

# 54 Haltende Funktion, technische Neutralität und persönliche Sympathie in der Beziehungszentrierten Psychodynamischen Psychotherapie

Birger Dulz, Charlotte Ramb

---

<b>Einleitung</b> . . . . .	584	<b>Anmerkungen zur geschlossenen Unterbringung von Borderline-Patienten</b> . . . . .	603
<b>Voraussetzungen für die stationäre Psychotherapie</b> . . . . .	588	<b>Die Behandlungselemente</b> . . . . .	604
<b>Zum Behandlungskonzept</b> . . . . .	591	Arbeit am affektiven System: den Patienten beruhigen . . . . .	604
<b>Behandelte Patienten</b> . . . . .	592	Übersetzungsarbeit: die »Handlungssprache« des agierenden Borderline-Patienten nach und nach mit ihm in »Wortsprache« umwandeln . . . . .	605
<b>Persönliche Sympathie, technische Neutralität und haltende Funktion</b> . . . . .	592	<b>Einteilung der Therapie in drei Phasen</b> . . . . .	605
Die Rolle der Sympathie . . . . .	593	Erste Phase: haltend/affektstabilisierend . . . . .	605
Die Rolle der technischen Neutralität und Kontrolle der Gegenübertragung . . . . .	594	Zu Behandlungsverträgen . . . . .	607
Die Rolle der haltenden Funktion . . . . .	596	Zweite Phase: deutend/beziehungsfokussiert . . . . .	607
<b>Wenn Opfer auch Täter sind: zur Schwierigkeit des Therapeuten beim Erhalt von Sympathie und haltender Funktion</b> . . . . .	598	Dritte Phase: Abschied . . . . .	608
<b>Zur Psychodynamik der Psychopharmakotherapie</b> . . . . .	601	<b>Fazit</b> . . . . .	609

---

## Einleitung

Dieses Kapitel ist eine Art Doppel-Kapitel. Fast alle Grundsätze und Prinzipien der Behandlung von Borderline-Patienten, die wir in der ersten Hälfte des Kapitels formuliert haben, könnten den ersten Teil aller Therapie-Kapitel dieses Buches bilden. Sie sind heute so selbstverständlich, dass sie nicht mehr der Rede wert sein sollten. In einem Handbuch wie diesem müssen sie aber zur Sprache kommen, denn im klinischen Alltag wird gegen manche dieser Grundlagen immer noch verstoßen. – Wie mit den grundlegenden Behandlungsprinzipien dann umgegangen wird, welche therapeutischen Konsequenzen aus den bekannten Dilemmata jeder Borderline-Therapie gezogen werden, ist Methodenspezifisch. Wir stellen im zweiten Teil dieses Kapitels unsere Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie zur Diskussion.

Noch Ende der 1980er Jahre galt in eigentlich allen psychiatrischen Kliniken als ungeschriebenes Gesetz, dass Borderline-Patienten nicht behandelbar sind, dass sie Sta-

tionen nur in Aufruhr versetzen und sowieso nur nerven (»bitterböse Borderliner«). Daraus entwickelte sich das Bemühen der Teams, dass auf keiner Station mehr als maximal drei Borderline-Patienten aufhältlich sein durften (»behandelt werden« wäre die falsche Wortwahl). Aber auch unter dieser Bedingung blieben Borderliner – wenig überraschend – »borderlinig«.

Wir kamen 1989 deshalb zu der Überlegung, nicht die Zahl der Borderline-Patienten zu begrenzen, sondern im Gegenteil: eine Station nur für Borderline-Patienten zu entwickeln. Wir vertrauten darauf, dass sich Borderline-Patienten gegenseitig im therapeutischen Sinne auch selbst »regulieren« würden. Genau so kam es. Kaum hatten wir 1990 unsere »reine« Borderline-Station, traten auch die günstigen Merkmale der Borderline-Störungen zutage: etwa anderen Menschen zu helfen, kreativ und eloquent zu sein, humorvoll sein zu können (s. Kap. 79). Wir entwickelten jenes Therapiekonzept, das im Folgenden beschrieben ist. Zu jener Zeit gab es zwar gute Fachliteratur (insbesondere von Kernberg und Rohde-Dachser), manualisierte Ver-

fahren wie Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; s. Kap. 50) und Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; s. Kap. 56) waren jedoch noch nicht beschrieben und untersucht. Wir arbeiteten mit Skills, als es die Literatur von Linehan noch nicht gab. Und wir betrachteten gleichzeitig psychodynamische Vorgänge. Wir bearbeiteten sexuellen und körperlichen Missbrauch, als es eine systematische Traumatherapie (s. Kap. 63) noch nicht gab, und wir stellten fest, dass Traumata ausgesprochen oft vorhanden sind (s. Kap. 21), als dies viele Fachleute noch nicht wissen wollten oder konnten.

Gelernt haben wir vor allem von unseren Patienten. Und ihnen ist es maßgeblich zu verdanken, dass sich auch in unserer Klinik die Behandlung von Borderline-Patienten ausgesprochen fortentwickelt hat.

Wir gingen und gehen weiterhin davon aus, dass Borderline-Störungen Beziehungsstörungen sind. Und folglich nannten wir unsere Methode »Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie«.

Die Befunde aus der Forschung zu Kurzzeittherapien, dass einer initial guten therapeutischen Beziehung eine hohe prognostische Relevanz für den Therapieerfolg zukommt (Luborsky, McLellan et al. 1985), lassen sich auf die Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten nicht ohne Weiteres übertragen. Vielmehr können viele Borderline-Patienten aufgrund spezifischer Probleme wie Ich-Struktur-Schwäche, ambivalenter Therapiemotivation und vor allem aufgrund ihrer Beziehungsstörungen anfänglich gerade noch kein »tragfähiges« Arbeitsbündnis eingehen, weswegen eine therapeutische Arbeitsbeziehung auch nicht als Voraussetzung, sondern eher als Ziel einer stationären Psychotherapie gelten kann. Hierzu passend lassen Forschung und klinische Erfahrung vermuten, dass einem sogenannten »holding environment« im stationären Rahmen eine höhere Bedeutung zukommt als einem initial positiven Arbeitsbündnis zum Einzeltherapeuten (Übersicht s. Martius 2009). Dadurch, dass bei einer stationären Behandlung Beziehungen zu mehreren therapeutischen Personen sowie zu den Mitpatienten möglich sind und der Patient mit verschiedenen Verfahren behandelt wird, wird die Übertragung auf den Individualtherapeuten abgeschwächt. Stichwortartig lässt sich die Besonderheit der stationären Psychotherapie schwer Persönlichkeitsgestörter mit den Begriffen der Multimodalität und der Multipersonalität zusammenfassen (Martius 2009). Ein multimodales stationäres Setting setzt sich in der Regel aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Bezugspflege, stützender Gesprächstherapie, künstlerischen Behandlungsansätzen, Bewegungs- und Entspannungstherapien sowie ggf. auch Psychopharmakotherapie zusammen. Selbstverständlich gehören auch eine kontinuierliche und engmaschige Überprüfung des individuellen Therapieverlaufs sowie eine gemeinsame Abstimmung der Therapieziele im Behand-

lungsteam dazu, was üblicherweise im Rahmen von Teambesprechungen, Visiten, Inter- und Supervisionen geschieht (Lohmer 1988).

Auch die Multipersonalität, also das Zusammenwirken mehrerer therapeutischer Beziehungen, gilt inzwischen als Charakteristikum der stationären Psychotherapie (Kernberg 1997b; Lohmer 1988). Dem Patienten wird ein »Beziehungsraum« zur Verfügung gestellt, in dem sich bestimmte Übertragungsmuster, dysfunktionale Interaktionsmuster und »Spaltungen« reinszenieren und im Zuge der Therapie nach und nach bearbeitet sowie durch korrigierende Beziehungserfahrungen und »gesündere« Interaktionsmuster ersetzt werden können. Dabei trifft die typische »Inszenierungsbereitschaft« der Patienten auf eine teamspezifische Dynamik und Reaktionsbereitschaft, die im stationären Behandlungsprozess immer wieder ausgeglichen und ausbalanciert werden muss (Lohmer 1988). Durch seine Integrationsfähigkeit leistet das multimodale und multipersonale Behandlungsteam einen entscheidenden Beitrag zum Behandlungserfolg (Martius 2009).

Immer noch werden, der oben skizzierten Notwendigkeit spezifischer Vorgehensweisen zum Trotz, Borderline-Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern – mehr oder weniger vereinzelt – auf Stationen mit Schwerpunkt Psychosentherapie »mitbehandelt«. Ein speziell auf Borderline-Störungen ausgerichtetes Therapieprogramm wird so allerdings kaum möglich: Hierfür bedürfte es etwa sechs Borderline-Patienten, um zumindest eine Therapiegruppe füllen zu können. Das »Mitlaufen« der Borderline-Patienten auf Psychotiker-Stationen führt zusätzlich zu einer aggressiv getönten Abwertung der Psychotiker durch die Ich-stärkeren Borderline-Patienten: Sie nehmen die größere Ich-Schwäche der Psychotiker wahr und fühlen sich dadurch gefährdet. Hier spielen Abwehrmechanismen, insbesondere die projektive Identifizierung, eine wesentliche Rolle (s. Kap. 51). Gleichzeitig können Borderline-Persönlichkeiten gegenüber Psychotikern ihr Omnipotenzgefühl, welches sie vor radikaler Selbstentwertung schützt, stabilisieren. Die pathognomonische Kombination von Abwehrmechanismen führt neben einer Kaschierung der Fragilität der Ich-Struktur der Borderline-Patienten zu einer unangemessen scharfen Abgrenzung, zur Spaltung zwischen den Krankheitsgruppen, die im unspezifischen stationären Setting weder aufgefangen noch bearbeitet werden kann. Wir haben häufig sogar beobachten müssen, dass sich Borderline-Patienten gegenüber Psychotikern realtraumatisierend, also delinquent, verhalten haben: So hat ein Borderline-Patient eine sehr viel ältere und nahezu verwaahlte Psychotikerin gezwungen, ihn oral zu befriedigen; ein anderer Borderline-Patient hat von Psychotikern Geld erpresst – beides sind keine Einzelfälle.

Wir<sup>1</sup> verfügen deshalb über eine komplette Abteilung »Persönlichkeitsstörungen/Traumafolgestörungen«, bestehend aus fünf Stationen mit Subspezialisierungen (Krisenintervention und spezielle Diagnostik; Traumatherapie für Frauen; Persönlichkeitsstörungen und Sucht; »junge« Erwachsene; »Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie«, welche hier beschrieben werden wird). Nach unserer Erfahrung lassen sich durch die Spezialisierung einer Station gerade die allgemein als besonders brisant angesehenen interpersonalen Probleme der Patienten deutlich reduzieren, sodass eine korrigierende Arbeit erst möglich wird. Zudem schützen und stützen sich Borderline-Patienten auf eindrucksvolle Weise gegenseitig – aufgrund ihrer Identifizierung mit Mitpatienten oft unter Außerachtlassung eigener Schwierigkeiten und Belastungsgrenzen (als Folge ihres sadistischen Über-Ich), die auf nicht spezialisierten Stationen weitgehend unbemerkt und deshalb un bearbeitet bleiben würden. Die Therapie jedes Patienten wird damit von den anderen gefördert: Durch therapieerfahrene Patienten wird »vorgelebt«, dass eine positive Übertragung zum Therapeuten möglich ist, die Patienten spiegeln sich untereinander bestimmte Beziehungsmuster usw.

Während einer Therapie wie der im Folgenden skizzierten durchläuft der Patient verschiedene Symptomniveaus aus dem Formenkreis der Borderline-Störungen (s. Kap. 30). Mit den geschulten Teams solcher Spezialeinrichtungen sind Schritte im Rahmen der Therapie möglich, die in ambulantem Setting nur wenige und speziell erfahrene Therapeuten zu gehen bereit und in der Lage sind, werden doch (berechtigterweise) Eskalationen befürchtet (Dulz u. Schreyer 1997). Selbst im Falle einer Eskalation – beispielsweise ein vermehrtes Auftreten autoaggressiver Impulse oder auch generell Handlungen mit der resultierenden Notwendigkeit zur stationären Krisenintervention – wäre eine Weiterbehandlung durch den bisherigen Therapeuten möglich: Üblicherweise entsteht durch eine Klinikweisung eine Unterbrechung oder gar ein Abbruch einer ambulanten oder teilstationären Therapie.

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

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

Kernberg (1984, 1991) wie auch Bassler und Hoffmann (1993a) halten eine langfristige stationäre Behandlung für Patienten mit extrem selbstdestruktiver Symptomatik oder einem besonders hohen Maß an desorganisiertem Funktionieren für unbedingt angezeigt. Nach Kernberg (a. a. O.) sollte vor der ambulanten Psychotherapie eine intrapsychische Strukturveränderung erreicht worden sein, insbesondere durch Nutzung von Gruppenprozessen und Modellen der therapeutischen Gemeinschaft. Die Prüfung von Lebensrealität und Entscheidungsprozessen trage zur Effektivität der Behandlung bei. Dies betrifft auch tagesklinische Programme, die schwerpunktmäßig auf die Übergangsbedürfnisse der Patienten ausgerichtet sein sollten, vor allem auch als Übergang von langfristiger stationärer zu ambulanter Behandlung. Wie Kernberg (a. a. O.) hält auch Hoffmann (1982) die Weiterbehandlung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durch denselben Therapeuten für die optimale Lösung. Kernberg (a. a. O.) meint aber auch, dass eine Betreuung des Patienten in stationärem, teilstationärem und ambulantem Setting durch dasselbe Personal zur Erschöpfung des Teams und zu ineffizienter Nutzung der Behandlungsmittel führe; dies bezieht sich vor allem auf die ambulante Weiterbehandlung durch denselben Therapeuten wie während des vorhergehenden stationären Aufenthaltes. Allerdings kann ein Behandlerwechsel durchaus aus allein therapeutischen Gründen sinnvoll sein, wenn die erste Stabilisierung z. B. einer vom Vater sexuell missbrauchten Frau bei einer weiblichen Therapeutin erfolgt ist, um danach in einem anderen Setting die Erfahrung zu ermöglichen, dass im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zu einem Mann keine Übergriffigkeit erfolgt.

