

## Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie

Birger Dulz, Dagmar Schreyer, Astrid Nadolny

Borderline-Patienten werden in psychiatrischen Krankenhäusern häufig – mehr oder weniger vereinzelt – auf Stationen mit Schwerpunkt Psychosentherapie „mitbehandelt“. Ein speziell auf Borderline-Störungen ausgerichtetes Therapieprogramm wird so allerdings kaum möglich: Hierfür bedürfte es etwa sechs Borderline-Patienten, um zumindest eine Therapiegruppe füllen zu können. Das „Mitlaufen“ der Borderline-Patienten auf Psychotiker-Stationen führt zusätzlich zu einer aggressiv getönten Abwertung der Psychotiker durch die Ich-stärkeren Borderline-Patienten: Sie nehmen die größere Ich-Schwäche der Psychotiker wahr und fühlen sich dadurch gefährdet. Hier spielen Abwehrmechanismen, insbesondere die projektive Identifizierung, eine wesentliche Rolle (vgl. Kap. 1.6). Gleichzeitig können Borderline-Persönlichkeiten gegenüber Psychotikern ihr Omnipotenzgefühl, welches sie vor radikaler Selbstentwertung schützt, stabilisieren. Die pathognomonische Kombination von Abwehrmechanismen führt neben einer Kaschierung der Fragilität der Ich-Struktur der Borderline-Patienten zu einer unangemessen scharfen Abgrenzung, zur Spaltung zwischen den Krankheitsgruppen. Wir haben häufig sogar beobachten müssen, daß Borderline-Patienten sich gegenüber Psychotikern realtraumatisierend, also delinquent verhalten haben: So hat ein Borderline-Patient eine sehr viel ältere und nahezu verwahrloste Psychotikerin gezwungen, ihn oral zu befriedigen; ein anderer Borderline-Patient hat von Psychotikern Geld erpreßt – beides sind keine Einzelfälle.

Wir<sup>1</sup> verfügen deshalb sowohl über eine offene wie über eine (fakultativ) geschlossene Station, auf denen hauptsächlich Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung – ganz überwie-

gend einer Borderline-Störung – behandelt werden. Nach unserer Erfahrung lassen sich durch die Spezialisierung einer Station gerade die allgemein als besonders brisant angesehenen interpersonellen Probleme der Patienten deutlich reduzieren. Zudem schützen und stützen sich Borderline-Patienten auf eindrucksvolle Weise gegenseitig – aufgrund ihrer Identifizierung mit Mitpatienten oft unter Außerachtlassung eigener Schwierigkeiten und Belastungsgrenzen (als Folge ihres sadistischen Über-Ich), die auf nicht spezialisierten Stationen weitgehend unbemerkt und deshalb unbearbeitet bleiben würden. Die Therapie jedes Patienten wird damit von den anderen gefördert: Durch therapeutisch erfahrene Patienten wird „vorgelebt“, daß eine positive Übertragung zum Therapeuten möglich ist, die Patienten spiegeln sich untereinander bestimmte Beziehungsmuster usw.

Während einer Therapie wie der im folgenden skizzierten durchläuft der Patient verschiedene Symptommiveaus aus dem Formenkreis der Borderline-Störungen (s. Kap. 1.5). Wünschenswert wäre die Möglichkeit, die gesamte Therapie in einer speziellen Einrichtung durchzuführen, wobei diese aus vier miteinander verbundenen Untereinheiten bestehen sollte: einer (fakultativ) geschlossenen, einer offenen und einer teilstationären Einheit (Tagesklinik) sowie einer Ambulanz für Borderline-Patienten.

Mit den geschulten Teams solcher Spezialeinrichtungen sind Schritte im Rahmen der Therapie

<sup>1</sup> 4. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nord/Ochsenzoll, Hamburg

möglich, die in ambulantem Setting nur wenige und speziell erfahrene Therapeuten zu gehen bereit und in der Lage sind, werden doch (berechtigterweise) Eskalationen befürchtet (s. Dulz u. Schreyer 1997). Selbst im Falle einer Eskalation – beispielsweise ein vermehrtes Auftreten autoaggressiver Impulse oder auch generell Handlungen mit der resultierenden Notwendigkeit zur stationären Krisenintervention – wäre eine Weiterbehandlung durch den bisherigen Therapeuten möglich: Üblicherweise entsteht durch eine Klinikeinweisung eine Unterbrechung oder gar ein Abbruch einer ambulanten oder teilstationären Therapie.

Die durch ein derartiges Konzept effektivere Therapie selbst von bisher als nicht behandelbar angesehenen Patienten führte zu einer Verringerung des „Drehtüreffektes“ und letztlich durch die insgesamt kürzere vollstationäre Behandlungsphase zu einer Kostenersparnis. McGlashan (1993a) hält in manchen Fällen einer Therapie sexuell Mißbrauchter auch lange Behandlungszeiten für gerechtfertigt: Ein guter Behandlungserfolg bei derartigen Patienten sei durch kurze Therapien nicht zu erwarten. Kernberg, Burstein et al. belegten schon 1972 die besseren therapeutischen Ergebnisse einer stationären im Vergleich zur ambulanten Therapie bei schwer gestörten Borderline-Patienten.

Künftige Konzepte therapeutischer Einrichtungen sollten darauf ausgerichtet sein, die bisher oft zu beobachtenden Verläufe bei schweren Borderline-Störungen zu vermeiden, die gekennzeichnet sind durch ständige Therapieabbrüche, primäre Reglementierungs- und Verwahrlosungsphäre sowie Entlassungen im Moment der Beseitigung einer akuten Eigen- bzw. Fremdgefährdung mit der Folge (oft vermeidbarer) alsbaldiger Exazerbationen wie z.B. zunehmendes Drogen- und Delinquenzverhalten mit daraus resultierender Inhaftierung und Progression der sozialen Isolierung.

Kernberg (1984, 1991) wie auch Bassler und Hoffmann (1993a) halten eine langfristige stationäre Behandlung für Patienten mit extrem selbstdestruktiver Symptomatik oder einem besonders hohen Maß an desorganisiertem Funktionieren für unbedingt angezeigt. Nach Kernberg (a.a.O.) sollte vor der ambulanten Psychotherapie eine intrapsychische Strukturveränderung erreicht worden sein, insbesondere durch Nutzung von Gruppenprozessen und Modellen der therapeu-

peutischen Gemeinschaft. Die Prüfung von Lebensrealität und Entscheidungsprozessen trage zur Effektivität der Behandlung bei. Dies betrifft auch tagesklinische Programme, die schwerpunktmäßig auf die Übergangsbedürfnisse der Patienten ausgerichtet sein sollten, vor allem auch als Übergang von langfristiger stationärer zu ambulanter Behandlung. Wie Kernberg (a.a.O.) hält auch Hoffmann (1982) die Weiterbehandlung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durch denselben Therapeuten für die optimale Lösung. Kernberg (a.a.O.) meint aber auch, daß eine Betreuung des Patienten in stationärem, teilstationärem und ambulantem Setting durch dasselbe Personal zur Erschöpfung des Teams und zu ineffizienter Nutzung der Behandlungsmittel führe; dies bezieht sich vor allem auf die ambulante Weiterbehandlung durch denselben Therapeuten wie während des vorhergehenden stationären Aufenthaltes. Allerdings kann ein Behandlerwechsel durchaus aus allein therapeutischen Gründen sinnvoll sein, wenn die erste Stabilisierung z.B. einer vom Vater sexuell mißbrauchten Frau bei einer weiblichen Therapeutin erfolgt ist, um danach in einem anderen Setting die Erfahrung zu ermöglichen, daß auch im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zu einem Mann eine Übergriffigkeit nicht erfolgt.

Für den Patienten wäre – von speziellen Fällen abgesehen – die durchgehende Behandlung durch denselben Therapeuten (und dasselbe Team) ideal, da allein die Ausbildung einer ausreichend stabilen Objektrepräsentanz bei jedem Therapeutenwechsel (und Teamwechsel) stets wieder eines langen Zeitraumes bedarf. Zudem haben schwer gestörte Borderline-Patienten in der Praxis größte Schwierigkeiten, überhaupt einen Psychotherapeuten für die ambulante Behandlung zu finden, wodurch die Gefahr eines massiven Rückfalles mit erneuter Klinikaufnahme erheblich steigt. Im klinischen Alltag jedoch ist dieses Modell undurchführbar: Der Therapeut wäre alsbald auf Jahre hinaus mit ambulatorischer Arbeit überfrachtet, so daß er keine zeitlichen und persönlichen Ressourcen für die Tätigkeit auf seiner Station hätte. Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sollte ein Patient allerdings insoweit Fortschritte bezüglich seiner Ich-Strukturstörung gemacht haben, daß ein Therapeutenwechsel nicht als Retraumatisierung erlebt werden muß, sondern als notwendiger Entwicklungsschritt gesehen werden kann.

Solange wir keine solche im Verbund arbeitende Einrichtung besitzen, ist auch bei uns die ambulante von der stationären Behandlung getrennt. Wir behandeln je nach dem Grad der Ich-Störung und Symptomatik auf der offenen oder fakultativ geschlossenen Station. Im Verlauf ist zwischen den Gruppen ein „Auf- oder Absteigen“ möglich, wird aber von den Patienten selten gewünscht (Objekt Konstanz). Eine Tagesklinik für Borderline-Patienten befindet sich in Planung. Derzeit bieten wir als „Zwischenlösung“ eine Psychotherapiegruppe für ehemalige Patienten an.

Eine im Verbund arbeitende Einrichtung brächte auch den Vorteil mit sich, daß z.B. der Therapeut der Tagesklinik als Co-Therapeut bereits auf der offenen Station in den bisherigen Prozeß eingebunden sein könnte und so zu ihm bei Verlegung in die Tagesklinik schon eine therapeutische Beziehung bestünde. Es kann sich nur positiv auswirken, wenn der zweite Therapeut bereits Kenntnisse bezüglich der Geschichte des Patienten und des ersten Therapieabschnittes besitzt und er nach der Verlegung auf eigene Erfahrungen hinsichtlich der Abwehrmechanismen, Symptome und individuellen Reaktionsweisen des Patienten zurückgreifen kann.

Bei uns dauert die Therapie – ausgenommen Kriseninterventionen – zwischen drei Monaten und etwa zwei Jahren (Mittel 250 Tage). Damit ist sie vergleichsweise kurz: Plakun (1989, 1996) nennt als durchschnittliche Behandlungsdauer bei Borderline-Patienten 16,2 Monate (wobei nach seinen Angaben 61% das Therapieziel erreicht haben, in der Katamneseuntersuchung 91% über zufriedenstellende Beziehungen zum anderen Geschlecht berichtet und nur 6% Suizidversuche begangen haben), Stone (1996) 12,5 Monate (zwischen vier und 26 Monate) mit einer Besserung bei fast 64%, und McGlashan und Heinssen (1996) berichten von einer durchschnittlichen stationären Behandlung von drei Jahren (wobei ihren Angaben zufolge 65% der antisozialen Patienten ein „normales“ Funktionsniveau erreicht haben). Nach Lohmer (1988) beträgt die Therapie im Cassel-Hospital (bei London) in der Regel ein Jahr, ebenso wie auf der Langzeitstation zur Behandlung von Borderline-Patienten des New York Hospital Cornell Medical Center, Westchester Division (damals geleitet von Otto F. Kernberg).

Draijer (1990) betont, daß gerade die elterliche Ablehnung als ein (neben der Realtraumatisie-

rung) wesentlicher Faktor für die Ausbildung einer Störung bei mißbrauchten bzw. mißhandelten Kindern zur Folge habe, daß deren spätere Behandlung im Erwachsenenalter sehr viel Zeit in Anspruch nehme.

Die wesentliche Schwierigkeit ist die immerwährende Bedrohung der Therapie durch einen Behandlungs- und Beziehungsabbruch des Patienten – nicht selten angeschoben durch Briefe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, in denen mitgeteilt wird, daß eine stationäre Behandlung über einen Zeitraum von beispielsweise drei Monaten nicht indiziert sei: So jedenfalls verstehen Patienten derartige Schreiben, und ihre Wahrnehmung ist manchmal nicht korrigierbar. Patienten mit traumatischen Beziehungserfahrungen können sich nicht mehr gehalten fühlen und nehmen solche Schreiben oft zum Anlaß, vorzeitig die Station zu verlassen; in der Folge müssen sie später in um so desolaterem Zustand und häufig akut suizidal wieder aufgenommen werden. Der Versuch der Kostenersparnis erweist sich unmittelbar als kontra-produktiv.

