozesse fokussieren, ein Bewusstseinszustand angenommen werden kann, der sich vom normalen Wachzustand unterscheidet, kommt es dabei in der Regel zu einem mehr oder weniger ausgeprägten Trancezustand. Dieser entsteht im Vergleich zu einer normalen Hypnose eher »zufällig« und wird nicht gezielt induziert und daher auch nicht gesteuert. Die wesentlichen Unterschiede zwischen einer formalen Achtsamkeits- und Hypnosesitzung bestehen zudem in den angestrebten Zielen: Während es beim meditativen Prozess der therapeutisch genutzten Achtsamkeit typischerweise darum geht, die aktuellen Gegebenheiten und Wahrnehmungen zu erkennen, anzunehmen und nicht gezielt verändern zu wollen, zielt Hypnose in der Regel auf das Herbeiführen einer gewünschten Veränderung ab (Grover et al., 2018). Dies kann eine gezielt herbeigeführte Entspannung, Ressourcenaktivierung oder Altersregression zur weiteren Bearbeitung eines therapeutischen Aspekts sein. Anders als bei der Achtsamkeit steht weiterhin das Anstoßen von unbewussten Suchprozessen, Herbeiführen korrigierender Erfahrungen oder assoziatives Erleben im Vordergrund und nicht das akzeptierende Annehmen der aktuellen Situation, wie immer sie sich auch darstellt. Das durch suggestive Elemente herbeigeführte Auftauchen von Bildern und Emotionen ist häufig ein Ziel in einer Hypnosesitzung, während es bei der Acht-

samkeit ja gerade darum geht, alle Wahrnehmungen, die sich zeigen, kommen und gehen zu lassen und diesen kein Gewicht zu geben. Aufgrund der bestehenden Gemeinsamkeiten von Achtsamkeit und Hypnose gibt es inzwischen Ansätze, diese in einem therapeutischen Konzept der achtsamen Hypnotherapie (»mindful hypnotherapy«) zu kombinieren (Elkins & Olendzki 2019).

1.4.4 Gezielte Anwendung hypnotherapeutischer Sprachmuster

Moderne hypnotherapeutische Sprachmuster zeichnen sich dadurch aus, dass sie Problemlösungen, die bereits im Patienten vorhanden sind, anstoßen sollen. Auf diese Weise wird das Unbewusste dazu angeregt, nach inneren Ressourcen zu suchen und diese dem Patienten zugänglich zu machen. Des Weiteren eignet sich die moderne hypnotherapeutische Sprache besonders gut, um dialektischen Prinzipien gerecht zu werden, da scheinbar widersprüchliche Sachverhalte nebeneinander stehen gelassen werden können. Da in der Trance der kritische Geist ohnehin in den Hintergrund tritt, ist in der Hypnose ein Sowohl-als-auch-Gefühl anstatt des häufigen dichotomen Entweder-oder-Denkens im Wachzustand leichter zu erreichen. Gerade die DBT arbeitet daher sehr viel mit hypnotherapeutischen Sprachmustern, da diese hervorragend geeignet sind, die bei BPS-Patienten so typischen Spannungen mit widersprüchlichen Emotionen, Denkmustern, Wertevorstellungen und Handlungsimpulsen zu verbalisieren. Scheinbare Gegensätze können auf diese Weise gleichzeitig existieren und es geht nicht darum, diese in Frage zu stellen. Als einfaches neutrales Beispiel dafür dienen die folgenden Suggestionen im Rahmen einer Tranceinduktion oder -vertiefung:

»Erlauben Sie sich, Ihren rechten oder linken Arm wahrzunehmen, und vielleicht fühlt er sich ganz leicht an, wie eine Feder ... vielleicht aber auch angenehm schwer ... und manchmal kann es sein, dass sich der Arm sowohl leicht als auch schwer anfühlt ... und dies gleichzeitig wahrnehmbar ist ...«

Auf diese Weise kann man verhindern, in einen Teufelskreis mit ungünstigen Bewertungen und schnellen Veränderungswünschen einzusteigen. In den Commitmentstrategien finden sich ebenfalls typische Erickson'sche Sprachmuster wie etwa Stellvertreter oder negative Kommandos. Auf die hypnotherapeutischen Aspekte der Validierungs- und Commitmentstrategien wird in Kapitel 3 näher eingegangen.

1.4.5 Stuhldialoge

Die therapeutische Arbeit mit Stühlen hat sich ursprünglich aus dem Psychodrama nach Jacob L. Moreno (1946) entwickelt und im Verlauf zunächst in der Gestalttherapie durch Fritz Perls sowie der hypnoanalytisch orientierten Ego-State-Therapie nach Helen und John Watkins weitere Anwendung gefunden. Inzwischen werden Stuhldialoge verbreitet und unabhängig vom Therapieverfahren eingesetzt. Dabei kann man unterschiedliche Persönlichkeitsanteile miteinander kommunizieren lassen oder auch reale oder Fantasiefiguren auf einen leeren Stuhl setzen, um einen kreativen Dialog in Gang zu bringen. Die Schematherapie hat die Stuhlarbeit dabei gezielt in ihr Konzept integriert und weist ein besonders strukturiertes Vorgehen auf (Roediger 2009, S.76 ff.). Auch hier ist es sinnvoll, sich im Klaren darüber zu sein, dass sich Patientinnen zwangsläufig in einem Trancezustand befinden müssen, um die inneren Prozesse zulassen und wahrnehmen zu können. Dass die Schematherapie gezielt für die Behandlung von Patientinnen mit diversen Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde, zeigt, wie hilfreich diese aus der Hypnotherapie stammenden Interventionen gerade bei diesen Patientinnen einzuschätzen sind.

