

1.17

— Borderline-Struktur und — professionelle Helfer

Birger Dulz und Nina Knauerhase

»Neigen Sie dazu, sich um Tiere oder Leute, die Probleme haben, Sorgen zu machen?« – »Versuchen Sie, sich um andere zu kümmern?« Fragen in einem Bewerbungsgespräch wegen einer Anstellung als Arzt, Krankenschwester oder Psychologin? Mitnichten. Die Fragen finden Sie als Items 131 und 132 im Diagnostischen Interview für das Borderlinesyndrom (DIB, Gunderson 1985). Das Item 141/S25 lautet: »Der Patient sucht aktiv nach einer Beschäftigung, in der er andere versorgt (z. B. Krankenschwester, Tierarzt, Haushälterin) ...« Vom Arzt und Psychologen ist nicht die Rede. Anders herum: Krankenschwestern, Tierärzte und Haushälterinnen waren an der Testkonstruktion nicht beteiligt.

Um es in diesem Zusammenhang gleich vorwegzunehmen: Wir, die Autoren, haben das DIB natürlich längst auf uns selbst angewendet – als Borderline-Spezialisten haben wir dieses Borderline-Interview bei Patienten so oft angewendet, dass wir bei der Selbstdiagnostik nicht einmal mehr den 16-seitigen Fragebogen benötigten – und durften aufatmen: Die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen wir erwartungsgemäß nicht. Wir sind gesund.¹ Gott sei Dank gehören wir den Berufsgruppen an, die darüber bestimmen, was das ist: »psychisch gesund«. Nicht umsonst haben wir Berufe ergriffen, die uns erlauben, die Störungen unserer Patienten in umfassender Weise zu beobachten. Goffman (1973, S. 341) schreibt: »Nichts, was den Patienten betrifft, bleibt (...) außerhalb der Zuständigkeit des Psychiaters; nichts darf dem Psychiater als für seine Arbeit

1 Diese Feststellung muss relativiert werden. Mit dem DIB kann nur festgestellt werden, ob eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegt oder ob sie nicht vorliegt. Werden die Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Störung nicht erfüllt, heißt das nicht automatisch, dass man »gesund« ist. Es kann auch jede andere Erkrankung vorliegen: außer eine Borderline-Störung. – Es hilft bei der Arbeit übrigens ungemein, zu denen zu gehören, die aufgrund der eigenen Stärke den Schwachen sagen sollen (bzw. müssen, dürfen, können), was diese zu tun und zu lassen haben. Es gibt neben den typischerweise sichtlich stabilen Kollegen natürlich auch jene, die ihre Unbelastbarkeit, Desorganisiertheit oder auch Störung so vor sich hertragen, dass sie von allem Belastenden verschont werden (müssen), aber das ist ein anderes Thema.

irrelevant vorbehalten werden.« Nicht so gerne sprechen wir über jene Aspekte, in denen wir unseren Patienten ähneln. Aber – pssst – unter uns: Auch unsere Deutungen werden immer wieder von unseren eigenen Ängsten verzerrt, auch bei uns gibt es jene »angsterregenden Überschneidungen zwischen Objekt und Beobachter« (Devereux 1984). Eine gute Methode, dieser Ängste Herr zu werden, ist einen Artikel über betroffene Kollegen zu schreiben. Und das sind viele. Woanders. Natürlich.

Da Helfen – unstreitig ja ein positives und sozial angesehenes Verhalten – auch ein diagnostisches Kriterium für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, wird hierdurch eine ganz andere Seite dieser oft als »bitterböse Borderliner« und »Kotzbrocken« titulierten Patienten deutlich. Und es entspricht unserer tagtäglichen Erfahrung auf der Borderline-Station des Klinikum Nord in Hamburg, dass unsere Patienten ihren Mitpatienten ausgesprochen gern und oft helfen, sich selbst hingegen nicht – aber das ist auch unter Therapeuten nicht selten (s. hierzu Kap. 3.21).