Statt hinreichender Unterstützung bei der Behandlung der ohnehin stets schwerst gestörten Borderline-Patienten wird uns gelegentlich wie eine feststehende Tatsache die bloße Hypothese vorgehalten, daß eine Behandlung wie die unsere eine Hospitalisierung mit sich bringe und der Patient schließlich nicht mehr entlassen werden wolle. Unsere Erfahrung ist eine andere: Die Struktur von Borderline-Patienten läßt eine Hospitalisierungstendenz – bei einer psychotherapeutischen und nicht nur versorgenden Arbeit – u.E. deutlich weniger zu als bei Psychotikern, ist doch gerade das Autonomiebedürfnis des Borderline-Kranken ein spezifisches Störungsmerkmal. Hierzu der Versuch eines Beleges: Wir legen unseren Borderline-Patienten u.a. das Narzißmusinventar (Deneke u. Hilgenstock 1989) vor. Hieraus werden die (Zwischen-) Ergebnisse bezüglich dreier Skalen (Werte von 10 bis 50 möglich) herausgegriffen und mit den entsprechenden Daten aus dem Handbuch verglichen (Tab. 1).

Bei unseren Patienten ist – wie schon in der (überwiegend ambulant behandelten und also weniger schwer gestörten) Borderline-Gruppe der Testkonstrukteure – hinsichtlich der Angst vor Abhängigkeit eine deutlichere Nähe zu Gesunden festzustellen als bei Patienten mit anderen Störungsbildern. Insbesondere die Skala „Autar-

**Tab. 1:** Vergleich der Mittelwerte von Patientengruppen im Handbuch des „Narzißmusinventar“ (\*) und unseren Patienten bezüglich der Skalen „Ohnmächtiges Selbst“, „Autarkie-Ideal“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“

	Ohnmächtiges Selbst	Autarkie-Ideal	Narzißtischer Krankheitsgewinn
Alle Personen 21-30 Jahre (N = 414) (*)	28,4	29,1	24,7
Narzißtische Charakterstörung (N = 59) (*)	26,2	30,9	23,0
Angstneurose (N = 53) (*)	39,9	30,0	29,6
Hysterische Neurose (N = 95) (*)	25,1	31,9	26,9
Borderline (N = 39) (*)	30,1	27,0	21,7
Gesunde (N = 38) (*)	12,7	34,7	13,2
<b>Eigene Borderline-Patienten (N = 53)</b>	<b>39,7</b>	<b>33,0</b>	<b>25,1</b>

kie-Ideal<sup>2</sup> deutet auf die für den Borderline-Patienten zentrale Rolle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung hin. Diese Patienten versuchen autonom zu bleiben, obwohl ihr „Ohnmächtiges Selbst“<sup>3</sup> außerordentlich ausgeprägt ist. Die Bedeutung für einen Menschen, sich in die Phantasie retten zu können, leistungsfähig und heil zu sein – „lediglich“ der Körper versage – und somit die Abwehr von psychischen Problemen wird mit der Skala „Narzißtischer Krankheitsgewinn“<sup>4</sup> erfaßt; auch hier wird deutlich, wie sehr ein Borderline-Patient psychische Probleme – und für deren Existenz gilt ein Aufenthalt in der Psychiatrie als Beweis – abzuwehren hat und um Autonomie ringt, ist doch der „Narzißtische Krankheitsgewinn“ jedenfalls nicht höher als bei anderen Krankheitsbildern (und bei der Borderline-Gruppe der Autoren des „Narzißmusinventar“ sogar auffallend niedrig). Seine Autonomie aber würde der Patient in stationärem Rahmen als besonders bedroht empfinden. Die Bereitschaft zur stationären Therapie deutet insgesamt also eindrucksvoll auf die große Not eines Patienten hin und ist alles andere als Ausdruck reiner Ver-

sorgungswünsche, die bei anderen Krankheitsbildern ausgeprägter sind.

Da das Familienklima (s. Kap. 4.3), das wohl ebenso wichtig für die Entstehung einer Borderline-Störung ist wie ein Realtrauma (s. Kap. 1.12; Kap. 1.13), auch die Zeit präsymbolischer Erfahrungen (vgl. Dornes 1993) umfaßt und mangelndes Vertrauen ein wesentliches Element der Störung ist, wird die Notwendigkeit einer längerfristigen Therapie erklärlich. Denn selbst wenn die innerhalb einer Therapie gemachten Erfahrungen deutlich „gelehrt“ haben müßten, daß Realtraumata hier nicht zu erwarten sind, so bleiben diese Erfahrungen noch lange abgespalten – bis zur erfolgreichen Modifizierung der ursprünglichen präsymbolischen affektiven Erfahrungen, die in der Therapie symbolisiert werden müssen, um so einer Selbstreflexion erst zugänglich zu werden. Deshalb besteht die Therapie auch in der Symbolisierung der neuen Erfahrungen mit dem Ziel der Überarbeitung der affektiven Erfahrungen der präsymbolischen Zeit. Dies bedingt die Notwendigkeit beständiger Wiederholungen auf der Handlungs- wie der Symbolebene. Vom Gehaltenwerden im Sinne Winnicotts kann der Patient verbal nicht überzeugt werden, sondern er muß es immer wieder konkret erfahren. Nur so können schließlich sowohl die präsymbolischen und dem konkreten Trauma vorausgegangenen, sehr frühen als auch diejenigen Erfahrungen modifiziert werden, die das Trauma eingeleitet haben. Goldberg (1996, S. 260) führt hierzu aus: „Eine grundlegende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur verlangt eine längerdauernde Be-

<sup>2</sup> Beispiel Item 013: „Ich versuche, mit allen Schwierigkeiten erst einmal allein fertig zu werden“;

Beispiel Item 022: „Ich lasse mir nicht gerne helfen. Lieber versuche ich es solange alleine, bis es doch noch klappt“.

<sup>3</sup> Beispiel Item 027: „Ich fühle mich häufig wie ein Kartenhaus, das jederzeit in sich zusammenfallen kann“;

Beispiel Item 056: „Ich fühle mich oft in einem schlecht zu beschreibenden Zustand von innerer Leere wie gelähmt“.

<sup>4</sup> Beispiel Item 083: „Ich würde mich auf sehr viel mehr Herausforderungen einlassen, wenn ich nicht Angst hätte, meine Gesundheit würde das nicht durchstehen“.

handlung, die darauf abzielt, eine Reihe reiferer Selbstobjekt-Beziehungen zu erreichen, gleichzeitig eine Verringerung der Vulnerabilität für das Versagen bzw. den Verlust von Selbstobjekten.“

## Voraussetzungen für die stationäre Psychotherapie

Auf der deskriptiven Ebene erachten wir als wichtige Indikatoren für die Notwendigkeit einer stationären Therapie:

- ausgesprochen geringe Angsttoleranz
- Suizidalität, schwere Autoaggressivität (selbstverletzendes Verhalten)
- schwere Eßstörungen
- innere Konfusion einschließlich psychotischer Symptome
- schwere dissoziative Symptome (einschließlich multiple Persönlichkeit)
- eingeschränkte Impulskontrolle (z.B. auch Drogenkonsum)
- chaotische Beziehungsmuster, Beziehungslosigkeit bzw. Verlust der sozialen Integration (stationär lassen sich Beziehungsmuster besser als ambulant erkennen und bearbeiten)
- schweres antisoziales Verhalten einschließlich Delinquenz (bei schwerer Delinquenz bedürfte es allerdings eines strukturierteren Settings in kontrollierbarerem Rahmen)

Eine stationäre Psychotherapie im Sinne einer Ich-strukturellen Arbeit ist aus unserer Sicht indiziert, wenn der Patient

- eine Motivation zum Eingehen einer therapeutischen Beziehung – bei oft ungenügender Fähigkeit hierzu – besitzt oder diese jedenfalls absehbar ist
- ein gewisses Maß an Reflektionsvermögen sowie Introspektionsbereitschaft und -fähigkeit aufweist
- zu Ich-schwach für eine ambulante Psychotherapie, aber genügend Ich-strukturiert für eine intensive Behandlung (einschließlich Bearbeitung der Realtraumata) ist
- im Rahmen der Traumabearbeitung bei ambulanter Therapie ein Exazerbieren von Symptomen (Dulz u. Schreyer 1997) zeigt, wobei dieser Teil der Psychotherapie von schwerer gestörten Borderline-Patienten zumeist ohne-

hin unter stationären Bedingungen begonnen wird, insbesondere wegen der Notwendigkeit einer haltenden Umgebung zur Vermeidung etwa eines Suizides.

Wenn die vorstehenden Voraussetzungen für eine Ich-strukturelle Arbeit nicht gegeben sind, bedarf es einer strukturierten Milieu-orientierten Arbeit unter Nichtbearbeitung eines Realtraumas, wodurch eine unbeherrschbare Exazerbation vermieden werden kann (Reddemann u. Sachsse 1997). Notwendig sind also unterschiedliche Settings. Bei Borderline-Patienten lassen sich hypothetisch je nach Ausprägung der Ich-strukturellen Mängel und der daraus folgenden Symptomatik fünf Gruppen unterscheiden:

- ambulant psychotherapierbare Patienten (Krisenintervention auf der offenen oder geschlossenen Station) mit ausreichender Objektrepräsentanz und Beziehungsfähigkeit sowie geringem Impulskontrollverlust
- Ich-strukturell zu therapierende, aber beziehungsgestörtere und Impulsdurchbruchgefährdete Patienten (auf der geschlossenen oder offenen Station mit Übergang zur ambulanten Therapie idealerweise über eine spezialisierte Tagesklinik)
- besonders Ich-schwache Patienten (primär strukturierende Therapie ohne Deuten)
- schwerer delinquente Patienten (Einrichtungen mit speziellem Setting)
- (noch) nicht therapierbare Patienten (z.B. ohne Motivation bzw. Introspektionsfähigkeit)

Nach der Untersuchung patientenbezogener Voraussetzungen soll nun ein Blick auf das Behandlungsteam erfolgen. Als wesentliche Bedingungen für eine stationäre Psychotherapie sehen wir an:

- Formulieren der Therapieziele für das Team als „Konzeptbestandteil“ wie für jeden einzelnen Patienten
- hohe personelle Konstanz im Team, möglichst auch bei Verlegung innerhalb der Klinik, da Therapeutenwechsel aufgrund der mangelhaft ausgeprägten Fähigkeit der Patienten zur Objektrepräsentanz die typischen Abwehrmechanismen beleben und die Störung „nähren“
- Reduktion der Spaltung des Teams, u.a. durch tägliche patientenbezogene Besprechungen
- spezielle Fachkenntnisse bei allen Mitarbeitern, ohne die sich eine Spaltung des Teams

nicht verhindern läßt und die durch ständige fallbezogene und theoretische Fortbildung gefestigt und erweitert werden müssen

- neben systematischer Einzel- und Gruppentherapie die Möglichkeit auch von körpertherapeutischer Einzel- und Gruppenarbeit, da bei mißbrauchten/mißhandelten Borderline-Patienten regelmäßig schwere und schwerste Störungen des Körperschemas vorhanden sind (Dulz u. Schneider 1995, 1996)

Einige sehr wichtige psychotherapeutische Prinzipien hat Rohde-Dachser (1979, 1995) zusammengestellt, die im folgenden referiert und ergänzt werden.

### 1. Kategorie (allgemeines Setting)

- Als oberstes Prinzip jeder Borderline-Therapie wird ein variables Setting angesehen, das den jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen des Patienten angepaßt werden muß. Zu unterscheiden ist das flexible Handeln von einem (unreflektierten) Mitagieren.
- Sympathie bezüglich des Patienten bei zumindest einigen Teammitgliedern (s. hierzu Abschnitt „Die Rolle der Sympathie“).
- Technische Neutralität jedes Teammitgliedes (s. hierzu Abschnitt „Die Rolle der technischen Neutralität und Kontrolle der Gegenübertragung“) als „väterliche“ Komponente.
- Haltende Funktion im Sinne Winnicotts durch das gesamte Team (s. hierzu Abschnitt „Die Rolle der haltenden Funktion“) als „mütterliche“ Komponente.
- Das Agieren des Patienten muß kontrolliert und gesteuert werden, gegebenenfalls durch deutliche und eindeutige Grenzsetzungen.
- Der Patient soll umfassend über die Art seiner Erkrankung und das gewählte Therapiesetting aufgeklärt sowie auf wesentliche psychodynamische Zusammenhänge aufmerksam gemacht werden – dies beinhaltet auch die Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen und den individuellen Grund für die Medikation.
- Alle relevanten Inhalte aus Einzeltherapie-Sitzungen müssen dem Team mitgeteilt, in ihm diskutiert und in ihrer psychodynamischen Bedeutung verstanden werden.
- Den (ohnehin oft wechselnden) Symptomen ist weniger Aufmerksamkeit zu schenken als der Ich-Struktur und dem aus ihr resultieren-

den Verhalten, insbesondere bezüglich der Gestaltung aller Beziehungen.

