

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fachbereich Sozialpädagogik

**Neue Modelle der Genese und Therapie von Borderline-
Persönlichkeitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der
Beziehungsgestaltung und –erfahrung**

Vorgelegt von:

Carsten Eschrich
Heidberg 22
22301 Hamburg

Mat-Nr.: 1537861

Prüfer:

Frau Prof. Wens
Herr Prof. Zeichner

Vorgelegt am 14.07.2004

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|--|-----------|
| Einleitung | 4 |
| 1 Historisches zum Begriff „Borderline“ | 7 |
| 2 Diagnostik | 9 |
| 2.1 Diagnostische Kriterien nach dem DSM-4 | 10 |
| 2.2 Symptome als deskriptive Merkmale einer Diagnose | 11 |
| 2.2.1 Episodischer Verlust der Impulskontrolle und die Vermeidung von Ambiguität | 12 |
| 2.2.2 Frei flottierende Angst und ihre Koppelung an Objekte | 14 |
| 2.2.3 Alleinsein und extreme Verlassenheitsängste | 16 |
| 2.2.4 Chronisches Gefühl von Leere und Langeweile | 17 |
| 2.2.5 Selbst- und fremdverletzendes Verhalten | 17 |
| 2.2.6 Suizidalität | 19 |
| 2.2.7 Dissoziation in Folge von Aktivierungen traumaassoziiertes Schemata | 20 |
| 2.2.8 Antisoziales Verhalten und Delinquenz | 21 |
| 2.3 Strukturmerkmale und Psychodynamik, Schwerpunkte der Diagnose | 22 |
| 2.3.1 Die Borderlinestruktur als Abwehr- und Erhaltungsstrategie | 22 |
| 2.3.1.1 Die Spaltung | 23 |
| 2.3.1.2 Identitätsdiffusion und Verleugnung | 24 |
| 2.3.1.3 Kritik am Modell der Spaltung | 25 |
| 2.3.1.4 Projektion und projektive Identifizierung; Idealisierung und Abwertung | 25 |
| 2.3.1.5 Regression in der therapeutischen Beziehung | 26 |
| 2.3.2 Realitätsprüfung und Realitätsverlust | 27 |
| 2.4 Die Gegenübertragung und ihre Bedeutung für die Diagnose der BPS | 29 |
| 2.5 Zusammenfassung und Rückschlüsse für die Beziehungsgestaltung | 30 |
| 3 Genese der BPS | 31 |
| 3.1 Skizzen verschiedener Erklärungsansätze für frühe Beziehungsstörungen hinsichtlich der Entwicklung einer BPS | 32 |
| 3.2 Traumatisierende Faktoren in der frühkindlichen Entwicklung aus bindungstheoretischer Sicht | 34 |
| 3.2.1 Kriterien von Bindungssicherheit | 35 |
| 3.2.2 Bindungsmuster bei Borderline-Patienten | 35 |
| 3.3 Mahlers Theorie der Störung von Individuation und Loslösung während der Wiederannäherungsphase | 36 |
| 3.4 Kernbergs analytische Theorie der oralen Traumatisierung | 37 |
| 3.5 Die Bedeutung von Missbrauch und Misshandlung | 39 |
| 3.6 Neurobiologische Ursachen | 40 |
| 3.7 Autonomie und die Frage nach der Existenzberechtigung | 41 |
| 3.8 Zusammenfassung und eigene Einschätzung | 42 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | Beziehungsgestaltung und Selbsterleben von Borderline-Patienten exemplarisch dargestellt an zwei Beispielen | 44 |
| 4.1 | Anfänge einer Beziehungsaufnahme | 44 |
| 4.2 | Entwicklungsschritte zu einer Neuerfahrung von Beziehung während einer stationären Therapie über den Zeitraum von drei Jahren | 46 |
| 4.3 | Fazit | 50 |
| 5 | Erweiterung der Perspektive um einen spirituellen Ansatz | 51 |
| 5.1 | Das Persönliche an der ganzheitlichen Erfahrung | 51 |
| 5.2 | Leid als Vermeidung direkter Erfahrung | 53 |
| 5.3 | Identifikation mit dem „Ego“ und dem „Selbst“ | 54 |
| 5.4 | Ganzheitlicher Aspekt in der Beziehung | 56 |
| 5.5 | Liebe als Ausdruck des „Selbst“ | 57 |
| 5.6 | Glaube und Selbsterkenntnis als Rückbesinnung auf das Sein an sich | 58 |
| 5.7 | Extreme Formen der Selbstaufgabe - extreme Versuche der Selbstbegegnung? | 60 |
| 5.8 | Zusammenfassung und Bezug zur BPS | 61 |
| 6 | Therapie der BPS | 63 |
| 6.1 | Kriterien zur Therapie der BPS aus tiefenpsychologischer Sicht | 64 |
| 6.1.1 | Beziehungsaufnahme, therapeutische Ausrichtung | 64 |
| 6.1.2 | Widerstände im Therapeuten und im Patienten | 66 |
| 6.1.3 | Zur Deutung | 67 |
| 6.1.4 | Zur Schwierigkeit und Notwendigkeit der Grenzsetzung in der Therapie | 68 |
| 6.2 | Dialektisch-Behaviorale Therapie | 69 |
| 6.2.1 | Acht motivierende Grundannahmen in der DBT | 69 |
| 6.2.2 | Weitere Aspekte für die Beziehungsgestaltung in der Einzeltherapie | 70 |
| 6.2.3 | Veränderung innerer Schemata durch ihre Akzeptanz | 71 |
| 6.2.4 | Behandlungsphasen in der DBT | 72 |
| 6.2.4.1 | Vorbereitungsphase | 72 |
| 6.2.4.2 | Bearbeitung der Probleme auf der Verhaltensebene | 72 |
| 6.2.4.3 | Bewältigung der Folgen traumatischer Erfahrungen | 73 |
| 6.2.4.4 | Integration des Gelernten und Neuorientierung | 74 |
| 6.2.5 | Besonderheit des Telefonkontaktes in der DBT | 75 |
| 6.3 | Stationäre Aspekte der Borderline-Therapie am Beispiel des „Klinikum Nord“ in Hamburg | 76 |
| 6.4 | Zusammenfassung und eigene Einschätzung | 78 |
| 7 | Lebensweltorientierung durch sozialpädagogische Interventionen | 79 |
| 8 | Schlussbetrachtung | 81 |
| | Literaturliste | 84 |
| | Versicherung | 86 |

Einleitung

In meiner Diplomarbeit gehe ich der Fragestellung nach, welche Bedeutung der Beziehung im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (im Folgenden BPS) zukommt. Insbesondere soll dabei aufgezeigt werden, was die Erwartung an eine Beziehung prägt, wie sie sich zwischen professionellem Helfer und Borderline-Patienten gestaltet und was sie im Einzelnen so außerordentlich schwierig, doch gleichzeitig unentbehrlich für das Gelingen des therapeutischen Prozesses macht. Die Beziehungsgestaltung als auch die Art der Beziehungsabbrüche im privaten Bereich lassen sich von denen auf therapeutischer Basis in ihrer Dramatik, Impulsivität und Intensität kaum voneinander unterscheiden, was die Vermutung nahe legt, dass eine ähnlich geartete elementare Erwartungshaltung der Patienten an die spezielle Art der helfenden Begegnung geknüpft ist.

Auch jene, die gesamte Persönlichkeitsstruktur durchziehende Angst und der verzweifelte Kampf um deren Vermeidung hätten Angelpunkte einer Herangehensweise für die Diplomarbeit sein können, ebenso wie die Spaltung in „gut“ und „böse“ als zentralem Abwehrmechanismus. Ich habe meine Herangehensweise an das Thema Borderlinestörungen gewählt, weil Beziehung den Rahmen darstellt, in dem alle Aspekte der widerstreitenden Struktur der BPS am offensichtlichsten erscheinen, weil Beziehung selbst oft genug zum Auslöser für die Symptomatik wird und sowohl für die Entwicklung als auch für die Therapie der BPS die entscheidende Rolle spielt.

Als ich mich für das Thema meiner Arbeit entschied, hatte ich schon einiges über die Psychodynamik der BPS in Erfahrung gebracht, da ich während des integrierten Praktikums in der sozialpsychiatrischen Ambulanz der Universitätsklinik in Hamburg, sowie in meiner jetzigen studienbegleitenden Tätigkeit in einer Rehaklinik oft mit Borderline-Patienten konfrontiert wurde und mich mit gängiger Literatur darüber auseinandergesetzt hatte. Die Aufnahme der so genannten „schwierigen“ Patienten, zu denen vor allem die Borderliner zählen, lösen in der Regel äußerst gegensätzliche Motivationen im Team aus. Diese bewegen sich üblicherweise zwischen der Vorrausahnung einer Überforderung und der Neugierde auf eine Beziehungs-Herausforderung. So etwas wie Indifferenz ist selten zu spüren. In der Literatur wird ebenfalls schnell auf dasselbe Spannungsfeld hingewiesen. Man stößt auf die spaltende Wahrnehmung, das anstrengendes „Agieren“, auf Selbstverletzungen und das Symptom der regelmäßigen Beziehungsabbrüche im privaten wie auch im professionellen Bereich. Gleichmaßen klingt auch das Interessante an, das feine Gespür der Borderliner für den Anderen, ihre oft schonungslose Direktheit und die Fähigkeit, erfahrene Therapeuten und Teams in ihr emotionales Szenario zu involvieren. Ich wollte daher der Thematik auf den Grund gehen, was wirkliche Beziehung verhindert und was die Spaltung in „gut“ und „böse“ dabei für eine Rolle spielt.