Da Borderline-Störungen also auch durch Helfen gekennzeichnet sind, ist es nur logisch, dass viele unserer Patienten einen helfenden Beruf ausüben oder dies anstreben. Wir werden darauf zurückkommen. Jetzt erst einmal die Frage, die man in diesem Beitrag stellen muss: Sind Personen mit einer Borderline-Störung womöglich besonders geeignet, anderen professionell zu helfen? Die Antwort ist schnell gegeben: natürlich nicht, insbesondere wegen der Belastung durch das Helfen und wegen der Notwendigkeit der Fähigkeit zur Einhaltung der technischen Neutralität (s. hierzu Dulz, Schreyer u. Nadolny 2000; Kernberg 1978, 1990). Auch hierauf werden wir zurückkommen.

Doch zunächst ein weiterer Aspekt. Borderline-Patienten selbst wünschen sich übrigens ihre Psychotherapeuten so gar nicht Borderline-artig. Wir haben unsere Patienten gebeten, einmal aufzuschreiben, wie sie sich ihren Therapeuten wünschen. Alle 18 setzten sich zusammen, und wenig später bekamen wir ihren Wunschzettel:

Wie wir uns einen Therapeuten nicht wünschen:

<i>arrogant</i>	<i>müde</i>
<i>kurz angebunden</i>	<i>unkonzentriert</i>
<i>fahrig</i>	<i>den Patienten als Objekt behandeln</i>
<i>ignorant</i>	<i>unaufmerksam sein</i>
<i>desinteressiert</i>	<i>faul</i>
<i>oberflächlich</i>	<i>schleimig</i>
<i>egoistisch</i>	<i>zu nett</i>
<i>gefühlskalt</i>	<i>zu Ich-bezogen</i>
<i>von sich selbst eingenommen (eingebildet)</i>	<i>parteiisch</i>

Wie wir uns einen Therapeuten wünschen:

<i>empfindsam</i>	<i>individuell</i>
<i>klar und ehrlich</i>	<i>streng (klare Linie)</i>
<i>verständnisvoll</i>	<i>unterstützend</i>
<i>beständig</i>	<i>engagiert</i>
<i>tolerant</i>	<i>loyal und vertrauenswürdig</i>
<i>direkt</i>	<i>interessiert</i>
<i>wissen, wo es lang geht (Kompetenz und Erfahrung)</i>	<i>konstruktiv</i>
<i>pünktlich und zuverlässig</i>	<i>konfliktbereit</i>
<i>humorvoll</i>	<i>zwischen beruflicher und privater Distanz trennen könnend</i>
<i>ausdauernd</i>	

Wie sehr das doch den Merkmalen ähnelt, die Lohmer (2000, S. 113) beschreibt: Man könne »feststellen, daß ›gute‹ Borderline-Therapeuten auch ganz unterschiedlicher Schulrichtungen hohe Gemeinsamkeiten in ihrer **therapeutischen Haltung** und ihrem therapeutischen Stil aufweisen«. Weiter schreibt Lohmer:

»So fällt auf, daß sowohl die kognitive Verhaltenstherapeutin Marsha Linehan, der Psychoanalytiker Otto F. Kernberg als auch Protagonisten einer Tradition der humanistischen Psychologie (...) ganz **ähnliche Eigenheiten** aufweisen (...). Die beschriebenen Therapeuten sind emotional präsent bis dominant, üben eine hohe Kontrolle über den Rahmen der Therapie und der Behandlungsstunde aus bei gleichzeitiger Förderung eines offenen, ehrlichen und direkten Ausdrucks von Affekten und sind äußerst hartnäckig im Herausarbeiten von inneren Denk- und äußeren Verhaltensmustern. Sie lassen sich durch Widerstand, ausweichendes Verhalten, Verwirren und Vernebeln nicht ablenken, muten sich und dem Patienten ein hohes Maß an Deutlichkeit und Konfrontation zu und geraten so nicht in die Falle, den Patienten als ›armes Opfer‹ nur behutsam und schonend zu behandeln. Weiterhin zeigen sie ein hohes Maß an persönlichem Engagement und Interesse für ihre Patienten, sind nicht unnötig rigide, sondern kommen ihnen auch entgegen und können aus Machtkämpfen immer wieder auf eine Metaebene umsteigen. Schließlich soll eine Eigenschaft nicht vergessen werden: Neben einer bild- und metaphernreichen Sprache verfügen sie in der Regel über einen guten Sinn für Humor und Witz, wodurch manche Situation entschärft und ihr unnötige Dramatik genommen werden kann.

