

THOMAS REINERT

**„... es durchwegs angezeigt ist, sich der Führung des Patienten zu überlassen“ (Adler, 1930).
Geht das denn bei Borderline-Patienten?**

**„... throughout indicated to let the patient take the lead“ (Adler, 1930).
Is that possible with borderline patients?**

Obwohl die Psychoanalyse viele Beiträge zur Theorie und Behandlungstechnik bei narzisstischen und Borderline-Störungen beigesteuert hat, ist es für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen in der Praxis oft ausgesprochen schwer, einen Therapieplatz bei einem Psychoanalytiker/einer Psychoanalytikerin zu finden. Gründe dafür sind zum einen im deutschen Kassenrecht zu suchen, das durch Stundenkontingentierung einen Behandlungsrahmen absteckt, der meist nicht ausreicht, um einen befriedigenden Therapieerfolg zu erzielen. Zum anderen ist die Behandlung schwer gestörter Patienten auch mit dem „angestammten Handwerkszeug“ der Psychoanalyse kaum möglich. Im vorliegenden Beitrag beschreibt der Autor eine modifiziert-individualpsychologisch/psychoanalytische Behandlungsweise, bei der die Psychoanalyse im Sinne von R. Rodolfo (1996) als „Ort“ für Entwicklung in der Übertragung verstanden wird und in der die Patienten im Rahmen einer sorgfältig zu begleitenden Tiefen-Regression sonst kaum mögliche Strukturreifungen erfahren.

Although psychoanalysis has contributed many papers to theory and therapy techniques in narcissistic and borderline disorders, in practice for patients with severe personality disorders it is still very difficult to find a psychoanalytical therapy place. Reasons lie on the one hand in the German health care system allocating therapy hours in a way which is mostly not sufficient to achieve treatment successes. On the other hand, the treatment of severely disturbed patients is hardly possible with the „traditional tools“ of psychoanalysis. In the present work the author describes a „modified individual psychological/psychoanalytical“ way of treatment in which psychoanalysis is understood (referring to R. Rodolfo 1996) as „site“ for the development within transference and in which patients during a carefully monitored depth regression experience otherwise hardly possible structure maturations.

„... eine im Verhältnis geringe Zahl
von schwerer Leidenden blieb bei mir
zu fortgesetzter ... Behandlung.
Bei diesen Letzteren war die therapeutische
Zielsetzung eine andere geworden.
Eine Abkürzung der Kur kam nicht mehr
in Betracht, die Absicht war,
eine gründliche Erschöpfung
der Krankheitsmöglichkeiten und
tiefgehende Veränderung der Person herbeizuführen.“
(Sigmund Freud, 1937)

„Die Psychoanalyse vor allem als Spender eines Ortes zu begreifen und nicht als eine Deutungsmaschine, macht ihre historische Neuausrichtung aus. Diese Auffassung ist nur dann umsetzbar, wenn sie zu einem wohlbestimmten Ort wird, der mit Bedacht gestaltet worden ist. Anderenfalls nützt sie nichts oder schadet gar, ...“
(Ricardo Rodulfo, 1996)

Als ich von den Organisatoren der Delmenhorster Fortbildungstage schriftlich gefragt wurde, ob ich den bereits vor längerer Zeit festgelegten Titel meines dieser Arbeit zu Grunde liegenden Vortrages nicht *mehr* auf das Grundthema des Kongresses „Abschied und Neubeginn – Kontinuität und Wandel in der Individualpsychologie“ beziehen könne oder wolle, führte dies bei mir zu einem erneuten Prozess des Nachdenkens darüber, wo ich denn innerhalb der „psychoanalytischen Theorie-Positionen-Vielfalt“ gegenwärtig stehe, was mir die Individualpsychologie bedeutet und wie ich die Aufgaben der Individualpsychologie, so es sie denn gibt, inmitten der gesamten psychotherapeutischen Versorgungslandschaft sehe. Dabei stellte ich zu meiner eigenen Überraschung fest, dass es gerade einige Adler-spezifische Denk- und Vorgehens-Weisen waren, die mir in den beiden letzten Jahrzehnten immer mehr zur Richtschnur geworden sind bei meinem therapeutischen Handeln, in meiner eigenen Entwicklung als Analytiker. Ich habe den Titel des Vortrages nicht geändert, war mir zunehmend sicher, dass ich unter dem Aspekt „Kontinuität und Wandel“ einen Beitrag zur Diskussion wohl am besten dadurch leisten könne, dass ich eben einzelne Stufen meiner eigenen Entwicklung und die meiner Arbeitsweise darstelle, die, ausgehend von den mir in der Ausbildung vermittelten diversen psychoanalytischen Theorien, durchaus Jahre gebraucht hat, um zu dem zu werden, was sie heute ist. Alfred Adler schrieb 1933 (Adler, 1933/1973, 22):

„Ich mache es mir zur strengen Aufgabe, nichts auszusagen, was ich nicht aus meiner Erfahrung belegen und beweisen konnte. Daß ich dabei mit vorgefaßten Meinungen anderer ... gelegentlich in Widerspruch geriet, ist nicht verwunderlich.“

Diese aus meiner eigenen Lebensgeschichte heraus für mich sehr wichtig gewordene Äußerung Adlers kam mir in den Sinn. Adlers beiden Sätze in ihrer narzisstischen und wenn man so will: potentiell solipsistischen Tendenz, die ich durchaus nicht ignorieren möchte, sind natürlich nicht frei von Gefahren. Selbstverständlich bewegt sich die Individualpsychologie im Rahmen des psychoanalytischen Spektrums; sie repräsentiert aber für sich genommen eine innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses der Psychoanalyse sicher nicht sehr machtvolle Gruppierung. Und ich meine, sie hat diese ihre in gewisser Weise „randständige Rolle“ sich zu einem guten Teil selbst zuzuschreiben. Ich behaupte: Die meisten Individualpsychologen trauen sich nicht, typisches Adlersches Gedankengut konsequent umzusetzen und anzuwenden. Viele schneiden sich sogar in einer Art von geistiger Selbstkastration die eigenen wissenschaftlichen Potenzen

ab, indem sie, die Wurzeln ihrer Herkunft verleugnend, bald nach Abschluss ihrer Ausbildung bemüht sind, sich nur noch in der Denkweise und im Vokabular anderer Schulen zu bewegen, um nur ja von deren Anhängern „anerkannt“ zu werden. Wie sagte der österreichische Maler Friedensreich Hundertwasser?: „Wer die eigenen Wurzeln kappt, kann nicht wachsen.“ Und m. E. hat Günter Heisterkamp Recht, wenn er (1990) von den „genialen Ideen Adlers“ sprach, die in „authentischen Weiterentwicklungen ... in gewandelter Form weiterwirken“ könnten.