### 2. Kategorie (psychotherapeutisches Setting)

- Die am wenigsten konflikthafter Persönlichkeitsbereiche des Patienten werden eruiert, und auf diese erstreckt sich die therapeutische Arbeit in der ersten Therapiephase, um der Selbstentwertung entgegenzuwirken. Erst nach Ausbildung einer tragfähigen Beziehung und bereits fortgeschrittener Ich-Strukturierung werden die stärker mit Angst verbundenen Konfliktbereiche untersucht und bearbeitet – dies betrifft insbesondere die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Eltern, aber auch einen sexuellen Mißbrauch und körperliche Mißhandlung. Gegen Ende der stationären Therapie wird „Abschied“ zum zentralen Thema. Das Ziel der Therapie insgesamt ist das Überflüssigwerden des Therapeuten.
- In Einzel- und Gruppensitzungen sollten Schweigepausen zu Beginn der Therapie alsbald unterbrochen werden. Später entwickeln die Patienten mehr Frustrationstoleranz, aber auch dann sollte eine besonders andauernde Schweigepause nicht wie in der Neurosen-therapie ununterbrochen bleiben, da ansonsten die Angst des Patienten zu- und seine Fähigkeit zur Introspektion abnimmt.
- Zur freien Assoziation wird nicht aufgefordert. Vielmehr werden die Mitteilungen und Assoziationen des Patienten in Richtung eines verbesserten Realitätsbezuges gesteuert. Statt der freien Assoziation, die bei Neurotikern in einer klassischen Analyse zu bearbeiten sind, steht das oft von verzerrten Wahrnehmungen bestimmte Verhalten des Patienten bezüglich Mitpatienten und Teammitgliedern im Zentrum der Therapie.
- Genetische Deutungen werden vermieden. Statt dessen werden überwiegend Deutungen – diese betreffen insbesondere die Abwehrmechanismen – vorgenommen, die einen verbesserten Realitätsbezug des Patienten bewirken können.
- Gegebenenfalls muß der Patient mit verleugneten Inhalten und Gefahren nachdrücklich konfrontiert werden.
- Die positive Übertragung muß gefördert werden, wodurch die therapeutische Beziehung eine Stabilisierung erfährt (auch durch Partei ergreifen für den Patienten).

- Eine positive Übertragung sollte nicht gedeutet werden; dieses dient zwar der Entlastung des Therapeuten, führt aber zum Rückzug des Patienten, der – gewissermaßen im „Gegenzug“ – seine (Pseudo-)Autonomie stärken müßte, unter Umständen auch durch einen Therapieabbruch.
- Abgespaltene und inner- wie außerhalb der Therapie agierende negative Übertragungen müssen aufgespürt und thematisiert werden, wobei wir diese in der ersten Therapiephase oft tolerieren, um dem Patienten bei abruptem Verlust der „bewährten“ Abwehrstrategie und vor Ausbildung von Kompensationsmöglichkeiten das dann zwangsläufig erfolgende Anfluten der Angst zu ersparen.
- Die Bilder der frühen Bezugspersonen müssen entzerrt werden mit dem Ziel, daß diese dem Patienten nunmehr als Menschen mit Vorzügen und Schwächen erscheinen (Entdämonisierung und Entidealisierung).
- Dem Patienten muß immer wieder bestätigt werden, daß er liebesfähig ist. Die Verzerrungen, in denen sich seine Liebesbedürfnisse manifestieren, müssen gedeutet werden, und es müssen befriedigendere Möglichkeiten für die Verwirklichung dieser Bedürfnisse erarbeitet werden.
- Dem Patienten muß immer wieder versichert werden, daß die technische Neutralität des Therapeuten keine Ablehnung bedeutet, sondern durch sie gerade auch die Integrität des Patienten im Rahmen der Therapie respektiert wird.
- Gegenübertragungsgefühle sollten dem Patienten mitgeteilt, verzerrte Wahrnehmungen der Person des Therapeuten korrigiert werden (Heigl-Evers u. Ott 1994, 1998). Dies beinhaltet die Beantwortung von Fragen, soweit sie nicht sehr persönliche Bereiche betreffen und dem Fortgang der Therapie dienen. Der Therapeut sollte sich, so Singer (1994, S. 834), als „reale Person“ präsentieren. Zwischen seinem Verhalten dem Patienten gegenüber sowie seinem Denken und Fühlen muß Kongruenz bestehen. Diese Regel gilt jedoch nicht nur für Psychotherapeuten, sondern für jedes Teammitglied und ist deshalb mit Einschränkung auch zur Kategorie 1 gehörig.
- Die unbewußte Identifikationsphantasie, nach der ein Patient letztlich alle seine Beziehungen gestaltet, muß herausgearbeitet werden mit

dem Ziel, die Fremdbestimmung durch eine sichere eigene Identität zu ersetzen; hierdurch verlieren Abwehrmechanismen wie projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenzgefühl an Bedeutung.

- Bei der Bearbeitung realtraumatischer Erlebnisse ist ein Investigieren zu vermeiden. Statt dessen sollte stets das, was der Patient berichtet, ernst genommen werden. Das wesentliche Kriterium sind die subjektiven Erinnerungen des Patienten und die damit verbundenen Gefühle. Auch abstrus erscheinende Berichte über Traumatisierungen sollten nicht zu Widerlegungsversuchen und Argumentationen auf dem Boden eigener Anschauungen Anlaß geben, repräsentieren sie doch auf der Symbolebene das frühere Erleben.

Bei der Therapie ist zu berücksichtigen, daß nicht alle „Prinzipien“ zu jedem Zeitpunkt der Behandlung angemessen sind. Vielmehr sollte der aktuelle Zustand des Patienten zum Maßstab des Möglichen genommen werden („variables Setting“). Bei einem Borderline-Patienten mit psychotischer Symptomatik beispielsweise unbewußte Identifikationsphantasien herausarbeiten zu wollen, brächte eine kontraproduktive Überforderung, also eine Dekompensation mit sich.

Wir richten das therapeutische Hauptaugenmerk auf die Reduktion der Angst (s. Kap. 2.1). Auch Eagle (1988, S. 175) postuliert, daß in der Behandlung früher Traumata „die heilsamen therapeutischen Wirkungen nicht in erster Linie auf die Beseitigung von Entwicklungsdefiziten und strukturellen Defekten beruhen, sondern darauf, daß sie die Auswirkungen der unrealistischen Ängste und ungelösten Konflikte abmildern ...“.

Erst wenn die Angstreduktion gelingt, wird der Borderline-Patient zur Aufnahme einer therapeutischen Beziehung in der Lage sein und eine Therapie durchhalten können, während der es zwangsläufig immer wieder zu einem Anfluten der Angst kommen wird. Gerade um Realtraumata bearbeiten zu können, muß die Beziehung zwischen Therapeut und Patienten stabil und jedenfalls einigermaßen entängstigt sein. Dies betrifft beide, Therapeuten und Patienten. Da Beziehungen keine einseitige Angelegenheit sind, hat der Behandler durchaus seinen Anteil daran, wenn eine therapeutische Beziehung nicht entsteht oder sich als nicht tragfähig erweist.

Von einem Menschen, der so schwer beziehungsgestört ist wie ein Borderline-Patient, können und dürfen wir nicht erwarten, daß er eine therapeutische Beziehung seinerseits günstig zu gestalten imstande ist. Im Gegenteil: Er wird zunächst und oft über Monate alles tun, um die therapeutische Beziehung zu unterminieren – konnte er doch in der Regel nicht die Erfahrung machen, daß eine Beziehung tragend und stabilisierend sein kann. Vielmehr wurde er in Beziehungen, welcher Art auch immer, verlassen oder gar aufs schwerste realtraumatisiert. Diese Erfahrungen bringt der Patient ein, und diese Erfahrungen versucht er zu perpetuieren, um sich unbewußt vor der dramatischen und traumaähnlichen Erkenntnis zu schützen, daß seine Eltern ihn mindestens nicht geschützt und/oder aufs schlimmste verletzt haben (vgl. Kap. 4.3).

Ein Borderline-Patient wird den Therapeuten und die Krankenschwester durch Übertragung als Vater- bzw. Mutterfigur sehen und mit ihnen so umgehen, wie er mit seinen Eltern umgegangen ist. Es würde ihn nicht überraschen, wenn seine Therapeuten genauso wie seine Eltern reagierten. Dies ist wegen unkontrollierter Gegenübertragungsgefühle und -reaktionen jedoch als antitherapeutisches Verhalten abzulehnen. Denn wir sind für den Verlauf einer stationären Therapie wesentlich mitverantwortlich, und nicht zuletzt sind es unsere Entscheidungen, welche die therapeutische Arbeit entscheidend gestalten. Aus unserer Sicht besteht hierbei zwischen Selbstpsychologie und Psychologie des dynamischen Konfliktes kein Dissens – wir versuchen eine Berücksichtigung (in Anlehnung an Eagle 1988, S. 173) sowohl von Überprüfung infantiler Wünsche und Konflikte, Angst und Abwehr im „Lichte der gegenwärtigen Realität“ als auch eine „Reparatur“ des „Defekts“, eines Entwicklungsschadens, mit Hilfe der therapeutischen Beziehung.

Der entscheidende Maßstab in der konkreten Arbeit ist das subjektive Erleben und Erinnern des Patienten, das durchaus anders als die Realität und auch anders als die Erinnerung der Eltern sein kann. So gibt es Patienten, die ihre Eltern eindrücklich und voller Überzeugung im Sinne einer Verteufelung als wahre Horrorgestalten schildern, welche sich später allerdings als weitgehend unauffällige und nette Personen herausstellen. Ein Grund für diese negative Sicht der Eltern kann beispielsweise sein, daß diese zur Zeit des Säuglingsalters des Patienten lange nach einem

Unfall in der Klinik gewesen sind und sich nicht um ihr Kind haben kümmern, also keine haltende Funktion haben einnehmen können. Ein Realtrauma hätte dann stattgefunden, ohne daß dieses von den Eltern verursacht oder zu verhindern gewesen wäre.

Wir aber müssen es anders machen, wollen wir das, was wir tun, Therapie nennen, und wollen wir es nicht beim bloßen Agieren belassen. Letzteres wäre vielen Borderline-Patienten am liebsten, denn dann bliebe alles so, wie es immer war – neigen sie doch unbewußt zur Vermeidung von Verhaltensänderungen, auch wenn sie gerade diese ersehnen.

## Von Sympathie, technischer Neutralität und haltender Funktion

Hier soll auf den schwierigeren und insbesondere von Beziehungen abhängigen Anteil dessen, was zu einer erfolgreichen Behandlung von Borderline-Patienten gehört, eingegangen werden. Es handelt sich um die innere Einstellung dem Patienten gegenüber. Falls diese eine rein technokratische oder (sich selbst wie dem Patienten gegenüber) unkritische oder auch eine überengagierte ist, ist ein anhaltender Erfolg in der und durch die Therapie nicht zu erwarten. Es sollte vorausgeschickt werden, daß ein Patient aufgrund feinsten „Antennen“ die innere Haltung des Therapeuten – vielleicht ausgenommen in Situationen extremer Impulsdurchbrüche – unbewußt wahrzunehmen imstande ist, selbst bei größter „schauspielerischer“ Leistung des Therapeuten. Lichtenberg (1987) leitet von Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung ab, daß ein Analysand, wenn er Angst hat (und ein Borderline-Patient hat meistens und insbesondere in therapeutischen Situationen Angst), sich eher am Klang der Stimme, den Körperbewegungen oder den Magengeräuschen des Analytikers als an den eigenen innerpsychischen symbolischen Vorstellungen zu orientieren versuche – dies belegt die Unsinnigkeit von „Verstellungsversuchen“ eines Borderline-Therapeuten.

Wir gehen von drei wichtigen Grundvoraussetzungen für den therapeutischen Umgang mit Borderline-Patienten aus: der persönlichen Sympathie, der haltenden Funktion und der technischen Neutralität. Alle drei Punkte sind gleichbe-



rechtigt und sollten, ja müssen – jedenfalls im Längsschnitt gesehen – nebeneinander und miteinander bestehen. Eben diese Verbindung von Neutralität und haltender Funktion im Sinne Winnicotts, von kontrolliertem Vorgehen und Sympathie sehen wir als die Grundvoraussetzung einer Psychotherapie.

## Die Rolle der Sympathie

Ferenczi (1988, S. 265) geht davon aus, daß nur „Sympathie heilt ... Verständnis ist notwendig, uns die Sympathie an der richtigen Stelle (Analyse), in der richtigen Art anzuwenden. Ohne Sympathie keine Heilung. (Höchstens Einsichten in die Genese des Leidens).“ Wir halten diesen Satz insbesondere bei der Therapie von Borderline-Patienten für zutreffend, die nach einer Phase der Ungläubigkeit in tiefste Irritationen gestürzt werden, wenn sie die Erfahrung machen „müssen“, von jedenfalls einigen Teammitgliedern nicht nur „behandelt“, sondern sympathiegetragen akzeptiert zu werden – dies auch bei Versuchen der Sympathiedemontage durch ebenso beziehungsdestruktives wie kreatives Agieren (s. Kap. 1.6).

Sympathie wird leicht mit Interesse verwechselt, da wir im Rahmen unserer klinisch-psychiatrischen Ausbildung nicht alle lernen, eigene Gefühle – also auch unsere Gegenübertragungsgefühle – zu analysieren. Genau dies ist aber schon zu Beginn einer therapeutischen Beziehung notwendig. Denn alleiniges Interesse reicht nicht aus, insbesondere wenn es von voyeuristischen Motiven bestimmt ist. Aber auch unabhängig davon: Bloßes Interesse droht leicht zu erlahmen – etwa im Falle eines scheinbar an der Therapie desinteressierten Patienten, wobei sich als Folge davon in der Gegenübertragung ein Desinteresse beim Therapeuten entwickeln kann.