Die spezifischen Aufgaben des Borderline-Therapeuten leiten sich demnach von einem – wie Linehan (...) es beschrieben hat – dialektischen Grundverständnis der therapeutischen Beziehung her, indem scheinbar polare Gegensätze wie Annehmen des Patienten und Veränderungsorientierung, Stützen und wohlwol-

lendes Fordern, Sicherheit in der eigenen Haltung und Flexibilität gegenüber dem Patienten in die Balance gebracht werden.« (ebd., Hervorhebungen im Original)

Wir können noch einmal aufatmen. Unser Selbstwert wurde wieder einmal gestärkt. Aber was bringt so stabile und ausgeglichene Menschen dazu, ausgerechnet mit Borderline-Patienten zu arbeiten? Es ist wahrscheinlich einfach das Bedürfnis zu helfen.

Literaturrecherche: Borderline-Struktur und professionelle Helfer

Eine mehrfache und umfangreiche Datenbankrecherche brachte keine Hinweise auf Studien, in denen Zusammenhänge zwischen Borderline-Struktur und dem Ergreifen eines helfenden Berufs untersucht wurden. Dies verwundert deshalb nicht, weil wir Helfer über uns Helfer sowieso lieber nicht schreiben – einer der wesentlichen Auslöser, das vorliegende Buch »WIR« über »UNS« herauszugeben.

Erhellend ist allerdings die von Garlichs (2000) untersuchte Bedeutung so genannter »Schlüsselerlebnisse« hinsichtlich des Ergreifens eines helfenden Berufes (s. Tab. 1.17-1).

Nun stellt diese Studie keinen Zusammenhang her zwischen psychischer Struktur/Störung und helfendem Beruf. Dass bei angehenden Psychologen aber Erfahrungen am »eigenen Leib« eine besondere Rolle für die Berufswahl spielen und bei angehenden Ärzten Erfahrungen am »fremden Leib«, unterstützt unsere Beobachtungen, was nicht selten einen etwas zu distanzierten »ärztlichen« und einen nicht immer ausreichend distanzierten »psychologischen« Umgang mit Patienten betrifft.

Tab. 1.17-1: Schlüsselerlebnisse (Angaben in Prozent) (nach Garlichs 2000).

	Psychologie-Studenten	Medizin-Studenten
Freude am Helfen	13,86	4,83
eigenes Leid	13,86	5,52
fremdes Leid	1,98	10,34
familiäre Prägung, Erziehung und Familie	14,85	4,83

Berufswünsche unserer Patienten: helfende Struktur und Borderline- Patienten

Intensiv – und nicht selten auch effektiv – kümmern sich unsere Patienten um ihre Mitpatienten: Sie stützen, trösten, schützen einander. Manchmal explorieren sie sich auch gegenseitig. Wir schätzen das nicht, denn natürlich liegt dem Helfen, dem nicht selten »möchtegern-ko-therapeutischen« Verhalten, das oft für die eigene Entwicklung hinderlich ist, eine Pathologie zugrunde:

- das Ablenken von eigenen Nöten
- Selbstaufwertung
- Selbstentwertung (bei sich selbst gestellten unlösbaren Helferaufgaben)
- das Beschwichtigen des sadistischen Über-Ich
- das Vermeiden anstehender eigener therapeutischer Schritte
- Selbstvernachlässigung
- (manchmal auch:) Autoaggressivität

Das sind übrigens Pathologien, die nicht allein Ihren und unseren Patienten vorbehalten sind (s. auch die Kapitel 1.10 und 1.11). Wäre Sublimierung hingegen das primäre Motiv des Helfens (vgl. Kap. 1.5), schätzten wir dies bei unseren Patienten – die dann allerdings keine mehr wären, weil sie zu so reifen Verhaltens- bzw. Abwehrmechanismen befähigt wären, dass sie keine Borderline-Störung mehr hätten.

Dennoch: Positive Folgen hat das Helfen unserer Patienten oft genug, vor allem für die anderen. Das wollen wir nicht gering schätzen.