Es geht in meiner Arbeit selbstverständlich, wie angekündigt, um die Darstellung einer gewissen Systematik langzeitiger Therapieverläufe bei Borderline-Patienten. Lassen wir deshalb für einen Moment die Individualpsychologie als Thema beiseite und sehen uns die gegenwärtige Versorgungs-Situation von Borderline-Patienten in Deutschland unter einigen selektiven Aspekten an:

Vor einigen Wochen führte ich ein Erstgespräch mit Frau K., einer Patientin, die meine Adresse von einer meine Balint-Gruppe besuchenden Assistenzärztin einer benachbarten psychiatrischen Klinik bekommen hatte. Dort war sie seit Jahren immer wieder stationär in Behandlung gewesen wegen eines „schweren Borderline-Syndroms“ mit u. a. Selbstverletzungen, Suizidalität, Suchtverhaltensweisen. Es war dies schon der zweite angesetzte Termin für das Gespräch, den ersten hatte sie kurzfristig absagen müssen wegen einer erneuten notfallmäßigen stationären Aufnahme. Als sie das Zimmer betrat, bot die Patientin insgesamt das Bild einer schwerkranken Frau: Eine verkrampfte, angespannte Körperhaltung, hochgezogene Schultern, hektische Bewegungen, nervöses Knacklassen ihrer Fingergelenke; später sah ich, dass ihre Arme narbige Felder wie Strickmuster aufwiesen. Am Ende des Gespräches stellte ich meine Fragen in üblicher Weise, ob sie denn überhaupt wisse, was sie da anstrebe mit einer analytischen Behandlung, wie lange diese Behandlung denn nach ihrer Meinung dauern solle, was sie sich davon verspreche usw. Ich merkte, wie die Patientin immer stiller wurde, immer zurückgezogener, immer nervöser. Irgendwann zwischendurch sagte sie: „Na sagen Sie's doch schon!“ Auf meine Rückfrage hin, was sie meine: „Dass Sie mich nicht nehmen! Das kenne ich schon! Das ist jetzt das zehnte Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten. Und alle enden immer damit, dass ich wieder gehen muss. Ich werde mich wohl darauf einrichten müssen, daß es für mich keine Therapie gibt. Dass ich ungeeignet bin.“ Auf meine Rückfrage, was sie denn im Falle einer Ablehnung tun würde: „Nun, das war mein letzter Versuch! Ich werde mich also darauf einrichten müssen, dass ich halt regelmäßig in stationäre Behandlung muss und dass ich versuchen muss, irgendwie klarzukommen.“

Ich habe diese Patientin, unter der Bedingung der Inkaufnahme einer längeren Wartezeit, in Therapie genommen. Frau K. ist kein Einzelfall! Von psychoanalytischer Seite erscheinen zwar eine Menge Artikel und Bücher zum Borderline-Problem, in der Praxis haben die Patienten aber üblicherweise große Schwierigkeiten, einen Psychoanalytiker zu finden, der sie in Therapie nimmt. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich. Léon Wurmser (zitiert nach Heister, 1997, 33) glaubt nicht, dass eine schwere Neurose mit weniger als 500 Stunden psychoanalytischer Therapie behandelbar sei. Auch Masterson (1980) berichtet von sehr langen Therapiedauern. In Deutschland steht derartig umfangreichen Behandlungen das Kassenrecht ausgesprochen hinderlich im Wege. So heißt es auch in der neuesten Auflage des „Kommentar(s) Psychotherapie Richtlinien“ von Fa-

ber und Haarstrick (1999, 42): „Die Zunahme von Darstellungen neurotischer Persönlichkeitsstörungen in den Anträgen und auch die wachsende therapeutische Erfahrung im Umgang mit diesen Störungen hat dazu geführt, die Indikationsstellung auf die Behandlung dieser Grenzfälle auszudehnen. Daraus ergibt sich – häufiger als früher – für den Gutachter die Frage an den Therapeuten, ob die Umstellungsfähigkeit des Patienten ausreicht oder ob die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur dem Behandlungserfolg entgegensteht. . . . der zu erwartende Behandlungsumfang (zwingt) bei Persönlichkeitsstörungen nachdrücklich zur besonderen Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in der vertragsärztlichen Versorgung . . .“. Das heißt in der Praxis, dass es oft, allerdings stark abhängig vom Gutachter, ausgesprochen schwierig sein kann, überhaupt adäquate Stundenkontingente, v. a. aber auch solche jenseits der „magischen“ 300-Stunden-Grenze, genehmigt zu bekommen. So wurde mir vor Jahren der Antrag auf eine analytische Therapie für eine Borderline-Patientin sowohl vom Gutachter als auch vom Obergutachter glattweg abgelehnt mit dem Hinweis, diese Patientin sei „zu schwer gestört für eine aufdeckende Therapie“. Ich habe die Patientin trotzdem behandelt, etwa 500 Stunden lang, kostenlos; danach habe ich unter Hinweis auf die sehr gute bis dahin erzielte Entwicklung einen erneuten Antrag auf analytische Therapie gestellt, der ohne weiteres genehmigt wurde. Ein anderer Gutachter lehnte ebenfalls eine analytische Therapie bei einem schwerst-gestörten vorwiegend narzisstisch strukturierten Patienten ab mit der Begründung, es handele sich „eindeutig (um eine) schwere bis schwerste neurotische Störung der Strukturentwicklung“. Als solche gehöre sie „nicht zum Indikationsbereich der Psychotherapie nach den Richtlinien, da sie nicht als ‚seelische Krankheit‘ gelten kann“. Außerdem stünden im Antrag geschilderte „paranoische Abwehrmechanismen einem Behandlungserfolg mit analytischer Psychotherapie entgegen“. In diesem Fall fiel jedoch das Obergutachten (durch übrigens Frau Prof. Dührssen) positiv aus und die Therapie wurde letztlich genehmigt. Der Patient befindet sich noch in meiner Behandlung, die Entwicklung ist ausgesprochen eindrucksvoll und bewegend, der Patient gewinnt zunehmend an Lebensqualität und Beziehungsfähigkeit. Wieder ein anderer Gutachter machte sich die Sache recht einfach: Trotz eingehender Schilderung der Entwicklung der Psychodynamik, der mittlerweile eingetretenen Veränderungen und der klaren Benennung weiterer erreichbarer Therapieziele, lehnte er den Verlängerungsantrag von 240 auf 300 Stunden bei einem schwer struktur-gestörten Suchtpatienten mit folgenden Sätzen ab:

„Dem Bericht zufolge handelt es sich zwar um eine schwere Störung, diese ist aber inzwischen deutlich gebessert. Es läßt sich aus dem Bericht nicht entnehmen, welche Konfliktsproblematik jetzt noch zu bearbeiten wäre, um entscheidende weitere Veränderung herbeizuführen, auch wenn der Patient natürlich von einer Fortsetzung der Behandlung persönlich durchaus profitieren könnte.“

Derartige Antragsverfahren sind frustrierend, ärgerlich und zeitraubend. Das ist aber noch nicht einmal das Schlimmste: Gerade für Frühstörungspatienten und insbesondere „Borderliner“ ist es, um sich überhaupt vorbehaltlos auf den therapeutischen Prozess einlassen zu können von entscheidender Wichtigkeit, wie

lange der Therapeut ihnen voraussichtlich zur Verfügung stehen wird und kann. Heiner Heister hat 1997 sehr anschaulich beschrieben, wie stark die Bedingungen der Richtlinien-Psychotherapie in die Dynamik der therapeutischen Beziehung eingreifen (Heister, 1997). Aber auch unabhängig von den Schwierigkeiten im Bereich der Kostenklärung ist es für niedergelassene Psychoanalytiker nicht besonders attraktiv, Borderline-Patienten in Behandlung zu nehmen. So urteilen Kreismann und Straus (1989/1992, 16): „Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird allgemein als einer der frustrierendsten psychiatrischen Zustände für den Betroffenen selbst und für den Behandelnden betrachtet.“ Und nach einer Untersuchung von Jerschke et al. (1998) ist bei diesen Patienten eine eher schlechte Prognose zu stellen, und trotz aller therapeutischen Bemühungen seien in der Regel auch noch nach vielen Jahren „persistierende schwerwiegende Krankheitssymptome sowie damit verbundene Einschränkungen im psychosozialen Bereich die Regel“.