Bei reinem Interesse ist der Therapeut – selbst wenn er die Therapie mit Elan begonnen hat – nicht in der Lage, derartige Situationen über Monate durchzustehen. Statt dessen würde er den Patienten z.B. an einen Kollegen vermitteln, der dann als „viel kompetenter“ angepriesen wird. Als Folge davon entwickelte sich ein Beziehungsabbruch, eine Wiederholung jenes Abschiebens, welches der Patient nur allzu gut kennt – in der Regel seit früher Kindheit.

Also ist Sympathie eine wichtige Voraussetzung für eine zuverlässige und lange genug durchgehaltene therapeutische Beziehung, für ein Aushalten der belastenden Übertragung und Gegenübertragung, für ein Vermeiden des „die Flinte ins Korn werfen“ – etwa in Zeiten heftigster Vorwürfe seitens des Patienten nach Monaten großen therapeutischen Engagements. Mit anderen Worten: Bei Vorhandensein einer persönlichen Abneigung einem Patienten gegenüber wird weder auf seiten des Therapeuten noch auf seiten des Patienten die Basis für eine psychotherapeutische Beziehung entstehen, sondern bestenfalls ein formal korrektes Umgehen miteinander.

Von Sympathie – Ferenczi (1988, S. 105ff) spricht in einer anderen Passage auch von Mitfühlen – zu unterscheiden ist auch die Empathie im Sinne eines Einfühlens, die – so Singer (1994) – zu den grundsätzlichen Techniken auch der klassischen Psychoanalyse gehört, aber von den Referenten – jedenfalls in der stationären Psychotherapie schwerstgestörter Borderline-Patienten – nicht als ausreichend angesehen wird. Während Sympathie die Basis der therapeutischen Beziehung darstellt, wirkt Empathie als das Fundament der therapeutischen Technik.

Die Grenzen der Psychoanalyse seien durch die Grenzen von Introspektion und Empathie gegeben, wie Kohut (1971a) meint. Empathie ist nach Schwaber (1995, S. 161) innerhalb der klinischen Situation als Modalität der psychoanalytischen Technik zu verstehen: „Wenn wir den Begriff Einfühlung innerhalb der klinischen Situation als Beobachtungsmethode betrachten, d.h. als Methode zur tiefenpsychologischen Datengewinnung, dann könnten unnötige Kontroversen über die Beziehung zwischen seinem Gebrauch und seiner theoretischen Basis vermieden werden.“ Es seien wohl Kohuts rigoroser Gebrauch von Empathie und Introspektion als dem primären Modus der Datengewinnung und sein Verzicht auf beweisführende Datengewinnung über objektive Realität, welche ihn zur Entdeckung von Übertragsvarianten geführt hätten.

Die Referenten sehen dies nicht anders: Wir sind keine Staatsanwälte, die zu investigieren und Tatbestände aufzuklären haben, nicht einmal Rechtsanwälte des Patienten. Wir folgen ihm empathisch, wobei sich dieses mehr auf die Bedeutung des Gesagten für inter- und intrapsychische Prozesse als auf dessen „objektiven“ Wahrheitsgehalt bezieht: Wir achten die zwangs-

läufig subjektiven Erinnerungen sowie die begleitenden Gefühle und gehen auf sie als persönliche „Wahrheit“ des Patienten ein, auch wenn die Situationsschilderung eines Patienten einmal „abstrus“ erscheint. Die Empathie des Analytikers gründe „in Erfahrungen mit wesentlichen Zügen elterlicher Empathie, nämlich der Einstimmung auf und Anerkennung von Wahrnehmungen und Erfahrungen eines anderen“ (Schwaber a.a.O., S. 175). Lichtenberg (1987, S. 133) vermutet, „daß bei Analytikern ohne Ausnahme empathisches Verständnis und intuitives Erfassen auf bewußt oder unterschwellig wahrgenommenen affektiven und motorischen Mustern gründen, die auf Erfahrungen der frühen Mutter/Kind-, Vater/Kind- und oft auch Geschwister/Kind-Interaktionen zurückgehen“. Nach Milch und Hartmann (1996) hat Empathie des Therapeuten eine stützende Funktion für das Selbst, strukturiert dieses und führt zu einer Zunahme der Fähigkeit zur Introspektion und Empathie beim Patienten.

Empathisches Verhalten des Therapeuten ermöglicht es einem Patienten erst, innerhalb von Beziehungen neue Erfahrungen zu machen. Diese erschrecken ihn, bis ihm gedeutet werden kann bzw. deutlich wird, daß Abwehr der Empathie die Elternimages bewahrt, also dem Schutz der trotz Traumaanamnese oft lange ebenso idealisierten wie – unverbunden daneben stehend – verteuflten Eltern dient.

Lichtenberg (1990, S. 880) spricht von der Notwendigkeit eines aufeinander Eingestimmtseins zwischen Mutter und Säugling in der ganz normalen Interaktion und im Kontrast dazu von „der fehlenden Empathie in Situationen mit ... emotional gestörten Eltern“ – die Abwehr von Empathie ist somit auch darin begründet, daß Empathie im ersten Lebens(halb)jahr nicht erfahren wurde und es dem Patienten deshalb gar nicht möglich ist, Empathie als echt zu erkennen – so lange, bis ihm innerhalb der Therapie vom Team entgegengesetzte Erfahrungen systematisch und anhaltend ermöglicht werden.

Empathie erfordert aber nach Schwaber (1995, S. 176), „daß wir zwischen der eigenen Welt und jener, die unsere Patienten erleben und wahrnehmen, eine menschliche Ähnlichkeit entdecken können.“ Somit nähert sich Schwabers Auffassung von Empathie unserer von Sympathie. Empathie ist also nicht gleich (evtl. sogar projektiver) Identifizierung. Eine derartige Identifizie-

rung mit dem Patienten muß vermieden werden, vor ihr schützt die technische Neutralität.

Wolf (1996, S. 58f) faßt zusammen: Empathie habe als Ziel, „alles, was in einem anderen Menschen vorgeht, zu verstehen, ohne deshalb direkt an dessen Erleben teilzuhaben. Genauer gesagt bedeutet ‚neutral‘ ..., daß der Therapeut eine ausreichende emotionale Distanz bewahrt, damit sein Urteilsvermögen nicht durch seine Gefühle getrübt wird. Neutralität schließt Freundlichkeit nicht aus, und es bedeutet auch nicht, daß der Therapeut die Dinge nicht aus der Sicht des Patienten, also von dessen einseitigem Standpunkt aus, sehen darf ... Der Therapeut muß die Gefühle des Patienten in einem gewissen Maß teilen, und zwar so, daß er merkt, was der Patient gerade erlebt.“

## Die Rolle der technischen Neutralität und Kontrolle der Gegenübertragung

Grundsätzlich, aber insbesondere in kritischen Momenten einer Borderline-Therapie bedarf es zusätzlich zur Sympathie eines beträchtlichen Maßes an Neutralität. Nur so ist die therapeutische Haltung zu wahren, nur so wird die Therapie in schwierigen Situationen nicht (bewußt oder unbewußt) abgebrochen und der Patient nicht aufgegeben, nur so wird der Therapeut von der Gegenübertragung im Sinne einer Fusion mit dem Patienten nicht überflutet.

Es ist leicht einzusehen, daß Neutralität gegenüber den individuellen Wertevorstellungen eines jeden Patienten gewahrt werden muß – und dies geht über Werte z.B. hinsichtlich sexueller Präferenzen oder religiöser Vorstellungen deutlich hinaus. Sich an diese Einsicht zu halten ist freilich weit problematischer, als man vorher annimmt. Dies kennt jeder Psychotherapeut, jeder Arzt, jede Krankenschwester etwa im Umgang mit der Dynamik von Familien mit fremdem kulturell-religiösen Hintergrund, mit der damit verbundenen Rolle der Frau usw.: Wir sind manchmal entsetzt und müssen uns dann um so gezielter bewußt machen, daß es hier um Respekt und Akzeptanz anderer Vorstellungen geht, die zu kritisieren uns meist nicht zusteht.

Neutralität im psychoanalytischen Sinne einer technischen Neutralität ist jedoch sehr viel komplexer und gerade bei Borderline-Patienten

schwierig einzuhalten. Neutralität bedeutet, die Gegenübertragung, also auch eigene Schwächen, wahrzunehmen, zu analysieren und sie in der Therapie zu kontrollieren, also ihr nicht impulsiv nachzugeben – zumal der Patient gerade dieses provozieren wird. Nur mittels der technischen Neutralität wird es möglich, daß der Therapeut sich nicht so verhält, wie es der Vater oder die Mutter des Patienten getan haben.

Zur technischen Neutralität meint Kernberg (1984, 1991), diese sei eine unentbehrliche Voraussetzung für interpretative Arbeit – insbesondere wenn durch den Patienten im Therapeuten aggressive Gegenreaktionen ausgelöst würden; sie schließe Empathie (Anm.: und Sympathie) keineswegs aus. Gerade durch schweres Agieren, aber auch lebens- oder behandlungsbedrohende Situationen werde „die technische Neutralität ständig gestört, bedroht oder eingeschränkt, und ein erheblicher Teil der Bemühungen des Therapeuten wird sich darauf konzentrieren müssen, immer wieder zu ihr zurückzukehren“ (S. 154). Kernberg (a.a.O., S. 182) präzisiert die Notwendigkeit der technischen Neutralität noch: „Um ein optimales Maß an innerer Freiheit zur Erforschung seiner eigenen emotionalen Reaktionen und Phantasiebildungen im Zusammenhang mit dem Material des Patienten zu behalten, muß der Therapeut, der Borderline-Patienten behandelt, besonders darauf achten, daß er nur interveniert, wenn er wieder zu einer technisch neutralen Haltung zurückgefunden hat.“

Die therapeutische Notwendigkeit von Sympathie wie auch Neutralität bedingt eine Gratwanderung zwischen Verschmelzung mit dem Patienten einerseits und einer aggressiven Abwehr des Patienten andererseits. Sympathie als Voraussetzung für die stabile therapeutische Beziehung hilft bei der Vermeidung überzogener sadistischer Reglementierungen. Neutralität ist als Voraussetzung für die nicht minder existentielle Flexibilität im Umgang mit dem Patienten, für die Vermeidung eines Eingefangenwerdens, eines Befangenseins unverzichtbar, aber auch in der Grenzsetzung und Strukturierung.

Ein Setzen notwendiger Grenzen innerhalb einer Therapie ist unabdingbar (Sachsse 1989b). Diese Grenzen müssen unter Umständen auch wiederholt mit dem Patienten besprochen werden. Und sie müssen immer wieder modifiziert werden. Im Grunde gibt es nur wenige Regeln, die für sämtliche Patienten einer Station gleicher-

maßen gelten, alle anderen müssen individuell erarbeitet und formuliert werden. Beispielsweise gilt bei dem einen Patienten eine intensive Frequenzierung von Therapien als behandlungsbedürftiges Symptom (etwa Sporttherapie bei schwerer Anorexie), für den anderen ist eine intensive Teilnahme an Sporttherapien (etwa zur Vermeidung einer schweren Regression) unbedingt wünschenswert.

Die wenigen eindeutigen Grenzen betreffen im Rahmen einer stationären Behandlung vor allem die Gefahr für Leib und Leben der Patienten oder Mitarbeiter. Bezüglich sämtlicher anderer Regeln muß man sich immer fragen, ob es sich um eine Notwendigkeit handelt, um eine aggressive Gegenübertragung oder um Trägheit und Motivationslosigkeit des Teams („das war schon immer so bei uns“). Selbst angesichts der Frage einer akuten Gefährdung ist das reale Risiko gewissenhaft zu überprüfen, denn bereits die Annahme einer Gefahr kann Ausdruck einer unreflektierten Gegenübertragung sein. Wenn nach Prüfung die Gefährdung weiterhin als real eingeschätzt wird, muß jede reglementierende Maßnahme auf ihre Zweckmäßigkeit abgeklöpft werden – was im übrigen stets und also auch in weniger bedrohlichen Situationen erfolgen sollte.

Die nicht nur unvermeidbare, sondern therapeutisch zu nutzende Gegenübertragung muß von dem Therapeuten selbst und ständig überprüft werden. Ferner sind eine externe wie ständige interne Supervision notwendig. Wenn chronische Probleme in der Gegenübertragung vorhanden sind, kann sich eine Therapie u.U. als nicht mehr möglich erweisen – so im Falle einer anhaltenden und auch in der Supervision nicht auflösenden aggressiven Gegenübertragung. Diese würde der Patient unweigerlich spüren, und es entwickelte sich – beispielsweise – dieselbe Beziehungsgestaltung wie dem Vater gegenüber. Neue Erfahrungen könnte der Patient nicht machen, die alten und pathogenen Erfahrungen würden perpetuiert. Der Abbruch der Therapie schützt unter diesen Bedingungen den Patienten vor einer Retraumatisierung – eine solche Therapiebeendigung stößt freilich bei nachbehandelnden Kollegen ohne spezifische Erfahrungen in der Borderline-Therapie immer wieder auf manchmal sogar aggressiv vorgetragenes Unverständnis (s. Kap. 3.4).