Für den Patienten wäre – von speziellen Fällen abgesehen – die durchgehende Behandlung durch denselben Therapeuten (und dasselbe Team) ideal, da allein die Ausbildung einer ausreichend stabilen Objektrepräsentanz bei jedem Therapeutenwechsel (und Teamwechsel) stets wieder eines langen Zeitraumes bedarf. Zudem haben schwer gestörte Borderline-Patienten in der Praxis größte Schwierigkeiten, überhaupt einen Psychotherapeuten für die ambulante Behandlung zu finden, wodurch die Gefahr eines massiven Rückfalls mit erneuter Klinikaufnahme erheblich steigt. Im klinischen Alltag jedoch ist dieses Modell undurchführbar:

1 Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Hamburg.

Der Therapeut wäre alsbald auf Jahre hinaus mit ambulatorischer Arbeit überfrachtet, sodass er keine zeitlichen und persönlichen Ressourcen für die Tätigkeit auf seiner Station hätte. Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sollte ein Patient allerdings insoweit Fortschritte bezüglich seiner Ich-Strukturstörung gemacht haben, dass ein Therapeutenwechsel nicht als Retraumatisierung erlebt werden muss, sondern als notwendiger Entwicklungsschritt gesehen werden kann. Wir haben ein Konstrukt entwickelt, das dem Ideal etwas näher kommt und verfügen innerhalb der Abteilung auch über eine Tagesklinik sowie eine kleine Ambulanz, sodass enge Abstimmungen zwischen Vor- und Nachbehandler leicht möglich sind. Die meisten der Therapeuten behandeln einzelne Patienten nach der Entlassung ambulant weiter.

Eine im Verbund arbeitende Einrichtung bringt auch den Vorteil mit sich, dass z. B. der Therapeut der Tagesklinik als Co-Therapeut bereits auf der offenen Station in den bisherigen Prozess eingebunden sein könnte und so zu ihm bei Verlegung in die Tagesklinik schon eine therapeutische Beziehung bestünde. Es kann sich nur positiv auswirken, wenn der zweite Therapeut bereits Kenntnisse bezüglich der Geschichte des Patienten und des ersten Therapieabschnittes besitzt und er nach der Verlegung auf eigene Erfahrungen hinsichtlich der Abwehrmechanismen, Symptome und individuellen Reaktionsweisen des Patienten zurückgreifen kann. Vielleicht entsteht dadurch so etwas wie eine vertrauensvolle Global-Übertragung auf die Institution, weniger auf den einzelnen Therapeuten.

Bei uns dauert die Therapie – ausgenommen Kriseninterventionen – zwischen drei Monaten und einem halben Jahr. Damit ist sie vergleichsweise kurz, insbesondere wenn man die mittlerweile typischen fraktionierten Behandlungen insgesamt einbezieht (beispielsweise dreimal drei Monate): Plakun (1989, 1996) nennt als durchschnittliche Behandlungsdauer bei Borderline-Patienten 16,2 Monate (wobei nach seinen Angaben 61 % das Therapieziel erreichten, in der Katamneseuntersuchung 91 % über zufriedenstellende Beziehungen zum anderen Geschlecht berichteten und nur 6 % Suizidversuche begangen haben), Stone (1996) 12,5 Monate (zwischen vier und 26 Monate) mit einer Besserung bei fast 64 % und McGlashan und Heinssen (1996) berichten von einer durchschnittlichen stationären Behandlung von drei Jahren (wobei ihren Angaben zufolge 65 % der antisozialen Patienten ein »normales« Funktionsniveau erreicht haben). Nach Lohmer (1988) beträgt die Therapie im Cassel-Hospital (bei London) in der Regel ein Jahr, ebenso wie auf der Langzeitstation zur Behandlung von Borderline-Patienten des New York Hospital Cornell Medical Center, Westchester Division (damals geleitet von Otto F. Kernberg). Wir behandeln auch fraktioniert, aber nicht als fester Konzeptbestandteil, sondern wenn es indi-

viduell angebracht erscheint.<sup>2</sup> Draijer (1990) betont, dass gerade die elterliche Ablehnung als ein (neben der Realtraumatisierung) wesentlicher Faktor für die Ausbildung einer Störung bei missbrauchten bzw. misshandelten Kindern zur Folge habe, dass deren spätere Behandlung im Erwachsenenalter sehr viel Zeit in Anspruch nehme.

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

Statt hinreichender Unterstützung bei der Behandlung der ohnehin stets schwerst gestörten Borderline-Patienten wird uns gelegentlich wie eine feststehende Tatsache die bloße Hypothese vorgehalten, dass eine Behandlung wie die unsere eine Hospitalisierung mit sich bringe und der Patient schließlich nicht mehr entlassen werden wolle. Unsere Erfahrung ist eine andere: Die Struktur von Borderline-Patienten lässt eine Hospitalisierungstendenz – bei einer psychotherapeutischen und nicht nur versorgenden Arbeit – u. E. deutlich weniger zu als bei Psychotikern, ist doch gerade das Autonomiebedürfnis des Borderline-Kranken ein spezifisches Störungsmerkmal. Hierzu der Versuch eines Beleges: Wir legen unseren Borderline-Patienten unter anderem das Narzißmusinventar (Deneke u. Hilgenstock 1989) vor. Hieraus werden die (Zwischen-)Ergebnisse bezüglich dreier Skalen (Werte von 10 bis 50 möglich) herausgegriffen und mit den entsprechenden Daten aus dem Handbuch verglichen (Tab. 54-1).

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

2 Fraktionierte Behandlung als regelhafter Konzeptbestandteil, d. h. ohne individuelle Behandlungsdauer je nach Störungsausprägung der einzelnen Patienten, dient aufgrund der Unflexibilität des Settings weniger dem Patienten als der Vermeidung von Konflikten mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und den Krankenkassen. Und eine solche fraktionierte Behandlung schützt natürlich auch Therapeuten vor intensiver und somit belastender therapeutischer Beziehung.

**Tab. 54-1** Vergleich der Mittelwerte von Patientengruppen im Handbuch des »Narzissmusinventars« (\*) und unseren Patienten bezüglich der Skalen »Ohnmächtiges Selbst«, »Autarkie-Ideal« und »Narzisstischer Krankheitsgewinn«.

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

Insbesondere die Skala »Autarkie-Ideal«<sup>3</sup> deutet auf die für den Borderline-Patienten zentrale Rolle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung hin. Diese Patienten versuchen autonom zu bleiben, obwohl ihr »Ohnmächtiges Selbst«<sup>4</sup> außerordentlich ausgeprägt ist. Die Bedeutung für einen Menschen, sich in die Phantasie retten zu können, leistungsfähig und heil zu sein – »lediglich« der Körper versage – und somit die Abwehr von psychischen Problemen, wird mit der Skala »Narzisstischer Krankheitsgewinn«<sup>5</sup> erfasst; auch hier wird deutlich, wie sehr ein Borderline-Patient psychische Probleme – und für deren Existenz gilt ein Aufenthalt in der Psychiatrie als Beweis – abzuwehren hat und um Autonomie ringt, ist doch der »Narzisstische Krankheitsgewinn« jedenfalls nicht höher als bei anderen Krankheitsbildern (und bei der Borderline-Gruppe der Autoren des »Narzissmusinventars« sogar auffallend niedrig). Seine Autonomie aber würde der Patient in stationärem Rahmen als besonders bedroht empfinden. Die Bereitschaft zur stationären Therapie deutet insgesamt also eindrucksvoll auf die große Not eines Patienten hin und ist alles andere als Ausdruck reiner Versorgungswünsche, die bei anderen Krankheitsbildern ausgeprägter sind.

3 Beispiel Item 013: »Ich versuche, mit allen Schwierigkeiten erst einmal allein fertig zu werden«; Beispiel Item 022: »Ich lasse mir nicht gerne helfen. Lieber versuche ich es solange alleine, bis es doch noch klappt«.

4 Beispiel Item 027: »Ich fühle mich häufig wie ein Kartenhaus, das jederzeit in sich zusammenfallen kann«; Beispiel Item 056: »Ich fühle mich oft in einem schlecht zu beschreibenden Zustand von innerer Leere wie gelähmt«.

5 Beispiel Item 083: »Ich würde mich auf sehr viel mehr Herausforderungen einlassen, wenn ich nicht Angst hätte, meine Gesundheit würde das nicht durchstehen«.

## Voraussetzungen für die stationäre Psychotherapie

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

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

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

- eine Motivation zum Eingehen einer therapeutischen Beziehung – bei oft ungenügender Fähigkeit hierzu – besitzt oder diese jedenfalls absehbar ist,
- ein gewisses Maß an Reflektionsvermögen sowie Introspektionsbereitschaft und -fähigkeit aufweist,

- zu Ich-schwach für eine ambulante Psychotherapie, aber genügend Ich-strukturiert für eine intensive Behandlung (einschließlich Bearbeitung der Realtraumata) ist,
- im Rahmen der Traumabearbeitung bei ambulanter Therapie ein Exazerbieren von Symptomen (Dulz u. Schreyer 1997) zeigt, wobei dieser Teil der Psychotherapie von schwerer gestörten Borderline-Patienten zumeist ohnehin unter stationären Bedingungen begonnen wird, insbesondere wegen der Notwendigkeit einer haltenden Umgebung zur Vermeidung etwa eines Suizids.

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

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

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

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

und die durch ständige fallbezogene und theoretische Fortbildung gefestigt und erweitert werden müssen

- neben systematischer Einzel- und Gruppentherapie die Möglichkeit auch von körpertherapeutischer Einzel- und Gruppenarbeit, da bei missbrauchten/misshandelten Borderline-Patienten regelmäßig schwere und schwerste Störungen des Körperschemas vorhanden sind (Dulz u. Schneider 1995, 2000; s. Kap. 73)

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

### 1. Kategorie (allgemeines Setting)

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

### 2. Kategorie (psychotherapeutisches Setting)

- Die am wenigsten konflikthaften Persönlichkeitsbereiche des Patienten werden eruiert und auf diese erstreckt sich die therapeutische Arbeit in der ersten Therapiephase, um der Selbstentwertung entgegenzuwirken. Erst nach Ausbildung einer tragfähigen Beziehung und

- bereits fortgeschrittener Ich-Strukturierung werden die stärker mit Angst verbundenen Konfliktbereiche untersucht und bearbeitet – dies betrifft insbesondere die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Eltern, aber auch einen sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung. Gegen Ende der stationären Therapie wird »Abschied« zum zentralen Thema. Das Ziel der Therapie insgesamt ist das Überflüssigwerden des Therapeuten.
- In Einzel- und Gruppensitzungen sollten Schweigepausen zu Beginn der Therapie alsbald unterbrochen werden. Später entwickeln die Patienten mehr Frustrationstoleranz, aber auch dann sollte eine besonders andauernde Schweigepause nicht wie in der Neurosen-therapie ununterbrochen bleiben, da ansonsten die Angst des Patienten zu- und seine Fähigkeit zur Introspektion abnimmt.
  - Zur freien Assoziation wird nicht aufgefordert. Vielmehr werden die Mitteilungen und Assoziationen des Patienten in Richtung eines verbesserten Realitätsbezuges gesteuert. Statt der freien Assoziation, die bei Neurotikern in einer klassischen Analyse zu bearbeiten ist, steht das oft von verzerrten Wahrnehmungen bestimmte Verhalten des Patienten bezüglich Mitpatienten und Teammitgliedern im Zentrum der Therapie.
  - Genetische Deutungen werden zunächst vermieden. Stattdessen werden überwiegend Deutungen im »Hier-und-Jetzt« – diese betreffen insbesondere die frühen Abwehrmechanismen – vorgenommen, die einen verbesserten Realitätsbezug des Patienten bewirken können.
  - Gegebenenfalls muss der Patient mit verleugneten Inhalten und Gefahren nachdrücklich konfrontiert werden.
  - Die positive Übertragung muss gefördert werden, wodurch die therapeutische Beziehung eine Stabilisierung erfährt (auch durch Parteiergreifen für den Patienten).
  - Eine positive Übertragung sollte nicht gedeutet werden; dieses dient zwar der Entlastung des Therapeuten, führt aber zum Rückzug des Patienten, der – gewissermaßen im »Gegenzug« – seine (Pseudo-)Autonomie stärken müsste, unter Umständen auch durch einen Therapieabbruch.
  - Abgespaltene und inner- wie außerhalb der Therapie agierte negative Übertragungen müssen aufgespürt und thematisiert werden, wobei wir diese in der ersten Therapiephase oft tolerieren, um dem Patienten bei abruptem Verlust der »bewährten« Abwehrstrategie und vor Ausbildung von Kompensationsmöglichkeiten das dann zwangsläufig erfolgende Anfluten der Angst zu ersparen (s. Kap. 30).
  - Die Bilder der frühen Bezugspersonen müssen entzerrt werden mit dem Ziel, dass diese dem Patienten nunmehr als Menschen mit Vorzügen und Schwächen erscheinen (Entdämonisierung und Entidealisierung).
  - Dem Patienten muss immer wieder bestätigt werden, dass er liebesfähig ist. Die Verzerrungen, in denen sich seine Liebesbedürfnisse manifestieren, müssen gedeutet und befriedigendere Möglichkeiten für die Verwirklichung dieser Bedürfnisse erarbeitet werden.
  - Dem Patienten muss immer wieder versichert werden, dass die technische Neutralität des Therapeuten keine Ablehnung bedeutet, sondern durch sie gerade auch die Integrität des Patienten im Rahmen der Therapie respektiert wird.
  - Gegenübertragungsgefühle sollten dem Patienten selektiv mitgeteilt, verzerrte Wahrnehmungen der Person des Therapeuten korrigiert werden (Heigl-Evers u. Ott 1994, 1998). Dies beinhaltet die Beantwortung von Fragen, soweit sie nicht sehr persönliche Bereiche betreffen und dem Fortgang der Therapie dienen. Der Therapeut sollte sich, so Singer (1994, S. 834), als »reale Person« präsentieren. Zwischen seinem Verhalten dem Patienten gegenüber sowie seinem Denken und Fühlen muss Kongruenz bestehen. Diese Regel gilt jedoch nicht nur für Psychotherapeuten, sondern für jedes Teammitglied, und ist deshalb mit Einschränkung auch zur Kategorie 1 gehörig.
  - Die unbewusste Identifikationsphantasie, nach der ein Patient letztlich alle seine Beziehungen gestaltet, muss herausgearbeitet werden mit dem Ziel, die Fremdbestimmung durch eine sichere eigene Identität zu ersetzen; hierdurch verlieren Abwehrmechanismen wie projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenzgefühl an Bedeutung.
  - Bei der Bearbeitung realtraumatischer Erlebnisse ist ein Investigieren zu vermeiden. Stattdessen sollte stets das, was der Patient berichtet, ernst genommen werden. Das wesentliche Kriterium sind die subjektiven Erinnerungen des Patienten und die damit verbundenen Gefühle. Auch abstrus erscheinende Berichte über Traumatisierungen sollten nicht zu Widerlegungsversuchen und Argumentationen auf dem Boden eigener Anschauungen Anlass geben, repräsentieren sie doch mindestens auf der Symbolebene das frühere Erleben.
- Bei der Therapie ist zu berücksichtigen, dass nicht alle »Prinzipien« zu jedem Zeitpunkt der Behandlung angemessen sind. Vielmehr sollte der aktuelle Zustand des Patienten zum Maßstab des Möglichen genommen werden (»variables Setting«). Bei einem Borderline-Patienten mit psychosenaher Symptomatik beispielsweise unbewusste Identifikationsphantasien herausarbeiten zu wollen, brächte eine kontraproduktive Überforderung, also eine Dekompensation mit sich.
- Wir richten das therapeutische Hauptaugenmerk auf die Reduktion der Angst (s. Kap. 30; Kap. 34). Auch Eagle (1988, S. 175) postuliert, dass in der Behandlung früher Traumen

»die heilsamen therapeutischen Wirkungen nicht in erster Linie auf die Beseitigung von Entwicklungsdefiziten und strukturellen Defekten beruhen, sondern darauf, daß sie die Auswirkungen der unrealistischen Ängste und ungelösten Konflikte abmildern ...«.