Die Eignung der Psychoanalyse als Behandlungsform für Borderline-Patienten ist auch durchaus umstritten. So mokierte sich der Verhaltenstherapeut Peter Fiedler in einem Referat auf dem „II. Internationalen Kongress über Theorie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen“ im Juli 2000 in München über angeblich fehlende Wirksamkeitsnachweise der psychoanalytischen Frühstörungstherapie und erklärte süffisant, „die Zeit der Wirksamkeitsnachweise auf n = 1-Niveau“ sei vorüber. Ohne aber auch nur zu zögern, ließ er im Laufe seines Referates einfließen, dass die angeblich in der Behandlung depressiver Symptome bei Persönlichkeitsgestörten ungeheuer erfolgreiche Verhaltenstherapie nicht verhindern könne, dass diese Patienten üblicherweise alle zwei Jahre noch einmal stationär behandelt werden müssten. Das liege eben an der Krankheit.

Die Diskussion innerhalb der Medizin wird heute beherrscht von Euphemismen wie „Leitlinien-gerechte Behandlung“, „Effizienz“ und vor allem: „Qualitätssicherung“. Angestrebt werden Standardisierungen, Normierungen und damit ja, unausgesprochen, auch: Ent-Individualisierungen. Das mag in Bereichen der somatischen Medizin sinnvoll sein, für die Psychotherapie ist diese, rein an naturwissenschaftlichem und positivistischem Denken orientierte Haltung m. E. katastrophal. Dahinter verbirgt sich für mich gefährliches Gedankengut: Was an Krankheitsbildern nicht „effizient“ (d. h. vor allem billig und schnell) behandelt werden kann, fällt früher oder später eben aus dem „Leistungskatalog“. Patienten dieser Art werden dann schnell aufgegeben. So wird es z. B. in der Suchttherapie immer schwerer, adäquate Behandlungszeiten bei den Kassen durchzusetzen. Wenn heute schon in England Versicherungsgesellschaften das Recht eingeräumt wird, das Risiko bei einem Vertragsabschluss anhand der Genstruktur des Antragstellers zu kalkulieren, um davon abhängig zu machen, ob der Vertrag zustande kommt oder nicht, dann kann man ermesen, in welche Richtung diese Entwicklung führt. Ich zögere nicht zu sagen: Hier begibt man sich in gefährliche Nähe zur Euthanasie-Diskussion der nationalsozialistischen Ideologie. Über diese Gefahren zu diskutieren, wäre für mich auch wichtiger als über ein Verbot der NPD.

Als Medizinstudent habe ich bereits in frühen Semestern gelernt, das erstrangige Ziel jeder ärztlichen Behandlung sei die „Restitutio ad integrum“, also die

Wiederherstellung der Gesundheit. Erst wenn dieses Ziel nicht erreichbar sei, müsse man sich eben leider mit Teilzielen wie Besserung, Linderung usw. zufrieden geben. Diese Prioritäten-Kaskade gilt offenbar heute noch, jedenfalls in der somatischen Medizin. Ich möchte dafür ein mir fast kurios erscheinendes Beispiel anführen: Vor etwa einem halben Jahr bekam ich als Chefarzt einer Suchtklinik einen Anruf des Leiters eines Herz-Chirurgischen Zentrums. Dieser wollte mit mir einen Fall besprechen: Ihm sei zur Durchführung einer Herz-Transplantation eine Patientin mit einer Kardiomyopathie zugewiesen worden. Die Patientin sei insgesamt schon sehr krank, sei Alkoholikerin und habe auch eine Leberzirrhose; das allein würde ihn aber nicht von der vorgesehenen Operation abhalten. Was er jedoch kritisch mit mir erörtern wolle sei, dass die Patientin im Aufnahmegespräch erklärt habe, sie wisse nicht, ob sie im Anschluss an die Operation abstinent leben wolle. Während also im Bereich der Psychotherapie in z. T. unwürdiger Weise um Stundenkontingente gefeilscht werden muss, werden in der Somatik ohne weiteres und ohne Dramatik selbst bei schlechtester Prognose Summen zur Verfügung gestellt, für die schon sehr, sehr lange psychoanalytisch werden müsste, um sie auszugeben. Frage: Warum gibt man sich auf dem Gebiet der Psychotherapie von vorneherein üblicherweise mit Teilzielen zufrieden? Meine Antwort auf diese Frage wird vielen Kolleginnen und Kollegen nicht gefallen: Ich bin mit Ricardo Rodulfo (1996) der Meinung, dass die Psychoanalyse sich unter der Einwirkung selbst-fabrizierter „Überich-Signifikanten“ festgefahren hat, angestammte Positionen innehält und verteidigt, sich dabei aber nicht genügend weiterentwickelt. Nach Rodulfo (1996, 69) „hat das Autoritätsprinzip in einem geradezu naiven Sinn nicht aufgehört, seine Spuren in unsere psychoanalytische Praxis zu drücken. Das ist vor allem Konsequenz dieses Sich-auf-Richtungen-festlegens, an deren Spitze Überich-Signifikanten stehen, ...“ Die Psychoanalyse in ihrer heutigen Form ist bei Anwendung ihrer „reinen Lehre“, so möchte ich behaupten, schweren psychischen Krankheitsbildern in den meisten Fällen, und erst recht bei begrenztem Setting, nicht gewachsen.

Das Gros der Borderline-Patienten (aus ausschließlich sprachvereinfachenden Gründen ist im folgenden immer vom „Patienten“ die Rede) wird auch nicht analytisch sondern psychiatrisch behandelt. Es kommen dabei alle möglichen Psychopharmaka zum Einsatz, zusätzlich basale psychotherapeutische Techniken; es geht häufig um Abwehr akuter Not-Situationen, um Kriseninterventionen, insbesondere bei Suizidalität, massiv selbstschädigendem Verhalten, Essstörungen-Dekompensationen u. ä. Es ist dabei aber bekannt, dass diese Patienten sich in stationärem Setting sehr schwer behandeln lassen, dass sie auf konventionellen psychiatrischen Stationen dazu neigen, maligne zu regredieren im Sinne einer permanent aktiv oder passiv-aggressiv zum Ausdruck gebrachten Versorgungserwartung und Selbstvernachlässigung, in einer Haltung ohne jede emanzipative Tendenz.