Trennungen in „schwarz“ und „weiß“, „falsch“ und „richtig“, „wahr“ und „unwahr“ sind allgegenwärtig. Allerdings würde man bei diesen alltagsgebräuchlichen Polarisierungen auf den intakten Realitätsbezug verweisen, womit diese von der pathologischen Spaltung zu unterscheiden wäre. Häufig genug scheinen Polarisierungen jedoch auch bei psychisch „Gesunden“ Dimensionen anzunehmen, die in ihrer Konsequenz denen auf Borderline-

Niveau nicht nachstehen, wie beispielsweise die politisch aktuelle Trennung in „Achse des Bösen“ und „Koalition der Gerechten“ zeigt. Die institutionalisierten Religionen scheinen in ihrem Spaltungsvermögen paradoxerweise geradezu Vorreiter zu sein, indem sie zwischen „Gläubigen“ und „Ungläubigen“, „Himmel“ und „Hölle“, „Gott“ und „Teufel“ unterteilen. Eine Überwindung der Spaltung scheint nur durch eine Integration der Gegensätze möglich. Ein „sowohl als auch“ muss aber jenseits sowohl von „böse“ als auch von „gut“ zu suchen sein, da der eine Pol den anderen zu seiner Existenzberechtigung benötigt und ihn immerzu herausfordert. Ist die Spaltung also ein zutiefst menschliches Problem? RHODE-DACHSER fragte angesichts von billionenschweren Rüstungsprogrammen zur Zerstörung der Menschheit im Vorwort zur zweiten Auflage ihres Buches, ob der Patient nicht auch stellvertretend für alle träume, fürchte und spalte und damit das Archaische im Menschen offen lege, „(...) weil er mit sensibleren Antennen auf seine Umwelt reagiert und mehr um die Verwundbarkeit und Zerbrechlichkeit des scheinbar Sicherem weiß als ein „Gesunder“?“ (Rhode-Dachser 2000, S.19; vgl. ebd., S.20f)

Dass die Beziehung einen besonderen Stellenwert in der soziotherapeutischen Arbeit einnimmt, dürfte kein Novum darstellen, dennoch gibt es die unterschiedlichsten Auffassungen darüber, was in diese Begegnung hineingehört und auch in welcher Weise sie die Arbeit maßgeblich mitbestimmen kann und soll. So stellte sich die Frage, was eine Beziehung zu der Voraussetzung macht, dass Reifungs- und Verselbständigungsprozesse in Gange kommen können, Selbstaktualisierung möglich wird und sich letztlich das subjektive Gefühl einer verbesserten Lebensqualität einstellt. Welchen Anteil hat Beziehung, wenn weiterreichende Interventionen nicht greifen, überprüfte Methoden unanwendbar und unannehmbar bleiben und gute Konzepte nicht aufgehen?

Die Frage, womit man eigentlich in Beziehung tritt, hat mich im Laufe meines Studiums immer wieder beschäftigt. Wenn bei allen erlernten Konzepten und Methoden immer auch eine Absicht, ein Zweck oder ein Ziel verfolgt wird, sei es auch die Hilfe zur Selbsthilfe, hat sich die Frage für mich nicht geklärt, wieweit der Bezug zur eigenen Absicht die Beziehung zum Klienten oder Patienten beeinflusst. Trete ich wirklich in Beziehung mit dem Anderen, wo sind die Grenzen oder beziehe ich mich vordergründig auf meine Absicht und damit letztlich wieder nur auf mich? Bei den meisten Beschreibungen von Tendenzen oder pathologischen Neigungen, miteinander in Beziehung zu treten, geht es jeweils um ein Austarieren und Ausbalancieren von Bezugsschwerpunkten. Jedes willentliche Streben nach einer Balance zwischen Selbst- und Fremdbezogenheit scheint jedoch eine subtile Spaltung in ein „Entweder-Oder“ letztlich nur schwer oder gar nicht zu überwinden. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung scheinen eine Lupenwahrnehmung für diese „trennende Bezogenheit“ zu haben und den Finger genau in diese verwundbare Arbeitsweise des spaltenden Verstandes zu legen, auch, indem sie ihr eigenes Scheitern an seiner Ausschließlichkeit demonstrieren.

Während meiner Begegnung mit Borderline-Patienten und der weiteren Beschäftigung mit der Therapie der BPS stellte ich fest, dass aufgrund der häufigen Suizidalität bei Borderline-Patienten, neben den interpersonellen Beziehungen auch die Sinnfrage und mit ihr eine Beziehung zu etwas „Überwertigen“ oder Gott bzw. seine rigorose Ablehnung eine zentrale Rolle spielen. Dieser Umstand, als auch die Grenzen der ausschließlich rational logischen Herangehensweise an die Widersprüchlichkeiten der Borderline-Psychodynamik haben mich

dazu bewogen, neben gängigen sozialpsychologischen auch spirituelle und religiöse Sichtweisen von Beziehung zum Gegenstand meiner Diplomarbeit zu machen. Ich hatte dieses Thema nur am Rande behandeln wollen, es aber gleichzeitig im Wesentlichen erfassen zu können, erschien mir währenddessen jedoch unmöglich, weswegen dieser Punkt mehr Platz einnimmt, als ursprünglich geplant. Eine der spirituellen Thematik eigentümliche Terminologie ließ sich dabei schwer vermeiden und die wissenschaftliche Distanz mag hier durch eine freiere Herangehensweise teilweise in Frage gestellt zu sein. Ich habe dieses eigenwillige Experiment dennoch gewagt, weil es mir hilfreich erscheint, einen besonderen Aspekt von In-Beziehung-Sein darzustellen, der für ganzheitliche Heilung, insbesondere von Menschen, die in ihrem Glauben an ihr Dasein erschüttert sind, von großer Bedeutung ist. Bestätigung hat diese Vertiefung im Laufe der Recherchen über die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) erfahren, der ich neben Struktur und Genese der BPS den Hauptteil der Borderline-Therapie gewidmet habe. Auch die Beschäftigung mit anderen neueren therapeutischen Herangehensweisen, wie zum Beispiel das auf einem ebenfalls ganzheitlichen Konzept basierende „Grönbacher Modell“, hat mich hierin unterstützt.

Als ich auf den Namen „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ als neuere und effektive Behandlungsmethode im Umgang mit Borderline-Patienten stieß, war ich von dem Namen eher ernüchtert, da er in keiner Weise auf die außerordentliche Bedeutung der Beziehung als Basis für die psychische Gesundung schließen ließ, von der ich im Laufe meines eigenen Studiums und der praktischen Arbeit überzeugt wurde. Um so mehr war ich davon beeindruckt, eine „Begegnungs-Strategie“ kennenzulernen, die weit mehr ist als eine therapeutische Methode auf dem aktuellen Stand der Forschung, sondern die ebenso eine Lebenseinstellung verkörpert, die menschliche Reife und „Weisheit“ anzustreben, vor das Streben nach Veränderung stellt. Damit vermittelt sie über das zu erlernende therapeutische Rüstzeug hinaus eine umfassende Haltung in der Beziehung. In ihr finden neben klaren pädagogischen Vorgaben dennoch die Absichtslosigkeit, das Ungewisse und die Achtsamkeit auf das Unberechenbare des „Hier und Jetzt“ ihren Platz, womit sie sich so bedingungslos wie möglich jenseits von Bewertungen in „gut“ und „böse“ stellt.

Bevor ich mich diesen Themenbereichen widme, stelle ich einen historischen Abriss über die BPS voran, gehe danach ausführlich auf die Diagnose und die Psychodynamik der BPS ein und werde verschiedene Theorien zu ihrer Entstehungsgeschichte vorstellen.

Erläuterung:

Auf die Bezeichnung „Klient“ habe ich weitestgehend zugunsten von Patient oder Betroffener verzichtet, da ich bei allem Respekt vor Gleichstellung von Patienten und Therapeutischen Einrichtungen im Sinne einer Dienstleistung dennoch den Akzent eher auf der Bedürftigkeit des im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Erkrankten sehe. Ein gewisses Grundverständnis analytischer Begrifflichkeiten und die Kenntnis des Instanzenmodell Freuds setze ich voraus, komplexere werde ich erläutern, soweit es mir für das Verständnis des direkten Zusammenhanges nötig scheint.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit habe ich mich in meiner Arbeit, sofern es sich thematisch um Frauen und Männer drehte, für die männliche Schreibweise entschieden, selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint und es stellt keine Diskriminierung dar.

1 Historisches zum Begriff „Borderline“

Aufgetaucht ist dieser Begriff erstmals bereits 1884, also noch bevor der Begriff der Schizophrenie geprägt wurde - HUGHES verwendete damals den Begriff „borderland“. Eine Beschäftigung mit einem dem heutigen Störungsbegriff ähnlichen Erscheinungsbild existiert also bereits seit 120 Jahren, auch wenn es erst KERNBERG 1971 gelang, ihm die nötige wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen (vgl. Dulz 1997, S.4).

Diese enorme zeitliche Verzögerung begründet sich sicher zum Einen durch die Schwierigkeit der diagnostischen Ab- und Eingrenzung, andererseits aber auch durch die Schwierigkeit der Patienten an sich. So wurde diese Bezeichnung lange Zeit als ein Sammelbegriff für schwierige Patienten benutzt, deren Verhalten durch unberechenbare Affekte, abrupten Wechsel ihrer Beziehungsgestaltung, quälende Angst und autodestruktive Handlungen gekennzeichnet war.

Die Unsicherheit in der Diagnostik zeigt sich schon in der Begriffswahl, denn der Begriff „Borderline“ lässt sich frei übersetzen mit Grenzzustand oder Grenzgänger, wobei der Grenzzustand zwischen Neurose und Psychose gemeint war.

Die Auseinandersetzung mit der emotional geladenen Symptomatik gestaltete sich sowohl im sozialen als auch im professionellen Bereich häufig als frustrierend und verleitete dazu, die Störung ebenso oft moralisierend wie pathologisierend zu bewerten. Dieser Umstand trug auch zu einer professionellen Vermeidung der Störung bei, die bis heute anhält.

