

Und sie bewegen sich doch!

Modifiziert-analytische Langzeittherapie bei Patienten/innen mit schweren Borderline-Störungen

Thomas Reinert

Unter den psychiatrischen Krankheiten steht bei den Persönlichkeitsstörungen die Borderline-Pathologie »in dem Ruf, besonders therapieresistent zu sein« (Dittmann & Stieglitz 1996, S. 226); sie wird »allgemein als einer der frustrierendsten psychiatrischen Zustände für den Betroffenen selbst und für den Behandelnden betrachtet« (Kreisman & Straus 1992, S. 16). Nach einer Untersuchung von Jerschke et al. (1998) ist bei diesen Patienten eine eher schlechte Prognose zu stellen, und es sind trotz aller therapeutischen Bemühungen auch noch nach vielen Jahren »persistierende schwerwiegende Krankheitssymptome sowie damit verbundene Einschränkungen im psychosozialen Bereich die Regel«. Unter den direkt gezielten Borderline-Therapieverfahren haben sich in den vergangenen Jahren zwei als die wohl derzeit gebräuchlichsten herauskristallisiert: Zum einen die »dialektisch-behaviorale Therapie« von Linehan (1996) und die »Übertragungs-zentrierte Psychotherapie« von Clarkin, Yeomans & Kernberg (1999). Eigentliche psychoanalytische Konzepte sind eher in den Hintergrund getreten. Allen bekannten Behandlungs-Verfahren liegt eine »objektivierende Sichtweise« des Krankheitsgeschehens zugrunde, d. h. es geht in ihrer jeweiligen Theorie um die möglichst objektive Erfassung der Grundgegebenheiten der Krankheit, deren innere Gesetzmäßigkeiten und auf diese bezogene therapeutische Strategien. Im Folgenden wird eine Behandlungs-Konzeption vorgestellt, die wesentlich auf individualpsychologische, d. h. adlerianisch-analytische Grundlagen zurückzuführen ist. Adler vertritt eine grundsätzlich »personale Haltung« (wie Benedetti 1980, S. 48, sie nennt) d. h. er bemüht sich in erster Linie darum, den gesamten Patienten (1) in seiner Individualität zu verstehen und nicht nur die Krankheit (vgl. Reinert 2000b). Seine Sichtweise ist teleologisch, d. h. immer zunächst intentional ausgerichtet: Für Adler ist alles, was der Patient auf irgendeinem Wege mitteilt, »Ausdrucksbewegung« (vgl. u. a. Heisterkamp 2002). Der Therapeut wird von Adler angehalten, »mit den Augen des Patienten zu sehen, mit [seinen] Ohren zu hören und mit [seinem] Herzen zu fühlen« (Adler 1928, S. 224). Adler betont auch die »Gleichwertigkeit« von Analytiker und Patient, wobei sich Ersterer nur durch seinen Erfahrungsvorsprung vom Zweiten unterscheidet (vgl. Kaiser 1982, S. 176–177). Eine solche konsequent intentionale Betrachtungsweise ist nach Erkenntnis des

Verfassers geeignet, auch schwerste Borderline-Syndrome, trotz aller zunächst einmal bizarr wirkenden Phänomene und scheinbar willkürlichen Verhaltensweisen des Patienten zu verstehen und zu einer insgesamt völligen Aufklärung der jeweiligen individuellen Psycho-Dynamik hinzuführen; wobei interessanterweise ein zu beobachtendes Symptom-Verhalten, bei u. U. äußerlich durchaus gleichem Ablauf, weder bei zwei verschiedenen Patienten noch bei ein und demselben Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten dasselbe ausdrücken oder einer identischen Entstehungs-Gefühlslage entspringen muss. Alles, was der Patient hervorbringt, folgt einer privaten inneren Logik und ist nicht etwa nur eigengesetzlich ablaufender Ausfluss einer primär gegebenen hirnrorganischen Pathologie, wie das nach wie vor und seit einigen Jahren offenbar (forciert durch mittels neuer bildgebender Verfahren nachweisbare spezifische Veränderungen) wieder verstärkt in der Psychiatrie diskutiert wird.

Im Rahmen langjähriger Erfahrungen in der ambulanten Behandlung derartig schwer gestörter Patienten hat der Autor ein Behandlungssetting als geeignet erprobt, das folgende Bedingungen zugrunde legt (vgl. u. a. Reinert 2001a, 2001b):

- Die Behandlung erfolgt in einem betont regressions-förderlichen Milieu, möglichst in einem Therapieraum, der nur mit Matratzen, Kissen, Decken und evtl. Stofftieren ausgestattet ist und vom Patienten verändert werden kann, darüber hinaus u. U. Gerätschaften, z. B. einen Sandsack oder einen »Schild« (ein aus dem Kampfsport stammendes, tragbares, dick gepolstertes Brett in Form einer Körperkontur) enthält für auch aggressive Auseinandersetzung in der Übertragung;
- Sitzungen finden zwei- bis dreimal wöchentlich statt, wobei jedesmal eine neue Gestaltung des Raumes möglich ist;
- Die Körperebene als primäre Erfahrungsebene menschlicher Existenz (vgl. Heisterkamp 1993) wird in den Behandlungsprozess einbezogen;
- Kreative »Produkte« des Patienten, meist handelt es sich um Bilder, sind willkommene Hilfsmittel.