Als ich vor ca. 15 Jahren, zunächst notgedrungen, begann, mich intensiver mit Borderline-Patienten zu befassen, weil sie einfach in der Klinik auftauchten, waren dies vor allem Extremfälle mit eben Symptomaten, die eine stationäre Behandlung erforderlich machten: Suizidalität; schwere Selbstverletzungen diversester Art; Essstörungen; Suchtverhaltensweisen und in deren Rahmen häufig

kriminelles Verhalten; psychotische Episoden, und immer wieder Zustände berstender Aggressivität auto- und hetero-destruktiver Art; daneben oft auch Angstzustände psychotischen Ausmaßes. Es wurde mir schnell klar, dass diese Patienten nicht im Rahmen eines normalen analytischen Settings behandelt werden konnten. Andererseits war immer eindeutiger zu erkennen, dass die Problematik der Patienten lebensgeschichtlich erworben und im Beziehungskontext entstanden sein musste, also letztlich mit Sicherheit neurotischer Art war. Die häufige Beschäftigung mit diesen Patienten führte mich zu der Erkenntnis, dass immer wieder dieselben Elemente des Denkens, Fühlens und Verhaltens festzustellen waren, also bei allem Chaos, das diese Patienten um sich verbreiteten, doch ein System am Werk zu sein schien, eine private innere Logik, die allerdings nicht immer leicht zu erkennen war. Ich entschloss mich, meine Umgangsweisen mit diesen Patienten zu systematisieren, und entwickelte, zunächst provisorisch, ein Behandlungs-System, das vier Prinzipien folgte:

1. Dokumentation jeder einzelnen Therapiestunde.
2. Arbeit unter regelmäßiger qualifizierter Supervision.
3. Systematische Befolgung der Adlerschen „Anweisung“ (Adler 1928/1982, 224) „mit den Augen (des Patienten) zu sehen, mit (seinen) Ohren zu hören und mit (seinem) Herzen zu fühlen“.
4. Deutung jeder Äußerung und jedes Verhaltens eines Patienten konsequent unter der teleologisch-adlerianischen Fragestellung nach der darin verborgenen Zielsetzung, also in intentionaler Betrachtungsweise.

Mittlerweile kann ich auf etliche abgeschlossene Therapieverläufe zurückblicken und verfüge über tausende Seiten an Dokumentationen, die den Nachvollzug der Therapien in jeder einzelnen Stunde retrospektiv zulassen. Besondere Kennzeichnungen erlauben dabei das schnelle Auffinden z. B. von Träumen, autoaggressivem Verhalten oder bestimmten Übertragungs- und Gegenübertragungsproblemen.

Ich lernte, dass die Therapien in ganz starkem Maße in ihrem späteren Verlauf davon abhingen, in welcher Intensität und Qualität es in der Anfangsphase gelang, die therapeutische Beziehung zu knüpfen. Und ich merkte, dass das nicht geht in einer distanzierten Analytiker-Haltung, mit Verstecken der eigenen Person hinter einer neutralen „Tabula-rasa-Fassade“, sondern dass „die Arzt-Patient-Beziehung“, wie Kaiser (1982, 176/177) dies für die adlerianische Therapie beschreibt, „eine gleichwertige und gleichberechtigte Zusammenarbeit sein (muss), in welcher der Arzt lediglich aufgrund seines Erfahrungsvorsprungs eine anleitende Funktion hat“.

Das für mich wesentliche Element in der Psychodynamik der Borderline-Patienten ist die Angst, die Wexberg bereits (1928, 246) als den „wichtigsten aller Affekte“ bezeichnete. Beim Borderliner hat diese Angst einen spezifischen Charakter, wie auch Arlène Wolberg (1973) beschreibt: Es ist die Todesangst. Der Borderliner fühlt sich, wenn er nicht mit dem Gegenüber, egal wer es auch sei, in

einen symbiotischen Konsensus oder aber alternativ in eine Situation gelangt, über ihn verfügen zu können, vom anderen potentiell in seinem Leben bedroht. Dies hat mit Sicherheit atmosphärisch-familiäre Ursachen, auf die ich hier aber nicht weiter eingehen möchte. Wenn ich von Todesangst bedroht bin in Beziehungen, dann kann ich prinzipiell gar nicht anders, als entweder den anderen perfekt zu kontrollieren und möglichst weitgehend zu manipulieren, oder ich muss den Kontakt meiden, mich restlos zurückziehen und eine komplette Autarkie und Autonomie anstreben. D. h.: Der Borderliner ist aus seiner Dynamik heraus darauf angewiesen, permanente Kontrollarbeit zu leisten, die eine Daueranstrengung größter Intensität bedeutet. Der Borderliner kann, um mit der Umgebung in irgendeiner Weise zurechtzukommen, sich nicht auf seine eigenen Gefühle verlassen, er kann keine feste Ich-Position, und damit auch kein aus der eigenen Struktur heraus stabiles „Selbst“ entwickeln. Und hierin liegt die Grundlage für eine weitere schwere Problematik des Patienten: Wenn ich immer flexibel wie ein Chamäleon die vermeintlich oder real von der Umgebung geforderte Färbung annehme, mich ständig auch in meiner Form anpasse, bin ich ein dauernd in Verwandlung begriffenes, quasi (wie dies eine meiner Patientinnen auch real als ihr Empfinden malte) amöboides Wesen, das sich aus sich selbst heraus v. a. infolge fehlender Außenkonturen nicht spüren kann. Dies wiederum ist die Grundlage für die Tendenz der Patienten zur Selbstverletzung. Die hat zwar je nach psychischer Ausgangslage ganz unterschiedlichen Charakter in ihrer Aufgabenstellung (vgl. Reinert, 1995), ihr wesentlicher Sinn liegt aber oft v. a. darin, durch Erzeugung von Schmerz an der Grenze, an der Außenfläche, ein Gefühl für sich als Einheit zu erzeugen. Selbstverletzung ist also ein aus dem subjektiven Erleben des Patienten heraus konstruktiver Akt.

In langzeitigen Therapien konnte ich bei Patienten meist schon bei Beginn z. B. der Schilderung eines Tagesverlaufes sichere Mutmaßungen anstellen, wann und in welchem Ausmaß der Patient sich wieder verletzt hatte: Je größer die Anpassung an die Umgebung in den beschriebenen Situationen gewesen war, je weniger der Patient also als „Ich“ abgegrenzt aufgetreten war, desto größer war nachher die Notwendigkeit, sich für sich selbst wieder spürbar zu machen. Wenn diese Patienten nun mit dem Therapeuten in eine Beziehung eintreten sollen, was wir als Therapeuten durchaus indirekt fordern, sonst fühlen wir uns ja machtlos, dann wird der Patient darauf *notwendigerweise* mit Ablehnung, Misstrauen, später Testung reagieren *müssen*. Er wird uns obligatorisch testen erstens in Richtung der Ehrlichkeit, in der wir mit ihm umgehen. Es ist ein wesentliches Element jeder Borderline-Therapie, dass der Therapeut grundsätzlich nur Antworten gibt, die hundertprozentig stimmen. Und das fällt schwer, wenn der Patient z. B. sehr invasiv in das Leben des Therapeuten eingreift und ihn bis in die Privatsphäre hinein zu kontrollieren versucht. Borderline-Patienten entwickeln dabei eine ungeheure Wahrnehmungsfähigkeit auch auf unbewusster Ebene. Ich habe erlebt, dass Patienten Handlungen und Szenen träumten, in denen ich vorkam und die meinem Leben in realitas konkret entsprachen. Oft verstehen die Patienten, auch die Körpersprache des Therapeuten sehr genau zu deuten. Es hat also wenig Zweck, dem Patienten irgendetwas zu erzählen, wovon man selbst nicht restlos überzeugt ist. Oder man muss seine Zweifel selbst

kenntlich machen. Notwendig ist hier eine ständige aktive Grenzziehungsarbeit des Analytikers, der immer wieder neu entscheiden muss, wieviel an Nähe er seinerseits tolerabel findet oder ablehnt.