Es entstanden zwei Strömungen, wovon die erste die Borderline-Störungen den Psychopathien zuschrieb, womit bereits das Unbequeme dieser Störung ebenso offen titulierte wie abzuwehren versucht wurde. BLEULER beschrieb 1916 bereits Züge des Psychopathen, die das Störungsbild des Borderliners umreißen. Hier ist sowohl die Rede von „sich und andere ruinierende Verschwender“, „Triebmenschen“, „Dipsomanen“, „Lügner und Schwindler“, „Gesellschaftsfeinde und Streitsüchtige“, was das Dissoziale und in die Gesellschaft schwer integrierende betont. Ebenso finden sich aber auch spezifische Zuschreibungen wie „*Den Verschrobene[n] fehlt die Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit in ihrem Seelenleben*“ oder „*Mitgefühl mit anderen, instinktives Empfinden der Rechte anderer fehlt oder ist ganz ungenügend entwickelt.*“ (Bleuler 1916 in ebd., S.4)

Die zweite Strömung rechnete die Borderline-Störung den Hysterien zu. Zu den Vertretern gehörten z.B. FREUD und KRAEPELIN. Letzterer beschreibt 1915 bereits dezidiert die für die BPS typischen Abwertungen, Impulsdurchbrüche und selbstverletzenden Tendenzen. Schwerpunktmäßig zieht sich jedoch noch lange Zeit das Bild eines unberechenbaren Psychopathen am Rande der Schizophrenie durch die Anfänge der psychoanalytischen und psychiatrischen Kategorien.

Teilaspekte und umfassende Beschreibungen der Symptomatik und Psychodynamik, die auch schon der heutigen Vorstellung einer BPS entsprechen, gehen von verschiedenen Pionieren auf dem Gebiet der Psychologie und Psychiatrie in die Fachliteratur ein. Hier sind unter anderem die Schriften von REICH (1925) erwähnenswert, der in diesem Zusammenhang den „triebhaften Charakter“ erläutert, DEUTSCH (1942) verwendete den Begriff der „Als-Ob-Persönlichkeiten“, SCHAFFER (1948) den des „Schizophrenen Charakters“ und der

„Präschizophrenie“. SCHMIEDEBERG (1959) prägte die Bezeichnung der „stabilen Instabilität“, was sich auf die Fähigkeit bezog, trotz extremer emotionaler Instabilität dennoch nicht psychotisch zu dekompensieren. FROSCH (1964) trägt diesem Umstand Rechnung durch die Bezeichnung des „psychotischen Charakter“, dessen Realitätsprüfung im Gegensatz zu Psychotikern relativ intakt bleibt (vgl. Leichsenring 2003, S.12).

Diese Liste der Begrifflichkeiten erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern vermittelt nur einen Eindruck von der differenzial-diagnostischen Verwirrung, der sich Psychoanalyse und Psychiatrie ausgesetzt sahen und der Problematik, eine Zuordnung zu finden, die einer eigenen in sich schlüssigen Psychodynamik Rechnung trägt. Diese Unstimmigkeiten konnte auch durch die heutigen offiziellen Klassifikationssysteme noch nicht gänzlich aufgehoben werden.

Mit der Zeit entwickelte sich der „Psychopath“ ähnlich der „Hysterikerin“ zu einem Synonym für Entwertung, weswegen beide mittlerweile als Termini aus den Kategorien verschwunden sind. Dennoch finden sich auch heute noch vielfach entwertende Beschreibungen, die die große Ablehnung zum Ausdruck bringen, eine andere als eine moralisch verurteilende Haltung einnehmen zu wollen. So fand ich kürzlich selbst in einem aktuellen Lehrbuch für Psychiatrie ein langes Zitat, das zur „treffenden Charakterisierung“ der BPS herangezogen wurde. Es besticht durch schillernde Metaphern bezüglich Fragilität und Impulsivität des Borderliners, um damit zu schließen, dass dieser folglich so ziemlich alles täte, nur eines nicht, sich zu ändern. Das entspricht weitestgehend dem Vorurteil und sicher auch der Erfahrung des letzten Jahrhunderts, würde aber auf somatischer Ebene auf einen Menschen mit einer unerkannten und unbehandelten Diabetes genauso zutreffen.

GUNDERSON und KOLB erarbeiten 1978 ein erstes diagnostisches Interview zur Feststellung des Borderline-Syndroms (vgl. Dulz, S.7). Sie identifizierten sechs Merkmale, die als charakteristisch für die BPS angesehen werden:

1. Intensive Affekte, gewöhnlich feindselig oder depressiv
 2. Eine Geschichte von Impulshandlungen
 3. Eine gewisse soziale Anpassung
 4. Kurze psychotische Erlebnisse
 5. Unzusammenhängendes Denken in unstrukturierten Situationen
 6. Beziehungen, die zwischen flüchtiger Oberflächlichkeit und intensiver Abhängigkeit schwanken
- (Gunderson in Leichsenring 2003, S.12).

MASTERSON entwickelte 1980 ein Konzept, dass das Borderline-Syndrom als Resultat einer missglückten Individuation darstellt. Nach Masterson haben die Patienten in der Kindheit die Erfahrung gemacht, dass Autonomiebestrebungen mit emotionalem Rückzug seitens der Mutter beantwortet wurde, was in der Folge zu Verlassenheitsdepressionen führt. Als Vermeidung derselben bilden sich regressive Tendenzen aus, die als Alternative zu autonomen Verhaltensweisen mütterlicherseits eher belohnt würden. Dieser innere Widerspruch zwischen adäquaten Entwicklungsbedürfnissen und Vermeidung derselben führe zu einer Separation zwischen guten und bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen, die im späteren Leben immer wieder agierend in Szene gesetzt werden, sobald

Autonomieschritte an die Verlassenheitsdepression heranführen (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.16).

KERNBERG (1983) schrieb schließlich die einflussreichste Konzeptualisierung im Bereich der psychoanalytischen Forschung. Diese behandelt die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen vor allem vor dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie. Diese geht davon aus, dass sich frühe Interaktionserfahrungen als innere Repräsentanzen niederschlagen und Erleben und Verhalten unbewusst und bewusst beeinflussen. Die internalisierten Objektbeziehungen sind demnach Erwartungshaltungen und Schablonen verinnerlichter Beziehungen zu signifikanten Bezugspersonen der frühen Kindheit (vgl. Giernalczyk 1999, S.13).

In den vergangenen Jahren ist besonders in den USA die empirische Absicherung der Borderline-Diagnose vorangeschritten, die zu dem klaren Ergebnis geführt hat, dass es sich bei der Störung um eine immer eindeutiger zu definierende über lange Zeit persistierende gravierende Persönlichkeitsstörung handelt (vgl. ebd., S.17).

2 Diagnostik

Je nach Autor, der Theorie, auf die er sich bezieht und der Klassifikation, auf die er seine diagnostische Interpretation aufbaut, wird der Begriff „borderline“ an unterschiedliche Konzepte gekoppelt. Die geläufigen sind „Borderline-Schizophrenie“, Borderline-Persönlichkeits-Organisation“ und „Borderline-Persönlichkeitsstörung“.

Die Borderline-Schizophrenie wird im DSM-4, der amerikanischen Klassifikation zur Erfassung psychischer Störungen, am ehesten durch die schizotypische Persönlichkeitsstörung erfasst. Sie zeichnet sich durch die typische Borderline-Struktur aus, zu der sich erst in der späteren Entwicklung bestimmte psychose-nahe Merkmale dazugesellen. Eine familiäre Häufung ist anzunehmen (vgl. Leichsenring 2003, S.14ff). Das Konzept der Borderline-Persönlichkeits-Organisation fußt auf Kernbergs Untersuchungen und schließt ein größeres Spektrum von Patienten ein, da es sich auch auf schwere narzisstische und schizoide Persönlichkeitsstörungen bezieht, die weniger starke affektive Symptome aufweisen. (vgl. ebd., S.37) In meiner Arbeit werde ich mich weitestgehend auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehen, werde jedoch auch auf Kernbergs Genesetheorie eingehen.

Um eine BPS diagnostizieren zu können, bedarf es eines positiven Nachweises. Dieser ist mittlerweile durch die Kriterien der anerkannten Klassifikationssysteme, Manuals, der strukturellen Interviews und weiterer Diagnoseverfahren möglich und auch notwendig, soll die Diagnose nicht Gefahr laufen, im Zweifel eine Art Ausschlussverfahren zu werden. Hieraus wird leicht eine Verlegenheits- oder Abwehrdiagnose. Trotz der vielfältigen Verfahren zur Abklärung der Psychodynamik, bleibt bereits die Diagnose eine Herausforderung an die Psychiatrie bzw. die behandelnden Therapeuten (vgl. Dulz et al. 1997, S.1).

Hierzu ein Beispiel aus der Praxis:

„Auf den ersten Blick fällt die Diagnose leicht: Borderline-Persönlichkeitsstörung (...) Je länger die Therapie dauert, umso vielfältiger kann die diagnostische Zuordnung aussehen. Mal behandle ich eine Borderline-Patientin mit drastischen Spaltungstendenzen (...) Dann sitze ich einer Patientin mit einer nicht einmal sehr ausgeprägten narzisstischen Störung gegenüber (...) erfolgreich und vernünftig. Wenig später hat sich diese Störung in einen schweren pathologischen Narzissmus (...) gewandelt, (...) Eine schwere Depression mit klassischer Symptomatik und auch depressiven Charakterzügen wie altruistischer Abtretung und Selbstaufopferung wird gefolgt von einer stolz-kühnen anorektischen Phase voll klarer harter Selbstbeherrschung, die bald übergeht in das Vollbild der Alkoholikerin: Abusus, Kontrollverlust, sichtbare Verwahrlosung. Und mit dem Hinweis auf psychosomatische Phasen relativer Alexithymie, aber mit dermatologischer und gynäkologischer Symptomatik ist die Reihe noch nicht abgeschlossen: „Multiple Persönlichkeiten“? Es ist möglich, aus diesem „stabil-instabil“ wiederum eine Borderline-Persönlichkeitsstörung abzuleiten. Aber die Patientinnen sind eben nicht durchgängig Borderline-gestört.“ (Sachsse, 1997, S.54f)

Diese diagnostische Konfusion ist nicht ungewöhnlich und Rhode-Dachser hält daher eine klinische Verlaufsbeobachtung von zwei Monaten für angemessen, in der mehrere über die Zeit verteilte strukturelle Interviews geführt werden sollten. Diese haben unter anderem eine Psychose auszuschließen, sich einer Abgrenzung zu anderen Persönlichkeitsstörungen zu vergewissern und dienen außerdem der Beruhigung des therapeutischen Prozesses, da eine nachgestellte Diagnose immer auch einen Störfaktor darstellt (vgl. Rhode-Dachser 2000, S. 40).