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

Von einem Menschen, der so schwer beziehungsge-stört ist wie ein Borderline-Patient, können und dürfen wir nicht erwarten, dass er eine therapeutische Beziehung seinerseits günstig zu gestalten imstande ist. Im Gegenteil: Er wird zunächst und oft über Monate alles tun, um die therapeutische Beziehung zu testen, zu prüfen, auszuloten, ja zu unterminieren – konnte er doch in der Regel nicht die Erfahrung machen, dass eine Beziehung tragend und stabilisierend sein kann. Vielmehr wurde er in Beziehungen, welcher Art auch immer, verlassen oder gar aufs Schwerste real traumatisiert. Diese Erfahrungen bringt der Patient ein, und diese Erfahrungen versucht er zu perpetuieren, um sich unbewusst vor der dramatischen und traumaähnlichen Erkenntnis zu schützen, dass seine Eltern ihn mindestens nicht geschützt und/oder aufs Schlimmste verletzt haben (s. Kap. 21).

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

Der entscheidende Maßstab in der konkreten Arbeit ist das subjektive Erleben und Erinnern des Patienten, das

durchaus anders als die Realität und auch anders als die Erinnerung der Eltern sein kann. So gibt es Patienten, die ihre Eltern eindrücklich und voller Überzeugung im Sinne einer Verteufelung als wahre Horrorgestalten schildern, welche sich später etwa im Rahmen eines Familiengesprächs allerdings als weitgehend unauffällige und nette Personen herausstellen. Ein Grund für diese negative Sicht der Eltern kann beispielsweise sein, dass diese zur Zeit des Säuglingsalters des Patienten lange nach einem Unfall in der Klinik gewesen sind und sich nicht um ihr Kind haben kümmern, also keine haltende Funktion haben einnehmen können. Ein Realtrauma hätte dann stattgefunden, ohne dass dieses von den Eltern verursacht oder zu verhindern gewesen wäre. Gerade Therapeuten, die um den erheblichen Einfluss aversiver Kindheitserfahrungen auf die Entwicklung einer Borderline-Störung wissen, sind rasch in Gefahr, die schlichte Schablone anzuwenden: »Die Eltern sind an allem schuld.« Wir sollten uns erinnern, dass schon das unwissenschaftliche und unselige Konzept von der »schizophrenogenen Mutter« viel Leid und Not gerade bei differenzierten Familien ausgelöst hat. Die »Borderline-Mutter« wäre ein ebenso übles Konzept.

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

## Zum Behandlungskonzept

Wir gehen davon aus, dass das Störungsbild überwiegend eine psychosoziale Genese hat (s. Kap. 20). Unser psychotherapeutisches Angebot findet daher im Rahmen einer spezifisch-individuellen Beziehungsarbeit statt. In der akzeptierenden und haltenden Atmosphäre der Station kann der Patient die Sicherheit finden, neue Wege auszuprobieren, sich besser kennenzulernen und sich auf andere Menschen anders einzulassen als bisher. Er kann dadurch wichtige Entwicklungsschritte und Beziehungserfahrungen machen und verinnerlichen, die ihm in seiner Herkunftsfamilie oft nicht möglich waren.

Entscheidend an unserer Arbeit ist, eine Atmosphäre herzustellen und aufrechtzuerhalten, die eine verändernde und heilende Kraft hat. Wir beziehen uns hier auf Winnicott (1965, 1984), der davon ausging, dass eine »Haltende Funktion« unabdingbar ist zum Entwickeln einer »reifen« Beziehungsfähigkeit. Dementsprechend hatte schon Winnicott die nötige Umgebung eine »haltende« genannt. Auf die



Bereitstellung eben einer solchen haltenden Umgebung kommt es uns besonders an (s. u.).

Da das Familienklima (s. Kap. 15; Kap. 17–19), das wohl ebenso entscheidend für die Entstehung einer Borderline-Störung ist wie ein Realtrauma (s. Kap. 20; Kap. 21; Kap. 62), auch die Zeit präsymbolischer Erfahrungen (Dornes 1993) umfasst und mangelndes Vertrauen ein wesentliches Element der Störung ist, wird die Notwendigkeit einer längerfristigen Therapie erklärlich. Denn selbst wenn die innerhalb einer Therapie gemachten Erfahrungen deutlich »gelehrt« haben müssten, dass Realtraumata hier nicht zu erwarten sind, so bleiben diese Erfahrungen noch lange abgespalten – bis zur erfolgreichen Modifizierung der ursprünglichen präsymbolischen affektiven Erfahrungen, die in der Therapie symbolisiert bzw. mentalisiert werden müssen, um so einer Selbstreflexion erst zugänglich zu werden. Deshalb besteht die Therapie auch in der Symbolisierung der neuen Erfahrungen mit dem Ziel der Überarbeitung der affektiven Erfahrungen der präsymbolischen Zeit. Dies bedingt die Notwendigkeit beständiger Wiederholungen auf der Handlungs- wie der Symbolebene. Vom Gehaltenwerden im Sinne Winnicotts kann der Patient verbal nicht überzeugt werden, sondern er muss es immer wieder konkret erfahren. Nur so können schließlich sowohl die präsymbolischen und dem konkreten Trauma vorausgegangenen, sehr frühen als auch diejenigen Erfahrungen modifiziert werden, die das Trauma eingeleitet haben. Goldberg (1996, S. 260) führt hierzu aus: »Eine grundlegende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur verlangt eine längerdauernde Behandlung, die darauf abzielt, eine Reihe reiferer Selbstobjekt-Beziehungen zu erreichen, gleichzeitig eine Verringerung der Vulnerabilität für das Versagen bzw. den Verlust von Selbstobjekten.«

Letztlich werden ja alle Beziehungserfahrungen im Gehirn in den neuronalen Netzwerken abgespeichert. Und sie lassen sich nicht eliminieren oder »löschen« – weder durch Medikamente noch durch Psychotherapie. Somit erachten wir es als zentral, dass die Patienten in der Therapie möglichst viele »gute« Beziehungserfahrungen machen (das können auch begrenzende sein), damit die »alten« Erfahrungen durch die neuen mehr oder weniger »neutralisiert« werden.

## Behandelte Patienten

Auf der Borderline-Therapiestation werden Patienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Strukturniveau behandelt. Es handelt sich um eine vollstationär-psychotherapeutische Behandlung mit psychodynamischer Fundierung und spezieller Fokussierung auf die Beziehungsgestaltung, genannt »Beziehungszentrierte Psy-

chodynamische Psychotherapie«. Die »typischen« Patienten haben Skills bereits gelernt und auch einen Notfallkoffer parat (75 %) sowie zumeist auch eine stationäre Dialektisch-Behaviorale Therapie absolviert (50 %); die schweren Beziehungsstörungen wurden dennoch nicht hinreichend reduziert, sodass sie mit diesem Fokus bei uns aufgenommen werden wollen. In unserem Behandlungsansatz wird weder ein ausschließliches Krisenmanagement betrieben noch steht eine Symptomreduktion im Vordergrund. Vielmehr ist unser Setting auf eine Ich-strukturelle Nachreifung der Persönlichkeit ausgerichtet.

Im Therapieverlauf auftretende Beziehungsverstrickungen betrachten wir nicht als Komplikationen, die es zu vermeiden gilt, sondern als Möglichkeiten und Gelegenheiten, durch die wir den Patienten und seine spezifischen dysfunktionalen Beziehungsmuster besser kennenlernen und uns so auf ihn einstimmen können und die Probleme mit ihm Schritt für Schritt wirksamer und konstruktiver bewältigen, wobei der Patient im Verlauf zunehmende Selbstständigkeit erlangen kann.

Insofern arbeiten wir nicht primär »Lösungs«-orientiert, sondern »Bindungs«-orientiert. Dazu gehört es für uns, dass wir je nach Struktur des Patienten den Schwerpunkt auf Elemente von Übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP), Mentalisierungsbasierter Psychotherapie (MBT) oder auch Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) legen (zum Stand der Psychotherapie-Forschung s. Kap. 76).

## Persönliche Sympathie, technische Neutralität und haltende Funktion

Bevor wir unsere Arbeit im Einzelnen beschreiben, soll näher auf den insbesondere von Beziehungen abhängigen Anteil dessen, was – unabhängig von Therapieschulen – zu einer erfolgreichen Behandlung von Borderline-Patienten gehört, eingegangen werden. Es handelt sich um die innere Einstellung dem Patienten gegenüber. Falls diese eine rein technokratische oder (sich selbst wie dem Patienten gegenüber) unkritische oder auch eine überengagierte ist, ist ein anhaltender Erfolg in der und durch die Therapie nicht zu erwarten. Es sollte vorausgeschickt werden, dass ein Patient aufgrund feinsten »Antennen« die innere Haltung des Therapeuten – vielleicht ausgenommen in Situationen extremer Angespanntheit und Impulsivität – unbewusst wahrzunehmen imstande ist, selbst bei größter »schauspielerischer« Leistung des Therapeuten. Lichtenberg (1987) leitet von Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung ab, dass ein Analysand, wenn er Angst hat (und ein Borderline-Patient hat meistens und insbesondere in therapeutischen Situationen Angst), sich eher am Klang der Stimme, den

Körperbewegungen oder den Magengeräuschen des Analytikers als an den eigenen innerpsychischen symbolischen Vorstellungen zu orientieren versuche – dies belegt die Unsinnigkeit von »Verstellungsversuchen« eines Borderline-Therapeuten.

Wir gehen von drei wichtigen Grundvoraussetzungen für den therapeutischen Umgang mit Borderline-Patienten aus: der persönlichen Sympathie, der haltenden Funktion und der technischen Neutralität. Alle drei Punkte sind gleichberechtigt und sollten, ja müssen – jedenfalls im Längsschnitt gesehen – neben- und miteinander bestehen. Eben diese Verbindung von Neutralität und haltender Funktion im Sinne Winnicotts, von kontrolliertem Vorgehen und Sympathie sehen wir als die Grundvoraussetzung einer Psychotherapie.

## Die Rolle der Sympathie

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

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

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

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

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

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

Die Referenten sehen dies nicht anders: Wir sind keine Staatsanwälte, die zu investigieren und Tatbestände aufzuklären haben, nicht einmal Rechtsanwälte des Patienten. Wir folgen ihm empathisch, wobei sich dieses mehr auf die Bedeutung des Gesagten für inter- und intrapsychische Prozesse als auf dessen »objektiven« Wahrheitsgehalt bezieht: Wir achten die zwangsläufig subjektiven Erinnerungen sowie die begleitenden Gefühle und gehen auf sie als persönliche »Wahrheit« des Patienten ein, auch wenn die Situationsschilderung eines Patienten einmal »abstrus« erscheint. Die Empathie des Analytikers gründe »in Erfahrungen mit wesentlichen Zügen elterlicher Empathie, nämlich der Einstimmung auf und Anerkennung von Wahrnehmungen und Erfahrungen eines anderen« (Schwaber 1995, S. 175). Lichtenberg (1987, S. 133) vermutet, »daß bei Analytikern ohne Ausnahme empathisches Verständnis und intuitives

Erfassen auf bewußt oder unterschwellig wahrgenommenen affektiven und motorischen Mustern gründen, die auf Erfahrungen der frühen Mutter/Kind-, Vater/Kind- und oft auch Geschwister/Kind-Interaktionen zurückgehen«. Nach Milch und Hartmann (1996) hat Empathie des Therapeuten eine stützende Funktion für das Selbst des Patienten, strukturiert dieses und führt zu einer Zunahme der Fähigkeit zur Introspektion und Empathie beim Patienten.

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

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

Empathie erfordert aber nach Schwaber (1995, S. 176), »daß wir zwischen der eigenen Welt und jener, die unsere Patienten erleben und wahrnehmen, eine menschliche Ähnlichkeit entdecken können«. Somit nähert sich Schwabers Auffassung von Empathie unserer von Sympathie. Empathie ist also nicht gleich (evtl. sogar projektiver) Identifizierung. Eine derartige Identifizierung mit dem Patienten muss vermieden werden, vor ihr schützt die technische Neutralität.

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

## Die Rolle der technischen Neutralität und Kontrolle der Gegenübertragung

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

Es ist leicht einzusehen, dass Neutralität gegenüber den individuellen Wertevorstellungen eines jeden Patienten gewahrt werden muss – und dies geht über Werte z. B. hinsichtlich sexueller Präferenzen oder religiöser Vorstellungen deutlich hinaus. Sich an diese Einsicht zu halten, ist freilich weit problematischer, als man vorher annimmt. Dies kennt jeder Psychotherapeut, jeder Arzt, jede Krankenschwester etwa im Umgang mit der Dynamik von Familien mit fremdem kulturell-religiösem Hintergrund, mit der damit verbundenen Rolle der Frau usw.: Wir sind manchmal entsetzt und müssen uns dann umso gezielter bewusst machen, dass es hier um Respekt und Akzeptanz anderer Vorstellungen geht, die zu kritisieren uns meist nicht zusteht (s. Kap. 23).