Jede Borderline-Therapie ist ein massives Wechselbad der Gefühle. Dieses berührt auch die

Angst des Therapeuten vor den eigenen Gefühlen, die deshalb nicht selten verleugnet werden. Das findet dann seinen Ausdruck in falsch verstandener Neutralität und Abstinenz. Viel konstruktiver wäre es, wenn der Therapeut die Gegenübertragungsgefühle wahrnimmt, eingesteht und in der Supervision beleuchtet. Hierzu gehört natürlich eine Supervisions- und Teamatmosphäre des Vertrauens, der Offenheit und der Authentizität. So erfahren sowohl Patienten als auch Teammitglieder einen nicht zu unterschätzenden Schutz.

In jedem Fall sollte der Therapeut sich bemühen, seine Gefühle gegenüber dem Patienten zu beherrschen und nicht zu entgleisen – wenn der Therapeut dies nicht vermag, kann er Beherrschung von einem derart Ich-gestörten Patienten um so weniger erwarten. Dies bedeutet nicht, daß ein Therapeut keine Fehler machen darf – nur der untätige Therapeut kann keinen Fehler begehen außer dem der Untätigkeit. Der Therapeut sollte seinen Irrtum zugeben und sich dafür entschuldigen – hierdurch macht der Patient eine wahrscheinlich völlig neue und die positive Übertragung fördernde Erfahrung. Der Fehler kann also therapeutisch genutzt werden. Nach unseren Erfahrungen akzeptiert der Patient ein solches Verhalten, er fühlt sich ernstgenommen und lernt, nicht „perfekt“ sein zu müssen. Was er niemals akzeptiert, ist hingegen das Belogenwerden. Denn auch dieses spürt er zumindest unbedeutend, und deshalb wirkt sich Lügen kontraproduktiv aus. Das entlarvte Belügen eines Patienten dürfte es diesem unmöglich machen, eine positive Übertragung herzustellen. Statt dessen bildete sich eine allein negative Objektrepräsentanz bezüglich des Therapeuten aus, was die Aufhebung der Spaltung und damit einen Therapieerfolg ausschließt, gelingt es dem Therapeuten durch intensivste Beziehungsarbeit nicht doch noch, sein „Eigentor“ auszugleichen.

Gegenübertragung wird mitgestaltet vom Bindungsverhalten des Patienten, das dieser während der ersten sechs Lebensmonate erfahren und „übernommen“ hat; laut Köhler (1992) wird das Bindungsverhalten eines Menschen in der Zeit bis zum sechsten Lebensmonat festgelegt. Daher wäre es für die Therapie wichtig, fremdanamnestisch von dieser Zeit Kenntnis zu erlangen – sofern der Patient zustimmt.

Köhler (1990, S. 44) erwähnt die atypische Wirkung, die das Verhalten des Kindes bei der Mut-

ter auslösen kann, z.B. wenn aversives Verhalten des Kindes bei der Mutter statt zur Verlangsamung zu verstärkter Annäherung führt: „Statt Beruhigung erfährt es (Anm.: das Kind) eine Steigerung der mütterlichen Aktivität. Dieses Kind macht die Erfahrung, daß es sich selbst beruhigen muß. Die Mutter trägt zu seiner Beruhigung nichts bei. Dieses Kind muß immer stärkere Manöver vollführen, um Ruhe zu bekommen, möglicherweise gegen den Widerstand der Mutter. Der positive Affekt des Kindes wird beeinträchtigt, weil es keine Übereinstimmungserfahrung macht. Dieses Kind baut Erwartungen von Fehlregulationen auf (ich denke dabei an Patienten mit negativen therapeutischen Reaktionen), es wird negative Interaktionen erwarten, es wird chronisch extreme Affekt- und Erregungszustände erleben ...“. Aber (a.a.O., S. 49): „Kann man zu ihren authentischen Gefühlen gelangen, blühen solche Patienten auf. Sie gewinnen ein echtes Gefühl ihres Selbst und somit mehr Selbstgefühl. Eine weitere Frage wäre: Haben die Eltern etwas von ihrem Kern, ihren Gefühlen gezeigt oder haben sie nichts, oder verzerrt gezeigt?“

## Die Rolle der haltenden Funktion

Lichtenberg (1991) geht davon aus, daß die Mutter von Beginn an das sicherheitsgebende Objekt darstellt, wobei traumatische Ereignisse erst ab etwa 18 Monaten in Formen der symbolischen Repräsentation geordnet werden könnten. Er unterscheidet verschiedene Gruppen von Reaktionen einjähriger Säuglinge auf die Rückkehr der Mutter – beispielsweise habe eine Gruppe gelernt, daß Reaktionen auf ihren Kummer inkonsistent sind, und eine andere, daß bei Wiedervereinigung mit der Mutter Kummer eher verstärkt wird.

An anderer Stelle beschreibt Lichtenberg (1990), daß gerade für die Ausbildung einer Borderline-Störung ein familiäres Klima bedeutsam sein dürfte, das vom Umschwung von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit geprägt ist – Borderline-Patienten suchten aktiv nach einem Gefühl der Lebendigkeit durch high-tension-Erfahrungen in Verbindung mit Provokation sowie Streit und zeigten während offenerer Zustände von high tension die gleiche Einschränkung der Fähigkeit zur Informationsverarbeitung

wie Säuglinge in high-tension-states. Lichtenberg folgert, daß gerade die Kontinuität einer stabilen psychoanalytischen Beziehung zu einer neuen Hintergrunderfahrung führt. So läßt sich die Bedeutung des therapeutischen Klimas, also der haltenden Funktion, bereits mit den Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung begründen.

Schon für Winnicott (1953, 1984), dessen diesbezügliche Erkenntnisse durch die moderne psychoanalytische Säuglingsforschung belegt werden, war das Halten des Säuglings eine fundamentale Voraussetzung für die gesunde psychische Entwicklung eines Menschen. Mit Halten ist hier nicht das rein physische Halten gemeint im Sinne eines Auf-dem-Arm-Halten. Vielmehr betrifft das Halten die gesamte Umwelt, die konkrete Handlung ebenso wie die Motivation für diese Handlung. Füttern eines Säuglings kann einerseits Halten bedeuten, aber andererseits traumatisierend wirken, wenn es zum falschen Zeitpunkt und mit einer falschen „inneren Haltung“ geschieht. Niemand könne – so Winnicott (a.a.O.) – ein Baby halten, wenn er nicht in der Lage sei, sich mit dem Baby zu identifizieren. Halten schütze vor physischer Beschädigung und sei bei jedem Säugling anders, denn keiner gleiche dem anderen. Aber ohne ein Halten, besser ein Gehaltenwerden, könne eine weitere Reifung des Säuglings nicht ausreichend stattfinden und insbesondere auch keine Fähigkeit zu Objektbeziehungen entstehen.

Nach Winnicott (a.a.O.) ist in dieser Phase des Lebens – etwa bei Fehlen einer haltenden Umgebung – die Angst des Kindes gleichzusetzen mit einem Gefühl einer drohenden Vernichtung. Dies ist eine Angst, als deren paralleles Gefühl im Erwachsenenalter die diffuse, frei flottierende Angst zu sehen ist. In beiden Fällen tritt die Angst unvermittelt auf, ist ihre Ursache nicht konkret zu ergründen. Der Säugling ist zu einem solchen Schritt natürlich nicht in der Lage, aber ebenso wenig vermag der Borderline-Patient den Grund der Angst zu erkennen. So erhält die Angst beim Säugling wie beim Borderline-Patienten jene unvorstellbaren Ausmaße, wie sie nur bei drohender Vernichtung des Individuums angemessen wären. Winnicott (1953, 1984, S. 74) nennt hinsichtlich dieser Angst mehrere ergänzende Beschreibungen, so „Zusammenbrechen“, „unaufhörliches Fallen“, „keine Beziehung zum Körper haben“, „keine Orientierung haben“ sowie (1978, 1992, S. 32) „das Gefühl, die äußere Realität

sei zur Beruhigung nicht zu gebrauchen“ und „andere Ängste, die gewöhnlich als ‚psychotisch‘ bezeichnet werden“. Stern (1985, 1994) allerdings meint, diese Vorstellungen vom Empfinden eines Säuglings gingen fehl; Dornes (1993) vermutet auch, daß es sich um einen nicht lokalisierbaren Distreß handele, der den Körper ergreife, und der empfunden werde, ohne mit spezifischen Angstgehalten einherzugehen. Auch dies läßt sich mit der „frei flottierenden Angst“ des Borderline-Patienten in Verbindung bringen.

Eine fördernde Umwelt – so Winnicott – sei zunächst von absoluter, später von relativer Bedeutung; den „Fortgang der Entwicklung kann man beschreiben als absolute Abhängigkeit, relative Abhängigkeit und den Weg zur Unabhängigkeit“ (a.a.O., S. 33). Wenn die Mutter sich nicht gut genug den Bedürfnissen des Kindes anpasse, wenn die Umwelt nicht zuverlässig sei, müsse der Säugling Abwehrmechanismen entwickeln, die den Vorgang verzerrten, „beschäftigt mit der doppelten Aufgabe, das wahre Selbst zu verbergen und sich den Forderungen zu fügen, die die Welt immerzu an es stellt“ (a.a.O., S. 211). Eben diese Verzerrungen liegen auch bei Borderline-Patienten vor – etwa die Verzerrungen in der Sicht von sich selbst wie den anderen, aufgrund derer es nur ein „absolut gut“ oder ein „absolut schlecht“ gibt, ein „alles können“ oder ein „Nichts sein“.

Gegen die mit der fehlenden Erfahrung eines Gehaltenwerdens verbundene Angst wird laut Winnicott (1953, 1984, S. 79) die Abwehr mittels Desintegration eingesetzt. Das Chaos der Desintegration sei zwar nicht weniger schlimm für das Kind als die Angst aufgrund der nicht haltenden Umgebung, habe aber den Vorteil, vom Kind selbst hervorgebracht und deshalb berechenbar und verstehbar (im Original: analysierbar) zu sein; somit sei sie konkret zuzuordnen – anders als die unvorstellbaren, diffusen Ängste. Integration hingegen sei „eng verknüpft mit der Umweltfunktion des Haltens. Das Ergebnis der Integrierung ist die Einheit.“ Und Einheit durch Integrierung – also ohne die frei flottierende Angst, ohne die Spaltung und deren Hilfsabwehrmechanismen – ist letztlich das Ziel einer jeden Borderline-Therapie. Insofern stellt die haltende Funktion des Therapeuten bzw. bei stationärer Behandlung die haltende Funktion des gesamten Teams eine unverzichtbare Voraussetzung dar zur Integration, zur Minderung der Ich-Schwäche, zur Minimierung der Spaltung usw.

Ausdrücklich bezieht Winnicott sein therapeutisches Verständnis von Halten auch auf die Behandlung von Borderline-Patienten.

Hinsichtlich der Funktion des Haltens durch den Therapeuten sagt Winnicott (1953, 1984, S. 317): „... dies nimmt oft die Form an, daß im richtigen Augenblick dem Patienten mit Worten etwas mitgeteilt wird, das zeigt, daß der Analytiker die tiefe Angst, die erlebt wird, oder deren Erleben erwartet wird, kennt und versteht. Gelegentlich muß das Halten auch physisch praktiziert werden ..., aber am Ende werden Verständnis und Einfühlungsvermögen gebraucht.“

Dabei bringen Wiederholungen des ursprünglichen Versagens der Umwelt, „die während der Behandlung passieren, und die damit verbundene Erfahrung von angemessener Wut ... die Reifungsprozesse des Patienten wieder in Bewegung. Man muß dann im Auge behalten, daß der Patient sich in einem Zustand der Abhängigkeit befindet und für seine Behandlung einen verlässlichen Rahmen in Form von Ich-Stützung und Fürsorge durch seine Umwelt (Halten) braucht. Die nächste Phase wird eine Periode emotionalen Wachstums sein, in der sich der Charakter positiv aufbaut und seine Verformungen verliert“ (Winnicott 1988, 1992, S. 315).

Natürlich ließe sich statt der haltenden Funktion auch Bions Modell des Containers anführen. Gabbard und Wilkinson (1994) sehen das Halten als interpersonales Phänomen, welches in der externalen Welt stattfindet und das Setzen von Grenzen ebenso beinhaltet wie das Respektieren des Rechts des anderen; Containment beschreibe hingegen einen intrapsychischen Prozeß der Mutter: Halten und Containment seien Zwillingsprozesse, die Therapeuten dahingehend veränderten, daß sie eher antworten als lediglich reagieren und eher die eigenen Gedanken als die anderer denken könnten.