Bei der Beschreibung von Symptomen und Strukturmerkmalen der BPS werde ich jeweils ihre Sinnhaftigkeit berücksichtigen sowie den Aspekt, der ihnen im Sinne von Beziehungsgestaltung bzw. -vermeidung zukommt.

2.1 Diagnostische Kriterien

Auch die unterschiedlichen Klassifikationssysteme unterscheiden sich bezüglich Definition und Kriterien der BPS etwas voneinander. Ich werde an dieser Stelle nur den Auszug des DSM-4 zur BPS zitieren, welches im Vergleich zum ICD-10, dem internationalen Pendant, noch einige zusätzliche Kriterien unter den Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung fasst. Hierzu gehören unter anderem die Vermeidung des Alleinseins, chronische Gefühle von Leere, Dissoziation und paranoide Vorstellungen. Weiterhin taucht im ICD-10 die BPS lediglich als eine von zwei Ausprägungen der übergeordneten „emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung“ auf, die in einen „impulsiven Typus“ und einen „Borderline Typus“ aufgegliedert wird. Dadurch wird auch der impulsive Teil der BPS ausgegliedert, was dazu führen kann, dass Patienten mit einer mangelhaften Impulskontrolle unter Umständen nicht der Borderline-Kategorie zugeordnet werden, obwohl sie ansonsten wesentliche Kriterien dieser Diagnose erfüllen (vgl. Leichsenring 2003, S.19).

Für die BPS werden im DSM-4 folgende diagnostische Kriterien angegeben:

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Weiterhin müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: Ausgebildete und andauernde Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern.)
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“ (DSM-4 in Leichsenring 2003, S.15)

Weitere Nebenmerkmale des DSM-4 sind unter anderem die Möglichkeit von schweren Regressionen z.B. während therapeutischer Komplikationen sowie Schul- und Ausbildungsabbrüche vor dem anstehenden Abschluss. Abbrüche auf allen Ebenen sind in der Biografie generell kennzeichnend. Ebenso sind in der Kindheit üblicherweise Misshandlung, Feindseligkeit oder Missbrauch, Trennung der Eltern, frühe Verluste oder Vernachlässigung vorzufinden. Bemerkenswert ist auch die Ergänzung, dass Patienten sich mit Übergangsobjekten sicherer fühlen als in zwischenmenschlichen Beziehungen (vgl. Leichsenring 2003, S.15f).

2.2 Symptome als deskriptive Merkmale einer Diagnose

Im Folgenden werde ich die charakteristischen Symptome der BPS aufgreifen, die zwar für sich genommen noch nicht kennzeichnend sind für eine ausreichend gesicherte Diagnose, auf der deskriptiven Ebene der Diagnose jedoch eine entscheidende Rolle als sogenannte „diagnostische Verdachtsmomente“ spielen (vgl. Dulz et al. 1997, S.11). Die Erscheinungsformen der Symptomatik werde ich in den Vordergrund rücken, es aber nicht dabei belassen sondern mich darüber hinaus interpretierend damit auseinandersetzen.

Was die Interpretation angeht, werde ich mich vorwiegend auf Hinweise in der Literatur stützen, die empathische und integrative Erklärungsansätze vermitteln. Dem Sinnhaften der Symptomatik messe ich eine größere Bedeutung für das psychodynamische Verständnis bei, als der Beschreibung ihrer Dysfunktionalität. Ohne ein umfassendes Verständnis für das jeweils Sinngebende ist m.E. längerfristig ein Zugang zu der Gefühls- und Gedankenwelt der Betroffenen äußerst begrenzt und damit auch das Verständnis für die Gefühle des Interaktionsspartners in Frage gestellt.

Da alle Symptome der BPS in einer Wechselbeziehung zueinander stehen, werde ich sie auch von Anfang an auf mögliche psychodynamische Bezüge hin untersuchen. Weiterführende, ergänzende Merkmale, die eng mit dem Symptom gekoppelt sind oder in seiner Folge auftreten, werde ich beschreiben, insofern sie mir für das Grundverständnis des Symptoms bedeutsam erscheinen. Dies soll dazu dienen, einen besseren Gesamteindruck zu vermitteln und den roten Faden zu erkennen, der sich trotz der Vielschichtigkeit der BPS immer wieder finden und aufgreifen lässt. Im Speziellen werde ich wesentliche Aspekte der Störung im Kapitel über die Struktur vertiefen.

2.2.1 Episodischer Verlust der Impulskontrolle und die Vermeidung von Ambiguität

Unter Verlust der Impulskontrolle sind die sehr charakteristischen chronischen, repetitiven Impulsdurchbrüche zu verstehen, die nahezu außerhalb der Kontrolle des Patienten liegen und daher kaum gesteuert werden können.

DULZ et al. beschreiben, wie ein junger charmanter Patient nach Verweigerung eines erbetenen Urlaubsscheines in einen dissoziativen Erregungszustand geriet, bei dem er einen Stuhl zertrümmerte, einen Feuerlöscher gegen die Wand warf und acht Pfleger in weiteren Gewaltausbrüchen und in Verbindung mit Morddrohungen eine halbe Stunde lang daran hinderte, ihn festzuhalten. Als er schließlich in der geschlossenen Station mit 3 Gurten fixiert war, schlug er mit aller Gewalt seinen Kopf gegen den Metallrahmen des Bettes, bis dieser entfernt werden konnte. Die meiste Zeit davon sei der Patient nicht zu erreichen gewesen und konnte sich später nur noch an die Verweigerung des Urlaubsscheines erinnern (vgl. ebd., S.26f).

Zum Verlust der Impulskontrolle werden neben Gewaltausbrüchen z.B. auch extreme Formen sexuellen Verhaltens, Alkoholismus, Drogenkonsum, Fresssucht, oder Kleptomanie gezählt. Diese Durchbrüche sind als Ausagieren einer diffusen inneren Spannung zu betrachten oder dienen der Befriedigung eines bestimmten Impulses. Während dieser Triebabfuhr erfährt der Patient große Entlastung bzw. Lustgewinn. Kernberg bezeichnet den Impuls selbst daher auch als ich-synton, also zu ihm gehörig (vgl. Leichsenring 2003, S.21). Außerhalb dieser Episode werden diese Durchbrüche vom Patienten oft als ich-dyston, also als nicht zu ihm gehörig benannt, was auf zwei verschiedene Erlebenszustände hinweist, die beide für den Patienten nicht integrierbar sind (vgl. Rhode-Dachser 2000, S. 47).

Die abrupten und unreflektierten Handlungen werden durch die plötzlich auftretenden Gefühle, Bedürfnisse und auch durch einschließende Gedanken gesteuert. Jedes menschliche Verhalten kann hiervon betroffen sein. Die Betrachtung der Impulsivität in seinen Einzelheiten lässt daher bereits Rückschlüsse auf die übrigen im DSM-4 genannten Kriterien zu und erklärt die Bedeutung, die es für ihre Kompensation hat.

SHAPIRO unterscheidet in zwei Hauptgruppen von Borderline-Funktionsstilen, den „impulsiven“ und den „paranoiden“ Stil. Der impulsive Stil ist gekennzeichnet durch starke Beeinträchtigung der Ich-Funktionen wie der Impulskontrolle, dem Aufschub von Bedürfnissen und der Frustrationstoleranz. Er führt den Mangel darauf zurück, dass den Patienten dauerhafte Werte fehlen, die es erleichtern, zugunsten eines längerfristigen Interesses eine momentane Frustration zu ertragen (vgl. Shapiro in Leichsenring 2003, S.72). SHAPIRO wie auch PIAGET betonen die „Bedeutung von Stabilität und Konstanz in Vorstellungen und Werten“ (ebd.) für die Ausbildung eines eigenen Willen, wenn dieser kurzlebige Impulse zu überdauern, in der Lage sein soll. Eben diesen stabilisierenden Wert sieht ERIKSON nur durch das „Urvertrauen“ gewährleistet, das den Boden für die Ich-Reife bereitet, momentane Bedürfnisse aufschieben zu können. Urvertrauen schließe demnach die innere Zuversicht ein, „(...) dass sich letzten Endes eine ausreichende Befriedigung mit ausreichender Sicherheit vorhersagen lässt, dass sich Warten und Arbeiten demnach lohnen.“ (Erikson in ebd.) Beim „Urmisstrauen“ hingegen entstehe so etwas wie „(...) ein Misstrauen gegen die Zeit an sich (...) jeder Aufschub erscheint als Betrug, jedes Wartenmüssen als ein Ohnmachtserlebnis, jede Hoffnung als eine Gefahr, (...) jeder potentielle Versorger als ein Verräter.“ (Erikson in ebd.). Leichsenring ergänzt diesen Gedanken dahingehend, dass sich das Misstrauen nicht nur gegen die Zeit sondern vor allem gegen die Objekte richte, derer man sich nicht sicher sein kann. „Nur was man sofort bekommt, hat man sicher.“ (ebd.).

In Folge dieser Impulsivität sieht SHAPIRO vor allem auch die Vermeidung von Ambiguität, also die Vermeidung eines „sowohl-als-auch“, das sich als so genanntes „Schwarz-Weiß-Denken“ äußert, sowie die Beeinträchtigung von Abstraktion, Generalisierung und Integration. Diese Kriterien ordnet er ebenfalls dem „impulsiven Stil“ des Borderliners zu. Ableiten lässt sich ihre Verkoppelung aus der engen Verzahnung von kognitivem und affektivem Modus. Gedanken und Gefühlsimpulse scheinen wie siamesische Zwillinge. Beide Funktionsbereiche, Kognition und Affekte, haben sich wahrscheinlich simultan entwickelt, was den Betreffenden hindere, einen kognitiven inneren Abstand von seinem affektiv geprägten Standpunkt, seinem Impuls, einzunehmen (vgl. ebd., S.73, 151). „Jeder von ihnen könnte den psychologischen Primat beanspruchen.“ (Shapiro in ebd., S.73)

Auch KERNBERG hatte schon aus der Sicht des primärprozesshaften Funktionierens auf die enge Verflechtung zwischen diesen beiden Modi und den Objektbeziehungen hingewiesen. Mit primärprozesshaftem Funktionieren ist hier die Verknüpfung von frühesten primitiven kognitiven und affektiven Funktionen und ihre sich schnell verändernden Handlungstendenzen in Bezug auf die Außenwelt gemeint (vgl. ebd., S.115). Zu beachten ist hierbei jedoch, dass nicht das Primärprozesshafte an sich als pathologisch anzusehen sei, sondern das Wegfallen des Sekundärprozesshaften, also des rationalen Denkens, welches Ersteres sonst ohne weiters als adaptive Regression in den Dienste des Ichs stellen könnte (vgl. ebd., S.117). Im Normalfall bildet sich also im Laufe der Ich-Bildung eine Art Pufferzone zwischen einem impulsiven Gedanken oder Gefühlsimpuls und seiner Handlung, oder aber es existiert eine bewusste Distanzierungsmöglichkeit zu einem Impulsdurchbruch.