Neutralität im psychoanalytischen Sinne einer technischen Neutralität ist jedoch sehr viel komplexer und gerade bei Borderline-Patienten schwierig einzuhalten. Neutralität bedeutet, die Gegenübertragung, also auch eigene Schwächen, wahrzunehmen, zu analysieren und sie in der Therapie zu kontrollieren, also ihr nicht impulsiv nachzugeben – zumal der Patient gerade dieses provozieren wird. Nur mittels der technischen Neutralität wird es möglich, dass der Therapeut sich nicht so verhält, wie es der Vater oder die Mutter des Patienten getan haben.

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

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

Ein Setzen notwendiger Grenzen innerhalb einer Therapie ist unabdingbar (Sachsse 1989b). Diese Grenzen müssen unter Umständen auch wiederholt mit dem Patienten besprochen werden. Und sie müssen immer wieder modifiziert werden. Im Grunde gibt es nur wenige Regeln, die für sämtliche Patienten einer Station gleichermaßen gelten (s. u.), alle anderen müssen individuell erarbeitet und formuliert werden. Beispielsweise gilt bei dem einen Patienten eine intensive Frequentierung bestimmter Therapie-Elemente als behandlungsbedürftiges Symptom (etwa Sporttherapie bei schwerer Anorexie), für den anderen ist eine intensive Teilnahme an Sporttherapien (etwa zur Vermeidung einer schweren untherapeutischen Regression) unbedingt wünschenswert.

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

Die nicht nur unvermeidbare, sondern therapeutisch zu nutzende Gegenübertragung muss von dem Therapeuten selbst und ständig überprüft werden. Ferner sind eine externe wie ständige interne Supervision notwendig. Wenn chronische Probleme in der Gegenübertragung vorhanden sind, kann sich eine Therapie u. U. als nicht mehr möglich erweisen – so im Falle einer anhaltenden und auch in der Supervision nicht aufzulösenden aggressiven Gegenübertragung. Diese würde der Patient unweigerlich spüren und es entwickelte sich – beispielsweise – dieselbe Beziehungsgestaltung wie dem Vater gegenüber. Neue Erfahrungen könnten der Patient nicht machen, die alten und pathogenen Er-

fahrungen würden perpetuiert. Der Abbruch der Therapie schützt unter diesen Bedingungen den Patienten vor einer Retraumatisierung – eine solche Therapiebeendigung stößt freilich bei nachbehandelnden Kollegen ohne spezifische Erfahrungen in der Borderline-Therapie immer wieder auf manchmal sogar aggressiv vorgetragenes Unverständnis.

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

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

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

L. Köhler (1990, S. 44) erwähnt die atypische Wirkung, die das Verhalten des Kindes bei der Mutter auslösen kann, z. B. wenn aversives Verhalten des Kindes bei der Mutter statt zur Verlangsamung zu verstärkter Annäherung führt:

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

## Die Rolle der haltenden Funktion

Lichtenberg (1983, 1991) geht davon aus, dass die Mutter von Beginn an das sicherheitsgebende Objekt darstellt, wobei traumatische Ereignisse erst ab etwa 18 Monaten in Formen der symbolischen Repräsentation geordnet werden könnten. Er unterscheidet verschiedene Gruppen von Reaktionen einjähriger Säuglinge auf die Rückkehr der Mutter – beispielsweise habe eine Gruppe gelernt, dass Reaktionen auf ihren Kummer inkonsistent sind, und eine andere, dass bei Wiedervereinigung mit der Mutter Kummer eher verstärkt wird.

An anderer Stelle beschreibt Lichtenberg (1990), dass gerade für die Ausbildung einer Borderline-Störung ein familiäres Klima bedeutsam sein dürfte, das vom Umschwung von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit geprägt ist – Borderline-Patienten suchten aktiv nach einem Gefühl der Lebendigkeit durch high-tension-Erfahrungen in Verbindung mit Provokation sowie Streit und zeigten während offener Zustände von high tension die gleiche Einschränkung der Fähigkeit zur Informationsverarbeitung wie Säuglinge in high-tension-states. Lichtenberg folgert, dass gerade die Kontinuität einer stabilen psychoanalytischen Beziehung zu einer neuen Hintergrunderfahrung führt. So lässt sich die Bedeutung des therapeutischen Klimas, also der haltenden Funktion, bereits mit den Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung begründen.

Schon für Winnicott (1965, 1984), dessen diesbezügliche Erkenntnisse durch die moderne psychoanalytische Säuglingsforschung belegt werden, war das Halten des Säuglings eine fundamentale Voraussetzung für die gesunde psychische Entwicklung eines Menschen. Mit Halten ist hier nicht das rein physische Halten gemeint im Sinne eines Auf-dem-

Arm-Halten. Vielmehr betrifft das Halten die gesamte Umwelt, die konkrete Handlung ebenso wie die Motivation für diese Handlung. Füttern eines Säuglings kann einerseits Halten bedeuten, aber andererseits traumatisierend wirken, wenn es zum falschen Zeitpunkt und mit einer falschen »inneren Haltung« geschieht. Niemand könne – so Winnicott (a. a. O.) – ein Baby halten, wenn er nicht in der Lage sei, sich mit dem Baby zu identifizieren. Halten schütze vor physischer Beschädigung und sei bei jedem Säugling anders, denn keiner gleiche dem anderen. Aber ohne ein Halten, besser ein Gehaltenwerden, könne eine weitere Reifung des Säuglings nicht ausreichend stattfinden und insbesondere auch keine Fähigkeit zu Objektbeziehungen entstehen.

Nach Winnicott (a. a. O.) ist in dieser Phase des Lebens – etwa bei Fehlen einer haltenden Umgebung – die Angst des Kindes gleichzusetzen mit einem Gefühl einer drohenden Vernichtung. Dies ist eine Angst, als deren paralleles Gefühl oder als deren Entsprechung im Erwachsenenalter die diffuse, frei flottierende Angst zu sehen ist (s. Kap. 30). In beiden Fällen tritt die Angst unvermittelt auf, ist ihre Ursache nicht konkret zu ergründen. Der Säugling ist zu einem solchen Schritt natürlich nicht in der Lage, aber ebenso wenig vermag der Borderline-Patient den Grund der Angst zu erkennen. So erhält die Angst beim Säugling wie beim Borderline-Patienten jene unvorstellbaren Ausmaße, wie sie nur bei drohender Vernichtung des Individuums angemessen wären. Winnicott (1953, 1984, S. 74) nennt hinsichtlich dieser Angst mehrere ergänzende Beschreibungen, so »Zusammenbrechen«, »unaufhörliches Fallen«, »keine Beziehung zum Körper haben«, »keine Orientierung haben« sowie (1978, 1992, S. 32) »das Gefühl, die äußere Realität sei zur Beruhigung nicht zu gebrauchen« und »andere Ängste, die gewöhnlich als »psychotisch« bezeichnet werden«. Stern (1985, 1992) allerdings meint, diese Vorstellungen vom Empfinden eines Säuglings gingen fehl; Dornes (1993) vermutet auch, dass es sich um einen nicht lokalisierbaren Distress handle, der den Körper ergreife, und der empfunden werde, ohne mit spezifischen Angstgehalten einherzugehen. Auch dies lässt sich mit der »frei flottierenden Angst« des Borderline-Patienten in Verbindung bringen. Wesentlicher noch als die Intensität der Angst ist vermutlich die fehlende Fähigkeit des Ich, mit dieser Angst irgendwie funktional umzugehen. Damit bildet sich eine Angst vor der Angst.

Eine fördernde Umwelt – so Winnicott (1978, 1992) – sei zunächst von absoluter, später von relativer Bedeutung; den »Fortgang der Entwicklung kann man beschreiben als absolute Abhängigkeit, relative Abhängigkeit und den Weg zur Unabhängigkeit« (a. a. O., S. 33). Wenn die Mutter sich nicht gut genug den Bedürfnissen des Kindes anpasse, wenn die Umwelt nicht zuverlässig sei, müsse der Säugling Abwehrmechanismen entwickeln, die den Vorgang verzerrten, »beschäftigt mit der doppelten Aufgabe, das wahre Selbst zu verbergen und sich den Forderungen zu fügen, die die Welt

immerzu an es stellt« (a. a. O., S. 211). Eben diese Verzerrungen liegen auch bei Borderline-Patienten vor – etwa die Verzerrungen in der Sicht von sich selbst wie den anderen, aufgrund derer es nur ein »absolut gut« oder ein »absolut schlecht« gibt, ein »Alles können« oder ein »Nichts sein«.

Gegen die mit der fehlenden Erfahrung eines Gehaltenwerdens verbundene Angst wird laut Winnicott (1953, 1984, S. 79) die Abwehr mittels Desintegration eingesetzt. Das Chaos der Desintegration sei zwar nicht weniger schlimm für das Kind als die Angst aufgrund der nicht haltenden Umgebung, habe aber den Vorteil, vom Kind selbst hervorgebracht und deshalb berechenbar und verstehbar (im Original: analysierbar) zu sein; somit sei sie konkret zuzuordnen – anders als die unvorstellbaren, diffusen Ängste. Hier finden sich Entsprechungen zum »desorganisierten Bindungsstil« aus bindungstheoretischer Perspektive (s. Kap. 16), aber auch zum Phänomen der Dissoziation (s. Kap. 35; Kap. 38; Kap. 39). »Wenn die Kohärenz des kindlichen Selbst ständig als bedroht erlebt wird, dann muss sie notfalls interpersonell gesichert werden. Das kann zu unangemessenen, chaotischen und oft vergeblichen Versuchen führen, den interpersonellen Kontakt irgendwie zu beeinflussen. [...] Psychologisch handelt es sich um Abwehrmechanismen gegen schmerzhaftes oder extrem beängstigendes Erleben, bei dem nicht nur die unmittelbaren Affekte und Kognitionen ausgeblendet werden, sondern viel elementarer auch die Reifung der emotional-kognitiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfunktion unterdrückt wird. Manche Realität ist zu schmerzvoll, die Motivation eines missbrauchenden Elternteils zu schrecklich, die Begründung einer prügelnden Mutter zu absurd, als dass sich eine kohärente Repräsentanz für individuelle Wünsche, Begründungen und Motivationen entwickeln könnte« (Bolm 2009, S. 43). In der Folge komme es zu einer Mentalisierungsstörung (s. Kap. 52) unter anderem mit inkohärenter und unrealistischer Selbst- und Fremdwahrnehmung, hoher Projektionsbereitschaft und fehlender Identitätssicherheit.

Psychische Integration hingegen, so Winnicott (1953, 1984, S. 79) weiter, sei »eng verknüpft mit der Umweltfunktion des Haltens. Das Ergebnis der Integrierung ist die Einheit«. Und Einheit durch Integrierung – also ohne die frei flottierende Angst, ohne die Spaltung und deren Hilfsabwehrmechanismen – ist letztlich das Ziel einer jeden Borderline-Therapie. Insofern stellt die haltende Funktion des Therapeuten bzw. bei stationärer Behandlung die haltende Funktion des gesamten Teams eine unverzichtbare Voraussetzung dar zur Integration, zur Minderung der Ich-Schwäche, zur Minimierung der Spaltung. Ausdrücklich bezieht Winnicott sein therapeutisches Verständnis von Halten auch auf die Behandlung von Borderline-Patienten.

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

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

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

Wir bevorzugen jedoch das Modell der haltenden Funktion, weil sich dieses im Sinne einer haltenden Umgebung auf die gesamten frühkindlichen Erfahrungen – also auf die bei Borderline-Patienten traumatisierende statt haltende Umgebung – beziehen lässt, während sich das Kleinianische Containing ursprünglich darauf bezog, dass »die Mutter als Container für die namenlosen Ängste des Kindes« (Steiner 1996, S. 284) fungiere: Der Container werde benutzt, um unerwünschte Teile des Selbst in ihn zu projizieren. Beim Containing durch das Team geht es also um die »Eliminierung« unerwünschter Teile des Selbst, um negative Affekte und hier insbesondere um das Zentralsymptom der Angst (s. Kap. 30; Kap. 34) als – wie wir heute wissen – Traumafolge, um den Preis der projektiven Identifizierung mit dem »Container« (sprich Therapeuten) und somit letztlich um den Preis der Forderung nach dem Ausbau eines Borderline-typischen und in der Therapie eigentlich zu bearbeitenden und zu reduzierenden Abwehrmechanismus. Die haltende Funktion des Teams hingegen dient der Herstellung einer von vornherein nicht traumatisierenden Umgebung (der Station), in der dann die übermächtigen Ängste des Patien-

ten gar nicht erst angemessen sind und daher grundsätzlich neue Erfahrungen möglich werden.

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

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

- »1. der Analytiker respektiert die Autonomie des Patienten; er »dringt« an Stellen besonderer Verletzlichkeit, an denen das »wahre Selbst« des Patienten zutage treten kann, nicht auf den Patienten ein (not »impinging«);
2. das »Überleben« des Analytikers angesichts der Aggression des Patienten, seiner »Rücksichtslosigkeit« (»ruthlessness«) vor der Integration guter und böser Selbst- und Objektrepräsentanzen ist gewährleistet;
3. die empathische Verfügbarkeit des Analytikers, um an Stellen bedeutsamer Regression für eine emotional stützende Umgebung zu sorgen.«

Weiterhin betont Kernberg (1988a, S. 195 f.), dass sowohl eine ausschließlich intellektuell-kognitive Haltung des Psychoanalytikers als auch ein rein auf das affektive Halten ausgerichtetes und also das Verstehen des Patienten vernachlässigendes Vorgehen nicht günstig seien: »Ich glaube, daß der Analytiker ein Gleichgewicht zwischen beidem aufrechterhalten sollte. Er muß eine echte Anteilnahme bewahren und sich fortwährend bemühen, den Patienten auch dann kognitiv zu verstehen, wenn die sprachliche Kommunikation zeitweise dem Grad der Beschränkung anzupassen ist, mit dem der Patient die Beiträge des Analytikers verstehen und aufnehmen kann. Wie schon erwähnt wurde, muß zur Einstellung des Analytikers auch die Em-

pathie für das gehören, was der Patient bei sich selbst nicht ertragen kann – die Empathie für die dissoziierten Aspekte der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Dies geht über die gewöhnliche Empathie für das zentrale subjektive Erleben einer anderen Person hinaus ...«

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

Zu fragen ist auch, was den einen Patienten befähigt, die Therapie erfolgreich zu absolvieren, und den anderen sehr ähnlichen Patienten genau daran hindert. Zanarini (s. Kap. 5) hat ausgeführt, dass manche Symptome bei Borderline-Patienten akuter Natur und andere Symptome des Temperaments sind. Patienten mit ungünstigerem Verlauf seien womöglich mehr vom Temperament her eingeschränkt. Wir gehen davon aus, dass hinsichtlich der Prognose ein »Temperamentsanteil« (der also schwer veränderlich ist) besonders relevant ist: der persönliche Mut, etwas Neues zu wagen und damit ein Risiko einzugehen. Nur wenn dieser Mut vorhanden ist, wird der Patient zunächst im Rahmen therapeutischer Beziehung und dann auch generell in Beziehungen neue Beziehungserfahrungen wagen. Das aber dürfte die Voraussetzung dafür sein, dass die in den neuronalen Netzwerken gespeicherten alten traumatischen Beziehungserfahrungen nach und nach in ihrer Relevanz minimiert werden, indem neue »gute« Beziehungserfahrungen eben dort gespeichert werden. Nur so gelangen Patienten nach und nach zu mehr Beziehungszufriedenheit. Daneben spielt dann auch der Faktor Zeit (Therapiedauer) eine Rolle.