Wir bevorzugen jedoch das Modell der haltenden Funktion, weil sich dieses im Sinne einer haltenden Umgebung auf die gesamten frühkindlichen Erfahrungen – also auf die bei Borderline-Patienten traumatisierende statt haltende Umgebung – beziehen läßt, während sich das Kleinianische Containing ursprünglich darauf bezog, daß „die Mutter als Container für die namenlosen Ängste des Kindes“ (Steiner 1996, S. 284) fungiere: Der Container werde benutzt, um unerwünschte Teile des Selbst in ihn zu projizieren. Beim Containing durch das Team geht es also

um die „Eliminierung“ unerwünschter Teile des Selbst, um negative Affekte und hier insbesondere um das Zentralsymptom der Angst (s. Kap. 1.5; Kap. 2.1) als – wie wir heute wissen – Traumafolge, um den Preis der projektiven Identifizierung mit dem „Container“ (sprich Therapeuten) und somit letztlich um den Preis der Forderung nach dem Ausbau eines Borderline-typischen und in der Therapie eigentlich zu bearbeitenden und zu reduzierenden Abwehrmechanismus. Die haltende Funktion des Teams hingegen dient der Herstellung einer von vornherein nicht traumatisierenden Umgebung (der Station), in der dann die übermächtigen Ängste des Patienten gar nicht erst angemessen sind und von daher grundsätzlich neue Erfahrungen möglich werden.

Daß eine sichere therapeutische Beziehung, innerhalb der die Realität der kindlichen Erfahrungen und die kindlichen Reaktionen untersucht werden können, einen ganz wesentlichen Faktor für einen Therapieerfolg darstellt, hat van der Kolk (1989) für traumatisierte Patienten gefunden. Putnam (1993) betont, daß der Patient sich erst sicher fühlen müsse, bevor die eigentlichen Probleme (z.B. Traumabearbeitung) angegangen werden könnten. Krause (1992, S. 610) meint, daß die haltende Funktion vorbewußte, nonverbale und affektive Resonanzprobleme mit einschließt, und folgert: „Wenn die Behandlungstechnik als Beziehungsregel benutzt wird, wird vernachlässigt, daß das Ertragen der Technik eine gute Beziehung voraussetzt ... Übergeordnet muß stets die Beziehung sein.“ Somit wird (s. auch Richard-Jodoin 1989) die haltende Funktion zur Basis jeder Ich-strukturellen Veränderung des Patienten und der Therapeut (angelehnt an Chessik 1966) zu seiner Brücke: weg von Isolation und Einsamkeit hin zu einem sozialen Leben, zu Objektbeziehungen.

Kernberg (1988) bezeichnet die haltende Funktion des Psychoanalytikers, also dessen kontinuierliche emotionale Verfügbarkeit im Sinne Winnicotts, als hilfreich, insbesondere wenn eine schwere Regression – und dies ist bei schwer gestörten Patienten regelmäßig der Fall – hinzukommt. Kernberg (1988, S. 195) nennt drei Aspekte bezüglich der haltenden Funktion:

„1. der Analytiker respektiert die Autonomie des Patienten; er ‚dringt‘ an Stellen besonderer Verletzlichkeit, an denen das ‚wahre Selbst‘ des Patienten zutage treten kann, nicht auf den Patienten ein (not ‚impinging‘);

2. das ‚Überleben‘ des Analytikers angesichts der Aggression des Patienten, seiner ‚Rücksichtslosigkeit‘ (‘ruthlessness’) vor der Integration guter und böser Selbst- und Objektrepräsentanzen ist gewährleistet;
3. die empathische Verfügbarkeit des Analytikers, um an Stellen bedeutsamer Regression für eine emotional stützende Umgebung zu sorgen.“

Weiterhin betont Kernberg (1988, S. 195f), daß sowohl eine ausschließlich intellektuell-kognitive Haltung des Psychoanalytikers als auch ein rein auf das affektive Halten ausgerichtetes und also das Verstehen des Patienten vernachlässigendes Vorgehen nicht günstig seien: „Ich glaube, daß der Analytiker ein Gleichgewicht zwischen beidem aufrechterhalten sollte. Er muß eine echte Anteilnahme bewahren und sich fortwährend bemühen, den Patienten auch dann kognitiv zu verstehen, wenn die sprachliche Kommunikation zeitweise dem Grad der Beschränkung anzupassen ist, mit dem der Patient die Beiträge des Analytikers verstehen und aufnehmen kann. Wie schon erwähnt wurde, muß zur Einstellung des Analytikers auch die Empathie für das Gehören, was der Patient bei sich selbst nicht ertragen kann – die Empathie für die dissoziierten Aspekte der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Dies geht über die gewöhnliche Empathie für das zentrale subjektive Erleben einer anderen Person hinaus ...“

Eagle (1988, S. 136) faßt zusammen: Sicherheit bietende Bedingungen seien förderlich bei den Bemühungen des Patienten, „passiv erduldet traumatische Erlebnisse in aktive Bemeisterungsversuche umzuwandeln“ – und Sicherheit sei am wirkungsvollsten „durch eine unaufdringliche wohlwollende Neutralität zu erreichen“. Somit stellt Eagle eine Beziehung her zwischen Sympathie (Wohlwollen), technischer Neutralität und haltender Funktion (Sicherheit). Eine eigene Ergänzung: Die haltende Funktion steht für mütterliche, die technische Neutralität für väterliche Aspekte, und die Sympathie als verbindende Basis ermöglicht schließlich die Triangulierung.

## Wenn Opfer auch Täter sind: zur Schwierigkeit des Therapeuten beim Erhalt von Sympathie und haltender Funktion

Unsere Patienten – fast alle von ihnen wurden Opfer von Mißbrauch und/oder Mißhandlung (s. Kap. 1.13) – sind als Mutter bzw. Vater ihrerseits zum Täter geworden oder würden dieses mit gewisser Wahrscheinlichkeit werden, führte die Therapie nicht zum Erfolg. Zu berücksichtigen sind auch Mißbrauch/Mißhandlung gegenüber Mitpatienten. Die dadurch bedingten Schwierigkeiten beim Erhalt oder Ausbilden von Sympathie und haltender Funktion werden in der Literatur zumeist nicht erwähnt, geschweige denn diskutiert.

Köhler (1992) berichtet, daß der Bindungsstil eines Menschen – insbesondere von dessen Mutter geprägt – mit einer 80%igen Wahrscheinlichkeit auf die nächste Generation übertragen werde.<sup>5</sup> Es gebe Hinweise, daß „unverarbeitete Erfahrungen von Mißhandlung oder sexuellem Mißbrauch bei den Bindungspersonen in der zweiten Generation zu einer desorganisierten Bindung führen“ (a.a.O., S. 276). Auch Stone (1992b) geht von sich über Generationen fortsetzendem Inzest aus. Green (1993a) bezeichnet die Wiederholung der originären Elemente von Mißbrauch und Mißhandlung als genuine posttraumatische Streßantwort. Fallner (1989) untersuchte die Familien von sexuell mißbrauchten Patienten: Nahezu 50% der Mütter hatten ebenso eine Mißbrauchsanamnese wie knapp 40% der Täter. Insofern ist ohne suffiziente sozialpolitische und therapeutische Interventionen eine ständig zunehmende Zahl auto- wie fremdaggressiver Handlungen in der Gesellschaft (s. Kap. 4.6) zu befürchten, gegen die strafrechtliche „Anpassungen“ nichts zu bewirken vermögen.

Vorerfahrungen mit Gewalt und Mißhandlung in der Kindheit erhöhen ebenfalls nach Engfer (1986, S. 50) zwar das Risiko, auch die eigenen

<sup>5</sup> Auch in der Bibel wird die Perpetuierung von „Missetaten“ über Generationen hinweg erwähnt: „Denn ich, der HERR, dein Gott, bin ein eifernder Gott, der die Missetat der Väter heimsucht bis ins dritte und vierte Glied an den Kindern...“ (2. Mose 20, 5).

Kinder zu mißhandeln, aber hierbei handle es sich um keinen linearen Zusammenhang oder einen mehrere Generationen prägenden zwangsläufigen Zyklus: „Mehr als die Hälfte vormals mißhandelter Eltern haben offenbar erfolgreich mit dieser schrecklichen Tradition gebrochen.“ Engfer bezieht sich aber nicht allein auf persönlichkeitsgestörte Eltern, bei denen der Anteil einer Tradierung von Mißbrauch und Mißhandlung deutlich höher sein dürfte. Faller und Engfer interpretieren also dieselben Daten entgegengesetzt.

Dementsprechend hält Hurni-Caille (1991, S. 199f) die Therapie einer in der Kindheit mißhandelten Person insofern für eine „primäre Prävention“, als sie den Teufelskreis des mißhandelten Kindes als potentiellen, das eigene Kind mißhandelnden Erwachsenen durchbrechen kann. „Nicht anders dürfte es bei sexuellem Mißbrauch sein.“

Wenn ein als Kind mißbrauchter/mißhandelter Borderline-Patient im Rahmen der Therapie erfährt, daß es innerhalb von engen Beziehungen nicht zu Übergriffen – insbesondere Mißbrauch und Mißhandlung – kommen muß, hat er aufgrund einer „Revision“ seiner eigenen frühen Erfahrungen eine Chance, sich seinerseits gegenüber seinen Kindern nicht mißhandelnd/mißbrauchend zu verhalten. Mit anderen Worten: Die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidet wesentlich mit darüber, wie der Patient die Beziehung zu seinen eigenen Kindern gestaltet, und kann somit eine wirksame Prävention hinsichtlich der Tradierung traumatisierenden Verhaltens darstellen.

Der Therapeut hingegen befindet sich – insbesondere wenn es bereits zu Mißbrauchs- oder Mißhandlungstaten des Patienten gegenüber seinem Kind gekommen ist – in einer mißlichen Lage. Er muß parteiisch pro-Opfer/Patient, aber gleichzeitig – jedenfalls wegen der sog. Garantstellung – parteiisch pro-Patientenkind/Opfer sein und ist so einem kaum lösbaren Konflikt ausgesetzt. Der Therapeut muß, soll die Therapie nicht scheitern, weiterhin technische Neutralität, haltende Funktion und Sympathie bewahren; bei einem Mißlingen ist der indirekte Schutz des Kindes des Patienten durch die Therapie, also deren präventive Wirkung, nicht zu erwarten.

Der Therapeut unterliegt in solchen Situationen je nach eigener Persönlichkeitsstruktur (und daraus mitresultierenden Affekten wie Hilflosigkeit, Wut, Ekel usw.), Fachkenntnis und äußeren

(beruflichen wie persönlichen) Bedingungen den verschiedensten Abwehrmechanismen: Intellektualisierung und Isolierung, Spaltung und problematischerweise nicht selten Verdrängung oder Verleugnung – hierfür dürfte auch das in Fachpublikationen fast völlige Fehlen des Aspekts „Opfer als Täter“ ein Indiz sein; manchmal findet möglicherweise auch eine Identifizierung des Therapeuten mit dem Aggressor (d.h. dem Patienten) statt, was zum sofortigen Therapeutenwechsel führen müßte. Möglicherweise bedarf es, um Borderline-Therapeut zu sein, einer speziellen Fähigkeit bzw. Technik, die wir als temporäre und bewußt induzierte „Affektabspaltung“ – auch Brenner (1979, 1982) verwendet diesen Begriff – bezeichnen: Während die „klassische“ Spaltung eines Borderline-Patienten dessen Selbst- und Objektrepräsentanzen bei eklatanter Schwäche der Ich-Funktionen und Realitätsverleugnung betrifft, fokussiert die Affektabspaltung des Therapeuten in Momenten der Bedrohung von Sympathie, technischer Neutralität und haltender Funktion auf die therapieerhaltende Trennung der Objektrepräsentanzen, genauer auf die Separierung der Affekte des Therapeuten bezüglich der Partialobjekte „Opfer“ und „Täter“. Hierbei bleiben allerdings (bei stabilen Ich-Funktionen und Selbstrepräsentanzen) die abgespaltenen Objektrepräsentanzen bewußt und die abgespaltenen, beziehungsbelastenden Affekte abrufbar, so daß die umfassende Realitäts- und Affektkontrolle erhalten wird. Affekt-Isolierung wäre kein treffender, weil zu umfassender Begriff und eben unbewußter Abwehrvorgang, der sich zudem auch auf positive Affekte beziehen kann; in diesem Fall wäre eine Sympathie dem Patienten gegenüber nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Die temporäre, bewußt induzierte Affektabspaltung darf nicht mit einer Verleugnung von Inhalten wie der Traumatisierung des Kindes (des Patienten durch diesen) einhergehen, sondern betrifft in ganz speziellen Therapiephasen allein jene negativen Affekte im Sinne eines Gegenübertragungsgefühls bezüglich des Partialobjektes „Täter“. Wenn die Abwehr eines Therapeuten so weit geht, daß eine auch nur potentielle Täterschaft des Patienten verdrängt bzw. verleugnet wird und hierdurch – wie so oft bereits die Realtraumatisierung des Patienten selbst – unbearbeitet bleibt, erwiese sich dies unter Umständen als fatal, und der Therapeut würde mitschuldig an den Taten des Opfer-Täter-Patienten.