Bei den Testungen kommt als zweite Ebene die Frage der Stärke des Therapeuten hinzu: Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen. Ich teile meinen Patienten gewöhnlich mit, dass sie bei mir in Kauf nehmen müssen, dass ich während der Stunden mitschreibe. Das führt in der Regel nach einer kurzen Eingewöhnungszeit nicht mehr zu besonderen Schwierigkeiten; gelegentlich wollen Patienten dies nicht, dann wird es thematisiert.

Eine junge Patientin nahm heftig daran Anstoß, dass ich ständig den Schreibblock auf den Knien hätte. Sie erklärte immer wieder, sie würde das Klemmbrett am liebsten aus dem Fenster werfen. Sie beschimpfte mich, ich sei kein fühlender Mensch sondern eine „Schreibmaschine“! Diese Patientin war derart intensiv in ihren Anforderungen an mich, sie beanspruchte mich in all meiner Konzentrationsfähigkeit dauerhaft so, dass ich bei ihr (wie bei ganz wenigen Patienten vorher) insofern an meine Grenzen stieß, als es mir nicht mehr möglich war, auf quasi „zwei Ebenen“ zu arbeiten, nämlich mit der Patientin in Kontakt zu bleiben und gleichzeitig sinnvolle Aufzeichnungen zu machen. Ich entschloss mich aus diesem und aus keinem anderen Grund, auf das Mitschreiben während der Stunde im Falle dieser Patientin zu verzichten und anschließend Aufzeichnungen anzufertigen, teilte ihr dies auch so mit. Die Patientin erschrak: Sie war der festen Überzeugung, sie habe mich durch ihre Beschimpfungen veranlasst, meine Praktiken aufzugeben.

Sie erklärte: Ich sei der falsche Therapeut für sie, ich sei zu schwach, ich ließe mich beeindruckten und manipulieren. Die Situation führte in eine vorübergehende Krise.

Ein drittes wesentliches Element der Testungen ist der Versuch, den Therapeuten (projektiv identifikativ) zu Negativ-Äußerungen, zum Therapieabbruch oder zur aggressiven Dekompensation zu bringen. Der Patient wird sich über kurz oder lang immer wieder garstig, unverschämt, übergriffig, destruktiv und bedrohlich zeigen, in der Erwartung, den Therapeuten irgendwann dahin zu bekommen, dass er sich „outet“ als Lügner, der nur vorgegeben hat, ihn wirklich zu mögen, jetzt aber im Rahmen seiner Wut zeigt, „wo er wirklich steht“. Die Hoffnung des Patienten (zumindest unbewusst) ist jedoch, der Therapeut möge auch diese Probe bestehen.

Diese erste Phase der Therapie, also die Testung und schließlich Knüpfung einer tragfähigen Beziehung, kann sehr lange dauern, kann u.U. deutlich über hundert Stunden in Anspruch nehmen. Sie ist durch ein geschicktes Therapeutenverhalten nur begrenzt zu beschleunigen; es würde überhaupt nichts nützen, den Patienten (u.U. auch nur ausgedrückt durch eine Erwartungshaltung) zu drängeln oder sich (vielleicht sogar nur unbewusst) ungeduldig zu zeigen.

Auch bei intakter Beziehung werden in der Therapie in Abständen immer wieder Zweifel und Misstrauen auftauchen; wird der Patient vor allem dann, wenn der Therapeut sich seiner Kontrolle entzieht und sich immer wieder als eigenständiges, abgegrenztes, lebendiges und damit für ihn unberechenbares Wesen erweist, (v. a. Verlassens-)Angst spüren. Aber auch die fest geknüpften und stabile Beziehung macht ihrerseits Angst: Der Patient spürt, dass es dann (also in

der Beziehung) nicht mehr leicht ist, die Distanz zu diesem (Therapeuten-)Objekt aufrechtzuerhalten, die notwendig ist, um sich als „Ich“ und „Selbst“ abgegrenzt zu empfinden.

Eine Patientin, die bereits eine sehr nahe Beziehung zu mir entwickelt hatte, kam in eine Krise dadurch, dass sie gerade meine durchgängige Freundlichkeit und Akzeptanz in paranoischer Weise verarbeitete und für eine besonders geschickte Falle hielt, auf die sie „reinfallen“ sollte, um sich auszuliefern, damit ich sie dann besser „zerstören“ könne.

Wenn diese Patienten von Zerstörung sprechen, müssen wir das zunächst einmal übersetzen: Gemeint ist meist nicht eine leibliche Zerstörung, ein offener Mord, sondern eine Art „Seelenmord“ (vgl. Shengold, 1995), eine Zerstörung des „Ich“, oder auch des „Selbst“. Der Patient muss hier Gelegenheit haben, diese Ängste in ständig flottierenden Übertragungen, manchmal in einer Stunde mehrfach wechselnd, auszuleben. Die Leistung des Therapeuten besteht über lange Zeit weniger darin, kluge Deutungen abzugeben, sondern vielmehr in der zuverlässigen und durch nichts eigentlich zu erschütternden Zurverfügungstellung der eigenen Person als „Verwandlungsobjekt“ (wie Christopher Bollas, 1997, 127, das beschreibt).

Der Patient leidet, wie ich bereits erwähnt habe, unter einer ständigen Anspannung und unter einem „nie aufgehörenden Kontroll-Zwang“. Dies ist oft auch der Grund für eine permanent vorhandene oder immer wieder auftauchende Suizidalität. Die Patienten setzen aus ihrem Gefühl heraus, sich permanent „in Feindesland“ (Adler, 1931/1982, 128) zu bewegen, „Leben“ gleich mit „Anstrengung“. Sie erschöpfen dabei, können die Anstrengung auf Dauer nicht ohne Unterbrechung aufbringen. Ihre tiefe Sehnsucht ist die nach „Ruhe“. Und die können sie sich nur vorstellen im Tod.

Sie sind im Grunde dankbar dafür, wenn man ihnen in Aussicht stellt, über diese Ruhe auch im Leben verfügen zu können. Sie können dies aber nicht glauben. Und hier trägt auch die rein verbale Vermittlung nicht. Es deutet sich an dieser Stelle der Übergang in die dritte Phase der Therapie an: Es ist dies die Regression auf die präverbale, auf die Körper-Ebene. Wenn die Beziehung eine bestimmte Intensität erreicht hat, wird obligatorisch in derartigen Therapien vom Patienten die Körperebene zunächst, ich möchte sagen: „anvisiert“. Es tauchen jetzt u. U. Träume auf wie der folgende einer 35-jährigen Patientin. Ich gebe ihn in ihrer wörtlichen Schilderung wieder:

„Ich komme wie gewohnt zur Therapie. Wir betreten zusammen den Therapieraum. Auf einmal sind Sie nackt. Sie kommen auf mich zu und ich sage Ihnen: ‚Nein, das will ich aber nicht!‘ Sie bleiben ganz ruhig, sagen: ‚Das brauchen Sie auch nicht!‘ und plötzlich werde ich zum kleinen Baby, das auch ganz nackt ist. Sie nehmen mich auf die Arme, halten mich, wie man ein Baby hält, und ich fühle mich unendlich wohl und geborgen.“