1.4.6 Metaphern, Parabeln und Geschichten

Die Integration von Metaphern, Parabeln und Geschichten während der Trance ist ebenfalls ein Merkmal der modernen Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. Auf diese Weise können interne Suchprozesse ausgelöst werden, um den Patienten eine ganz eigene individu-

elle Suche nach Ressourcen und Lösungsansätzen aufzuzeigen. Auch hier ist anzumerken, dass die DBT sich diese Art der Intervention häufig zunutze macht, um das Commitment zu fördern und sehr rigide Denkmuster zu hinterfragen. Der Ausdruck »aus Zitronen Limonade machen« ist als bekannte DBT-Metapher ein typisches Beispiel für ein Reframing zur Utilisation von Ressourcen. Besonders bekannt ist außerdem die sogenannte Bergmetapher, die dem Patienten deutlich machen soll, dass der Therapeut für ihn ein verlässlicher Begleiter ist, jedoch die Veränderung selbst, also das Besteigen des Berges, für den Patienten nicht übernehmen kann. Ähnlich verhält es sich mit der Fluss-Metapher, die genutzt wird, um das häufige Ungerechtigkeits erleben von BPS-Patienten zu validieren. Hier wird die Situation des Patienten mit einer Person verglichen, die durch jemand anderen in einen tiefen Fluss gestoßen wird und nun mit eigener Kraft ans Ufer schwimmen muss. Dieses Bild soll deutlich machen, dass dem Patienten nichts anderes übrig bleibt, als in der Therapie hart zu arbeiten, auch wenn er für viele seiner Probleme nichts kann und er sich die schwierige Situation, in der er sich befindet, nicht selbst ausgesucht hat.

1.5 Hypnotherapeutische Behandlungsansätze der BPS

Ein störungsspezifisches hypnotherapeutisches Behandlungsmanual zur Behandlung der BPS existiert bislang nicht. In der Literatur finden sich zur Behandlung von BPS-Patientinnen eine Reihe von Fallbeispielen sowie therapeutische Ansätze, in denen insbesondere hypnoanalytische Interventionen beschrieben werden. Dabei spielt vor allem die Arbeit mit Introjekten eine Rolle (s. dazu auch Kapitel 4.5). Die von Helen und John Watkins etablierte Ego-State Therapie basiert auf psychoanalytischen Theorien, die mit hypnotherapeutischen Techniken kombiniert werden und u. a. für die Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und BPS eingesetzt wird (Watkins & Watkins 2012). In der originär deutschsprachigen Literatur finden sich z. B. ein behavioraler Ego-State-Therapieansatz

für die Behandlung von BPS (Trautmann 2017) sowie ein hypnoanalytisches Vorgehen (Zindel 2015), die im Folgenden kurz dargestellt werden.

1.5.1 Behavioral Ego-State-Therapieansatz

Einen hypnotherapeutischen Ansatz im Sinne einer behavioralen Ego-State-Therapie wurde von Trautmann (2017) für die Behandlung von Borderline-Patientinnen beschrieben. Der Autor betont, dass es sich dabei nicht um ein eigenständiges Therapiekonzept handelt, sondern die beschriebenen Interventionen integrativ neben etablierten Verfahren, insbesondere der DBT, eingesetzt werden können. Auch hier wird betont, dass die Patientinnen für die beschriebenen Interventionen eine ausreichende Stabilität mitbringen müssen. Dabei steht das Thema der Introjektion im Vordergrund, nämlich die Identifikation und der Umgang mit Täterintrojekten, die häufig eine Rolle für die Selbstabwertung von BPS-Patientinnen spielen. Die Patientinnen sollen dabei ihre unterschiedlichen Anteile der Persönlichkeit, die sogenannten »Ego-States« kennenlernen und differenzieren, wo sich dysfunktionale, aber eben auch hilfreiche Persönlichkeitsanteile finden. Im Prinzip geht es darum, aufzudecken, dass die Selbstabwertungen einst durch Täter von außen eingegeben worden sind und schließlich von den Patientinnen selbst nicht mehr hinterfragt, sondern als »wahr« erlebt werden. Die Identifikation von Täterintrojekten soll den Patientinnen helfen, gegenüber den abwertenden Kognitionen Distanz zu schaffen und Reflexion zu ermöglichen. Die Existenz unterschiedlicher Ego-States hilft weiterhin zu verstehen, weshalb BPS-Patientinnen häufig entgegengesetzte Emotionen und Kognitionen gleichzeitig spüren können, die zuweilen sehr verwirrend sein können. In diesem Ansatz wird auch beschrieben, wie sich die Arbeit mit Ego-States für die Bearbeitung von dysfunktionalen Verhaltensweisen und von chronischer Suizidalität nutzen lässt (s. Kapitel 4.6.2 und 6.1).