Frau A. war, wie viele Patienten in bestimmten Therapiephasen, akut suizidal. Wir trafen daher mit ihr die Vereinbarung, die (offen geführte) Station nicht zu verlassen, was sie aber trotzdem tat. Sie verließ die Station, als das Personal kurzzeitig die Stationstür nicht im Auge haben konnte. Zwei Mitpatienten, die offenbar in diesem Moment (wie so oft) mehr wussten als wir, hatten Frau A.s Verschwinden bemerkt und verfolgten sie unauffällig, um notfalls helfend eingreifen zu können. Somit hatte Frau A. keine Gelegenheit, sich zu suizidieren (etwa durch einen Sturz vor die U-Bahn). Frau A. machte sich jedoch nur auf den Weg zu einem Schaufensterbummel, während wir uns zu ihrer Freude intensiv um sie sorgten, bis sie wieder auf der Station eintraf, nach kurzer Zeit gefolgt von ihren beiden Mitpatienten.

Frau B. gab als Berufsziel – »wenn die Therapie erfolgreich beendet ist« – Psychotherapeutin an. Sie zeigte schwere Dissoziationen (manch-

mal erinnerten diese aufgrund motorischer Entäußerungen an die großen hysterischen Anfälle, wie sie u. a. Charcot beschrieben hat), paranoide Symptome, selbstverletzendes Verhalten, Pseudohalluzinationen und eigentlich auch alle anderen Symptome, die mit einer Borderline-Störung in Verbindung gebracht werden können. Besonders verbunden fühlte sie sich einer Mitpatientin, Frau C.

Frau B. ging es – ihr Vater hatte sie wieder einmal versetzt, ihre Schwester war verschwunden und ihr Freund hatte sie beschimpft – verständlicherweise ausgesprochen schlecht, und sie entwickelte ein Symptom nach dem anderen. Genau zu diesem Zeitpunkt erfuhr sie, dass Frau C. in größten Nöten war, weil sich deren Freund nicht mehr gemeldet habe und dieser Frau C. angeblich verlassen wolle. Frau B. stieg von einer Sekunde auf die andere auf wie Phönix aus der Asche, tröstete Frau C. und gab ihr ausgesprochen sinnvolle und reife Hinweise, wie Frau C. sich am besten verhalten solle. Wenig später meldete sich der Freund von Frau C., und die beiden trafen sich. Prompt fiel Frau B. wieder in sich zusammen, zitterte, zeigte Gangstörungen und brachte sich wenig später Schnittwunden an den Beinen bei.

Systematisch haben wir unsere Borderline-Patienten – die meisten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung – gefragt, welchen Beruf sie gerne ausüben würden und welchen Berufswunsch sie haben. Im Folgenden werden wir kurssorisch darstellen, zu welchen Ergebnissen unsere Recherche – Forschung wollen wir das nicht nennen – führte. Die untersuchte Gruppe ist nicht völlig unselektiert, denn wir nehmen nur Patienten auf, die uns ausreichend stabil und zugleich ausreichend labil für eine stationäre Therapie erschienen.

Patientinnen

Von den 45 Patientinnen (Durchschnittsalter: 26,8 Jahre [18–37 Jahre]) üben 8 einen helfenden Beruf aus (2 Ärztinnen, 2 pharmazeutisch-technische Assistentinnen, 2 Altenpflegerinnen, eine Erzieherin, eine Heilerzieherin), 23 möchten einen ausüben (u. a.: 4 als Psychologinnen, 4 als Erzieherinnen, 3 als Tierarzhelferinnen, 2 als Krankenschwestern). Also wünschen sich fast die Hälfte unserer Borderline-Patientinnen einen helfenden Beruf. Auf anderen Stationen, auf denen vergleichbare Patientinnen spezifisch-systematisch psychotherapiert werden, ist die »Berufssituation« übrigens ähnlich (z. B. auf der Traumastation des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen [Sachsse 2002, pers. Mitteilung]).

Nahezu alle Patientinnen sind in ihrer Kindheit bzw. Jugend sexuell misshandelt und/oder körperlich misshandelt und alle emotional vernachlässigt worden. Es fällt auf, dass unter jenen Patientinnen, die einen helfenden Beruf wün-

schen, die Mehrzahl sexuell missbraucht worden ist, während körperliche Misshandlung kaum vorkommt. Allerdings werden Mädchen ohnehin eher sexuell missbraucht, während Jungen eher körperlich misshandelt werden (Dulz u. Jensen 2000).