Das Auftauchen dieses Traumes war für mich der klare Hinweis darauf, dass hier, zunächst im Traum wie in einer Probe-Andeutung, das tiefe Bedürfnis nach körperlichem Kontakt indirekt thematisiert und damit in die Behandlung einge-

führt wurde. Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich davor warnen, hier die ödipale Beziehungsebene als den Ort des Geschehens der Interaktion anzusehen. Es geht in diesen Situationen nur scheinbar und bei oberflächlicher Betrachtung um Sexualität! Es handelt sich aber ohne Zweifel um eine Situation *potentieller* Übergriffigkeit! Und hierin liegt ja eben das tragende therapeutische Element genau dieser Situation: Aus der Sicht des Patienten heißt das: Der andere ist lebendig, damit potentiell unberechenbar, potentiell übergriffig, potentiell vernichtend. Davon habe ich eine riesige Angst. Der musste ich bisher immer ausweichen oder dem anderen (aktiv oder passiv aggressiv-)kontrollierend zuvorkommen. Hier mache ich jetzt die neue Erfahrung, dass nichts passiert. Gefahrlose Nähe ist also möglich! Wenn ich sie einmal kennengelernt habe, dann ist sie auch grundsätzlich keine Utopie. Das „Objekt Therapeut“ vermittelt mir: Ich kann sie auch als Anspruch zunächst hier, später auch außerhalb der Therapie, ans Leben richten, sie also auch von anderen verlangen. Und mich, mit Berechtigung und ohne Schuldgefühle empfinden zu müssen, aggressiv abgrenzend gegen den wehren, der übergriffig mit mir umgehen will. – Hier entsteht ein Stück Struktur!

Ein anderer Weg der Einführung der Körperebene ist der über das „Zwischenobjekt“, wie ich es in Anlehnung an das Winnicottsche „Übergangsobjekt“ (vgl. Winnicott, 1965/1974, 143), nennen möchte: Nicht wenige Borderline-Patienten haben ein solches „klassisches“ Winnicottsches Übergangsobjekt, irgendeinen Gegenstand, Männer z. B. einen Stoffball oder Frauen ein Stofftier, mit dem sie in ihrer Einsamkeit kommunizieren wie mit einem lebendigen Partner, sie nehmen das Tier mit ins Bett, nehmen es in Zeiten der Not in die Hand, sprechen mit ihm. Das Tier oder der Gegenstand wird in dieser Therapiephase dann u. U. mit in die Stunde gebracht, wobei zunächst einmal getestet wird, wie ich grundsätzlich darauf reagiere. Dann folgt in aller Regel der Wunsch, ich möge dieses Tier während der Stunde halten; ich möge es streicheln; sie vertrauen es mir an. Im nächsten Schritt wird dieses Tier u. U. bei mir belassen in der Zeit bis zur folgenden Sitzung. Das „Übergangsobjekt“ wird so zunehmend zum „Zwischenobjekt“ mit der Aufgabe, in Form von in ihm „symbolisch verkörperten ausgelagerten Selbst-Anteilen“, die gewünschte symbiotische Annäherung an das Objekt als Möglichkeit zu testen und deren Realisierung auf der Körperebene vorzubereiten. Bestehe ich diesen Test, gehe ich also mit dem „Zwischenobjekt“ gut um, folgt oft der mehr oder weniger zögerlich vorgebrachte Wunsch, in meiner Nähe zu sitzen oder sich hinlegen zu dürfen mit der Möglichkeit, mich dabei z. B. an der Hand oder über die Haare, also ganz leicht und nur angedeutet, zu berühren, wobei u. U. der eigene Körper in Embryonalhaltung in die Situation eingebracht wird. Dies ist dann häufig mit Phantasien und Vorstellungen verbunden, wie der: in mich hineinkriechen zu können, von mir umgeben zu sein, es ist also eine Phase der Symbiose. Und in dieser Phase erleben die Patienten in aller Regel zum ersten Mal das Gefühl *der Ruhe*, die sie früher glaubten, nur im Tode erreichen zu können. Ich nenne sie: „*die Ruhe der bloßen Existenz*“. Hier zeigt sich erneut deutlich: Die Körperebene ist die basale Erfahrungsebene, die ja, wie Günter Heisterkamp (1993, 10) schreibt, die „Entwicklung des Selbstgefühls, des Selbstbewußtseins und des Selbstwertgefühls“ erst möglich macht. Ähnlich beurteilt das Ricardo Rodulfo (1996, 82).

Dies ist in aller Regel der Wendepunkt der ganzen Therapie. Es ist frappierend, in welcher Häufigkeit in diesem Zusammenhang auch die pränatale Sphäre vom Patienten regelmäßig in die Therapie eingeführt wird: Ob in Bildern oder in der von mir im therapeutischen Setting freigestellten Gestaltung des Therapieraumes, ob in Träumen oder Phantasien oder (wie beschrieben) in der Einnahme einer Embryonal-Haltung: Es wird immer zur Thematisierung eines Wunsches nach einem „Sein in einer Höhle“ kommen. Man kann diese Therapiephase deshalb auch als *Intrauterin-Regression* bezeichnen (vgl. Reinert, 1997a, 1997b, 2000a, 2000b). Es ist wichtig, dem Patienten diese so lange zu ermöglichen, bis er sich selbst aus dieser Phase hinausentwickelt. Und das findet bei gelungener Beziehung obligatorisch statt. Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich hier – im Sinne des in der Überschrift zitierten Adlerschen Satzes (Adler, 1930/1974, 69) – sehr wohl davon spreche, dem Patienten seine Entwicklung im eigenen Tempo zu ermöglichen, in einer zeitlichen Dauer, wie er sie als sein Bedürfnis empfindet. Eine solche Entwicklung ist gar nicht möglich, wenn ich dem Patienten von vorneherein mitteilen muss, dass wir insgesamt nur soundso-viele Stunden zur Verfügung haben. Diese Patienten denken und empfinden kindlich-total. Und das bedeutet, dass alleine die Vorstellung einer Begrenztheit für sie genauso unerträglich ist wie für ein Kleinkind die Perspektive, irgendwann einmal Vater oder Mutter nicht mehr zur Verfügung haben zu können.

Ich bin deshalb dazu übergegangen, dem Patienten zu Beginn der Therapie, sobald wir unsere therapeutische Beziehung eingegangen sind, die für mich eine ganz klare Verpflichtung beinhaltet, den Patienten durch alle diese beschriebenen Phasen hindurch zu begleiten, was auch für mich eine Festlegung auf Jahre bedeutet, auf seine Frage, wie viele Therapiestunden er denn haben könne, zu antworten: „So viele, wie Sie selbst zu brauchen glauben!“ D. h., ich gebe ihm in die Hand, wie lange er Therapie machen wird. Selbstverständlich meine ich das auch so, wie es gesagt wird. Das bedeutet natürlich, dass ich selbst u. U. ein gewisses Risiko eingehe, Stunden nicht oder ganz schlecht bezahlt zu bekommen. Das ist nicht erwünscht und schon gar kein Dauerzustand, aber im Sinne der Therapie ist diese Zusicherung zunächst einmal unabdingbar nötig.