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

Unsere Patienten – fast alle von ihnen wurden Opfer von Missbrauch und/oder Misshandlung (s. Kap. 21) – sind als Mutter bzw. Vater ihrerseits zum Täter geworden oder würden dieses mit gewisser Wahrscheinlichkeit werden, führ-

te die Therapie nicht zum Erfolg. Zu berücksichtigen sind auch Missbrauch/Misshandlung gegenüber Mitpatienten. Die dadurch bedingten Schwierigkeiten beim Erhalt oder Ausbilden von Sympathie und haltender Funktion werden in der Literatur zumeist nicht erwähnt, geschweige denn diskutiert.

Köhler (1992) berichtet, dass der Bindungsstil eines Menschen – insbesondere von dessen Mutter geprägt – mit einer 80 %igen Wahrscheinlichkeit auf die nächste Generation übertragen werde.<sup>6</sup> Es gebe Hinweise, dass »unverarbeitete Erfahrungen von Mißhandlung oder sexuellem Mißbrauch bei den Bindungspersonen in der zweiten Generation zu einer desorganisierten Bindung führen« (a. a. O., S. 276). Auch Stone (1992) geht von sich über Generationen fortsetzendem Inzest aus (s. Kap. 62). Green (1993) bezeichnet die Wiederholung der originären Elemente von Missbrauch und Misshandlung als genuine posttraumatische Stressantwort. Fallner (1989) untersuchte die Familien von sexuell missbrauchten Patienten: Nahezu 50 % der Mütter hatten ebenso eine Missbrauchsanamnese wie knapp 40 % der Täter. Insofern ist ohne suffiziente sozialpolitische und therapeutische Interventionen eine ständig zunehmende Zahl auto- wie fremdaggressiver Handlungen in der Gesellschaft (s. Kap. 22) zu befürchten, gegen die strafrechtliche »Anpassungen« nichts zu bewirken vermögen.

Vorerfahrungen mit Gewalt und Misshandlung in der Kindheit erhöhen ebenfalls nach Engfer (1986, S. 50) zwar das Risiko, auch die eigenen Kinder zu misshandeln, aber hierbei handele es sich um keinen linearen Zusammenhang oder einen mehrere Generationen prägenden zwangsläufigen Zyklus: »Mehr als die Hälfte vormals mißhandelter Eltern haben offenbar erfolgreich mit dieser schrecklichen Tradition gebrochen.« Engfer bezieht sich aber nicht allein auf persönlichkeitsgestörte Eltern, bei denen der Anteil einer Tradierung von Missbrauch und Misshandlung deutlich höher sein dürfte. Fallner und Engfer interpretieren also dieselben Daten entgegengesetzt.

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

Wenn ein als Kind missbrauchter/misshandelter Borderline-Patient im Rahmen der Therapie erfährt, dass es innerhalb von engen Beziehungen nicht zu Übergriffen – insbesondere Missbrauch und Misshandlung – kommen

muss, hat er aufgrund einer »Revision« seiner eigenen frühen Erfahrungen eine Chance, sich seinerseits gegenüber seinen Kindern nicht misshandelnd/misbrauchend zu verhalten. Mit anderen Worten: Die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidet wesentlich mit darüber, wie der Patient die Beziehung zu seinen eigenen Kindern gestaltet, und kann somit eine wirksame Prävention hinsichtlich der Tradierung traumatisierenden Verhaltens darstellen.

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

Der Therapeut unterliegt in solchen Situationen je nach eigener Persönlichkeitsstruktur (und daraus mitresultierenden Affekten wie Hilflosigkeit, Wut, Ekel usw.), Fachkenntnis und äußeren (beruflichen wie persönlichen) Bedingungen den verschiedensten Abwehrmechanismen: Intellektualisierung und Isolierung, Spaltung und problematischerweise nicht selten Verdrängung oder Verleugnung – hierfür dürfte auch das in Fachpublikationen fast völlige Fehlen des Aspekts »Opfer als Täter« ein Indiz sein; manchmal findet möglicherweise auch eine Identifizierung des Therapeuten mit dem Aggressor (d. h. dem Patienten) statt, was zum sofortigen Therapeutenwechsel führen müsste. Wahrscheinlich bedarf es, um Borderline-Therapeut zu sein, einer speziellen Fähigkeit bzw. Technik, die wir als temporäre und bewusst induzierte »Affektabsplaltung« – auch Brenner (1979, 1982) verwendet diesen Begriff – bezeichnen: Während die »klassische« Spaltung eines Borderline-Patienten dessen Selbst- und Objektrepräsentanzen bei eklatanter Schwäche der Ich-Funktionen und Realitätsverleugnung betrifft, fokussiert die Affektabsplaltung des Therapeuten in Momenten der Bedrohung von Sympathie, technischer Neutralität und haltender Funktion auf die therapieerhaltende Trennung der Objektrepräsentanzen, genauer auf die Separierung der Affekte des Therapeuten bezüglich der Partialobjekte »Opfer« und »Täter«. Hierbei bleiben allerdings (bei stabilen Ich-Funktionen und Selbstrepräsentanzen) die abgespaltenen Objektrepräsentanzen bewusst und die abgespaltenen, beziehungsbelastenden Affekte abrufbar, sodass die umfassende Realitäts- und Affektkontrolle erhalten wird. Affekt-Isolierung wäre kein treffender, weil zu umfassender Begriff und eben unbewusster Abwehrvorgang, der sich zudem auch auf positive

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



Affekte beziehen kann; in diesem Fall wäre eine Sympathie dem Patienten gegenüber nicht mehr aufrechtzuerhalten.

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

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

Befände sich der Therapeut in größerer Einfühlung – oder beispielsweise im Sinne einer Identifizierung gar in Fusion – mit dem Kind (Opfer) als mit dem Patienten, müsste sich dieser von seinem Kind wie auch von seinem Therapeuten verlassen und folglich bedroht fühlen (Täter und Opfer); somit wäre eine Sympathie im eigentlichen Sinne und für die Dauer der Therapie nicht mehr möglich: Ein Therapeutenwechsel lässt sich bei ausreichender Reflexion des Therapeuten nicht mehr vermeiden. Statt Sympathie entstünde im Therapeuten (ganz gemäß der Erwartung und Erfahrung des Patienten) Antipathie. Nun wäre eine technische Neutralität nicht mehr herzustellen, die haltende Funktion nur mehr passager möglich. Folglich geriete

der Patient in die Gefahr einer erneuten Traumatisierung; diesmal durch die Person des Therapeuten, zu dem eine Vater-/Mutterübertragung besteht. Somit entstünde für den Patienten eine Situation wie in seiner Kindheit, bestenfalls eine vernachlässigende Atmosphäre, aber auch eine der (verdeckt ausgetragenen) Aggression. Die Selbstentwertung des Patienten nähme zu. Dieser könnte oder müsste mit einem Suizid reagieren – entweder als Folge der Objekt-aufgabe nach misslungener Objektsicherung oder aber mit dem Ziel der Objektänderung (Kind 1992), um im Objekt (dem Therapeuten) ein gutes Bild von sich zu erzeugen. Eine Quasi-Retraumatisierung des Patienten durch den Therapeuten würde ferner das Kind des Patienten gefährden.

Ohne die Misshandlung oder den Missbrauch des Kindes des Patienten durch diesen zu verstehen, wäre jede weitere Therapie undenkbar (zur Analyse der Psychodynamik von missbrauchendem wie misshandelndem Täterverhalten s. Kap. 21).

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

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

## Zur Psychodynamik der Psychopharmakotherapie

Das zentrale Symptom der Borderline-Störungen stellt nach unserer Überzeugung – wie bereits erwähnt – die frei flottierende, diffuse Angst dar, die vergleichbar ist mit der Vernichtungsangst im Säuglingsalter. Somit sehen wir die Angst als entscheidenden pharmakologischen Zielpunkt vor, zu Beginn und während kritischer Perioden einer Psychotherapie. Wenn es in schwierigen Therapiephasen nicht gelingt, eine Anxiolyse – psychotherapeutisch durch eine haltende Funktion und psychopharmakologisch durch eine Medikation (s. Kap. 77) – zu bewirken, können vermehrt auto- und fremdaggressive Handlungen auftreten.

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

Auf Psychopharmaka (s. Kap. 77) – also auf nicht selten hilfreiche Übergangsobjekte oder nach Götze (1995) auf die Introjektion eines verlorenen guten Objekts – zu verzichten, bedeutete für den Patienten, in seiner Not neuerlich alleingelassen, also nicht gehalten zu werden. Diese Lage, in leidvollen Situationen nicht gesehen zu werden, kennt er und strebt er ebenso an, wie er sie fürchtet. Hierbei – zu betonen ist: auch – mittels psychopharmakologischer Mittel fürsorglich und haltend zu sein, befördert eine positive Übertragung und verhindert oftmals den ansonsten zu gewärtigenden und nicht selten unbewusst vom Patienten intendierten Abbruch der Psychotherapie.

Zurückgreifend auf Karl Abraham, der Introjektion von Inkorporation dadurch unterschied, dass Inkorporation auch die Destruktion des Objekts beinhaltet (s. Steiner 1996), ist neben der Introjektion des verlorenen guten Objekts eine Inkorporation des bösen Objekts<sup>7</sup>, d. h. des Aggressors, zu postulieren. Das Medikament – und damit

unter Umständen auch der verabreichende Arzt – verkörpert also die gute wie die böse Seite eines Objekts (z. B. des Täters) oder auch das gute wie das böse Objekt (Nichttäter wie Täter): Dementsprechend ambivalent steht der Patient Medikamenten gegenüber, die er mal gar nicht, dann wieder im Übermaß verabreicht bekommen möchte.

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

In schwer regressiven Phasen vermag der Patient oft nur noch über den Wunsch nach Oralität, also Medikamenten, Kontakt zum Team herzustellen; würde ihm diese Brücke genommen, zöge er sich aus der therapeutischen Beziehung eventuell völlig zurück. Die Gabe – deren Verordnung muss selbstredend im Rahmen einer sorgfältigen Indikationsstellung erfolgen (alles andere wäre unreflektiertes Mitagieren) – wirkt also hier mehr als die Substanz des Pharmakons, das Medikament wird bei positiver Übertragung vom »guten« Partialobjekt (des Therapeuten) für den Patienten zum zeitweise unverzichtbaren Übergangsobjekt, welches introjiziert wird zur Reduktion der frei flottierenden Angst. Sorgen, dass daraus eine substanzgebundene Abhängigkeit entsteht, sind nicht berechtigt, wenn eine vom Therapeuten reflektierte therapeutische Beziehung besteht und bestehen bleibt. Der Patient wird es nach Beginn der Progression und nach Erreichen der depressiven Position vorziehen, eine Objektbeziehung (zum Therapeuten) zu haben, statt in einer Übergangsobjektbeziehung (zum Medikament) zu verharren. Letztlich fürchtet der Patient aufgrund seiner beziehungsgestaltenden Autonomiebestrebungen eine Abhängigkeit von Personen wie Substanzen gleichermaßen; wenn die Objektbeziehung verlässlich und wenig bedrohlich ist (haltende Funktion), wird das – wenngleich leichter zu beherrschende – Übergangsobjekt (Medikament) überflüssig. Der Therapeut wird zum Medikamentensurrogat, die therapeutische Beziehung zur Suchtprävention – oder aber zum Suchtmittel.

Eine negative Auswirkung einer Psychopharmakotherapie auf die Übertragung (aber auch die Gegenübertragung) ist immer dann zu befürchten, wenn der Patient über die Medikamente eine Art Machtkampf ausübt und ständig mit dem darauf unreflektiert re-agierenden Arzt über die Verordnung im Allgemeinen sowie die Art des Präparates und dessen Dosierung im Besonderen verhandelt: In solchen Situationen kann der Arzt rasch als sich autoritär durchsetzend eingeschätzt und infolgedessen so eklatant entwertet

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

werden, dass eine zum Therapieerfolg notwendige positive Übertragung nicht mehr entstehen kann. Lichtenberg (1987) leitet von Säuglingsbeobachtungen ab, dass das bereits bei Säuglingen vorhandene Forschen und Streben nach der eigenen Wirksamkeit und Kompetenz ein unabhängiges Motivationssystem sein könnte: »Bei Patienten, die das Gefühl haben, ihre Durchsetzungswünsche und forschenden Interessen würden mit konkurrierenden Interessen [Anm.: der Therapeuten] beantwortet, kann die gereizte Reaktion vom Wutausbruch ... bis hin zu chronischer ... Verstimmung reichen« (S. 136 f.). Ein andauernder Zustand könne auch in einer oberflächlichen Einwilligung, in Rückzug, Trotz oder herabgesetzten Aktivitätsniveaus mit Depression münden. All diese den therapeutischen Prozess u. U. nachhaltig störenden Folgen wären bei einem unreflektierten Verhalten des Arztes bei der Verordnung/Verabreichung einer Medikation zu gewärtigen.

Der psychodynamischen Bedeutung jeder Psychopharmakon-Verordnung ist auch aus einem anderen Grund eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken: dem Gefühl des Verordnenden. Das Gegenübertragungsgefühl muss stets analysiert und bei der Verordnung wie Verabreichung berücksichtigt werden, insbesondere die Affekte der Hilflosigkeit und Aggression dem Patienten gegenüber. Sich hier unreflektiert zu verhalten hieße, sich – mittels »professioneller« Mittel, also der Pharmaka – nicht anders zu verhalten als der missbrauchende/misshandelnde sowie der duldende Elternteil. Hingegen anders zu reagieren, die haltende Funktion und technische Neutralität also nicht aufzugeben, bedeutet, einen großen Aufwand an Reflexion zu leisten, denn der Borderline-Patient wird mit allen Mitteln versuchen, den Therapeuten bzw. verordnenden Arzt dahin zu bringen, sich – je nach Übertragungssituation – so zu verhalten, wie sich einst der missbrauchende/misshandelnde (d. h. aggressive) und/oder der duldende/vernachlässigende (d. h. passive) Elternteil verhalten hat – immer in der ambivalenten Hoffnung, der Therapeut möge standhalten und dadurch ein Revidieren früherer Erfahrungen ermöglichen.