Eine weitere Eigenart dieser Therapieform wird weiter unten erläutert, es handelt sich um den Umgang mit dem Behandlungszeitraum.

Auszugehen ist bei »Borderlinern« von einer im Patienten mindestens seit der Geburt (vgl. Reinert 2000a) wirksamen Dynamik, die sich um die Frage »Leben oder Tod« rankt. Diese erklärt sich aus einer für die Herkunfts-Familie typischen Atmosphäre: Man kann alle Psychopathologien kennzeichnen durch die für sie spezifische Form der Angst. Die Angst ist, wie Wexberg schon 1926 schrieb, der wichtigste aller Affekte. Dabei lässt sich unterscheiden: In Familien, in denen narzisstische Störungen entstehen, kann man immer wieder eine Dynamik beobachten, innerhalb derer das Kind bei Fehlleistungen oder

Schwächen, bei kindlichem Ungeschick, missbilligt und beschuldigt, verlacht, gedemütigt und verlassen wird; in Familien mit für die Hervorbringung späterer Borderline-Störungen typischer Atmosphäre herrscht das elterliche Postulat vor: »Du sollst nicht anders denken, als ich es für dich für richtig halte, weil es ja vernünftig ist. Wenn du dem nicht entsprichst, wäre es besser, du wärst gar nicht da, nicht geboren oder tot.« In solchen Familien ist Abgrenzung des Kindes nicht möglich; überraschend oft wird berichtet, man habe beim Baden oder beim Toiletten-Gang die Badezimmertür nicht abschließen dürfen. Gefühle und Affekte des Kindes werden infrage gestellt, negiert oder für falsch erklärt. Wie Wolberg (1973) schreibt, ist der Borderline-Patient immer beschäftigt mit einer zumindest unbewusst wirksamen Todesangst. Nach Erfahrung des Verfassers haben bei Borderlinern im Gegensatz zur Annahme vieler anderer Autoren gar nicht immer schwerere Einzeltraumatisierungen stattgefunden. Vielmehr lag in aller Regel eine spezifische abgrenzungs-verunmöglichende Daueratmosphäre vor, die nicht gestattete, ein eigenständiges, gefühlstundiertes »Ich« und »Selbst« zu entwickeln. Dies hat Folgen: Bei Borderline-Patienten führt jede Annäherung an ein Objekt zur Mobilisierung einer Angst vor potenzieller tödlicher Bedrohung. Man kann sogar sagen, dass alle Lebendigkeit diese Angst auslöst. Der kann der Patient nur entkommen durch entweder:

- a) »autistifforme« Vereinzeln, Rückzug und Ersatz kommunikativen Austausches durch autoregulative Mechanismen oder
- b) wenn der Kontakt eingegangen werden soll oder muss, dann ist er dem Borderline-Patienten nur in Form einer weitestgehend perfekten Kontrolle des Objektes möglich.

Kontrolle ist ein ganz zentraler (wenn nicht der zentrale) Begriff beim Verständnis der Borderline-Störung. Sie umfasst:

- a) die eigenen Gefühle
 - entweder durch intrapsychische Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Projektion, u. a. oder
 - den Einsatz von »Hilfsmitteln« wie z. B. Essstörungsverhaltensweisen, Medikamentenmissbrauch, Drogenkonsum, Alkohol-Abusus;
 - b) den eigenen Körper
 - Gefühle werden »abgestellt« oder
 - der eigene Körper wird mittels Manipulationen, z. B. mit Schneiden oder Brennen in seiner Befindlichkeit gesteuert;
 - c) Objekte
 - mit perfekter Ausbildung eines Erfassungs- und Manipulations-Systems.
- Auf der einen Seite ist die Empfindungs-Welt des Borderliners also immer geprägt von notgedrungener Einsamkeit und erzwungener Isolation, um zu überleben; (wodurch sein Leben aber »armselig« ist, was als solches auch wahr-

genommen wird). In der Gefühls-Beeinflussung beschränkt es sich weitgehend auf autoregulative Mechanismen. Auf der anderen Seite steht der Wunsch nach Beziehungsaufnahme, die jedoch immer gefährlich ist. Mit Adler (1994, S. 58) ausgedrückt, lebt der Borderline-Patient immer »wie in Feindesland«.

Wenn nun der Therapeut dem Patienten ein Kontaktangebot macht, wird der Borderline-Patient obligatorisch auch in ihm zunächst einen Feind sehen. Eine andere Betrachtungsweise ist ihm aus sich selbst heraus zunächst nicht möglich. Wenn der Therapeut (wider die Erwartung des Patienten) sein Interesse an Beziehung aufrechterhält, trotz zunächst u. U. nicht unbedingt freundlicher Erwidern durch den Patienten, wird er ihm eine ganze Zeit lang Ablehnung, Misstrauen und schließlich ein Verhalten entgegenbringen, das geprägt ist von Testungen seiner Person:

a) Testungs-Ebene 1 ist die Frage seiner Ehrlichkeit: Der Patient wird sehr aufmerksam zuhören, wenn der Therapeut irgendeine Äußerung macht. Er wird versuchen, ihn zu persönlichen Stellungnahmen zu »überreden«. Er wird versuchen, ihn bei Widersprüchen zu ertappen und wird ihm diese gnadenlos aufzeigen und vorhalten. Er strebt ein perfektes Kontrollsystem ihm gegenüber an.