Wenn ich diese Vorgehensweise im Kollegenkreis diskutiere, stosse ich häufig auf Entrüstung, Ablehnung, Unverständnis. Dann heißt es: Borderline-Patienten brauchen Struktursetzung; sie müssen begrenzt werden, denn sie neigen dazu, endlos zu fordern; sie sind manipulativ, usw. Diese Erfahrungen kann ich nur für die Anfangsphase, für die Zeit danach aber nicht mehr bestätigen. Noch keine einzige therapeutische Beziehung, die ich in dieser Art eingegangen bin, hat endlos gedauert. Die Patienten entwickeln in der bereits beschriebenen Phase unter Einbeziehung der Leiblichkeit eine für sie ungeahnte Ruhe und Gelassenheit. Und aus dieser „Ruhe der bloßen Existenz“ heraus können sie ihre bis dahin immer angstvoll abgewehrten Affekte erst wahrnehmen, dann akzeptieren und ernst nehmen, Gefühle entwickeln, schließlich dann die Gefühle mit Sprache verbinden lernen. Und damit entsteht die Voraussetzung für die Fortsetzung der Therapie auf der verbalen, also der eigentlichen analytischen Kommunikationsebene.

Die „Ver-Körperlichung“ wird mit der Zeit zunehmend entbehrlich. Der Pati-

ent verzichtet darauf; die Therapie wird über lange Zeit noch verbal fortgeführt und verläuft üblicherweise dann in mehr oder weniger klassisch-analytischer Art. Nunmehr ist zu erwarten, dass der Patient auch in seinem Alltagsleben wesentliche Veränderungen erfährt. Es tauchen auf einmal Freunde oder Freundinnen auf, es werden Sportarten begonnen, es werden berufliche Ausbildungen oder Tätigkeiten aufgenommen; es wächst der Wunsch, sich ein Zuhause zu schaffen, usw. D. h.: Der Patient reift zunehmend in ein autonomes „Selbst“ hinein, das nicht mehr auf meine Präsenz angewiesen ist.

Im Rahmen dieser Entwicklung wird der Patient den Wunsch entwickeln, die Therapie zu beenden. Ich werde auch im Gefühl des Patienten als therapeutischer Faktor zunehmend entbehrlich. Das Therapieende wird zunächst zum theoretischen Thema, dann werden üblicherweise die Stunden reduziert und schließlich wird der Patient, meist unter dem Versprechen meinerseits, bei jeder Verschlechterung wiederkommen zu können, aus der Therapie entlassen. Wiedergekommen, um erneut therapiert zu werden, ist noch kein Patient. Wohl aber unterhalten die Patienten einen mehr oder weniger lockeren Kontakt mit mir, melden sich von Zeit zu Zeit, teilen mir dann meistens voll Stolz mit, welche neuen Lebensschritte sie unternommen haben; sie haben z. T. ihre ehemals aus Krankheitsgründen entwickelten Wahrnehmungsfähigkeiten auf andere Felder verlagert, sind hervorragende Beobachter, können sich jetzt auch sprachlich oft sehr gut mitteilen.

Diese geschilderten Verläufe klingen natürlich in der zusammenfassenden Darstellung der einzelnen Therapiephasen sehr glatt und unkompliziert. Das sind sie natürlich in der Realität keineswegs. Therapien von Borderlinern sind immer mit Krisen verbunden; mit Ängsten, wie ich einmal gesagt habe: „entweder vor dem Patienten oder um den Patienten“, es gibt Phasen mit auch drohender Resignation bei mir, und es gibt vor allem eine Schwierigkeit, die sich immer wieder auftut und für die ich eine Ideallösung noch nicht gefunden habe: Mit zunehmender Regression gibt der Patient natürlich seine Abwehrstruktur zunehmend preis. Diese, einschließlich der Vereinzelnung und Isolierung, also schizoide Kontaktvermeidung war natürlich notwendig, um im Alltag überhaupt einigermaßen „funktionieren“ zu können. Die Regression ist also durchaus auch gefährlich. Patienten sind oft ungeduldig, streben Therapieschritte von sich aus an, wenn diese noch nicht reif sind. In diesen Fällen kann es passieren, dass Patienten zwischen therapeutischen Sitzungen in eine Krise geraten, psychotisch oder suizidal werden oder sonstwie dekompensieren. Es gehört deshalb zu meinem therapeutischen Setting, dass die Patienten meine Telefonnummern ausgehändigt bekommen, mit der ausdrücklichen Möglichkeit, mich im Notfall zu jeder Tages- und Nachtzeit anzurufen, wobei es natürlich vorkommen kann, dass sie mich nicht unmittelbar erreichen können. In aller Regel machen die Patienten von dieser Möglichkeit nur Gebrauch, wenn es wirklich „brennt“. Falls sie versuchen, zusätzliche Therapiestunden am Telefon auf diesem Wege zu bekommen, was durchaus auch schon einmal versucht wurde, begrenze ich das Telefonat von mir aus und verweise auf die nächste Stunde.

Darüber hinaus ist es wichtig, mit dem Patienten sehr klare und genaue Absprachen zu treffen hinsichtlich seiner Möglichkeiten, seine Zeit außerhalb der

Sitzungen zu strukturieren. Das geht manchmal so weit, dass von Wochenende zu Wochenende neu überlegt werden muss, dass genau geplant wird, was der Patient tun kann; ob er Sport treibt, malt, eine Ausstellung besucht, ins Kino geht oder sonst etwas unternimmt, was ihm vielleicht noch nicht einmal Spaß macht, aber was ihn beschäftigen kann. Wochenenden und Freizeit sind für Borderliner oft „die Hölle“. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. U.U. ist es aber auch angebracht, den Patienten in seiner „vermeintlichen Progression“ zu bremsen. Zu hasten oder eine Entwicklung beschleunigen zu wollen, bei der die Reifung des Patienten mit seinem Tempo versuchter Änderungen nicht mithält, schadet mehr, als dass es nutzt. Wir sehen: Auch hier ist der Zeitfaktor als Therapieelement von ganz wesentlicher Bedeutung. Dies versuche ich ungeduldigen Patienten, u.U. aber auch Krankenkassen-Mitarbeitern, anhand eines simplen Beispiels nahezubringen: Fragt man Menschen, was ein Apfel zur Reifung braucht, so ist die übliche Antwort: „Wasser und Sonne!“ Ich gebe dann zu bedenken: Das kann es alleine ja nicht sein. Würde ich dem Apfel all das Wasser, das er einen Sommer über benötigt, auf einmal oder zu schnell zur Verfügung stellen, würde er faulen und wäre verloren. Und würde ich dem Apfel die Sonnenenergie, die er einen Sommer über dosiert braucht, auf einmal per Heizsonne verpassen, würde er als Schrumpelapfel vom Ast fallen. Also: Die Zeit als Therapiefaktor ist unersetzlich.

Ein gelegentlicher Einwand gegen meine Therapieform ist in Diskussionen, dass derartige Zeiträume obligatorisch zu einer Gewöhnung des Patienten an den Therapeuten führen müssten, der Therapeut werde als stützendes Objekt wie ein „Freund“ in das Leben eingebaut, der dauerhaft zur Verfügung steht (amerikanische Autoren sprechen hier auch von einer „Rent-a-friend-Beziehung“); oder aber es entwickle sich auch aus einer überzogenen Zielplanung heraus eine Mesalliance in der Weise, dass der Patient und der Analytiker in bestimmter Art und Weise sich und ihre Arbeit benötigen und beide nicht von der Therapie ablassen können. Diese Phänomene sind natürlich möglich, und ich weiß von Fällen mit einem solchen Verlauf. Aber genauso wie die maligne Regression halte ich diese Probleme für Ausdrucksformen einer nicht gelungenen Beziehungsgestaltung (vgl. Rohde-Dachser, 1995, 180). Dafür braucht man eben die Supervision.