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

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

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass viele Borderline-Patienten dahin tendieren, das wahre Ausmaß ihres wirklichen Leids zu verleugnen oder, wenn dieses nicht mehr gelingt, jedenfalls vor anderen zu verstecken. Wenn sie am lautesten lachen, geht es ihnen nicht selten am schlechtesten. In ihrer Herkunftsfamilie – so haben wir oft erfahren – wurde auf Angst, Trauer und Hilflosigkeit mit Missachtung und Misshandlung reagiert, jedoch nicht mit Zuwendung, Tröstung und konkreter Hilfe. Medikamente können eine solche Zuwendung, Tröstung und Hilfe darstellen und ihr Verabreichen unterstützt in solchen Situationen die Ausbildung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Erst wenn das Team und der Therapeut sich nicht dazu verführen lassen, den Borderline-Patienten so zu behandeln, wie dieser von seinen Eltern behandelt wurde, kann eine Psychotherapie begonnen bzw. erfolgreich zu Ende geführt werden.

Insbesondere wenn die Realtraumata im Rahmen der Psychotherapie bearbeitet werden und in dieser Zeit Auto- und Fremdaggressionen sowie Dissoziationen und Pseudohalluzinationen zunehmen (s. Dulz u. Schreyer 1997), scheint es unter Umständen notwendig, auch ungewöhnliche Medikamente in höchsten Dosierungen zu verordnen, um zu verhindern, dass der Patient die Belastung nicht mehr zu ertragen imstande ist und – gewissermaßen als letzten Ausweg – die Therapie abbricht oder sich gar suizidiert. In den meisten Fällen ist eine solche Medikation bei den ja immerhin psychotherapiefähigen Patienten wenig hilfreich und manchmal ausgesprochen kontraproduktiv.

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

Dadurch kann ein scheinbar paradoxer Medikamenteneffekt auftreten, der tatsächlich aber Ausdruck der intra- und interpersonalen Situation ist: Der Patient gerät, um seiner Autonomie nicht beraubt zu werden, bei Verspüren einer Sedierung in immer größere Erregung – aus Angst, die Kontrolle zu verlieren, »ohnmächtig« zu werden. Jetzt »verpuffen« selbst Dosierungen jenseits üblicherweise vertretbarer Größenordnungen scheinbar wirkungslos, sodass bei unreflektiertem Umgang mit der Situation eine Eskalation der Gewalt entsteht; an deren Ende würde der Patient fixiert und realiter seiner Autonomie beraubt. Eine therapeutische Beziehung dürfte anschließend nur sehr schwer (wieder-)herzustellen sein; stattdessen ist eine unreflektierte Beziehung entstanden, in welcher der Fixierende in einer misshandlungsähnlichen Situation die masochistischen Strebungen des Patienten befriedigt. In sehr seltenen Situationen ist dieses allerdings trotz aller Bemühungen seitens des Teams unvermeidlich.

## Anmerkungen zur geschlossenen Unterbringung von Borderline-Patienten

Nur in wenigen Ausnahmefällen, wenn Suizidalität oder Aggression des Patienten bei labiler therapeutischer Beziehung nicht mehr zu kontrollieren sind, wird der Patient kurzzeitig auf die geschlossene Station verlegt; das führt trotz regelmäßiger Besuche durch die Teammitglieder zu einem vom Patienten subjektiv empfundenen Beziehungsabbruch und kann einen Rückschritt im therapeutischen Prozess, sogar einen Anstieg von Suizidalität bedeuten (eine stabile therapeutische Beziehung ist eine wirksamere Suizidprophylaxe als jede geschlossene Tür).<sup>8</sup> Eine Verlegung auf eine geschlossene Station bietet zwar (formale) Sicherheit, aber auch die Wiederholung einer alten Erfahrung: im Moment großer Bedürftigkeit weggegeben zu werden. Umso wichtiger ist die Zeit nach der Rückverlegung, in der sich der Patient der Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung vergewissern wird und die (in gewissem Sinne realtraumatisierende) Verlegung bearbeitet werden kann.

<sup>8</sup> An dem ersten Arbeitstag des Erstautors (B. D.) auf einer geschlossenen Station kam ein (schizophrener) Patient auf den Ref. – damals Berufsanfänger – zu und fragte: »Darf ich Ihnen zeigen, wo man sich hier überall umbringen kann?« Nach der ausgesprochen informativen Führung durch den Patienten kam der Ref. zu dem Schluss, dass das gesamte Haus, wenn man Suizide aufgrund baulicher Maßnahmen verhindern zu können glaubt, abgerissen werden müsste.

Dulz und Schneider (1995, 2000, S. 32 f.) führen aus: »Alle Personen, die mit Borderline-Patienten arbeiten, werden immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob es sich bei autoaggressivem Verhalten um ein parasuizidales Agieren – beispielsweise der »Erpressung« eines Mehr an Zuwendung – oder um eine reale Suizidalität handelt [s. Kap. 36; Kap. 37]. Diese Frage lässt sich präzise nie beantworten. Wichtig ist es aber, immer wieder diesen Versuch zu unternehmen. Bei akuter Suizidalität muss geprüft werden, ob eine Aufnahme bzw. Verlegung auf eine geschlossene Station nötig ist; das führt dann allerdings zu einer Unterbrechung oder gar Beendigung der bisherigen therapeutischen Beziehung. Genau dieses kann von dem Patienten aber auch unbewusst angestrebt worden sein, indem er durch suizidales Agieren unter anderem der Erfahrung auszuweichen sucht, dass doch tragfähige Beziehungen möglich sind. Das Zulassen einer solchen Erfahrung brächte es ja für den Patienten mit sich, seine bisherigen Erfahrungen hinterfragen und sein bisheriges Lebenskonzept in Frage stellen zu müssen. Also gilt es, genau abzuwägen. Einerseits sollte darauf geachtet werden, dass das suizidale Agieren des Patienten nicht zu einem Abbruch der therapeutischen Beziehung führt. Andererseits ist die Quote an Suiziden und ernststen Suizidversuchen bei Borderline-Patienten außergewöhnlich hoch.«

Zu betonen ist auch, dass zu frühe, zu häufige oder zu wenig indizierte stationäre Einweisungen häufig zu einer Chronifizierung des suizidalen Verhaltens bei Borderline-Patienten führen (Bohus u. Rimmel 2004).

Gerade ältere Borderline-Patienten schleppen oft die »Bürde« alter und aus heutiger Sicht nicht geeigneter Therapieerfahrungen mit sich herum. Früher – gemeint sind noch die 1990er Jahre – war es üblich, bei akuter Suizidalität Patienten mit einer Borderline-Störung geschlossen unterzubringen und gegebenenfalls auch zu fixieren; heute würde man ernsthaft überlegen, ob der Patient bei suizidalem Agieren nicht besser entlassen bzw. nicht aufgenommen werden sollte, um eine »Fixierung« auf dieses selbstschädigende und therapieverhindernde Verhalten zu unterbinden. Aufnahmen erfolgen dann oft eher aus juristisch begründeter Angst als aus therapeutischer Indikation. Phasen hochakuter Suizidalität sind bei Borderline-Patienten zumeist von kurzer Dauer, oft nur wenige Stunden, manchmal sind sie noch kürzer, und eine längere Unterbringung wäre zumeist kontraproduktiv.

In früheren Jahrzehnten wurde auf auto- und/oder fremdaggressive Äußerungen bzw. Verhaltensweisen sehr schnell sehr massiv in den Kliniken reagiert, was bei den Patienten zu der Erfahrung geführt hat, dass dieses Verhalten zu einer intensiven Zuwendung führt, in etwa auch der traumatisierenden Art, wie sie es als Kinder erlebt haben; mithin wurde also (seit Kindheit) in verlässlich-vertrauter Weise reagiert. Es ist den Menschen eigen, dass sie vertraute Situationen eher herstellen als unvertraute, auch wenn die

vertrauten traumatisierend sind. Bei diesen Patienten muss gewissermaßen nicht nur die aktuelle Störung behandelt werden, sondern es müssen auch frühere (un-)therapeutische Behandlungsweisen in Kliniken und/oder Praxen korrigiert werden, was den Verlauf komplizierter macht. Um ein Bild aus der somatischen Medizin als Erläuterung zu gebrauchen: Mit fortschreitender Wissenschaft müssen alte künstliche Gelenke, die nicht gut funktioniert haben, gegen modernen Gelenkersatz ausgetauscht werden, was eine erhebliche Verkomplizierung durch eine erneute Operation mit sich bringt im Vergleich zu einer Situation, wenn ein (modernes) neues Gelenk erstmalig eingesetzt wird.

Demzufolge – und auch eingedenk der Tatsache, dass eine geschlossene Tür einen Suizid nicht verhindern kann, eine gute therapeutische Beziehung hingegen viel eher – haben wir in der Fachabteilung Persönlichkeitsstörungen/Traumafolgestörungen der Asklepios Klinik Nord (Hamburg) keine geschlossen geführte Krisen-Interventionsstation, sondern diese wird offen geführt und Fixierungen finden nicht statt. Wolfersdorf (2008) benennt vier Grundprinzipien der Suizidprävention, deren erste »Beziehung« (»Sicherung durch Beziehung«) ist, danach folgen Diagnostik/Einschätzung der Suizidalität, Fürsorge/Management der Situation und Therapie der Krise. Falls eine geschlossene Tür doch einmal nötig sein sollte, werden die Patienten auf einer geschlossenen Station behandelt, die aufgrund der Seltenheit der Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung und der Kürze ihrer Dauer nicht existieren könnte, hätte sie ein spezifisches Konzept (sie wäre zumeist extrem unterbelegt).

Dennoch gibt es immer wieder Borderline-Patienten, die einer solchen geschlossenen Station bedürfen und bei denen das Überleben womöglich der zentrale Therapieerfolg wäre. Der Grat zwischen Progression und antitherapeutischem Sicherheitsdenken ist dann extrem schmal: Geschlossene Unterbringung (und Fixierung umso mehr) bedeutet Zuwendung und verstärkt das zuwendungsrelevante Verhalten (hier: suizidales Verhalten); die Vermeidung dieser Maßnahme bedeutet die Chance auf Veränderung, aber stets um den Preis des Risikos, dass der Patient einen Suizidversuch unternimmt, um – meist unbewusst intendiert – das Personal zu »zwingen«, sich vermehrt zuzuwenden. Hohe Sicherheit bedeutet letztlich eine Schädigung des Patienten, weil er lebenslang »psychisch invalide« bliebe. Kommt es im Rahmen eines nicht zum Tode führenden Suizidversuchs etwa zu bleibenden körperlichen Behinderungen beim Patienten, können Juristen von Versicherungsgesellschaften viele Jahre lang versuchen, die Behandler dafür schuldig zu machen, um Kosten abzuwälzen. Im Abwägen zwischen therapeutisch indizierter Verweigerung von kustodialen Handlungen einerseits und Selbstschutz der Behandler andererseits darf ein Verhalten von Therapeuten nicht die Grenze der Selbstschädigung überschreiten.

Glücklicherweise hat sich inzwischen die gesamte Psychiatrie, auch die »geschlossene Psychiatrie«, weiterentwickelt. Moderne Psychiatrie setzt darauf, dass auch sehr schwierige Patienten in ihrer Haltung »gewonnen« werden müssen, soll die Therapie erfolgreich sein. Eine Therapie, die primär auf Zwang beruht, hat eine schlechte Chance, erfolgreich zu sein.<sup>9</sup> Das betrifft insbesondere Patienten mit einer Borderline-Störung.

## Die Behandlungselemente

### Arbeit am affektiven System: den Patienten beruhigen

Patienten mit einer Borderline-Störung leiden häufig unter unerträglichen affektiven Spannungszuständen auf dem Boden von Grundangst (zum Thema »frei flottierende Angst« als zentralem Symptom der Borderline-Störung s. Dulz u. Schneider 1995, 2000; s. Kap. 34). Zu Beginn der Therapie können quälende Gefühlszustände noch nicht alleine reguliert werden, sondern es bedarf hierzu noch dringend der »externen Regulation« durch das Behandlungsteam, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme einer zusätzlichen psychopharmakotherapeutischen Unterstützung (s. Kap. 77). Ansonsten besteht die Gefahr eines übermäßigen, zum Teil auch impulsiven Rückfalls auf maladaptive Bewältigungsmechanismen bzw. »Symptome«. Übrigens »wählen« die Patienten ihr destruktiv-dysfunktionales, immer (!) unbewusstes Agieren manchmal als eine Art »Not-Lösung« von anderen Menschen, also auch von uns. Dabei handelt es sich dann möglicherweise um Relikte alter Schutzmechanismen bzw. Schutzreflexe aus der Kindheit, die damals durchaus sinnvoll bzw. »funktional« gewesen sein können, um in traumatischen Bindungsbeziehungen ein notdürftiges Überleben zu sichern.

Vor die Aufgabe der Affektberuhigung in Krisenkontakten gestellt, befinden sich Patient und Behandlungsteam daher oft in folgendem Dilemma: Einerseits kann der Patient aufgrund unzureichender autonomer Affektsteuerung die »Borderline-Krise« alleine nicht bewältigen, kann auch das Alleinsein nicht ertragen. Andererseits besteht

<sup>9</sup> Das führte früher zu extrem trickreichem Verhalten von Patienten, Tabletten nicht schlucken zu müssen, indem sie unter der Zunge verborgen wurden – hier half dann auch das damals übliche in den Mund gucken nicht, man hätte mit Gewalt die Zunge beiseite drücken müssen; das hat dann die Abwehr der Patienten verstärkt und spätestens nach der Entlassung haben sie die Medikation weggelassen.

gerade jetzt die Gefahr, dass der Patient das Zusammensein mit anderen bzw. das Abhängigsein von anderen als besonders »gefährlich« (subjektiv) bzw. besonders »verzerrt« (objektiv) erlebt. Im affektiv aufgeladenen Klima der »Borderline-Krise« aktivieren sich die verinnerlichten negativen Beziehungserfahrungen mit entsprechenden Elementen unsicher-ambivalenter, unsicher-vermeidender oder unsicher-desorganisierter Bindungsstile fast automatisch. Es gehört dann nicht mehr viel dazu, dass sich frühere konflikthafte Beziehungskonstellationen und/oder »alte Feindbilder« sowohl im subjektiven Erleben des Patienten als auch tatsächlich szenisch-interaktionell auf der Station oder auch anderswo wieder herstellen bzw. reinszenieren können. Entsprechende Phänomene wurden in der psychoanalytischen Theorie oft als »Wiederholungszwänge« oder als »projektive Identifikationen« beschrieben.