b) Die 2. Testungs-Ebene berührt die Stärke des Therapeuten. Aus der Sicht des Patienten formuliert: »Nur ein starker Therapeut wird mich aushalten in meiner ›Schlechtigkeit‹, ›Minderwertigkeit‹ und vor allem mit meiner berstenden Aggression! Nur ein solcher Therapeut kann mir weiterhelfen.«

c) Die 3. Testungs-Ebene berührt die Frage, ob die Zuneigung des Therapeuten echt ist: Der Patient wird versuchen, den Therapeuten durch Garstigkeit, projektive Mechanismen und ähnliche Möglichkeiten zur Affekt-Entäußerung zu bringen, wobei negative Affekte, Ablehnung und Wut des Therapeuten das seinem Weltbild entsprechende Erwartungs-Spektrum des Patienten darstellen. Dabei wünscht er aber eigentlich, wie bei den anderen Testungs-Ebenen auch, der Therapeut möge die Probe(n) bestehen.

Diese drei Testungs-Ebenen und die vonseiten des Therapeuten notwendigen Voraussetzungen für deren erfolgreiche Bewältigung möchte ich als »Therapeutische Trias« der Borderline-Behandlung bezeichnen. In dieser Phase, die durchaus viele Stunden erfordern kann, wird der Patient in seinem (wenigstens z. T. unbewussten) subjektiven Erleben mit zwei Paradoxien konfrontiert. Fiktiv, aus der Perspektive des Patienten formuliert, lauten die etwa folgendermaßen: Ich möchte mich auf diesen Therapeuten einlassen können. Ich sehne mich nach Nähe und zuverlässiger Geborgenheit. Diese Nähe ist aber höchst bedrohlich. Ich kann die Nähe nur zulassen, wenn ich dabei den Therapeuten unter meiner Kontrolle habe. Aber gerade wenn es mir gelingt, ihn unter Kontrolle zu bekommen, ist er für mich, für meine Entwicklung (das ist das

erste Paradoxon!) wertlos. Er ist ein steuerbares Objekt, das damit aber seine »Elternobjekt-Eignung« verloren hat. Ich kann ihn nur verachten, werde ihn aber für meine (autoregulativen) Zwecke missbrauchen, ohne mich wirklich auf ihn einzulassen. (Dies entspräche der »malignen Regression«!)

Oder ich bekomme den Therapeuten nicht unter meine Kontrolle; er bleibt abgegrenzt, lebendig und damit unberechenbar. Er behält die Fähigkeit, mich zu verlassen oder auch zu töten. Das macht mir tödliche Angst, die in mir immer mehr Wut aufkommen lässt, mörderische Wut. Wenn er sich nicht zwingen lässt, sich meiner Kontrolle zu unterwerfen, muss ich ihn töten; dann habe ich die Kontrolle über ihn. Das zweite Paradoxon besteht nun darin, dass ich zwar dann in dem Augenblick, in dem ich ihn getötet habe, die »Totalkontrolle« über ihn erringe, ihn im selben Augenblick aber verloren habe: Er ist, ohne dass ich das rückgängig machen kann, nicht mehr da! Ich bin darüber hinaus unendlich schuldig geworden und kann mich nur noch selbst töten.

Es kommt beim Patienten also zu einer extremen Pendelbewegung zwischen Annäherung und Distanzierung; letztere ist verbunden mit einer Rückkehr zu seiner gewohnten Not-Autarkie mit Wieder-Ingangsetzung seiner »autoregulativen Mechanismen«. Der Therapeut fühlt sich parallel dazu einem Wechselbad ausgesetzt, einerseits von Annäherung mit symbiotisch-verfügender Tendenz des Patienten-Verhaltens oder auch Nähewünschen im Sinne von bloßer Verschmelzung und andererseits dem Rückzug des Patienten bis nahe an den Beziehungsabbruch heran oder einer aggressiven Feindseligkeit. Je nach Ausprägung und Intensität der Störung (also abhängig vom »Strukturturniveau«) des Patienten kann diese Therapiephase durchaus bedrohlich sein. Dem Ausmaß an Todesangst des Patienten scheint nunmehr umgekehrt das Ausmaß seiner mörderischen Energie zu entsprechen (vgl. Ammon 1973b; Reinert 1995). Die Gegenübertragungsgefühle des Therapeuten in dieser Zeit schwanken zwischen Hilflosigkeit, Angst, Wut und Fluchtimpulsen. Therapien sind in diesem Stadium äußerst schwer aushaltbar. Wird aber vor allem die Aggression des Patienten ausgehalten, ist oft nach Beendigung dieser Phase des Behandlungsprozesses die therapeutische Beziehung tragfähig geworden.