Andererseits muß der Therapeut ein gewisses Maß an Abwehrleistung aufbringen, will er Therapeut seines Patienten bleiben und nicht zu dessen Staatsanwalt werden. Genau dieses könnte der Patient mit seinem rigiden, gar sadistischen Über-Ich und daraus resultierenden masochistischen Strebungen sogar intendiert haben; das „Gelingen“ verhilfe zur erneuten Erfahrung, sowieso niemals verstanden und gehalten, vielmehr immer wieder traumatisiert zu werden. Das Bewahren der therapeutischen Haltung auch angesichts eigener Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle gelingt dem Therapeuten jedoch nur, wenn er bezüglich des Patienten bereits ein gewisses Maß an Sympathie hat entwickeln können. Diese Sympathie hilft ihm in dieser auf Therapeutenseite von Ambivalenz und/oder Affektspaltung geprägten Therapiephase dabei, die laufend bedrohte technische Neutralität und haltende Funktion immer wieder herzustellen. Situationen, in denen der Therapeut aufgrund eines Mißbrauchs des Kindes des Patienten von negativen Gegenübertragungsgefühlen überflutet wird, sollten allenfalls passager zu einer Reduktion der technischen Neutralität führen, weil in diesen Momenten therapeutische Interventionen nicht vorgenommen werden dürfen; dies sollte erst wieder geschehen, wenn die Gegenübertragung analysiert und anschließend eine technische Neutralität restituiert werden konnte.

Befände sich der Therapeut in größerer Einfühlung – oder beispielsweise im Sinne einer Identifizierung gar in Fusion – mit dem Kind (Opfer) als mit dem Patienten, müßte sich dieser von seinem Kind wie auch von seinem Therapeuten verlassen und folglich bedroht fühlen (Täter und Opfer); somit wäre eine Sympathie im eigentlichen Sinne und für die Dauer der Therapie nicht mehr möglich: Ein Therapeutenwechsel läßt sich bei ausreichender Reflexion des Therapeuten nicht mehr vermeiden. Statt Sympathie entstünde im Therapeuten (ganz gemäß der Erwartung und Erfahrung des Patienten) Antipathie. Nun wäre eine technische Neutralität nicht mehr herzustellen, die haltende Funktion nur mehr passager möglich. Folglich geriete der Patient in die Gefahr einer erneuten Traumatisierung: diesmal durch die Person des Therapeuten, zu dem eine Vater-/Mutterübertragung besteht. Somit entstünde für den Patienten eine Situation wie in seiner Kindheit, bestenfalls eine vernachlässigende Atmosphäre, aber auch eine der (verdeckt ausge-

tragenen) Aggression. Die Selbstentwertung des Patienten nähme zu. Dieser könnte oder müßte mit einem Suizid reagieren – entweder als Folge der Objektaufgabe nach mißlungener Objektsicherung oder aber mit dem Ziel der Objektänderung (Kind 1992), um im Objekt (dem Therapeuten) ein gutes Bild von sich zu erzeugen. Eine Quasi-Retraumatisierung des Patienten durch den Therapeuten würde ferner das Kind des Patienten gefährden.

Ohne die Mißhandlung oder den Mißbrauch des Kindes des Patienten durch diesen zu verstehen, wäre jede weitere Therapie undenkbar (zur Analyse der Psychodynamik von mißbrauchendem wie mißhandelndem Täterverhalten s. Kap. 1.13).

Wenn Mißhandlung/Mißbrauch des Kindes des Patienten durch diesen bekannt werden, muß alsbald vom Therapeuten ein anderer und nicht zum eigenen Team gehörender Kollege für das Kind des Patienten eingeschaltet werden. Durch Supervision sollte versucht werden, die therapeutische Beziehung zum Patienten, der zum Täter wurde, aufrechtzuerhalten – auch im Interesse des Kindes.

Wird die therapeutische Beziehung nun aber von unreflektierten Gegenübertragungsgefühlen geprägt, entsteht auch auf „Therapeutenseite“ ein Borderline-ähnliches Beziehungsmuster, geprägt von Spaltung, Entwertung (des Patienten), primitiver Idealisierung (z.B. des Partners des Patienten), Verleugnung (der Opferseite des Patienten), Omnipotenzgefühlen (als Retter des Kindes des Patienten und insbesondere auch zur Abwehr der realen Hilflosigkeit nach konkreten Taten) und von der projektiven Identifizierung (mit dem Kind des Patienten). Insbesondere Therapeuten mit eigener Mißbrauchs- oder Mißhandlungsgeschichte sind gefährdet, sich mit dem Opfer des Patienten zu identifizieren, statt mit diesem in empathischer Einfühlung zu verbleiben. Bei dauerhaftem Verlust der technischen Neutralität wären die pathologischen Aspekte der Beziehungen (interpersonelle Aspekte) und Struktur (intrapersonale Aspekte) des Patienten nicht mehr zu bearbeiten, sondern würden gefestigt. Gerade für Psychotherapeuten von realtraumatisierten Patienten ist eine gründliche Selbsterfahrung also eine „Berufsvoraussetzung“ zum Schutze aller: des Therapeuten, des Patienten sowie seiner Kinder und Partner.

## Zur Psychodynamik der Psychopharmakotherapie

Das zentrale Symptom der Borderline-Störungen stellt – wie bereits erwähnt – die frei flottierende, diffuse Angst dar, die vergleichbar ist mit der Vernichtungsangst im Säuglingsalter. Somit sehen wir die Angst als entscheidenden pharmakologischen Zielpunkt vor, zu Beginn und während kritischer Perioden einer Psychotherapie. Wenn es in schwierigen Therapiephasen nicht gelingt, eine Anxiolyse – psychotherapeutisch durch eine haltende Funktion und psychopharmakologisch durch eine Medikation – zu bewirken, können vermehrt auto- und fremdaggressive Handlungen auftreten.

Der Patient erlebt es als erlösend, wenn ihm in einer akuten Krise, die Wochen und Monate andauern kann, rasche Hilfe durch eine Person, zu der eine Vater- bzw. Mutterübertragung besteht, zuteil wird, gleichermaßen aber auch als bedrohlich: Er muß positive Wirkungen zunächst abwehren und abwerten, weil diese verdeutlichen, daß Hilfe in der Not entgegen frühkindlichen Erfahrungen grundsätzlich möglich ist. Dieses Erleben kann Auslöser von nun zu bearbeitender Wut und Trauer sein, da es mit dem mindestens vernachlässigenden Verhalten der Eltern konfrontiert.

Auf Psychopharmaka – also auf nicht selten hilfreiche Übergangsobjekte oder nach Götze (1995) auf die Introjektion eines verlorenen guten Objekts – zu verzichten, bedeutete für den Patienten, in seiner Not neuerlich allein gelassen, also nicht gehalten zu werden. Diese Lage, in leidvollen Situationen nicht gesehen zu werden, kennt er und strebt er ebenso an, wie er sie fürchtet. Hierbei – zu betonen ist: auch – mittels psychopharmakologischer Mittel fürsorglich und haltend zu sein, befördert eine positive Übertragung und verhindert oftmals den ansonsten zu gewärtigenden und nicht selten unbewußt vom Patienten intendierten Abbruch der Psychotherapie.

Zurückgreifend auf Karl Abraham, der Introjektion von Inkorporation dadurch unterschied, daß Inkorporation auch die Destruktion des Objekts beinhaltet (s. Steiner 1996), ist neben der Introjektion des verlorenen guten Objekts eine Inkorporation des bösen Objekts<sup>6</sup>, d.h. des Aggressors, zu postulieren. Das Medikament – und damit unter Umständen auch der verabreichende Arzt – verkörpert also die gute wie die böse Seite eines Objekts (z.B. des Täters) oder auch das gute wie das böse Objekt (Nichttäter wie Täter): Dementsprechend ambivalent steht der Patient Medikamenten gegenüber, die er mal gar nicht, dann wieder im Übermaß verabreicht bekommen möchte.

Zusätzlich ist davon auszugehen, daß Wirkung wie Nebenwirkung eines Medikamentes auch davon abhängen, ob das Präparat zum jeweiligen Zeitpunkt der Verabreichung als verlorenes gutes oder böses Objekt introjiziert bzw. inkorporiert wird bzw. ob zu den Verabreichenden und/oder Verordnenden gerade eine positive oder negative Übertragung besteht. Wie sonst wäre es zu erklären, daß dasselbe Präparat zeitweilig sehr wirkungsvoll sein und zu einem anderen Moment qualitativ wie quantitativ einen völlig anderen Effekt nach sich ziehen kann?

In schwer regressiven Phasen vermag der Patient oft nur noch über den Wunsch nach Oralität, also Medikamenten, Kontakt zum Team herzustellen; würde ihm diese Brücke genommen, zöge er sich aus der therapeutischen Beziehung eventuell völlig zurück. Die Gabe wirkt also hier mehr als die Substanz des Pharmakons, das Medikament wird bei positiver Übertragung vom „guten“ Partialobjekt (des Therapeuten) für den Patienten zum zeitweise unverzichtbaren Übergangsobjekt, welches introjiziert wird zur Reduktion der frei flottierenden Angst. Sorgen, daß daraus eine substanzgebundene Abhängigkeit entsteht, sind nicht berechtigt, wenn eine vom Therapeuten reflektierte therapeutische Beziehung besteht und bestehen bleibt. Der Patient wird es nach Beginn der Progression und nach Erreichen der depressiven Position vorziehen, eine Objektbeziehung (zum Therapeuten) zu haben, statt in einer Übergangsobjektbeziehung (zum Medikament) zu verharren. Letztlich fürchtet der Patient aufgrund seiner beziehungsgestaltenden Autonomiebestrebungen eine Abhängigkeit von Personen wie Substanzen gleichermaßen; wenn die Objektbeziehung verläßlich und wenig bedroh-

<sup>6</sup> Manchmal beruht die Ablehnung eines Medikamentes durch den Patienten „nur“ darauf, daß dieses unmittelbar an die Traumatisierung erinnert: aufgrund von Konsistenz (Sperma), Farbe (Blut, Sperma) oder Form (Penis). Auch kann das Schlucken eines Präparates zusätzlichen Ekel erzeugen, denn Oralverkehr ist eine häufig vom Täter angewendete sexuelle Praxis. Allerdings kommen Injektionen weit eher einer Retraumatisierung nahe, wird doch die Haut schmerzhaft „penetriert“.

lich ist (haltende Funktion), wird das – wenn gleich leichter zu beherrschende – Übergangsobjekt (Medikament) überflüssig. Der Therapeut wird zum Medikamentensurrogat, die therapeutische Beziehung zur Suchtprävention.

Eine negative Auswirkung einer Psychopharmakotherapie auf die Übertragung (aber auch die Gegenübertragung) ist immer dann zu befürchten, wenn der Patient über die Medikamente eine Art Machtkampf ausübt und ständig mit dem darauf unreflektiert reagierenden Arzt über die Verordnung im allgemeinen sowie die Art des Präparates und dessen Dosierung im besonderen verhandelt: In solchen Situationen kann der Arzt rasch als sich autoritär durchsetzend eingeschätzt und infolgedessen so eklantant entwertet werden, daß eine zum Therapieerfolg notwendige positive Übertragung nicht mehr entstehen kann. Lichtenberg (1987) leitet von Säuglingsbeobachtungen ab, daß das bereits bei Säuglingen vorhandene Forschen und Streben nach der eigenen Wirksamkeit und Kompetenz ein unabhängiges Motivationssystem sein könnte: „Bei Patienten, die das Gefühl haben, ihre Durchsetzungswünsche und forschenden Interessen würden mit konkurrierenden Interessen (Anm.: der Therapeuten) beantwortet, kann die gereizte Reaktion vom Wutausbruch ... bis hin zu chronischer ... Verstimmung reichen“ (S. 136f). Ein andauernder Zustand könne auch in einer oberflächlichen Einwilligung, in Rückzug, Trotz oder herabgesetzten Aktivitätsniveaus mit Depression münden. All diese den therapeutischen Prozeß u.U. nachhaltig störenden Folgen wären bei einem unreflektierten Verhalten des Arztes bei der Verordnung/Verabreichung einer Medikation zu gewärtigen.

Der psychodynamischen Bedeutung jeder Psychopharmakon-Verordnung ist auch aus einem anderen Grund eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken: dem Gefühl des Verordnenden. Das Gegenübertragungsgefühl muß stets analysiert und bei der Verordnung wie Verabreichung berücksichtigt werden, insbesondere die Affekte der Hilflosigkeit und Aggression dem Patienten gegenüber. Sich hier unreflektiert zu verhalten hieße, sich – mittels „professioneller“ Mittel, also der Pharmaka – nicht anders zu verhalten als der mißbrauchende/mißhandelnde sowie der duldende Elternteil. Hingegen anders zu reagieren, die haltende Funktion und technische Neutralität also nicht aufzugeben, bedeutet, einen großen Aufwand an Reflexion zu leisten, denn der

Borderline-Patient wird mit allen Mitteln versuchen, den Therapeuten bzw. verordnenden Arzt dahin zu bringen, sich – je nach Übertragungssituation – so zu verhalten, wie sich einst der mißbrauchende/mißhandelnde (d.h. aggressive) und/oder der duldende/vernachlässigende (d.h. passive) Elternteil verhalten hat – immer in der ambivalenten Hoffnung, der Therapeut möge standhalten und dadurch ein Revidieren früherer Erfahrungen ermöglichen.