Vielen Drogenabhängigen mit einer zugrunde liegenden Borderline-Struktur wird nicht geholfen, weil Drogentherapie meist versucht, Verhaltensänderungen über festgelegte äußere Strukturen zu erreichen. Da dem Patienten das Prinzip von Zurückweisung, Begrenzung und Strafe für seine Impulsdurchbrüche oft nur allzu vertraut ist, reinszeniert er diese Situationen stets aufs Neue (vgl. Dulz et al. 1997, S.93). Eine hingegen ausschließlich „haltende Funktion“, wie es Winnicott genannt hat, um den seelischen Innenraum durch einen schützenden äußeren Rahmen zu kompensieren, würde aufgrund des unbekannt bedrohlichen Charakters ebenso boykottiert werden. Modifiziert greifen DULZ et al. diese „haltende Funktion“ in der stationären Therapie als Basis aller therapeutischen Angebote wieder auf (vgl. ebd.), worauf ich in Kapitel 5 und 6 näher eingehen werde.

Die Herausforderung bestünde folglich in der nötigen Flexibilität zwischen Eindeutigkeit im Aufstellen von Regeln im Verbund mit sensiblem Gewährenlassen. Dennoch wird diese stets aufs Neue von der enormen Kränkbarkeit der Patienten, ihrer Angst- und Impulsbereitschaft auf die Probe gestellt (vgl. ebd., S.26).

2.2.2 Frei flottierende Angst und ihre Koppelung an Objekte

Mit frei flottierender Angst ist eine Art schwebende Angst gemeint, die ursprünglich nicht an feste Objekte gebunden ist. Es ist vielmehr eine allgegenwärtige Angst, die sich jederzeit an Vorstellungsinhalte koppeln kann. Das Ausmaß der subjektiv erlebten Angst kann ein Zeichen dafür sein, dass die Ich-Funktionen nicht in der Lage sind, die freigesetzte Angst zu binden. Dient sie darüber hinaus dazu, andere unerträglichere Affekte zuzudecken, sei ein Hinweis auf eine BPS gegeben (vgl. Rhode-Dachser, 2000, S.41).

MENTZOS führt die Entstehung diffuser Ängste bei Kindern auf die Frustration entscheidender Bedürfnisse und die Begegnung mit Gefahren zurück, die über eine Reizschwelle der kindlichen Erträglichkeit hinausgehen. Es handle sich also nicht um grundlose Ängste, sondern um die Unreife des noch schwachen Ich, überwältigende, wohlbegründete Ängste als Reaktion auf Bedrohungen lokalisieren zu können, um mit gerichteter, reifer Furcht vor etwas Konkretem zu reagieren. Diese reife Furcht bilde sich erst mit der Zeit aus, weswegen diffuse Ängste im Erwachsenenalter eine Regression auf dieses Stadium darstellen oder als Ausdruck einer vorhandenen Ich-Schwäche gesehen werden müssen (vgl. Mentzos 1996, S.31).

Die Verbindung der Angst mit der oben beschriebenen Vermeidung von Ambiguität stellt sich wie folgt dar: Je größer die Angst empfunden wird, desto mehr stellt sich im Gegensatz zu einem „sowohl-als-auch“ eine totalitäre Haltung in Bezug auf Sprache, Bewertung und Ausdruck dar. ERIKSON stellt die „Totalität“ auf der einen Seite der „Ganzheit“ auf der anderen als sich gegenseitig ausschließende Haltungen gegenüber: *„Wenn ein Mensch an seiner wesenhaften Ganzheit verzweifelt, rekonstruiert er sich und die Welt, indem er in einer künstlichen Totalität Zuflucht sucht.“* (Erikson in Leichsenring 2003, S.98) Das „Totale“ spielt auch in der Auswertung des Sprachgebrauchs auf diagnostischer Ebene eine große Rolle. Begriffe von Extremen nehmen gegenüber Begriffen, die ein Bewusstsein von Zwischentönen voraussetzen, eine wesentlich stärkere Position ein. (ebd., S.99)

Auf die Frage nach einer konkreten Angst kommt es häufig zu einer Reaktion, die darauf hinweist, dass viele Patienten diese nicht entdecken können, weil sie sich einer solchen tatsächlich oft nicht bewusst sind. Dies kann neben dem mangelnden Vertrauen in den Therapeuten vor allem damit zusammenhängen, dass eine grundsätzliche Abwehr- und allgemeine Kampf- und Fluchtbereitschaft allen möglichen Begebenheiten und Situationen gegenüber besteht. Diese lässt eine Furcht vor etwas Konkretem im Bewusstsein gar nicht erst entstehen. Positiv hingegen würde regelmäßig die Frage nach einer diffusen und belastenden allgemeinen Angst beantwortet, sofern der Patient nicht befürchten muss, dass ihm dies als Schwäche ausgelegt wird (vgl. Dulz et al. 1997, S.12f).

RHODE-DACHSER beschreibt eine bedeutende Ausrichtung der Angst, wie sie sich in der therapeutischen Beziehung oft herausarbeiten und bewusst machen lässt, nämlich die Angst vor der Destruktivität der eigenen Gefühle. Diese Bewertung erfahren vor allem die eigenen aggressiven Gefühle, als auch die eigenen Liebesgefühle. Sowohl Liebes-, als auch Hassgefühle für einen Elternteil hätten die Patienten in ihrer Kindheit als massiv bedrohlich, zerstörerisch und daher als schlecht und schuldbehaftet verinnerlicht. Die Äußerung dieser archaischen Gefühle, bzw. ihr Aufkeimen, bringt die Phantasie der Zerstörung oder des Verlustes des lebenswichtigen Objektes mit sich, was in der Übertragungssituation sowohl den Therapeuten betreffen kann, als auch jedes andere signifikant bedeutende Gegenüber. (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.152) Diese Beobachtung deckt sich auch mit SEARLES Theorie des Borderline-Syndroms als Ausdruck einer verdrängten Liebe, die mit der Erfahrung von Verlust oder Zerstörung des Objektes einhergeht. SEARLES beschreibt die Tragik des Bemühens, sich in einer liebenden, konstruktiven Weise Ausdruck verschaffen zu wollen, was bei diesen Patienten z.B. aufgrund der geringen Selbstachtung der Mutter ins Leere stößt (vgl. ebd., S.136).

Ergänzt wird die Angst vor der Destruktivität der eigenen Gefühle um die Angst vor der Abhängigkeit vom Objekt. Abhängigkeit ist für den Patienten eng mit dem Überschreiten der Ich-Grenzen und der Auflösung der eigenen labilen Identität verbunden.

Beiden Ängsten stehen in ihrer Intensität ihre diametral entgegengesetzten Bestrebungen nach Ausagieren der eigenen Gefühle und dem Wunsch nach bedingungsloser Identifizierung gegenüber. Dies führt regelmäßig zu einem „(...) *Dilemma, das die Psychotherapie dieser Patienten oft über lange Strecken hinweg paralyisiert.*“ (ebd., S.153)

Die Angst vor Zerstörung oder Verlust des Gegenübers und die Angst vor Abhängigkeit einerseits im Verbund mit den sich als ebenso existentiell präsentierenden Wünschen nach Identifikation und Versorgung andererseits stellen die unvereinbaren Kräfte dar, die eine Grundspannung und Grundfurcht stets aufs Neue nähren und unterhalten (vgl. ebd., S.153).

Festzustellen ist regelmäßig eine immer wiederkehrende Hoffnung auf die Rückgewinnung des verlorenen Objekts. Ihm gelten alle Träume, verbunden mit dem Gefühl, ein unmittelbares Recht auf umfassende Befriedigung durch dieses Objekt zu haben, das synonym für das Recht auf Leben zu stehen scheint. Diese Suche mündet meist in einen dekompensativen Zusammenbruch, wenn die Symbiose für eine Zeit lang fassbar war, sich daraufhin jedoch in diesem Sinne als „verräterisch“ erweist, weil etwas die Dyade Trennendes offenbar wird. Das an dieses Objekt geknüpfte Ich-Ideal muss damit ebenfalls zusammenbrechen (vgl. ebd., S.127).

Auch die Angst vor der Enthüllung des wahren Selbst wird als bestimmende Grundangst identifiziert. Das ist angesichts der Suche nach Identität kein Widerspruch, wenn man berücksichtigt, dass die oben genannten inneren Kräfte durch ihre unauflöslich erscheinende Gegensätzlichkeit an sich schon bedrohlichen Charakter haben und dementsprechend vor sich und anderen verborgen werden müssen. Mit dem wahren Teil des Selbst geht ein Gefühl der Schutzlosigkeit und des Ausgeliefertseins einher. *„Daneben besteht ein tiefes Bedürfnis, sich selbst auch mit diesem ureigentlichen Kern der Persönlichkeit zu kommunizieren.“* (ebd., S.154)

Hier offenbaren sich bereits die unvereinbaren Widersprüche eines existenziellen Spannungsfeldes, die in ihrer Bedeutung über neurotische Konflikte hinausweisen und in ihrer Unauflösbarkeit die Impulsdurchbrüche erklären, die keine Lösung, sondern lediglich einer kurzfristigen Entlastung dienen können.