Der Borderline-Patient lebt, dies auch unabhängig von jeder Therapie, unter dem Zwang einer jederzeit notwendigen Kontrollarbeit nach außen und nach innen. Dies bedeutet eine dauernde übermäßige Anstrengung, die quasi im Gegenzug automatisch die Sehnsucht erzeugt, endlich loslassen zu können und trotzdem gesichert zu bleiben (vgl. Reinert 1996). Diese Sehnsucht ist enorm stark, der Patient kann sich ihre Erfüllung aber nur im Tod vorstellen. Dies ist die Quelle für eine bei fast allen Borderlinern latent vorhandene Suizidalität. Für den Patienten ist sie keineswegs ein Negativum. Vielmehr ist der Tod so etwas wie eine letzte autonom erreichbare Möglichkeit, Macht auszuüben und die

Fähigkeit zu besitzen, sich willentlich Ruhe zu verschaffen. Aufgabe des Therapeuten in dieser neuen Therapiephase ist es, dem Patienten zunächst in Aussicht zu stellen, diese Ruhe auch erzielen zu können, ohne dafür sterben zu müssen.

Diese Vorstellung ist für den Patienten auf der einen Seite von paradiesischer Qualität, andererseits aus seinem Weiterleben heraus unglaublich. An dieser Stelle erreicht die Therapie auch die Grenzen des mittels des verbalen Dialogs Erreichbaren. Die Ruhe, die der Patient anstrebt und auch letztlich braucht, führt konsequent hin zur Körperebene. Bei entsprechender Zurverfügungstellung eines dafür geeigneten Settings erfolgt nun die Regression auf eben diese Körperebene. Derartige Regressionsformen kündigen sich üblicherweise in dieser Therapiephase an durch:

- a) Träume, in denen Körperlichkeit, Annäherung und darum zentrierte Geschehnisse eine wesentliche Rolle spielen oder auch
- b) durch Einführung eines »Zwischenobjektes« in die Therapie (vgl. Reinert 2001b), eines Stofftieres oder eines Gegenstandes, der symbolisch den Patienten repräsentiert und dem Therapeuten zur »Be-Handlung« zur Verfügung gestellt wird, unter gleichzeitiger genauer Beobachtung seines Umgangs damit durch den Patienten.

So schafft sich der Patient jeweils »Probeterrains«, um seine totale Angst bei Annäherung an den Therapeuten, ja sogar Auslieferung an diesen, durchzustehen. Man muss sich darüber im Klaren sein, was hier entsteht: Der Patient lässt sich zunehmend ein auf (in seinem subjektiven Erleben) Situationen potenzieller Übergriffigkeit, potenziellen Missbrauchs, ja potenzieller Tötung durch den Therapeuten (vgl. Reinert 2001a). Diese Therapiephase ist äußerst sensibel und durch kleinste Therapiefehler oder auch Gegenübertragungs-Agieren des Therapeuten irritierbar. Sie dauert auch sehr lange und lässt sich in keiner Weise beschleunigen. Hilfreich sein können hier gelegentlich vom Patienten gemalte Bilder, die ebenfalls dem »Probeterrain« zugeordnet werden können (vgl. Reinert 1997b). Der Therapeut wird zunehmend zum »Verwandlungsobjekt«, wie das Christopher Bollas (1997, S. 36–37) genannt hat: Zu einer geschlechtlich undifferenzierten, universell verwendbaren und mit Funktionen ständig wechselnden Charakters befrachtbaren »Übertragungsfigur«. Es ergibt sich eine Tiefenregression, die in der Folge meist zunehmend Bezüge zum intrauterinen Dasein aufweist: Ob der Patient nun mittels der im Therapieraum vorhandenen Matratzen, Kissen und Decken Höhlen baut, in die er sich in Embryonalhaltung zurückzieht, ob er Bilder malt mit deutlich erkennbar uterinen Bezügen oder ob er Körperkontakt zum Therapeuten sucht mit der Phantasie, klein zu werden, zu schrumpfen, im Körper des Therapeuten zu sein, von diesem getragen, bewahrt, geschützt und ernährt zu werden, ist dabei relativ belanglos (vgl. Reinert 1996, 1997a). Wichtig ist, dem Patienten diesen Regres-

sions-Raum zu bieten und ihn dabei tatsächlich zu schützen. Der Patient begibt sich hier in eine ganz klare Abhängigkeit, die als solche auch in aller Konsequenz vom Therapeuten getragen werden muss. Für letzteren ist es zum Beispiel in dieser Therapiephase nicht ganz einfach, die Verantwortung dafür zu tragen, dass seine reale Präsenz im Leben des Patienten (und damit seine direkten Möglichkeiten der Einflussnahme) auf die Therapiestunden beschränkt sind, die Regression des Patienten aber u. U. auch außerhalb der Sitzungen weitergeht. Psychotische Dekompensationen sind in dieser Phase möglich. Hier muss der Therapeut nach Erfahrung des Autors bereit sein, zum Beispiel auch über telefonische Kontakte, möglicherweise sogar täglich, für den Patienten erreichbar zu sein. Besondere Schwierigkeiten machen Auslandsaufenthalte, vor allem dann, wenn in diesen Zeiten der telefonische Kontakt auch über Handy nicht aufrechterhalten werden kann. Für den Therapeuten ist dies in der Praxis eine sehr belastende Therapiephase, die aber zeitlich begrenzt ist.