Eine Patientin, die sehr schwer missbraucht worden ist, gab übrigens – nur halb scherzhaft – an, entweder Terroristin oder Hure werden zu wollen. Bei ihr lag neben einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auch eine Histrionische Persönlichkeitsstörung vor. Wir vermuten, dass diese Patientin sich gerade in einem helfenden Beruf wiederfinden würde.

Patienten

Von den 20 Patienten (Durchschnittsalter: 31,2 Jahre [20–41 Jahre]) wünschen sich 5 – also jeder vierte – einen helfenden Beruf bzw. haben einen solchen bereits ergriffen (u. a. Kinderpfleger, Streetworker, Psychologe). Keiner dieser Patienten wurde primär misshandelt, obwohl das rein statistisch zu erwarten wäre. Vielmehr ist bei den »Helfern« auch unter den männlichen Patienten sexueller Missbrauch die vorherrschende Traumatisierung.

In den Fällen, in denen »exzentrische« Berufswünsche (Schriftsteller, Partyveranstalter, Alleinunterhalter, Pilot) angegeben wurden, lag übrigens immer auch eine schwere Narzisstische Persönlichkeitsstörung vor.

Die klinische Beobachtung, dass sexuell missbrauchte Männer und Frauen eher einen helfenden Beruf ergreifen als körperlich misshandelte, deckt sich übrigens mit den Ergebnissen von Dulz und Jensen (2000), denen zufolge sexueller Missbrauch mit autoaggressiven und körperliche Misshandlung mit fremd-aggressiven Symptomen zusammenhängen. Helfen ist zweifelsfrei alles andere als fremdaggessiv und kann – im Übermaß betrieben – sicher auch als autoaggressives Symptom (»Helfersyndrom«) interpretiert werden.

Streng subjektive Beobachtungen: Borderline ist immer und überall

Wenn man Borderline – vereinfacht – gleichsetzt mit Spaltung durch Idealisierung und Entwertung, dann sind Kliniken, Institute und Kongresse Brutstätten von Borderline-Strukturen und -Verhaltensweisen. Hier wird die jeweils andere Schule (s. auch Kap. 1.19) entwertet, was das Zeug hält: Verhaltenstherapeuten meinen, die Effektivität der Psychoanalyse sei durch nichts belegt, während Analytiker auf die Verhaltenstherapie als Dressur herabblicken. Bei diesen Sichtweisen wird übersehen, dass es einen Königsweg nicht geben kann, denn die Pa-

tienten sind extrem unterschiedlich und benötigen extrem Unterschiedliches. Um dies zu kaschieren, werden bei der Psychotherapie-Forschung manchmal Daten »schöngedeutet« oder wesentliche Informationen unterschlagen, etwa eine die zu evaluierende Psychotherapie begleitende Medikation (s. Kap. 2.9).

Allerdings geben wir gerne zu, dass der Trend zur Verteufelung »Andersgläubiger« rückläufig ist – nicht zuletzt dank der Borderline-Patienten, deren Therapien² sich unübersehbar und zum Bedauern mancher Kollegen ähneln. Ohne die unterschiedlichen Terminologien von Verhaltenstherapie und Psychoanalyse würde dies noch deutlicher. Die »Spalter« haben dazu beigetragen, Spaltung zu reduzieren.

Spaltung ist als Abwehrmechanismus ein unbewusster Vorgang, und manchmal imponiert als Spaltung, was nun wirklich keine ist: wenn es bewusst (aber regelhaft nicht zugegebenermaßen) um Machterhalt und ökonomische Interessen geht. Dann werden Kollegen entwertet mit der scheinheiligen Sorge, die Qualität der Ausbildung könne – von den anderen – nicht gewährleistet werden.³

Manchmal allerdings ist das Beschreiten von Brücken und Überwinden von Spaltungen deshalb nicht möglich, weil scheinbare Klarifikationen dann verloren gingen. Diese auf neuen Wegen entstehende Unsicherheit, ja sogar Angst zu ertragen setzt stets eine ausreichende eigene Stabilität und Flexibilität voraus. Keinesfalls soll hier der Eindruck entstehen, wir vertreten die moderne Ansicht, dass sich jeder ständig auf Neues einstellen können muss. Bei einer solchen Entwicklung stoßen immer mehr Menschen an ihre natürlichen Grenzen, und das bei chronischer Umwälzung sowie allzu raschen Veränderungen entstehende Gefühl der Ohnmacht tritt an die Stelle der Sicherheit durch gewachsene Bindungen (s. hierzu Sennett 1998).