Für das Behandlungsteam ist es dann oft eine Herausforderung, den extrem angespannten, angstvollen, hilflosen oder auch feindselig-aggressiven Patienten (»Angstbeißer«) »richtig« zu beruhigen, sich auf ihn und seine jeweiligen Bedürfnisse angemessen einzustimmen, ihn und seine oftmals heftig agierten extremen Bindungsambivalenzen und Projektionen auszuhalten und damit professionell umzugehen. Dies ist nicht damit gleichzusetzen, dass das Behandlungsteam den Patienten beliebig aushalten oder gar »erdulden« muss. Vielmehr sollten beruhigende, begrenzende, antwortende und übersetzende Funktionen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen – im Sinne einer haltenden Funktion. Hierbei ist es vorteilhaft, wenn der Therapeut auf dem Boden technischer Neutralität dynamisch hin- und herwechseln kann zwischen der Position eines »interagierenden«, sich auf das Erleben des Patienten empathisch einlassenden, gleichzeitig »standfesten« »Mitspielers« einerseits und der Position einer guten fachlichen »Meta-Ebene« (Reflexionsmodus) andererseits.

### **Übersetzungsarbeit: die »Handlungssprache« des agierenden Borderline-Patienten nach und nach mit ihm in »Wortsprache« umwandeln**

Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen haben gerade in Krisensituationen, wie Jugendliche, große Schwierigkeiten, ihr innerpsychisches und zwischenmenschliches Erleben, ihre Gefühle und Konflikte »in Worte zu fassen« (s. Kap. 18). Es gelingt ihnen dann nicht, sich selbst zu verstehen, und erst recht nicht, sich anderen Menschen mit Worten »angemessen« mitzuteilen. Auch ist die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen, in solchen Zuständen erheblich herabgesetzt: Die Patienten neigen dann noch mehr als sonst dazu, ihre Mitmenschen misszuverstehen bzw. sie

bis hin zur paranoiden Verkennung verzerrt wahrzunehmen, sie zu fürchten oder gar bekämpfen zu »müssen«. In der Sprache der Mentalisierungstheorie befindet sich der Patient dann im »Äquivalenzmodus«, bei einer gestörten »Mentalisierungsfähigkeit«, bei nicht bzw. bei unzureichend vorhandenem spielerischem »Als-ob-Modus« sowie bei nicht bzw. unzureichend vorhandenem »Reflexionsmodus« (z. B. Bolm 2009; s. Kap. 52). Unter bindungstheoretischen Aspekten betrachtet kommt es in solchen Krisenzuständen zu wechselseitigen bzw. »teufelskreisartigen« Verstärkungen von Selbst- und Affektregulationsstörungen einerseits und (verinnerlichten) Beziehungs- und Bindungsstörungen andererseits. Die Sprache des Patienten ist unter Bedingungen von extremer Affektspannung, Beziehungsunsicherheit und Mentalisierungsstörung oft sprunghaft, widersprüchlich oder chaotisch (»primärprozesshaft«). In wieder anderen Fällen ist die Sprachebene zwar unauffällig, aber wichtige Inhalte »kommen« gar nicht erst »zur Sprache«, sondern werden »abgespalten« durch andere Kanäle szenisch bzw. handlungsdialogisch »mitgeteilt«. Neben dem Narrativ kann sich somit ein je nach Patient und Situation ganz unterschiedlich geartetes präsymbolisches handlungsdialogisches Kommunikationsgeschehen aufbauen. Wir versuchen nun, den Patienten in diesem Agieren zu »erkennen« und zu verstehen, uns auf sein Erleben und die entsprechenden Ausdrucksformen seiner Not einzulassen, nicht diese Signale von vornherein zu unterdrücken oder nur als Symptome abzutun. Statt den Patienten nur mit Worten, starren Regeln und Medikamenten zu behandeln, bieten wir individuelle Bezogenheit und Geduld, ein elastisches Netz von Beziehungen zu Therapeuten und Pflegepersonal, verbale und nonverbale, kreative und körperbezogene Therapien an.

Vor diesem Hintergrund nehmen wir in der ersten Phase der Therapie nach Möglichkeit Abstand von allzu konflikt- und deutungszentrierter psychotherapeutischer Arbeit.

## **Einteilung der Therapie in drei Phasen**

### **Erste Phase: haltend/affektstabilisierend**

Ohne eine Fokussierung auf die sogenannten haltenden Funktionen des Behandlungsteams in der ersten Phase der Therapie wird die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung in aller Regel nicht möglich sein. Für den Patienten ist zunächst ein »Ankommen auf der Station« wichtig: Dabei geht es vor allem darum, dass sich der Patient auf der Station orientieren und dort ein »Grundvertrauen« fassen kann und dass sich ausreichend tragfähige therapeutische »Arbeitsbeziehungen« herausbilden.

Diese Phase kann für alle Beteiligten viel Zeit und Kraft in Anspruch nehmen und ist nicht als möglichst schnell (gar vertraglich) abzuhandelnde Voraussetzung für die nachfolgende »aufdeckende«, deutende, biografische und traumazentrierte Arbeit zu betrachten. Vielmehr stellt das gemeinsame Erarbeiten (oft verbunden mit Kämpfen, Ringen und Aushalten fast unerträglicher Spannungen auf beiden Seiten) von irgendwann dann endlich ausreichend sicheren und stabilen therapeutischen »Bindungs«-Beziehungen für viele Patienten einen in ihrem Leben bisher nie erreichten Meilenstein bzw. das »Herzstück« ihrer bei uns verbrachten Psychotherapie-Zeit dar.

Während dieser wichtigen ersten Phase der Therapie stehen hauptsächlich die Bereiche Affektregulierung, Affektwahrnehmung, Affektspiegelung, Affektmarkierung und Selbststeuerung im Fokus der therapeutischen Bearbeitung. Viel therapeutische Arbeit am affektiven System kann dabei übrigens auch implizit – gerade im Rahmen der im Stationsalltag »so nebenher« ablaufenden Beziehungssequenzen – vor allem mit dem Pflorgeteam und auch mit den Mitpatienten geschehen.

Aktuelle dysfunktionale Beziehungsmuster können aufgrund der noch vorherrschenden affektiven Instabilität, Bindungsunsicherheit und damit verbundenen reflexiven Einschränkungen in der ersten Zeit noch nicht »einsichtsorientiert« bzw. noch nicht übermäßig explizit-konfrontativ bearbeitet werden. Oder etwas anders formuliert: Die dysfunktionalen Beziehungsmuster und die ihnen ja innewohnenden Abwehrfunktionen sollten in dieser kritischen Anfangsphase vom Therapeuten und vom Behandlungsteam noch nicht »auseinandergenommen werden«. Der Patient kann Übertragungsdeutungen meist noch nicht konstruktiv verarbeiten, sondern fühlt sich eher angegriffen, verletzt, gekränkt, noch mehr verunsichert – was sich in dieser Phase der noch nicht vollzogenen wechselseitigen Vertrauensbildung ungünstig auf den therapeutischen Prozess auswirkt.

Unverzichtbar sind auf der anderen Seite deutliche Grenzsetzungen, d. h. ein klares und eindeutiges Reagieren bzw. Handeln des Behandlungsteams bei intolerablem destruktiv-dysfunktionalem Verhalten und Agieren des Patienten.

So ist es von großer Wichtigkeit, dass beispielsweise auf exzessive Selbstverletzungen oder auf suizidale Inszenierungen unter Einbezug von Mitpatienten oder auf massive Gewaltandrohungen gegen andere mit Entschlossenheit und Entschiedenheit reagiert wird, auch bzw. gerade wenn dem Patienten das Destruktive seines Handelns gar nicht so bewusst ist. Zum einen haben derartige »unmissverständliche« therapeutische Grenzsetzungen, bei denen es sich manchmal auch um eine Entlassung mit Wiederaufnahmeangebot handeln muss, durchaus kommunikativen, sozusagen handlungsdialogischen Charakter, den wir

selbstverständlich immer verbal ergänzen. Zum anderen haben klare Grenzsetzungen die unverzichtbare Funktion, die Mitpatienten, den Schutzraumcharakter und das therapeutische Milieu der Station zu bewahren. Nicht zuletzt haben auch sie wichtige haltende Funktionen.

Auf unserer Station halten wir an einem kleinen Regelkatalog konsequent fest, der unter anderem Folgendes beinhaltet: keine Gewalt, kein »Trauma-Talk«, kein »Trigger« anderer z. B. mit Selbstverletzungen, kein Dealen, aber auch verbindliche Teilnahme z. B. an Morgenrunden und an Putzdiensten, wobei die Patienten letztere in Vollversammlungen demokratisch untereinander aufteilen (lernen). Wir tun dies aus der Überzeugung heraus, dass wir unseren Patienten Stabilität, Sicherheit und Orientierung gebende »Strukturen« konsequent und kontinuierlich anbieten müssen, damit sie diese nach und nach verinnerlichen und so zu mehr Eigenverantwortung und Selbststeuerung kommen können. Manche Regeln (z. B. Teilnahme an den Morgenrunden als Voraussetzung, um abends den Ausgang genehmigt zu bekommen; verbindliche Übernahme von Ämtern) führen bei den Patienten zu Unmut, sie fühlen sich hierdurch gegängelt und »nicht wie Erwachsene« behandelt. Zumeist lässt sich den Patienten der Sinn solcher Maßnahmen aber vermitteln und sie erkennen diese zunehmend als Hilfestellung, um Alltagsfertigkeiten, soziale Kompetenzen und eine funktionstüchtigere Tagesstruktur einüben zu können. Für das therapeutische Gelingen ist es wichtig, dass sich die Patienten auf den für sie zumeist konfliktreichen bzw. angstbesetzten Komplex der »stationären Strukturen und Regeln« ausreichend positiv einstellen können.

Von überfrachteten Regelkatalogen oder engmaschigen »Eingangsverträgen« halten wir also nicht viel, sehen diese, zumindest in unserem Behandlungskonzept, als eher regressionsfördernd und entwicklungshemmend an. Anders als viele andere Kliniken greifen wir auch nur in begründeten Ausnahmefällen auf konkrete und schriftliche Verträge zurück. Uns scheint die Annahme, dass der Patient seine dysfunktionalen Bewältigungsmuster auf der Basis eines Vertrages künftig einfach wird unterlassen können, im Widerspruch zur Behandlungsdiagnose zu stehen: liegen doch den dysfunktionalen Verhaltensweisen (z. B. den Selbstverletzungen, dem Substanzmittelabusus, dem suizidalen Agieren) in den meisten Fällen ernste affektive Dysregulationen zugrunde, die der Patient zu Behandlungsbeginn eben gerade nicht durch einen starken Willensakt unterdrücken kann. Nach unseren Erfahrungen stellen sich schwer persönlichkeitsgestörte Patienten mit schweren Regulationsstörungen – namentlich mit schwacher Ich-Struktur, Mentalisierungsdefiziten und/oder hohem affektivem Arousal auf der Basis von früheren Beziehungstraumatisierungen – im Rahmen von Klinikaufhalten mit entsprechenden »Vertrags-Settings« oft als nicht »nicht commitmentfähig« heraus.

## Zu Behandlungsverträgen

Gerade bei Patienten mit schweren Beziehungspathologien kann ein Vertrag (unbewusst) geradezu eine Aufforderung zu Macht-Ohnmacht-Kämpfen bzw. ein willkommenes Instrument zum »Aushebeln« darstellen, was im therapeutischen Prozess zu viel Raum und Zeit bekommen und von den eigentlichen Konfliktthemen des Patienten sehr ablenken kann, im Sinne von »Nebenkriegsschauplätzen« in der Therapie. Umgekehrt kann ein vordergründiges Einhalten der Verträge und Regeln beim Patienten ebenso vordergründige Anpassungsleistungen hervorbringen, was an sich ja nicht problematisch wäre, wenn es nicht gleichzeitig zu einer Verlagerung des »verbotenen«, aber in der Therapie noch nicht überflüssig gewordenen Agierens (Abwehrfunktion!) in andere Bereiche kommen würde, was nach unseren Beobachtungen nicht selten der Fall ist (z. B heimliche Selbstverletzungen, heimliche Einnahme von Tranquilizern oder Drogen, aber auch Zunahme destruktiver Beziehungsdynamiken »hinter den Kulissen« auf der Station oder in den sozialen Außenbeziehungen). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass das Klären von zwischenmenschlichen Problemen und Konflikten mittels Verträgen und Regeln aufgrund des Charakters und der Kommunikationsform relativ rigide und alltagsfern ist und auf die sozialen Außenbeziehungen nicht gut übertragen werden kann. Wir haben Zweifel, dass die Patienten bei einer therapeutischen Fokussierung auf Verträge und starres Regelwerk gerade im gestörten zwischenmenschlichen Bereich zu einem flexibleren, empathischeren und eigenverantwortlicheren Handeln und Entscheiden kommen können. Außerdem kann durch zuviel Einbindung in Verträge und Regeln die in den therapeutischen Beziehungen anzustrebende gemeinsame Übersetzungsarbeit und Versprachlichung des Agierens bzw. des präsymbolischen Handlungsdialogs verhindert oder zumindest erschwert werden, weil nämlich zu wenig auf einer Meta-Ebene reflektiert wird, was der Patient mit seinem Agieren ausdrückt, ob und warum er das noch »nötig hat«, was er damit bei uns auslöst und welche Schlussfolgerungen bzw. Interventionen wir daraus ableiten. Stattdessen kann es zu unverhältnismäßigen Teamauseinandersetzungen und unreflektierten Teamspaltungen darüber kommen, welche Regeln und Verträge der Patient »jetzt schon wieder« gebrochen hat und mit welchen zusätzlichen Regeln man dagegen vorgehen müsse oder aber gerade nicht. Es besteht somit die Gefahr, in Agieren und Spaltungsprozesse »hineingesogen« zu werden, sich mittels Regelwerk gemeinsam mit dem Patienten auf einer handlungsdialogischen Ebene zu »fixieren«, statt mit ihm auf eine symbolische oder reflexive Ebene zu kommen oder zumindest einen »Möglichkeiten-Raum«, einen »mental Raum« hierfür zu eröffnen.