An dieser Stelle soll nun ein weiterer Setting-Faktor in seiner Bedeutung hervorgehoben werden, der eingangs bereits kurz erwähnt wurde, die Therapie-Zeit. In dieser Phase, die jetzt beschrieben wurde, versinkt der Patient tatsächlich in eine tiefe Regression auf kindlichem Empfindungs-Niveau aus ganz früher Zeit. In dieser Zeit herrscht die primärprozesshafte Atmosphäre einer ganz vorwiegend körperlichen Selbstwahrnehmung. Das Empfinden ist hierbei assoziativ und Affekt- bzw. Gefühls-gebunden. Sekundärprozesshafte Realitäts-Konfrontationen können diesen Prozess nur stören. Der Patient empfindet hier tatsächlich kindlich in einem symbiotisch-narzisstischen Anspruch an die Welt und den Therapeuten. Die Vorstellung von Begrenztheit dieser Beziehungsebene macht dem Patienten in dieser Therapiephase kolossale Angst. Die Frage, wie viele Stunden der Therapeut dem Patienten überhaupt zur Verfügung stehen wird oder kann, die natürlich durch das Antragswesen, durch fällige Verlängerungs-Berichte usw. in die Therapie hineinragt, muss vorübergehend partiell außer Kraft gesetzt werden. Der Patient kann sich nur einlassen, wenn in seinem Gefühl das, was er jetzt erstmalig als Glückseligkeit der Ruhe und des Loslassen-Könnens empfindet, in seinem Gefühl »ewig dauert«. Die Frage des Patienten, wie viele Stunden an Therapiezeit er denn insgesamt bekommen könne, beantwortet der Autor dem Patienten, und dies in vollem Bewusstsein der sich daraus ergebenden Konsequenzen, mit: »So viele Stunden, wie sie selbst zu brauchen glauben.« Das klingt zunächst einmal völlig untherapeutisch, unrealistisch, ja vielleicht leichtfertig. Wenn dies so gesagt wird, muss es in voller Verantwortung geschehen. Der Therapeut kann sich aber darauf verlassen, dass die Therapie nicht ewig dauern wird. Der Patient reift und wird diese gemeinsame Zeit später von selbst beenden. Dann aber aus einem fundierten autonomen Gefühl heraus, über das er gegenwärtig noch nicht

verfügt. Die vom Patienten in dieser Therapiephase erlebte Ruhe, sein komplettes »Sich-Anvertrauen« habe ich die »Ruhe der bloßen Existenz« genannt (Reinert 2001b). Diese Phase stellt üblicherweise den Wendepunkt der ganzen Therapie dar. Hier wird tatsächlich möglich, was Balint (1973, S. 165) einen »Neubeginn« nennt. Der Patient macht in dieser Phase die Erfahrung, dass Nähe gefahrlos möglich ist und dass er für einen anderen Menschen einen Wert besitzt, den er nicht durch Verzicht auf Eigenständigkeit erarbeiten, durch Leistung untermauern oder durch die Bereitschaft, sich missbrauchen zu lassen, erobern muss. Er ist zum ersten Mal in seinem Empfinden ein »Individuum im eigenen Recht« (Ammon, in Anlehnung an Searles 1998, S. 70–71). Und wenn er dies erlebt, wird es zum Bestandteil seiner inneren Welt, seines Selbst: »Es gibt diese Ruhe, es gibt diesen Wert in mir, völlig unabhängig davon, was andere mir früher vermittelt haben.« Und damit wird diese Realität zum Wunsch für das gesamte Leben, zum (gesunden!) Anspruch an das Leben, der nun auch nach außen, in den Alltag, transportiert wird. Die Wahrnehmung seiner Gefühle durch den Patienten, ihre Benennung und Akzeptanz durch den Therapeuten, macht dem Patienten jetzt auch möglich, Sprache als ein System gefühlsgestützter Symbolisierungen kennenzulernen und zu verwenden. Mit zunehmender Dauer dieser Tiefen-Regression wird die Körperebene als Haupt-»Behandlungs-Ebene« entbehrlich. Die weitere Arbeit gestaltet sich zunehmend so, wie sie im üblichen analytischen Rahmen sonst auch stattfindet. Der Fortgang ist jetzt in der Regel durch enorme Entwicklungsschritte des Patienten im Alltag gekennzeichnet: Es werden Beziehungen eingegangen außerhalb der Therapie; dies von Patienten, die unter Umständen in früheren Phasen der Therapie im Analytiker ihren einzigen Kontakt zur Welt besaßen. Der Patient beginnt, seinen Alltag zu formen: Er schafft sich einen »Lebens-Raum«, den er selbst gestaltet. Ausbildungen werden begonnen; Studien, die jahrelang wegen massiven Arbeitsstörungen nicht weitergeführt werden konnten, werden mit zum Teil brillanten Examina abgeschlossen usw. Es ist im Rahmen einer langfristigen Therapie eine Autonomie und Souveränität in der Lebensführung entstanden, die zuweilen frappiert. Einige Patientinnen und Patienten des Autors schienen, im Nachhinein betrachtet, dadurch, dass sie einmal unter einer schweren Borderline-Problematik gelitten hatten, eine besondere Lebensreife mit sehr bewusster Wahrnehmung des eigenen Selbst und der Umgebung erworben zu haben, die ihnen also erst durch die Auseinandersetzung mit ihrer schweren Pathologie ermöglicht wurde.