Die Notwendigkeit von Stabilität und Verlässlichkeit führt jedoch nicht an folgendem Problem vorbei: Manche Menschen arbeiten in Institutionen wie der unseren deshalb, weil deren äußere Struktur sie ja tatsächlich schützt und ihre Labilität kompensiert – ein wesentlicher Grund für die Schwierigkeiten, die in Institutionen beim Umsetzen neuer Konzepte bereitet werden.⁴

Aber ohne jene Abwehrkonstellationen, die Mentzos (1994) als Stützkorsett der Ich-Struktur beschreibt, kann offenbar keine Institution »Haltung bewah-

2 Gemeint sind die Borderline-spezifischen Psychotherapieverfahren DBT (Dialektisch-behaviorale Therapie) und TFP (Übertragungsfokussierte Psychotherapie).

3 Hier muss eigentlich nicht betont werden, dass eine gute Ausbildung wichtig ist. Vorsichtshalber tun wir es dennoch – mit dem Hinweis, dass selbst eine »fremde« Ausbildung eine gute Ausbildung sein kann.

4 Bei geringem Bildungsstand, also bei schlechterer Ausbildung, bedarf es mehr persönlicher Stabilität, Veränderungen am Arbeitsplatz ohne Angstzunahme zu ertragen, als bei hoher fachlicher Kompetenz. Eine Garantie zur Flexibilität und Kooperationsfähigkeit ist ein hoher Ausbildungsstand der Kollegen allerdings keineswegs. Dennoch: Aus-, Fort- und Weiterbildung Einzelner tut allen gut (s. Kap. 1.4).

ren« – nicht einmal unsere. Denn auch wir fühlen uns oft gespalten zwischen der Führung einer Säuglingsstation und eines Arbeitslagers.

Gründe für eine ausreichende psychische Stabilität von Therapeuten

Wir halten nichts davon, dass man als guter Suchttherapeut intensive eigene Erfahrung mit Flasche und Fixerbesteck gemacht haben muss. Wir glauben auch nicht, dass ein Depressiver besonders gut Depressive behandeln kann. Wir wissen jedoch, dass Borderliner Borderliner besonders gut verstehen ... sie können es nur nicht auf professionelle Art anwenden, und deshalb nützte es ihnen als Therapeut nichts.

Gute Therapeuten haben natürlich auch ihre Macken und Schwachstellen (vgl. die diversen Kapitel in diesem Buch). Aber Therapeuten – ihre Persönlichkeit ist bereits per se ein Wirkfaktor in der Psychotherapie (s. Kap. 3.11) – müssen dennoch bestimmte Kriterien erfüllen können. Vor allem müssen sie immer dann, wenn Entscheidungen bezüglich Patienten anstehen, technisch neutral sein können, um auf den Anfang dieses Textes zurückzukommen. Anders ausgedrückt: Therapeuten müssen inadäquate Verhaltensweisen unterlassen bzw. vermeiden können, wozu nach Strupp, Hadley und Gomes-Schwartz (1977, zit. nach Pfäfflin u. Kächele 2000; s. auch Kap. 2.6) die folgenden gehören:

- ein übermäßiger Drang, Patienten dazu zu bewegen, sich zu ändern
- eine untergründig feindselige Haltung
- Verführung
- mangelndes Interesse und mangelnde Zuwendung
- Pessimismus, Sadismus
- Narzissmus des Therapeuten, Mangel an Selbstkritik

Beauchamp und Childress (1979; s. auch Kottje-Birnbacher u. Birnbacher 2000) haben vier Kriterien genannt, die dem Schutz der Patienten dienen:

- Prinzip der Nichtschädigung (Fähigkeit, mit massiven Übertragungen umzugehen; kein Mitgehen)
- Prinzip der Fürsorge (Berücksichtigung eigener Unzulänglichkeiten wie eigener Nähe-Distanz-Probleme)
- Prinzip der Autonomiewahrung (Achtung vor Lebensplänen, Idealen, Zielen, Wünschen anderer, auch wenn die abwegig oder moralisch bedenklich erscheinen)
- Prinzip der Gerechtigkeit und Gleichheit (Fairness)