2.2.3 Alleinsein und extreme Verlassenheitsängste

„Ähnlich wie ein Kind nicht zwischen der zeitweiligen Abwesenheit der Mutter und ihrer „Auslöschung“ unterscheiden kann, erfährt die Borderline-Persönlichkeit zeitweiliges Alleinsein oft als immerwährende Isolation.“ (Kreismann et al. 1992, S.67)

Nur die Versicherung der körperlichen Gegenwart anderer, die in ihrer Verfügbarkeit kontrollierbar sind, vermittelt dem Borderliner, für den dieses Symptom im Vordergrund steht, ein Gefühl der Beruhigung und Existenzversicherung. *„Andere richten sich nach mir, also bin ich.“* (ebd., S.67)

Einsamkeit könne nur von denen überwunden werden, die das Alleinsein ertragen gelernt hätten, wird der Theologe Paul TILLICH zitiert. (ebd., S.68) Wird Alleinsein jedoch zu einem Symbol metaphysischer Einsamkeit drückt es einen Mangel an grundsätzlicher Daseinsberechtigung aus und kann nur schwer ausgehalten werden. *„Besonders wenn der Betroffene allein ist, kann er die Empfindung zu existieren und sich wirklich zu fühlen, verlieren.“* (ebd.)

Borderline-Patienten fürchten und vermeiden kaum etwas so sehr, wie die Trauer, die mit einer Trennung einhergeht. Dieses Gefühl wird auch nach langer stationärer Behandlung umgangen, so dass sie sich ähnlich wie in privaten Beziehungen meist nach dem Prinzip der „verbrannten Erde“ jede mögliche Rückkehr verbauen, zwischenmenschliche Brücken einreißen und stattdessen oft nur Wut und Ratlosigkeit hinterlassen (vgl. Dulz et al. 1997, S.27f).

RHODE-DACHSER bezieht sich auf SACHSSE in der Annahme, dass es sich bei dem Grauen vom Alleinsein auch um die Erinnerung an ein Alleingelassen-Sein in früherer traumatischer Situation von Missbrauch und Misshandlung handelt. (Rhode-Dachser 2000, S.144).

Neben der diffusen Grundangst ist diese die am häufigsten beschriebene elementarste Ausrichtung von Angst bei Borderline-Patienten, so dass sie nach MENTZOS Theorie der Entstehung diffuser Ängste (s. 2.2.2) auch zugrunde liegen könnte.

2.2.4 Chronisches Gefühl von Leere und Langeweile

„Die Wände eines leeren Zimmers sind Spiegel, die unser Gefühl von uns selbst verdoppeln und wieder verdoppeln“ (Updike in Kreisman et al., S.66f)

Eng mit der Angst vor den Verlassenheitsgefühlen hängt das Gefühl der inneren Leere zusammen. Borderline-Patienten empfinden ein Gefühl der Leere oftmals als so unerträglich, dass es neben der Angst der häufigste Auslöser für impulsive und selbstverletzende Handlungen bis hin zum Suizid ist. Die Angst tritt oft auch als Deck-Angst dieser Leere auf, da sie als „Füllsel der Leere“ (Rhode-Dachser 2000, S.116) immer noch besser zu ertragen ist, als das dahinter stehende bodenlose emotionale Loch und damit zumindest das Gefühl der Lebendigkeit garantiert (vgl. ebd.). Dieser Kampf um Lebendigkeit kann sich nach außen hin im Festhalten an Schmerz in allen Formen ausdrücken und wird daher trotz seiner destruktiven Erscheinung von den Patienten als lebensrettend empfunden, so dass sie sich paradoxerweise oft erst im Schmerz und in der Todesangst ihrer Existenz sicher fühlen (vgl. ebd., S.122).

Auf einen entscheidenden Aspekt der inneren Leere wurde RHODE-DACHSER im Laufe ihrer therapeutischen Arbeit aufmerksam, als sie erkannte, dass die Leere im ganz engen Verhältnis zur Enttäuschung der kindlichen „Liebesfähigkeit“ des Patienten steht und nunmehr in einer eigenen scheinbaren „Liebesunfähigkeit“ zum Ausdruck kommt, sich letztlich aber in der ursprünglichen Erfahrung gründe, für die intensiven authentischen Gefühle keine bestätigende Resonanz in der Mutter gefunden zu haben (ebd. S.137). Norman MAILER schreibt in seiner Biografie über Marilyn Monroe, dass ihre besessene Suche nach ihrem Selbst durch Geltung, Sex und Geld nur betäubt werden konnte, ihre innere Leere jedoch nur durch die Fähigkeit, sich als wirklich zu erleben, hätte gefüllt werden können. Sich als wirklich zu erleben, könne durch nichts auf der Welt ersetzt werden, weswegen manche Menschen sogar auf Liebe und Geborgenheit verzichten, als auf die „Wonne der Selbstgewissheit“ (Kreisman et al. 1992, S.63).

2.2.5 Selbst- und fremdverletzendes Verhalten

Vor allem Borderline-Patientinnen sind es, die sich oft auf vielfältige Weise schädigen, indem sie sich in die Haut schneiden, sich Verbrennungen zufügen, toxische Substanzen zu sich nehmen oder spritzen, sado-masochistische Praktiken suchen oder in anderer Art und Weise ihre körperlichen und seelischen Grenzen überstrapazieren und verletzen.

Es ist auf den ersten Blick schwer nachzuvollziehen, worin die subjektive Bedeutung liegt. Für einen großen Teil der Patienten hat die Selbstverletzung eine stark entlastende Funktion, indem sie eine Möglichkeit darstellt, dem unerträglichen Gefühl der Leere und des Sich-nicht-Spürens zu entkommen. *„(...) damit ich den großen Schmerz nicht fühle.“* (Sachsse 1997, S.86). Oft geht sie mit dissoziativen Zuständen einher und stellt eine Möglichkeit dar, diese zu beenden (vgl. Giernalczyk 1999, S. 31). Kurz vor und während der Selbstverletzung ist das Schmerzempfinden herabgesetzt und setzt erst ca. 20 Minuten später wieder ein. Währenddessen stellt sich ein tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Ruhe und Geborgenheit ein. Auch bei dem Gefühl eines unerträglichen Druckes hat es entlastende

Funktion, so „*wie wenn man aus einem Ballon die Luft herauslassen würde*“ (Sachsse 1997, S.51).

Das so genannte Hochrisikoverhalten erfüllt einen ähnlichen Zweck und wird auch im Sinne einer Regulation von Ohnmachtsgefühlen eingesetzt. Darunter fallen Verhaltensweisen wie das Balancieren auf Brücken oder Balkongeländern oder das lebensgefährliche Rasen mit dem Auto (vgl. Giernalczyk 1999, S. 9).

Ein weiterer Aspekt ist der der Selbstbestrafung in Folge extremer Schuldgefühle oder Gefühlen von Selbsthass, die häufig nach unbefriedigend verlaufenen Auseinandersetzungen oder Kritik aktiviert werden. „*(...) diese Schuld wollte ich aus mir herauschneiden.*“ (Sachsse 1997, S. 51) „*I shall bleed for it.*“ (Patientin in Rhode-Dachser 2000, S.144).

Zusätzliche Motivationen entstehen mit der Zeit der Gewöhnung, so dass die Selbstverletzung und die Abspaltung vom eigenen Körper auch gezielter eingesetzt werden kann, z.B. für Manipulation und Schuldzuweisung. Dies ist auch als ein Element des typischen „Agieren“ bekannt, wobei nicht zu vergessen ist, dass diese destruktive Art der Machtausübung gewählt wird, weil selbsterhaltende Mittel nicht mehr erfolgversprechend erscheinen oder gar nicht mehr zur Verfügung stehen (vgl. Giernalczyk 1999, S.32).

Die Verbindung zu einer Form der zwischenmenschlichen Frustration als Auslöser ist häufig nur zu offensichtlich. GIERNALCZYK weist darauf hin, zu beachten, welches Ereignis oder welche Kränkung im therapeutischen Prozess Impulsen zur Selbstverletzung unmittelbar vorausgeht, bevor es zu Überforderung, Ablehnung oder Rückzug des behandelnden Therapeuten kommt, was dem Patienten genau das bestätigen würde, was er von vornherein befürchtete (vgl. ebd.).

In Anbetracht der häufigen Inzestvergangenheit folgert DULZ, dass die meist unvermeidliche Identifikation des emotional abhängigen Kindes mit dem Täter dazu führt, dass es sich unwert fühlt, etwas anderes verdient zu haben, dem Täter das Recht überträgt, den Missbrauch fortzuführen und Verantwortung und Schuld für den Missbrauch am Ende bei sich selbst sucht. Diese Introjektion des Schuldgefühles des Erwachsenen erkannte auch FERENCZI schon als die bedeutsamste Wandlung in Folge der ängstlichen Identifizierung mit dem Elternteil. (vgl. Dulz et al. 1997, S.53) „*Von diesem Punkt hin zu der Durchführung autoaggressiver Handlungen scheint es dann nur ein kleiner Schritt zu sein.*“ (ebd.)

SACHSSE sieht die Selbstverletzung unter dem Aspekt der Bezuglosigkeit zum eigenen Körper. Der Körper diene in der Kindheit eher der narzisstischen und sexuellen Befriedigung anderer, womit er zum „Nicht-Selbst“ wird. Das durch Missbrauch und Misshandlung verursachte Trauma geht mit Dissoziationen des Körpers einher. Dadurch können „*(...) in den Körper als ein fremdes Objekt inkompatible, abgespaltene Selbst-Anteile projiziert werden.*“ (Sachsse 1997, S. 46)

Wenn also die Wahrung der schützenden Hülle, der Haut verwehrt wurde, indem die Grenzüberschreitung über diese letzte äußere Grenze hinweg „unter die Haut“ ging, können sich Hass, Ekel und Aggressionen auch auf dissoziierte Teile des eigenen Körpers richten und innerhalb der eigenen Körpergrenzen ausagiert werden, was damit gleichzeitig dem introjizierten Aggressor wie dem ebenso verhassten und nicht schützenswerten Körper gelten kann und eine ebenso entlastende Wirkung hat, wie ein nach außen gerichteter Impuls.