Derartige Behandlungen dauern jedoch entsprechend lange. Nach Beobachtung des Verfassers nehmen alleine die ausgiebigen Testungen und die Festigung der beschriebenen therapeutischen Beziehung 300 und mehr Stunden in Anspruch. Die Phase der Tiefenregression wird in der Regel nach etwa 500

Stunden erreicht. So lange Behandlungszeiten stimmen mit Einschätzungen zum Beispiel von Wurmser (zit. nach Heister 1997, S. 33) überein, der nicht glaubt, dass eine schwere Neurose mit weniger als 500 Stunden psychoanalytischer Therapie behandelbar ist. Die vielbeschworene Gefahr von sogenannten Endlostherapien, in den USA wohl auch gerne »Rent-a-friend«-Beziehungen genannt, besteht nicht. Die Patienten werden mit zunehmender Entwicklung ihrer Autonomie das ja doch in sich begrenzte therapeutische Setting zunehmend als nicht mehr förderlich empfinden und immer mehr für entbehrlich halten. Natürlich sind derartige Gedanken, die dann immer häufiger im Patienten auftauchen, für ihn mit Angst verbunden. Es erfolgt auch so gut wie nie eine klare, gemeinsam vereinbarte Festsetzung des Therapie-Endes, wie dies bei anderen Therapien ja durchaus üblich ist. Vielmehr wird der Patient erst einmal die Stunden-Frequenz reduzieren, wird Urlaube nehmen, insgesamt also auf irgendeine Weise die Stunden rarefizieren, um sich dann zu vergewissern, dass er bei etwaiger Verschlechterung seines Zustandes jederzeit wieder mehr Stunden erhalten könnte. Das Ende der Therapie überlässt der Autor dem Patienten. Üblicherweise beenden Patienten auf beschriebenen Wege die Behandlung nach etwa 700 bis 800 Stunden, nur in seltenen Fällen wurde erlebt, dass mehr Stunden erforderlich waren. In einem Fall, es handelte sich dabei um einen schwerst narzisstisch-gestörten Patienten, wurden über 1000 Stunden benötigt. Im deutschen Kassenrecht sind derartig lange Behandlungszeiten nicht vorgesehen. Es ist in der Regel äußerst schwierig, Stundenkontingente jenseits der »magischen 300-Stunden-Grenze« zugestanden zu bekommen. Die meisten Gutachter sind davon überzeugt, dass jenseits von 300 Stunden sinnvolle therapeutische Verläufe nicht mehr zu erwarten seien. Es kursieren hier Vorstellungen von »maligner Regression«, von »Mesallianzen«, bei denen Patient und Analytiker sich gegenseitig benötigen und beide nicht von der Therapie ablassen können. Es gibt solche Phänomene, dessen ist sich der Verfasser bewusst. Maligne Regressionen sind aber nach seiner Überzeugung Ausdruck einer Störung in der Therapeuten/Patienten-Beziehung (vgl. Reinert 2000a). Dies wird auch von Wurmser (1987, S. 41) und von Rohde-Dachser (1995, S. 180) so gesehen. Nach der schon zitierten Untersuchung von Jerschke et al. (1998) verursachen Borderline-Patienten, ganz unabhängig von spezifischen therapeutischen Maßnahmen, jährlich ca. 24.000 DM an Behandlungskosten, vor allem durch immer wieder notwendig werdende stationäre Aufnahmen. Wenn man sich dann vor Augen führt, dass die vom Referenten in der dargelegten Weise behandelten Patienten im Anschluss an die Therapie nahezu immer berufsfähig und berufstätig sind, also sowohl ihren Lebensunterhalt selbst verdienen als auch Beiträge in die Kranken- und die Renten-Versicherung einzahlen, wenn man sieht, dass sie auf keinem Gebiet mehr erhöhte Behand-

lungskosten verursachen, auch nicht in der Somatik, wenn man dazu sieht, dass sie beziehungs- und in jeder Hinsicht lebensfähig sind, dann hat der Autor keine Hemmungen, für seine Patienten die Übernahme der Therapiekosten auch für so große analytische Stundenkontingente zu fordern und zu beanspruchen. Diese rechnen sich im Endeffekt auch für die Krankenkassen und damit für die Solidargemeinschaft aller Versicherten, denen heute angeblich solche langen Behandlungszeiten nicht mehr zugemutet werden können. Es ist aber vor allem in Rechnung zu stellen, was man für diese Patienten ansonsten als Lebensschicksal zu erwarten gehabt hätte: Es sind ganz vorwiegend Patienten mit Borderline-Störungen schwersten Ausmaßes, mit massiven Selbstverletzungen, Suchtverhaltensweisen, Essstörungen, schweren Angstzuständen, zum Teil psychotischen Dekompensationen. In der Regel haben diese Patienten entweder Suizidversuche unternommen oder sind permanent von Suizid bedroht gewesen. Wenn man diese Menschen dann nach der Therapie erlebt, ihre Lebensfreude, ihre äußere Veränderung, dann zeigt dies alleine schon, dass derartige Therapien, ganz unabhängig von den Kosten, die sie verursachen, sinnvoll sind.