Kitchener (1984) hat ein fünftes Prinzip hinzugefügt: das der Loyalität (Schweigepflicht, Wahrhaftigkeit, einem angenommenen Patienten zur Verfügung zu stehen). Die Umsetzung dieser Kriterien setzt voraus, dass die Stabilität der Therapeuten (in Anlehnung an Winnicotts Definition der Qualität von Müttern) »gut genug« ist – und auch, dass sie nicht emotional instabil sind.

Nach diesen ethischen Ausführungen soll ein wesentlicher anderer Aspekt nicht vergessen werden. Personen mit einer Borderline-Struktur in einem helfenden Beruf mögen besonders engagiert sein. Schließlich wollen sie nicht, dass anderen widerfährt, was ihnen widerfahren ist. Sie befinden sich also in dem Spannungsfeld zwischen folgenden Zielen bzw. Verhaltensweisen:

- es besonders gut machen zu wollen
- besonders viel Kraft aufwenden zu müssen, um die nötige Distanz zu wahren, um nicht mit dem Patienten zu »verschmelzen«

Die entscheidende Frage angesichts dieser Problematik lautet: Wie lange kann dieser Spagat durchgehalten werden? Gerade die aus sehr persönlichen Gründen besonders Engagierten laufen Gefahr, rasch an Burn-out – im wahrsten Sinne des Wortes – zu leiden (s. auch Kap. 2.16). Burn-out führt aber nicht gerade zu persönlicher Stabilität oder gar Wohlbefinden.

Als eine Psychologie-Studentin – sie hätte »alles«, von Intelligenz über Empathie und Humor bis Charisma, für eine herausragende Therapeutin mitgebracht, wäre da nicht ihre schwere Borderline-Störung – in ein theoretischeres Studienfach wechselte, »um nicht pausenlos anderen helfen zu müssen ... ich habe mit mir ja schon mehr als genug zu tun«, war dies ein klarer Beleg für eine positive Entwicklung und zunehmende Stabilität. Sie war nach Jahren der Therapie zu angemessener Selbstfürsorge in der Lage und konnte den damals reifen Schritt vom Helfer zum Nicht-Helfer machen. Womöglich wäre sie demnächst in der Lage, den dann reifen Schritt vom Nicht-Helfer zum Helfer zu tun. Daran allerdings denkt sie »nicht im Traum«.

Einen helfenden Beruf muss man nicht jedem wünschen. Borderlinern schon gar nicht, doch manchen erspart er eine eigene Therapie. Dann allerdings werden die Patienten zu Therapeuten und können nur hoffen, dass es »ihren Therapeuten« psychisch konstant genug gut geht.

Dann ist der Borderliner aber kein Borderliner mehr. Und so jemand kann durchaus Psychotherapeut sein. Da gibt es bekannte Beispiele. Die werden hier aber nicht verraten.

Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Devereux G (1984). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer; 167–93.
- Dulz B, Schreyer D, Nadolny A (2000). Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer; 483–504.
- Garlichs E (2000). *Über die Motivation, einen helfenden Beruf anzustreben*. Konstanz: Hartung.
- Goffman E (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Gunderson JG (1985). Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom. Dt. Bearbeitung: H. Pütterich. Weinheim: Beltz.
- Kernberg OF (1978, 1990). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kitchener KS (1984). Intuition, critical evaluation, and ethival principles. The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *Couns Psychol*; 12: 43–56.
- Kottje-Birnbacher L, Birnbacher B (2000). Ethische Fragen bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*; 4: 100–11.
- Mentzos S (1994). *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lohmer M (2000). Die spezifischen Aufgaben des Borderline-Therapeuten: die Balance zwischen persönlichem Engagement und reflektierender Distanz. *Persönlichkeitsstörungen*; 4: 112–22.
- Pfäfflin F, Kächele H (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? *Persönlichkeitsstörungen*; 4: 88–94.
- Sennett R (1998). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Siedler.
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977). *Psychotherapy for Better or Worse*. New York: Aronson.