Bei fremdverletzendem Verhalten ist die Gewichtung eher eine andere und wird häufiger von männlichen Borderline-Patienten gewählt. Elterliche Misshandlung in Form von Züchtigungen und Gewalt beziehe sich vorwiegend auf Jungen, deren Väter damit versuchen, der Gefahr einer späteren Auflehnung entgegenzuwirken, da ein Junge, der sich dem Vater gegenüber als schwach einschätzt, diesen später nicht als Familienoberhaupt abzulösen wagt. Das durch die Übergriffe verinnerlichte Gefühl der Schwäche kann wiederum am besten in Form von Fremdaggression kompensiert werden, die dann insbesondere den Personen gilt, zu denen eine Vaterübertragung oder eine partielle Erinnerung an den züchtigenden Vater besteht (vgl. Dulz et al. 1997, S.53).

2.2.6 Suizidalität

„Ich bin in einer Telefonzelle an einem Bahnhof, leider kann ich Ihnen nicht sagen an welchem. (...) es ist jetzt soweit, ich gehe auf die Gleise. Ich wollte mich nur noch verabschieden und für Ihre Hilfe bis hierher danken.“ (Patient in Giernalczyk 1999, S.50)

Es gibt viele Formen suizidalen Verhaltens. Es ist *„(...) einerseits ein innerpsychisches, andererseits auch ein interaktionelles Geschehen, dass sich meist zwischen dem Suizidalen und signifikanten anderen Personen ereignet.“* (ebd., S.49) Welche Anlässe als Auslöser fungieren und welchen Stellenwert Suizidalität jeweils erhält, ist eine Frage der individuellen Entwicklung der BPS. Giernalczyk lenkt den Blick auf die Signalwirkung und die funktionalen Aspekte der Suizidalität, die hierin eine ebenso kreative Leistung darstellt, mit einer psychischen Krise umzugehen, wie auch andere Symptome. Es ist der Problemlösungsversuch einer Persönlichkeitsstruktur, die in ihrer Anpassungsleistung überfordert ist (vgl. ebd.).

Die Wirkung auf das Umfeld ist ähnlich wie bei den oben genannten Selbstverletzungen. Angehörige fühlen sich oft erpresst und fühlen sich zwischen der Sorge und der Wut hin und her gerissen. Für die Therapie gilt jedoch, dass jede suizidale Handlung ernst zu nehmen ist, da sie *„ (...) Ausdruck subjektiver Not ist und oft als letzte Möglichkeit einer Problemlösung angesehen werden kann. Dies gilt auch dann, wenn eine parasuizidale Handlung begangen wird, bei der man den Tod allenfalls als eine der Konsequenzen billigend in Kauf nimmt.“* (Giernalczyk 1999, S.31)

Aus diesem Zitat wird offensichtlich, dass die Suizidalität nicht als ein Problem auftritt, das aus einem gewissen Abstand zu behandeln ist, sondern sie tritt immer als etwas Belastendes direkt in die Beziehung hinein, wie auch das Eingangszitat erkennen lässt. Subjektiv empfundene Kränkungen aktivieren frühe Ängste vor Objektverlust. Eine Form der erpresserischen Objektbindung wie sie die Suizidalität oder auch die Selbstverletzung sein kann, erscheint als letzte Möglichkeit den bedrohlichen Objektverlust zu verhindern. *„Suizidalität steht somit im Dienste der Objektbindung“* (ebd., S.52)

Bei der Verlustangst werde wiederum die Spaltung in nur „gute“ und nur „schlechte“ Objekte aktiviert, was die doppelte Funktion dieser Symptomatik in Folge einer Frustration erkläre. Das bisher gute Objekt werde schlagartig zu einem bösen, da in der Welt der inneren Objekte die Integration der Gegensätze nicht gelingt. Trennungsängste reaktivieren dann die als real bedrohlich erlebten früheren Erfahrungen, welche für den Patienten nicht durch

dieselbe Person verkörpert werden dürfen, die gleichzeitig den Glauben an das Gute und Schützende im Gegenüber nähren. So bediene die Selbstverletzung wie auch der Suizid immer zweierlei Aspekte, den strafenden und den bindenden (vgl. ebd., S.51).

2.2.7 Dissoziation in Folge von Aktivierungen traumaassoziierter Schemata

Der ausufernden und streckenweise äußerst unübersichtlichen aktuellen Diskussion zu diesem Thema, inwieweit die Dissoziation anderen Kategorien übergeordnet, eingeordnet oder untergeordnet zu sein hat, inwieweit es traumatisch, frühkindlich oder prädispositiv verursacht ist, werde ich mich im Detail entziehen, da es nicht Ziel dieser Arbeit sein kann, die Vielfalt der umstrittenen Standpunkte aus Forschung und Analyse darzulegen, solange noch grundsätzliche empirische Untersuchungen ausstehen. Den hier bestehenden Streit in der Definitionsfrage zu erörtern scheint mir außerdem für das Gesamtbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung eher verwirrend als klärend zu sein. Ich will jedoch versuchen, einen Überblick zu vermitteln.

Bei der Dissoziation handelt es sich um einen mehr oder weniger deutlichen Verlust der Integration des Erlebens und Handelns. Sie kann als grundlegende Fähigkeit des Menschen angesehen werden, emotional unvereinbare Wahrnehmungen und Erfahrungen zu bewältigen und kann auch bewusst herbeigeführt werden (vgl. Sachsse 1997, S.46). WIRTZ spricht daher auch von der Dissoziation als einer „(...) psychischen Erstarrung, die auch als emotionale Anästhesie bezeichnet wird, (...)“ (Wirtz in Dulz et al. 1997, S.50) Bewusstheit, Raum- und Zeiterleben, Erinnerung, Gedächtnisleistung und Identitätserleben können dabei vorübergehend oder in Einzelfällen auch für längere Zeit beeinträchtigt sein. Der Betroffene befindet sich in Zuständen, die vor allem die Erfahrung der Ganzheitlichkeit der eigenen Person verändern oder stören. Auch der Verlust der Kontrolle über Körperempfindungen und Körperbewegungen kann hierunter gefasst werden. In schweren Fällen kommt es zu einer „dissoziativen Amnesie“ oder auch einer „dissoziativen Fugue“, wobei Betroffene z.B. Heimatort oder Arbeitsplatz verlassen oder eine andere Identität annehmen, ohne sich ihrer Vergangenheit erinnern zu können.

Andere Erscheinungsformen sind Derealisation und Depersonalisation, die ein chronisches Ausmaß annehmen können und mitunter leicht übersehen werden können, weil das Ich des Patienten scheinbar mit dem Interaktionspartner in Kontakt tritt. Ausdrucksweisen, die Rückschlüsse auf dissoziatives Erleben zulassen, können hochabstrakte Gefühlsbeschreibungen oder Körperbeschreibungen sein, die als nicht zum Patienten zugehörig erscheinen. Der distanzierte und kontaktlose Umgang geht auf ein Entfremdungsgefühl des Patienten der eigenen Person oder seiner Umwelt gegenüber zurück (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.44f).

Für sich genommen tritt die Dissoziation selten als Einzelphänomen auf, meist steht sie in Verbindung mit traumatischen Erlebnissen (vgl. Fiedler 2001, S.2f). Ganz allgemein kann man sagen, „Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn es das Ich vorübergehend außer Kraft setzt.“ (Sachsse 1997, S.46) Situationen in der Gegenwart, die innere Verknüpfungen an zurückliegende traumatische Erfahrungen bilden, können die auslösende Dissoziation

reaktivieren, hierfür genügt schon intrapsychischer Stress. BOHUS erklärt diese Beeinflussung des Erlebens mit der Aktivierung eines traumaassoziierten Schemas. So könne durch eine Zurückweisung oder Kritik ein Ohnmachtsgefühl entstehen, dass schemaaktivierend wirkt, dadurch das Ohnmachtsgefühl während der Traumatisierung schlagartig wiederaufleben lässt und in Folge zu einer Dissoziation führt.

Studien zufolge weisen ca. 65% aller als Borderliner diagnostizierten Patienten schwerwiegende, klinisch relevante dissoziative Symptome auf, die eng mit selbstverletzendem Verhalten korrelieren (vgl. Bohus 2002, S.15).

Nach neueren Untersuchungen erhalten diejenigen Theorien mehr Gewicht, die bei der Entstehung der BPS weder ausschließlich von frühkindlicher Traumatisierung ausgehen, noch dissoziative Symptome ihrerseits als Beleg für eine BPS sehen. Vielmehr sei eine Differenzierung in Dissoziative (Identitäts-)Störung und Borderline-Störung erforderlich, bzw. in eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit und ohne zusätzlicher dissoziativer Störung. Diese müssten jeweils eine unterschiedliche Behandlungsform nach sich ziehen. Erhärtet würde diese Theorie dadurch, dass viele Patienten mit dissoziativen Phänomenen im Sinne einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolglos psychiatrisch behandelt wurden.

In der Konsequenz würde dies bedeuten, dass, unabhängig von Details in Fragen der Kategorisierung, bei Borderline Diagnosen die dissoziative Komponente vorrangig berücksichtigt werden müsste, um einen entsprechenden traumaorientierten Schwerpunkt in den Behandlungsplan zu integrieren (vgl. ebd., S.44ff, vgl. Fiedler 2002, S.215ff).

„Die bei Borderline-Patienten findbaren dissoziativen Symptome lassen sich zumeist eindeutiger aus den frühkindlichen Belastungen voraussagen als die Borderline-Persönlichkeitsstörung insgesamt. Traumaerfahrungen bewirken fast ausschließlich dissoziative Symptome, nicht sehr eindeutig jedoch die anderen Borderline-Symptome.“ (Fiedler 2002, S.215)

In relativer Übereinstimmung dazu beschreibt die klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Psychoanalyse ein spezifisches Bindungsverhalten, dass nachweislich mit einer erhöhten Neigung zur Dissoziation verknüpft ist. Es betreffe Menschen, die in der Kindheit kein organisiertes Bindungsmuster ausbilden konnten. Dieses „desorganisierte Bindungsmuster“ wiederum sei oft auf unverarbeitete Traumata der Mutter zurückzuführen, was bindungstraumatische Folgen beim Kind verursachen könne (vgl. Köhler in Kächele et al. 2002, S.4ff).