Zum Schluss sollen typische Erlebensweisen von Borderlinern in den originalen Formulierungen eines Patienten wiedergegeben werden; und zwar in Form eines Teils der Mitschrift einer Therapiestunde im Rahmen einer bereits fortgeschrittenen analytischen Behandlung, mit einigen verbindenden und erläuternden Ergänzungen des Autors, die den Gesamtzusammenhang der Gedanken des Patienten nachvollziehbar machen. Zu betonen ist allerdings, dass es sich bei diesem 40-jährigen Mann, von dem die Äußerungen stammen, um einen ausgesprochen differenzierten und intellektuellen Menschen mit einer Borderline-Struktur auf »höherem Funktionsniveau« (Kernberg 1979, S. 30–31) handelte, der sich dadurch und wegen seiner für Patienten dieses Typus ungewohnten sprachlichen Ausdrucksfähigkeit stark unterscheidet von den »wesentlich kränkeren« Patienten, die der Verfasser üblicherweise behandelt:

»Mir ist noch was aufgefallen, als ich bei meinen Eltern gewesen bin. Das Ritual, dass mir meine Mutter immer was aus dem Garten mitgegeben hat, das zog sich dann über einige Zeit hin und obwohl ich der Empfänger dieses Gemüses war, hatte ich aber das Gefühl, dass mir eher genommen wurde, als dass ich etwas bekommen hätte. (...) Ich war im Prinzip schon weg und auf diese Weise hat sie die Kontrolle wiedererlangt. (...) Ich habe das auch nie so genossen, obwohl die sich große Mühe gegeben haben, das Gemüse großzuziehen. Und wenn die mich besucht haben, ist es oft vorgekommen, dass meine Mutter was zu essen mitgebracht hat, auch wenn ich vorgeschlagen hatte, die zu bekochen. (...) Als wenn die ihren Haushalt auf meinen ausweiten. (...) Es macht so platt! Ich habe manchmal das Gefühl, als wenn das mit Liebe gekochte Essen irgendwie giftig ist. (...) Weil

auch immer Abwertung 'rüberkommt. (...) Es hat manchmal etwas Vernichtendes! Weil alles Eigene vernichtet wird! Es ist auch oft in dem Moment nicht mehr meine Wohnung! Und ich habe dann in meiner Wohnung eine Atmosphäre, die so ist wie bei denen zu Hause.«

(Bem.: Er verliert seinen eigenen Raum! Dies ist für Borderline-Patienten ein sehr bedrohliches Gefühl!) Er:

»Ich habe mich geirrt, wenn die mich seltener besucht haben als meine Schwester, [ich sehe] dass ich auf der anderen Seite immer [aber auch] froh gewesen bin, wenn die weggeblieben sind. Entweder ich bekomme Nähe, aber dann wird mir weggenommen oder ich behalte, aber dann bin ich alleine. Ich habe dann auch so ein Körpergefühl von etwas völlig Unbewegtem. Wenn ich mit denen spreche, habe ich immer die Vorstellung: Es findet auf harten Stühlen statt, bei denen am Esstisch. (...) In dem Bild halte ich mich immer irgendwo fest, am Tisch, am Stuhl und versuche, mich nicht zu bewegen. Um wenigstens die Kontrolle über meine motorischen Funktionen zu haben und um undurchdringlich zu sein. Dass die nicht in mich eindringen. (...) *Ich stelle mich tot, um nicht totgemacht zu werden!* Gerade kommt mir wieder das Bild, wie Mutter in (...) besoffen zu mir ins Bett gekrabbelt ist. Und wenn ich (mich) zu entwenden versuchte, wurde der Schraubstock enger! Nur wenn ich ganz stillhielt, dann schlief sie ein und ich konnte mich entwenden. Es ist so, als wenn ich das beibehalten habe. Als ob ich aktiv und im Kontakt mit Eigenständigkeit nichts gewinnen kann. (...) Ich merke, wie schwer mir das gerade jetzt fällt, durchzuatmen. Es ist, als wenn ich den Schraubstock wieder spüre. [Bem.: Er atmet ganz flach!] (...) Das habe ich auch schon gedacht: Die Atmosphäre des Elternhauses ist: Bloß nicht zu viel Luft nehmen! Und Raum! Bloß nicht zu lebendig sein. Und wenn ich Nähe haben will, dann habe ich das Gefühl: Ich muss die Bereitschaft haben, alles von mir abzugeben.«

Danach schildert er die Auswirkungen dieser Atmosphäre auf sein tägliches, praktisches Leben, er schildert die Beziehung zu einer Freundin:

»Ich habe ihr deutlich machen können, wie ich gelitten habe und wie gut ich im Aushalten bin. Und in meiner Vorstellung war ich bereit, alles aufzugeben. (...) Mich holt gerade das Bild von (...) ein: Ich merke, dieser Schraubstock, den merke ich noch so (...) und diese Hilflosigkeit, auserkoren zu werden. Das Gefühl: Wozu bin ich eigentlich gut? Ich bin nicht gut, weil ich bin, (...) sondern weil ich bestimmte Funktionen haben konnte. Was ich gerade bemerkt habe, ist, wie traurig es mich mein Leben lang gemacht hat, immer darum kämpfen zu müssen, für andere Funktionen zu haben und nicht darum, zu leben. (...) Ich habe mir immer Gedanken darum gemacht, wie ich gerne gesehen werden möchte. Wenn ich mir ansehe, welche spontanen Äußerungen ich tue, dann ist das heute immer noch so. (...) Und manchmal ist da eine Angst, dass ich dann, ja, was bleibt denn dann von mir übrig? Von *mir*?«

Ich antworte ihm: »Übrig« bleiben Reste!« Er: »Ich frage mich, was bin ich denn, wenn ich nicht Funktion von irgendetwas bin? Wahrscheinlich nichts.«

Anmerkung

(1) Aus ausschließlich sprachvereinfachenden Gründen ist im Folgenden immer von Patienten die Rede.