Diese Therapien benötigen also ihre Zeit. Aber ich scheue mich nicht, diese Zeit für meine Patienten auch zu beanspruchen. Und zwar guten Gewissens. In einer Diskussion, in der ich auf die Frage nach der Höchstdauer einer solchen Therapie die Antwort gegeben hatte, 1000 Stunden seien für mich nicht unbedingt ein Schrecknis, wenn sie auch üblicherweise nicht erreicht würden, warf mir bezeichnenderweise ein Kollege (und nicht etwa ein Krankenkassen-Vertreter) vehement vor, das könne doch niemand bezahlen. Ich habe ihm eine Gegenrechnung aufgemacht: Nach einer Untersuchung von Jerschke et al. (1998) kosten Borderline-Patienten obligatorisch pro Jahr statistisch gesehen 24.000,- DM, vor allem durch immer wieder notwendig werdende stationäre Behandlungen. Und dies über lange Zeiträume. Trotzdem sind, wie ich bereits am Anfang erwähnt habe, die therapeutischen Ergebnisse nicht gerade überwältigend. 10% der Patienten bringen sich (nach übereinstimmenden Statistiken von Rothenhäusler

und Kapfhammer, 1999; Bohus, 1999) um. Der Großteil der anderen Patienten ist in der Regel langzeitarbeitslos; die Zahl der Sozialrentner und Sozialhilfe-Bezieher ist hoch; die Lebensqualität der Patienten meistens miserabel.

Wenn ich nun einmal wirklich hochrechne und einen Behandlungsumfang von 1000 Stunden ansetze, so fallen davon pro Jahr etwa 100 an mit Kosten von ca. 10.000 DM. Die Gesamtbehandlungskosten würden also 100.000 DM betragen, verteilt auf etwa zehn Jahre. Meine Patienten werden zwischenzeitlich oder nach Beendigung der Therapie in der Regel selbst berufstätig, zahlen also Beiträge sowohl in die Renten- als auch in die Krankenversicherung, leben in Beziehungen, weisen keine außergewöhnlichen stationären Behandlungsnotwendigkeiten auf und verursachen keine erhöhten ambulanten Behandlungskosten. Es ist also eine Milchmädchenrechnung, eine entsprechende analytische Therapie nicht bezahlen zu wollen, um zu sparen. Henseler und Wegner (1993, 228/229) haben ähnliche Berechnungen vorgelegt. 1998 wiesen Heinzl, Breyer und Klein (1998) in einer katamnesticen Evaluationsstudie nach, dass ambulant behandelte Einzelpatienten (wobei es sich aber nicht um Borderline-Patienten handelte) zumindest einen großen Teil ihrer Behandlungskosten durch Einsparungen wieder „hereinholen“, Teilnehmer an analytischer Gruppentherapie sogar das 3,3-fache der Therapiekosten mit der Zeit einsparen.

Als ich vor einigen Monaten einen prominenten deutschen Psychiatrie-Ordinarius, der in seinem Referat über therapeutische Möglichkeiten beim Borderline-Syndrom diverse Pharmaka-Verabreichungen und verschiedene unterstützende Therapieformen genannt hatte, in der Saaldiskussion anschließend fragte, warum er die modifiziert analytische Langzeitbehandlung gar nicht erwähnt habe, war seine Antwort: „Ach wissen Sie, bei der analytischen Behandlung da wirkt ja dann letztlich doch nur die Beziehung.“ Dem habe ich nur noch hinzu-zufügen: Er hat Recht!

Literatur

- Adler, A. (1928): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In: Adler, A.: Psychotherapie und Erziehung. Bd. I. Fischer, Frankfurt 1982
- (1930): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Fischer, Frankfurt 1974
- (1931): Der Fall von Frau A. In: Adler, A.: Psychotherapie und Erziehung – ausgewählte Aufsätze. Bd. II. Fischer, Frankfurt 1982
- (1933): Der Sinn des Lebens. Fischer, Frankfurt 1973
- Bohus, M. (1999): Persönlichkeitsstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München
- Bollas, C. (1997): Der Schatten des Objekts/Das ungedachte Bekannte – zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Faber, F. R., Haarstrick, R. (1999): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 5. Aufl. Urban & Fischer, München
- Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Bd. XVI. Fischer, Frankfurt a. M. 1999
- Heinzl, R., Breyer, F., Klein, T. (1998): Ambulante analytische Einzel- und Gruppen-Psychotherapie in einer bundesweiten katamnesticen Evaluationsstudie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 34, 135–152

- Heister, H. (1997): Die individualpsychologische Therapie primär nicht begrenzter Dauer, ihre wissenschaftliche Fundierung und ihre Position im deutschen Gesundheitswesen. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Biographie und seelische Entwicklung. Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 23. Ernst Reinhardt, München, 21–37
- Heisterkamp, G. (1990): Konturen einer tiefenpsychologischen Analyse originärer Lebensbewegungen. 2. Teil. Z. f. Individualpsychologie, 15, 163–176
- (1993): Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Henseler, H., Wegner, P. (Hrsg.) (1993): Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998): Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. Fortschr. Neurol. Psychiat. 66, 545–552
- Kaiser, R. (1982): Sucht und Charakter, eine Darstellung verschiedener Aspekte des Suchtproblems aus individualpsychologischer Sicht. Verlag Psychologische Menschenkenntnis, Zürich
- Kreismann, J. J., Straus, H. (1989/1992): Ich hasse Dich – verlaß' mich nicht, die schwarz-weiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. Kösel, München
- Masterson, J. F. (1980): Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Klett-Cotta, Stuttgart
- Reinert, T. (1995): Das Problem der Gewalt in der Therapie von Ich-Struktur Gestörten, insbesondere Borderline-Patienten. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Gewalt in der Gesellschaft – Beiträge zur Individualpsychologie, 21. Ernst Reinhardt, München
- (1997a): „Von der Katze ohne Beine und der Insel auf dem Schiff“. Ein-Blicke in die Psyche. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Biographie und seelische Entwicklung – Beiträge zur Individualpsychologie, 23. Ernst Reinhardt, München
- (1997b): „Ja, hab' ich ein Lebensrecht?“ – Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin. Int.J.Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, Vol. 9, 4, 475–494
- (2000a): Pränatalpsychologische Aspekte der Borderline-Störung. Dynamische Psychiatrie (33) Vol. 180/181, 89–101
- (2000b): „Von Ganzheitlichkeit zu reden ist leicht, sie konsequent ernst zu nehmen, nicht!“ – oder: Über die Schwierigkeiten der Medizin, den Menschen als Ganzheit zu betrachten. Manuskript, zur Veröffentlichung vorgesehen im Int.J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine
- Rohde-Dachser, C. (1995): Das Borderline-Syndrom. 5. Aufl. Huber, Bern
- Rodulfo, R. (1996): Kinder – gibt es die? Die lange Geburt des Subjekts. Kore, Freiburg
- Rothenhäusler, H.-B., Kapfhammer, H.-P. (1999): Der Verlauf von Borderline-Störungen – eine Literaturübersicht. Fortschr. Neurol. Psychiat. 67, 200–217
- Shengold, L. (1995): Soul Murder. Seelenmord – die Auswirkungen von Mißbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.
- Wexberg, E. (1928): Individualpsychologie, eine systematische Darstellung. Hirzel, Stuttgart 1974
- Winnicott, D. W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München 1974
- Wolberg, A. R.: The Borderline-Patient. Intercontinental Medical Book Corporation, New York 1973