Unsere kritische Haltung zu Verträgen besteht ganz ausdrücklich im Zusammenhang mit Suizidversuchen: Sui-

zidales Agieren und Suizidversuche werden bei uns, auch und gerade bei Patienten mit chronischer oder subakuter Suizidalität, nicht von vornherein »vertraglich ausgeschlossen«. Da Suizidalität für einen Großteil unserer Patienten ein bedeutendes und vielschichtiges Thema ist und beispielsweise »Bewältigungs- und Flucht-Funktionen« oder auch kommunikativen Charakter (Hilferuf) haben kann, halten wir es nicht für sinnvoll, gerade diesen heiklen und therapiebedürftigen Bereich und die dazugehörigen dysfunktionalen Beziehungsmuster aus der therapeutischen Bearbeitung auszuklammern. Nicht selten erlebten wir Patienten, welche die Antisuizidverträge für eine Abspaltung von Eigenverantwortungsanteilen bzw. Selbststeuerungsanteilen zu instrumentalisieren schienen, etwa in dem Sinne: »Nicht ich entscheide mich fürs Leben, nicht ich arbeite in der Therapie dafür, weiterleben zu wollen, sondern der Vertrag schreibt es mir so vor.« Dieses ist umso problematischer, als dass sich gerade Ich-Struktur-schwache Patienten in krisenhaften Zuständen mit Verdichtung von Affekt- und Beziehungspathologie an einen Vertrag nicht mehr gebunden fühlen (können).

Anzumerken ist übrigens noch, dass das Vertragswesen ja ursprünglich aus dem ambulanten Setting stammt (Kernberg: Übertragungsfokussierte Psychotherapie [TFP], Linehan: Dialektisch-Behaviorale Therapie [DBT]) und hier auch aus unserer Sicht sicherlich eine andere Berechtigung und Notwendigkeit hat, allein auch schon aus US-formaljuristischer Sicht.

Gegen Vereinbarungen hingegen haben wir keine Einwände.

## Zweite Phase: deutend/beziehungsfokussiert

Der Patient hat sich inzwischen auf der Station eingewöhnt, zum Behandlungsteam oder zumindest zu einem Teil davon ausreichend stabile und vertrauensvolle Beziehungen aufgenommen und ist mit ihm ins Gespräch gekommen, d. h., es besteht ausreichende Bindungssicherheit. Er befindet sich nicht mehr in Zuständen von hoher Angst oder Anspannung oder aber in ständigem regressivem Rückzug. Er verfügt inzwischen, zumindest außerhalb von Krisenzeiten, über eine ausreichend gute affektive Spannungstoleranz sowie genügend affektive Regulationsmöglichkeiten und Selbstberuhigungsfunktionen. Somit ist die Basis für die »Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie« im engeren Sinne geschaffen.

Die zutage getretenen problematischen Interaktionssequenzen zwischen dem Patienten und seinen Mitpatienten oder zwischen dem Patienten und den Teammitgliedern können mit dem Team anschließend zunehmend konstruktiv bzw. alternativ bewältigt werden, d. h. ohne die bisherigen intra- und interpersonellen Probleme, ohne Wutausbrüche,



Missverständnisse, Impulsdurchbrüche, Machtkämpfe, Entwertungen. Vor allem in den therapeutischen Einzelsitzungen ist es möglich, die problematischen Verstrickungen auf der Station als beispielhaft für die zwischenmenschlichen Probleme des Patienten in der Außenwelt heranzuziehen. Lebensgeschichtliche Zusammenhänge können erkannt und zum Teil bearbeitet werden. Alternativen im »sozialen Außenfeld« können überlegt und im Rahmen von Beurlaubungen ausprobiert werden. Zu klären ist auch, wie sich der Patient »Normalität« vorstellt; zumeist hat er keine solche Vorstellung, was dann »Normalität« als etwas Unvorstellbares bedrohlich macht.

Ebenfalls in den psychotherapeutischen Einzelsitzungen kann nun mit einer vorsichtigen konfrontierenden Deutungsarbeit der problematischen Interaktionsmuster des Patienten auch anhand der Patient-Therapeut-Beziehung begonnen werden (Übertragungsfokussierung; s. Kap. 50). Voraussetzung hierfür ist, dass sich inzwischen eine ausreichend sichere und vertrauensvolle therapeutische Beziehung entwickelt hat. Bei den Interventionen bietet es sich an, mehr oder weniger direkt an die aktuellen und für den Patienten typischen Konfliktstrukturen anzuknüpfen, die sich mit ihm auf der Station ergeben, die er bevorzugt immer wieder herstellt und bei denen es sich oft um lebensgeschichtliche Wiederholungen handelt.

Eine entsprechende Intervention bei einer suizidal agierenden Patientin könnte beispielsweise so aussehen: »Im Moment verhalten Sie sich so, dass wir ständig auf Sie aufpassen müssen, damit Sie sich nichts antun. Dadurch können Sie sich ganz frei und ungehindert Ihrem selbstzerstörerischen Tun hingeben. So können Sie aber gar nicht lernen, auf sich selber aufzupassen.«

Bei der Deutungsarbeit sind folgende Bereiche wichtig:

- den Patienten dabei unterstützen, sich abgespaltene Selbstanteile zunehmend bewusst zu machen und zu integrieren
- dem Patienten seine verinnerlichten Objektbeziehungsmuster und die aktuell daraus entstehenden Wahrnehmungsverzerrungen und Probleme bewusst machen
- den Patienten dabei unterstützen, ein realistischeres und ganzheitlicheres Bild sowohl von sich selbst als auch von anderen zu bekommen
- den Patienten dabei unterstützen, Ambivalenzspannungen und Widersprüche besser auszuhalten
- den Patienten dabei unterstützen, mehr Verantwortung für sich und für sein Leben zu übernehmen, statt andere dazu zu bringen, dieses für ihn zu tun

### Dritte Phase: Abschied

Dieser Phase muss unbedingt genügend Zeit eingeräumt werden. Grundsätzlich sollte das Thema Abschied/Entlas-

sung gerade bei den »trennungsvulnerablen« Borderline-Patienten niemals tabuisiert werden. So macht es – vor allem bei Patienten mit ausgeprägten dependenten Anteilen oder bei Patienten mit vielen unverarbeiteten Trennungstraumata in der Biografie – Sinn, das Thema Entlassung schon in Phase zwei oder sogar in Phase eins anzusprechen. Ansonsten ist es natürlich nur auf den ersten Blick ein Paradoxon, dass unseren Patienten der Abschied umso schwerer fällt, je mehr und besser sie sich auf die Therapie, d. h. auf uns, ihre Therapeuten, »eingelassen« haben. Dementsprechend ist es geradezu typisch, dass die Symptome insbesondere vor der Entlassung zeitweise wieder zunehmen – als Zeichen großer emotionaler Belastung, die letztlich nun aber konstruktiv durchgestanden werden kann.

In unseren psychodynamisch-interaktionellen Gruppen (s. Kap. 53) pflegen wir aus gutem Grund seit langem die Tradition von Abschiedsgruppen: zum einen als wichtiges Abschieds-Ritual und Gelegenheit für eine wechselseitige Feedback-Runde (in der übrigens auch die Therapeuten nicht verschont bleiben), zum anderen aber auch als ein wichtiges Mittel, um dieses heikle Thema im Gruppenbewusstsein immer lebendig und »in Bearbeitung« zu halten. Uns fällt gerade im Rahmen dieser Abschiedsgruppen immer wieder auf, dass die Mehrzahl der »neuen« (neu aufgenommenen) Patienten behauptet, Abschiede würden ihnen grundsätzlich überhaupt nichts ausmachen, seien für sie »kein Thema«, das hätten sie »doch schon zigmal durchgemacht, na und?«. Bei den länger auf der Station befindlichen Patienten hingegen mobilisieren die Themen Abschiede/Trennungen inzwischen viel größere Ängste: Sie nehmen die Abschiedsängste und den dazugehörigen Verlustschmerz nun auf einer viel »bewussteren«, reiferen Ebene wahr, sie fürchten diese, nehmen sie dann und wann auch vorweg. Und vor allem können sie betrauern – nicht nur den eigenen Abschied von der Station, sondern auch deutlich darüber hinaus Abschiede und Trennungen von Menschen und auch von Unrealisierbarem ganz allgemein.

Was fast alle Patienten im Zusammenhang mit ihrer nahenden Entlassung gemeinsam haben, sind zum einen die großen Ängste und zum anderen die mit der Angst gewissermaßen eng verbundenen tiefen Hoffnungen (als ginge das eine nicht ohne das andere), ob sie die in der Therapie erreichten Fortschritte, ihre neu erlernten Umgangsweisen mit ihren Problemen, mit sich selbst, mit ihren Gefühlen und mit anderen Menschen, »das alles im Leben draußen« auch werden »halten« können. Bei vielen Patienten sind gegen Ende der Behandlung, neben aller Abschiedsangst, Ungewissheit und Unsicherheit, auch ein sehr starker Wille und eine große Neugier zu beobachten: »Ich will es jetzt endlich mal alleine ausprobieren und merken, dass es auch ohne die Station klappt! Auch wenn ich eine Schweineangst habe!« So oder so ähnlich haben es zum Schluss sehr viele Patienten formuliert. Für alle war es sehr hilfreich zu wis-

sen, dass sie sich »zur Not« wieder an uns wenden konnten. Und nicht wenige besuchen regelmäßig unsere Ehemalingengruppe.

Es ist wichtig, einen großen Teil der therapeutischen Arbeit in den letzten Wochen, besser Monaten, konkret auf solche kommenden Außensituationen auszurichten. Beispielsweise:

- Wo wird der Patient in seinen Krisen hingehen?
- Welche Situationen oder Personen wird er eher aufsuchen oder welche eher meiden?
- Wo sieht er jetzt schon konstruktive Ansätze, Alternativen, Perspektiven?
- Wie ist das Thema der ambulanten Therapeutensuche umgesetzt worden?

In diesem Zusammenhang: Nicht abgespalten werden sollte auch das Thema Abschiedsschmerz aufseiten der Behandler. Nach Installierung dieser Borderline-Station im Jahre 1990 fiel uns auf, dass die Abschiede der Patienten fast systematisch misslangen. Viele von ihnen gingen nach dem Prinzip der verbrannten Erde. Wir erkannten, dass wir zwar die Abschiede der Patienten präsent hatten, aber uns nicht unsere eigenen Abschiede von den Patienten bewusst gemacht hatten. Nachdem hier nachgebessert wurde, musste von den Patienten weit weniger Erde verbrannt werden als zuvor. Abschied müssen eben immer beide nehmen.

## Fazit

Die stationäre beziehungsorientierte psychodynamische Behandlung von Borderline-Patienten bedarf der Berücksichtigung einer Fülle von Faktoren. Neben der Bedeutung von haltender Funktion im Sinne Winnicotts, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie muss die Psychodynamik einer Pharmakotherapie betrachtet werden. Schwierig ist der Umgang mit der Täterschaft (etwa an den eigenen Kindern) von Patienten, die zunächst als »reine« Opfer in Behandlung gekommen sind. Entgegen früherer Gepflogenheit erfolgt die stationäre Behandlung grundsätzlich auf offen geführten Stationen; nur vereinzelt bedürfen Borderline-Patienten einer geschlossenen Unterbringung – und dann in der Regel nur für kurze Zeit.

Eine Einteilung der stationären Psychotherapie in

- Phase eins »haltend/affektstabilisierend«,
- Phase zwei »deutend/beziehungsfokussiert« und
- Phase drei »Abschied«

hat sich bei uns im Großen und Ganzen als sinnvoll erwiesen. Natürlich kommen in der Praxis auch »Durchmischungen« vor.

Ohnehin muss es in der Therapie immer darauf ankommen, dass das Behandlungsteam die Behandlung flexibel auf die jeweiligen und im Verlauf wechselnden strukturellen und situationsabhängigen Gegebenheiten des Patienten so gut wie möglich abstimmt. So kann es bei einigen Patienten mit relativ guten Ich-Funktionen und guter Mentalisierungsfähigkeit, aber mit einer ausgeprägten narzisstischen Pathologie sowohl möglich als auch dringend nötig sein, sehr früh, also schon in der ersten Phase, konfrontativ zu deuten, wenn dem Therapieprozess überhaupt eine Chance gegeben werden soll: wenn sich nämlich bestimmte destruktive Muster in der Therapie nicht etablieren sollen, wenn »Brandherde möglichst früh erkannt und gelöscht« werden müssen und nur so einem (zuvor meist schon im Rahmen zahlreicher Vorbehandlungen eingetretenen) »Syndrom der verbrannten Erde« (einer zerstörten Behandlungsbasis entsprechend) entgegengewirkt werden kann. Umgekehrt kann der krisenhafte Einbruch eines Patienten in der zweiten Phase, etwa im Zuge einer Traumabearbeitung oder einer anderweitig begründeten affektiven Verdichtung, Anlass dazu geben, die therapeutische Arbeit vorübergehend etwas weniger konfrontativ zu gestalten und den Schwerpunkt wieder mehr auf haltende und stützende Hilfs-Ich-Funktionen zu legen, bis der Patient die Krise überwunden hat. Auch dieses, eine »kontrollierte Regression«, kann in einer fortgeschritteneren Phase der Therapie für den Patienten eine überaus wichtige Beziehungserfahrung bedeuten. Es kann nicht genug betont werden, dass es eben therapeutische und untherapeutische Regressionen gibt: maligne Regressionen und Regressionen im Dienste des Ich oder des Selbst. Das Wort Regression löst heutzutage in der Ära der Effektivität und Schnellebigkeit unverzüglich Allergien aus. Das ist aus therapeutischer Sicht fatal, denn therapeutische Regressionen sind immer wieder unverzichtbar, gerade bei Patienten, die – beispielsweise – schon als Kind die betrunkenen Mutter und die kleinen Geschwister tagein, tagaus versorgen mussten.

Nebenbei: Auch Therapeuten haben Kummer, und dann essen die einen Schokolade, andere trinken Rotwein, manche legen sich mit einer Wärmflasche ins Bett und wieder andere hören Bach, Pink Floyd oder Rammstein (je nachdem). Uns Therapeuten hilft das, diese therapeutische Regression im Dienste des Ich. Unseren Patienten übrigens auch.