Literatur

- Adler, A. (1928): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In: Adler, A. (1982): Psychotherapie und Erziehung. Bd. I. Frankfurt a. M. (Fischer), S. 224–231.
- Adler (1937): Lebensprobleme – Vorträge und Aufsätze. Frankfurt a. M. 1994 (Fischer).
- Ammon, G. (1973a): Dynamische Psychiatrie. Eschborn 1998 (Klotz).
- Ammon, G. (1973b): Gruppendynamik der Aggression. München (Kindler).
- Balint, M. (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek (Rowohlt).
- Benedetti, G. (1980): Klinische Psychotherapie: Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. 2. Aufl. Bern (Huber).
- Bollas (1997): Der Schatten des Objekts. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Clarkin, J. S.; Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (1999): Psychotherapy for Borderline-Personality. New York (John Wiley & Son).
- Dittmann, V. & Stieglitz, R. D. (1996): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener. In: Freyberger, H. J. & Stieglitz, R. D. (Hg.) (1996): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Basel (Karger), S. 217–232.
- Heister, H. (1997): Die individualpsychologische Therapie primär nicht begrenzter Dauer, ihre wissenschaftliche Fundierung und ihre Position im deutschen Gesundheitswesen. In: Lehmkuhl, U. (Hg.) (1997): Biographie und seelische Entwicklung. Beiträge zur Individualpsychologie 23. München (Ernst-Reinhardt), S. 21–37.
- Heisterkamp, G. (1993): Heilsame Berührungen – Praxis leibfunderter analytischer Psychotherapie. München (J. Pfeiffer).
- Heisterkamp, G. (2002): Basales Verstehen – Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta).
- Jerschke, S.; Meixner, K.; Richter, H. & Bohus, M. (1998): Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 66, S. 545–552.
- Kaiser, R. (1982): Sucht und Charakter, Eine Darstellung verschiedener Aspekte des Suchtproblems aus individualpsychologischer Sicht. Zürich (Psychologische Menschenführung).
- Kernberg, O. (1978/3. Aufl. 1979): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).

- Kreismann, J. J. & Straus, H. (1992): Ich hasse Dich-verlaß' mich nicht. Die schwarz-weiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. München (Kösel).
- Linehan, M. M. (1996): Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München (ZIP-Medien).
- Reinert, T. (1995): Das Problem der Gewalt in der Therapie von Ich-Struktur-Gestörten, insbesondere Borderline-Patienten. In: Lehmkuhl, U. (Hg.) (1995): Beiträge zur Individualpsychologie 21, Gewalt in der Gesellschaft. München (Ernst-Reinhardt), S. 69–86.
- Reinert, T. (1996): Zum Individualpsychologischen Verständnis der Borderline-Störung: Die »rückwärts-gerichtete Lebensbewegung«. In: Z. f. Individualpsychologie 21, S. 37–47.
- Reinert, T. (1997a): »Ja, hab' ich ein Lebensrecht?« – Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin. In: Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 9, S. 475–494.
- Reinert, T. (1997b): »Von der Katze ohne Beine und der Insel auf dem Schiff« – Einblicke in die Psyche. In: Lehmkuhl, U. (Hg.) (1997): Beiträge zur Individualpsychologie 23. München (Ernst-Reinhardt), S. 58–77.
- Reinert, T. (2000a): Pränatalpsychologische Aspekte der Borderline-Störung. In: Dynamische Psychiatrie 33, S. 98–101.
- Reinert, T. (2000b): Den Kranken verstehen. Der Beitrag Alfred Adlers und der Individualpsychologie zur tiefenpsychologischen Betrachtung des Suchtproblems. Kassel (Nicol).
- Reinert T. (2001a): »Keiner versteht mich! Als rede ich chinesisches! Ich glaube, ich bin verrückt« – Die bizarre Welt des Borderline-Patienten. Methodik, Verlauf und Ergebnisse modifiziert-analytischer Langzeitbehandlung. In: Z. f. Individualpsychologie 26, S. 99–115.
- Reinert, T. (2001b): »... es durchwegs angezeigt ist, sich der Führung des Patienten zu überlassen« (Adler 1930). Geht das denn bei Borderline-Patienten? In: Lehmkuhl, U. (Hg.) (2001): Beiträge zur Individualpsychologie 26. München (Ernst-Reinhardt), S. 83–98.
- Rohde-Dachser, C. (1995): Das Borderline-Syndrom. 5. Aufl. Bern (Huber).
- Wexberg, E. (1926): Die Rolle des Affekts in der Neurose. Die zentrale Stellung der Angst. In: Wexberg, E. (Hg.) (1966): Handbuch der Individualpsychologie. Bd. I. 2. Aufl. Amsterdam (Bonset), S. 427–429.
- Wolberg, A. R. (1973): The Borderline-Patient. New York (Intercontinental Medical).
- Wurmser, L. (1987): Flucht vor dem Gewissen. Berlin (Springer).