Pharmakon, Übertragung und Gegenübertragung befinden sich also in beständiger und beständig wechselnder Interaktion. Erst bei Berücksichtigung aller drei Aspekte und deren Abstimmung aufeinander und durch das gesamte Team ist zu erwarten, daß der Patient eine gute Compliance entwickelt. Die Fragilität der Übertragungen und – bei nicht ausreichender technischer Neutralität – Probleme bei der Kontrolle der Gegenübertragungsgefühle stellen die Wirksamkeit der Medikamente und die Compliance immer wieder auf die Probe. Hierbei kann eine wirkungslose Medikation Übertragung wie Gegenübertragung negativ beeinflussen und hierüber die Compliance minimieren. Gleichermaßen vermag eine günstige Medikationswirkung eine positive Übertragung, die Gegenübertragung und die Compliance zu stabilisieren.

Medikamente sind prinzipiell aber auch ein ideales Hilfsmittel des Patienten für schweres Agieren und damit nicht selten der von ihm vorgeschobene Grund für den Abbruch einer Therapie – etwa wenn Nebenwirkungen aufgetreten sind, womit bei Borderline-Patienten stets gerechnet werden muß, und vor allem, wenn die Reaktionen des Arztes nicht ausreichend von haltender Funktion, technischer Neutralität sowie Empathie bestimmt sind. Allein wenn die „Grundbeziehung“ zum Therapeuten stimmig ist, wird der Patient mit dem Arzt auch in schwierigen Phasen der Medikation konstruktiv zu sprechen bereit sein.

Hierbei ist zu berücksichtigen, daß viele Borderline-Patienten dahin tendieren, das wahre Ausmaß ihres wirklichen Leids zu verleugnen oder, wenn dieses nicht mehr gelingt, jedenfalls vor anderen zu verstecken. Wenn sie am lautesten lachen, geht es ihnen nicht selten am schlechtesten. In ihrer Herkunftsfamilie – so haben wir oft erfahren – wurde auf Angst, Trauer und Hilflosigkeit mit Mißachtung und Mißhandlung reagiert, jedoch nicht mit Zuwendung, Tröstung und kon-

kreter Hilfe. Medikamente können eine solche Zuwendung, Tröstung und Hilfe darstellen, und ihr Verabreichen unterstützt in solchen Situationen die Ausbildung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Erst wenn das Team und der Therapeut sich nicht dazu verführen lassen, den Borderline-Patienten so zu behandeln, wie dieser von seinen Eltern behandelt wurde, kann eine Psychotherapie begonnen bzw. erfolgreich zu Ende geführt werden.

Insbesondere, wenn die Realtraumata im Rahmen der Psychotherapie bearbeitet werden und in dieser Zeit Auto- und Fremdaggressionen sowie Dissoziationen und Pseudohalluzinationen zunehmen (s. Dulz u. Schreyer 1997), wird es nahezu regelhaft notwendig, auch ungewöhnliche Medikamente in höchsten Dosierungen zu verordnen, um zu verhindern, daß der Patient die Belastung nicht mehr zu ertragen imstande ist und – gewissermaßen als letzten Ausweg – die Therapie abbricht oder sich gar suizidiert.

In Therapiephasen der Traumabearbeitung wird es immer wieder notwendig sein, sedierende Substanzen einzusetzen, die dann doch erstaunlich wenig sedieren – dies muß als Hinweis dafür gesehen werden, daß die intrapsychische Anspannung einen extrem hohen Pegel erreicht hat. Besonders problematisch gestaltet sich eine sedierende Medikation bei Borderline-Patienten mit hohem fremdaggressiven Potential, die – auch als Zeichen der Abwehr von Abhängigkeitssehnsüchten – vordergründig ausgeprägte Autonomiebestrebungen aufweisen. Einen solchen Patienten zu sedieren heißt, seine Autonomie einzuschränken mit der Folge, daß er „dagegenhalten muß“.

Dadurch kann ein scheinbar paradoxer Medikamenteneffekt auftreten, der tatsächlich aber Ausdruck der intra- und interpersonalen Situation ist: Der Patient gerät, um seiner Autonomie nicht beraubt zu werden, bei Verspüren einer Sedierung in immer größere Erregung – aus Angst, die Kontrolle zu verlieren, „ohnmächtig“ zu werden. Jetzt „verpuffen“ selbst Dosierungen jenseits üblicherweise vertretbarer Größenordnungen scheinbar wirkungslos, so daß bei unreflektiertem Umgang mit der Situation eine Eskalation der Gewalt entsteht; an deren Ende würde der Patient fixiert und realiter seiner Autonomie beraubt. Eine therapeutische Beziehung dürfte anschließend nur sehr schwer (wieder-)herzustellen sein; statt dessen ist eine unreflektierte Bezie-

hung entstanden, in welcher der Fixierende in einer mißhandlungsähnlichen Situation die masochistischen Strebungen des Patienten befriedigt. In sehr seltenen Situationen ist dieses allerdings trotz aller Bemühungen seitens des Teams unvermeidlich.

## Résumé

Immer noch zu wenig wird der Versuch gemacht, an alten Strukturen auf psychiatrischen Stationen, die von der Ausübung von Macht innerhalb des „Teams“ und dem Patienten gegenüber – auch hinsichtlich einer Medikation – sowie von der Entmündigung der Patienten geprägt sind, zu rütteln. Zu oft wird „Fehlverhalten“ von Patienten noch schlicht bestraft, also auf eine Weise reagiert, die nicht mehr ist als ein Disziplinierungsversuch, der gelegentlich als verhaltenstherapeutisch deklariert wird, aber mit differenzierten behavioralen Konzepten etwa von Linehan nichts gemein hat (s. Kap. 3.9). Gründe für Disziplinierungsmaßnahmen gegenüber Patienten können in Unsicherheit, Angst und Überlastung, aber auch in Ausbildungsdefiziten des Personals gefunden werden. Unter solchen Umständen läuft der Patient Gefahr, im wahrsten Sinne des Wortes vom Personal mißbraucht zu werden, indem sich ein oder mehrere Mitglieder des Teams zu Lasten des Patienten – zumeist über eine unangemessene Form der Machtausübung oder Moralisierung bzw. moralischen Diskreditierung des Patienten – selbst stabilisieren; hierbei geht es um die Entwicklung eines Omnipotenzgefühls zur Abwehr tiefer Selbstentwertung und Ohnmachtsgefühle, um Projektion aggressiver Gegenübertragungsgefühle, um Spaltung zur Abwehr eigener früher und verleugneter Ängste (s. Kap. 3.4).

Hier sind therapeutische Leiter ebenso wie die Verantwortlichen nicht nur im Bereich der Pflege aufgerufen, für eine Zunahme der fachlichen Kompetenz zu sorgen, die Möglichkeit interner wie externer Supervision zu garantieren, aber in besonderen Fällen auch personelle Veränderung vorzunehmen.

Kernberg (1981, 1992, S. 271) meint, ein „neutrales“ Klinikmilieu sei notwendig, „d.h. eine Haltung des Personals, die prinzipiell gleichermaßen distanziert ist von den verschiedenen intrapsychischen wie den äußeren Kräften, die für die Kon-

flikte des Patienten eine Rolle spielen. Sie erfordert zudem ganz allgemein eine Atmosphäre von Freundlichkeit, von relativer Toleranz, von Interesse und geistiger Wachsamkeit. Diese Atmosphäre steht im Gegensatz zu zwei Extremen: 1. zu der Klinik, die in der Art einer Kaserne geleitet wird, was die volle Entwicklung der pathologischen Objektbeziehungen des Patienten behindert, und 2. zu der Klinik, die so wenig strukturiert ist, daß eine vollständige Untersuchung des zwischenmenschlichen Bereichs des Patienten unmöglich gemacht wird. Außerdem fördert eine solche Atmosphäre die freie und offene Kommunikation und freie und offene Interaktionen zwischen dem Personal und dem Patienten und ermutigt zugleich die Mitglieder des Personals, ihre spezifischen technischen Fähigkeiten, ihr psychologisches Verständnis und ihre Persönlichkeit ganz einzusetzen, um dem Patienten optimale Möglichkeiten für sinnvolle menschliche Beziehungen in der Klinik zu verschaffen.“ Eine streng geregelte Klinikroutine könne pathologische Abhängigkeit und Apathie fördern. Der Patient bewirke eine Neuinszenierung seiner intrapsychischen Konflikte: „Kurz, die intrapsychischen Konflikte der Patienten und die potentiellen Spaltungen und Zwänge innerhalb des sozialen Systems der Klinik verstärken sich gegenseitig“ (a.a.O., S. 269).

Zusammenfassend ist in der stationären Therapie von drei Phasen auszugehen:

### Die Phase der haltenden Funktion

Ohne sie wird die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung zum Patienten nicht möglich. Und ohne eine in erster Linie haltende Funktion des Teams beginnt keine Ich-Strukturierung des Patienten, die notwendig ist, um etwa psychotische oder dissoziative Symptomatiken zu überwinden. Diese Phase beginnt mit der unter Umständen einige Wochen und manchmal Monate dauernden Zeit des „Ankommens“ ohne systematische Psychotherapie – auch Fischer (1990) betont, daß der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung lange Zeit in Anspruch nehmen könne. Es folgen die Monate der Therapie mit dem Schwerpunkt „haltende Funktion“. In Anlehnung an die Säuglingsforschung ist dies die Phase, während der das Bindungsverhalten auf der Station determiniert wird. Falls die „Anbindung“ des Patienten mißlingt,

wird ein Therapieerfolg nunmehr schwierig zu erreichen sein. Je früher die Störung des Patienten, je psychosenäher er einzuschätzen ist, desto wichtiger ist die Rolle der „haltenden Funktion“ durch den Therapeuten und das gesamte Team. Je reifer er ist oder durch die Therapie wurde, desto mehr rückt die technische Neutralität in den Vordergrund, ohne haltende Funktion und Empathie verdrängen zu dürfen. Einem Borderline-Patienten mit psychotischer Symptomatik kann man seine Halluzination nicht „verbieten“, sondern sie nur mittels der haltenden Funktion und der daraus resultierenden Angstreduzierung zu nehmen helfen. Einem reiferen Borderline-Patienten kann man dagegen sagen, daß er eine bestimmte Form des Agierens zu lassen hat, wenn er weiterhin behandelt werden will – sofern man es nicht bei dem bloßen Verbot beläßt, sondern dem Patienten bestätigt, daß man ihn nicht hinauswerfen will, sondern gerne in der Therapie fortfahren würde (haltende Funktion). Gleichzeitig sollte gedeutet werden, worin der psychodynamische Hintergrund für das Verhalten des Patienten liegt, etwa ein Auf-die-Probe-Stellen des Therapeuten, ein sich der haltenden Funktion Vergewissern. Dieser Therapieabschnitt läßt sich in gewissem Sinne vergleichen mit dem von Winnicott als Phase der absoluten Abhängigkeit bezeichneten Entwicklungsschritt eines Kindes.

### Die Phase der äußeren Strukturierung

Unter Beibehaltung der haltenden Funktion werden dem Patienten zunehmend Grenzen und Strukturen durch das Team gesetzt. Hierdurch wird der Beginn der Integration „guter“ und „böser“ Anteile ermöglicht. Winnicott würde dies wohl die Phase der relativen Abhängigkeit nennen.

### Die Phase der inneren Strukturierung

Die äußeren Strukturen werden gelockert, es werden höhere Anforderungen an die zwar verfestigte, aber noch fragile innere Struktur des Patienten gestellt. Bei den zu erwartenden Regelverstößen wird weniger mit Reglementierungen gearbeitet als vielmehr mit Deutungen, primär im Hier-und-Jetzt. Das Durchlaufen dieser Phase ist eine Voraussetzung für den Abschied, der oft durch vielfältige regressiv getönte Krisen unbeußt oder auch bewußt hinauszuzögern versucht

wird. Es ist aber auch relevant für die Entwicklung der Fähigkeit, im Anschluß an die stationäre nun eine ambulante Therapie beginnen zu können. Einen Patienten aus einer primär strukturierten Umgebung (Phase 2) ohne Abschluß dieser dritten Phase zu entlassen, hieße, ihn im Anschluß an den Klinikaufenthalt in der weniger strukturier-

ten eigenen Umgebung bei weiterhin fehlender innerpsychischer Struktur der Überforderung auszusetzen. Das hätte eine Zunahme der Angst und der übrigen Symptome zur Folge, ein Rückfall wäre wenig überraschend. Es handelt sich bei dieser Therapiephase in Anlehnung an Winnicott um den Weg zur Unabhängigkeit.