2.2.8 Antisoziales Verhalten und Delinquenz

KERNBERG weist in seinem Geleitwort für die zweite Auflage von DULZ et al. über stationäre Therapie von Borderline-Störungen auf die Delinquenz als den bedeutsamsten Prädiktor hinsichtlich der Prognose der Behandlung hin. Erfahrungsgemäß haben es Patienten mit delinquenten Verhaltensmustern wesentlich schwerer, nach der Entlassung aus stationärer Behndlung den geplanten Weg fortzuführen, selbst wenn diese während der Behandlung in den Hintergrund getreten waren. Meist handelt es sich um kleinkriminelle Straftaten wie Eigentumsdelikte, Drogenmissbrauch, Sach- und Körperverletzung. Von ihrer

Psychodynamik her haben sie jedoch eine andere Färbung, als es bei Kriminellen sonst der Fall ist. Sie dienen eher der Kompensation und der Auto- oder Fremdaggressivität. So hat z.B. der Drogenkonsum weniger eine Rauschfunktion, also die Erzeugung eines positiven Gefühls, als vielmehr die Bedeutung der Überwindung eines negativen Gefühls wie das der inneren Leere oder der diffusen Angst (vgl. Dulz 1997, S.27ff).

In einem Beispiel beschreibt DULZ einen Patienten, der sich durch Straftaten immer wieder ins Gefängnis brachte. Erst die genauere Analyse brachte hervor, dass er sich dadurch eine äußere Struktur suchte, um seine Angst zu reduzieren. *“Später erfuhren wir, dass Herr G. das entwendete Geld sofort verbrannt hatte – von einer kriminellen Handlung im Sinne einer persönlichen Bereicherung konnte also keine Rede sein.“* (ebd., S.28)

Auch das antisoziale Verhalten im zwischenmenschlichen Miteinander gilt als großes therapeutisches Hindernis. Das liegt nahe, da die Sicherheit von Team oder Therapeut an erster Stelle gewährleistet sein muss. Bei aller Brisanz und Schwierigkeit tätlicher Übergriffe und Diebstähle sind die Grenzen in Bezug auf Gefahren für materielle Ressourcen der Einrichtung noch am ehesten einzuschätzen und zu überschauen. Wesentlich schwieriger wird es bei Angriffen auf Leib und vor allem auf die Seele. Die emotionalen Grenzen, bei denen es um die Verletzung der Würde und Integrität geht, sind bei jedem Menschen wie auch den Mitarbeitern eines stationären Teams sehr unterschiedlich. Der Fantasie, wie auch mit Worten offen oder versteckt feindselig tief verletzt, betrogen, belogen und hintergangen werden kann, sind keine Grenzen gesetzt, wobei Borderline-Patienten in ihrem dissozialem und abwertenden Verhalten obendrein noch ein sehr feines Gespür für die verletzbaren Seiten im Gegenüber besitzen. Die Vehemenz der Abwertung basiert wiederum auf dem Prinzip der Spaltung, das keine Entwertung im Sinne einer reiferen und realitätsabgleichenden Entidealisierung zulässt, sondern die Vernichtung des zuvor idealisierten und nunmehr kränkenden, bösen Objekts zum Ziel hat (vgl. Giernalczyk 1999, S. 44).

2.3 Strukturmerkmale und Psychodynamik, Schwerpunkte der Diagnose

Nach der eingehenden Untersuchung deskriptiver Verdachtsmomente einer BPS werde ich im Folgenden bezeichnende Strukturmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschreiben. Auch diese sollen im Hinblick auf Borderline-typische Beziehungserleben hin verstanden werden und bereits einen Einblick in die subjektive Beziehungserfahrung ermöglichen, die ich im Kapitel der Genese vertiefen werde.

2.3.1 Die Borderlinestruktur als Abwehr- und Erhaltungsstrategie

FREUD erkannte, dass zeitlich vor der Fähigkeit, den Abwehrmechanismus der Verdrängung auszubilden, die „Flucht“ als Abwehr gegen Unlustgefühle aktiviert würde. Hieraus entwickelte er eine Hierarchie der Abwehroperationen des Ich, von den durch Fluchtmuster geprägten primitiven Mechanismen bis zur abgeschlossenen Über-Ich Bildung mit reifer Urteilsbildung. Danach hat in der frühkindlichen Entwicklungsphase die Trennung zwischen Primär- und Sekundärprozess noch nicht stattgefunden, das Realitätsprinzip hat sich noch

nicht über das Lustprinzip erhoben, Innen- und Außenraum sind noch nicht klar differenziert. (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.78).

Die borderline-typischen Abwehrstrategien basieren nach diesem Verständnis auf einer frühen Störung des noch in diesem Stadium schwach strukturierten Ich. Die Fixierung auf diese frühe Entwicklungsstufe erkläre das Archaische der Abwehrmechanismen, das Gefühl existenzieller Bedrohung, das von jedem realen oder vermeintlichen Angriff auf den labilen Schutz ausgelöst wird, die beeinträchtigte Wahrnehmungsfunktion bei impulsiven Handlungen und damit auch die Verhinderung der Ausbildung reiferer Abwehrformen wie der „Verdrängung“ (vgl. ebd.).

MENTZOS sieht zwar in dem strukturellen Mangel der Persönlichkeitsstörung ein gravierendes Unterscheidungsmerkmal zum neurotischen Konflikt, weist aber auch auf das Konflikthafte in der Entstehung des Struktur mangels hin. Ein Struktur mangel entsteht durch konfliktreiche Störungen der frühen Phase der Selbstkonstituierung und zieht entsprechend schwere Formen der Selbstpathologie nach sich (vgl. Mentzos 1996, S.83f). Aufgrund des Bezuges auf frühe existenzielle Selbstkonflikte spricht MAHLER daher statt von Abwehrmechanismen lieber von „Erhaltungsmechanismen“. Sie richten sich hauptsächlich gegen die Bedrohung der Ich-Grenzen von außen, deren Überschreiten wie eine vernichtende Fragmentierung und Auflösung empfunden werden könne, auch „Ich-Angst“ genannt. Sie wenden sich aber auch gegen die von innen als Erregungsimpulse kommenden Triebgefahren, welche auch als „Trieb-Angst“ bezeichnet werden. Hieraus erwachsen dementsprechend auch unterschiedliche Formen der Abwehr (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.77).

In die Zeit der primitiven Abwehrbildung fällt nach WAELDER auch die Struktur paranoider Ideen. Die ständige Bereitschaft zu Panikreaktionen verhindere auch die Entwicklung von Signalangst, die eine Unterscheidung zwischen innerem und äußerem Gefahrensignal überhaupt erst ermöglicht (vgl. ebd.).

Mir scheint bei existenziellen Ängsten eine paranoide und grundsätzliche Außenorientierung nachvollziehbar und sinnvoll zu sein. Von Natur aus dürfte es eine Triebangst sinnvollerweise nicht geben, sie müsste letztlich also beim Ausdruck innerer Regungen von außen geprägt worden sein. Insofern wäre es nur folgerichtig, bei inneren Regungen als Signal für traumatische Bedrohung sich wiederum zuallererst und ausschließlich nach außen versichern zu wollen. Die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen innerem und äußerem Auslöser scheint vor diesem Hintergrund nachrangig.

2.3.1.1 Die Spaltung

In der Spaltung manifestiert sich aus analytischer Sicht der zentrale Abwehrmechanismus der BPS überhaupt. Nach FREUD und später von Melanie KLEIN aufgegriffen und in einen spezifischen Sinnzusammenhang gestellt, reagiere bereits das Neugeborene auf Erfahrungen von Frustration und Aggression mit einer Spaltung des mütterlichen Objekts in „gute“ und „böse“ Repräsentanzen. Im günstigen Verlauf der Entwicklung erreiche das Kind in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres bereits die Fähigkeit, die Spaltung zu überwinden und Ambivalenzen ein und demselben Objekt gegenüber wahrzunehmen. Erscheinen die Erfahrungen zu bedrohlich, so regrediere das Kind später auf die Stufe der Spaltung. Im

weiteren Entwicklungsverlauf würde diese dann vom Ich aktiv als Abwehrmechanismus gegen traumatische Erfahrungen, einhergehende Schuldgefühle und Ambivalenzen eingesetzt werden (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.80).

GREEN sieht diesen Vorgang etwas spezifischer und identifiziert die typische Borderline-Spaltung als Trennung in ein abwesendes, idealisiertes Objekt und ein eindringendes, beherrschendes und gehasstes Objekt. Zum Schutz gegen ein eindringend, beherrschendes Gegenüber bilde sich ein Abwehrmechanismus aus, der einer Art psychischem Todstellreflex gleiche, welcher eine Vorstufe zur späteren Depersonalisation und Derealisation bilde. Damit ist der Betroffene von sich als einheitlich erlebendem Subjekt abgeschnitten (vgl. ebd. S.81). Die Liebe gilt weiterhin dem symbiotischen Erleben mit der Mutter, während der Hass sich auf die Mutter der Frustration und Trennung bezieht. Je größer und unerträglicher die Frustration erlebt wird, desto mehr hält das Kind unter Umständen am Bild der „guten“ Mutter fest. Die Spaltung der beiden Mutterimagos manifestiert sich und prägt auch die späteren Beziehungen nach diesem Muster (vgl. Dulz et al. 1997, S.51).

GIERNALCZYK schreibt der Spaltung auch die Funktion zu, die „guten“ inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen vor den „bösen“ zu schützen. Die Mischung beider erscheine für die guten Anteile zu bedrohlich, die positiven Selbstbilder drohen zerstört zu werden, die schwache Ich-Struktur komme in Gefahr, aufgelöst zu werden. Ein integriertes Bild von sich selbst zu erlangen sei daraufhin nicht möglich, so dass widersprüchliche und unrealistische Vorstellungen über sich selbst unverbunden nebeneinander stehen können (vgl. Giernalczyk 1999, S.34).

2.1.1.2 Identitätsdiffusion und Verleugnung

„Von Kind auf war ich unter der Herrschaft einer ungeheuren Melancholie, deren Tiefe ihr einzig angemessenes Maß in der gleichermaßen ungeheuren Geschicklichkeit findet, die ich besaß, sie unter einer augenscheinlichen Heiterkeit und joie de vivre zu verstecken“ (Rhode-Dachser 2002, S. 107)

Über den Vorstellungen der unvereinbaren, gespaltenen inneren Repräsentanzen können sich später ebenso unvereinbare, gespaltene Identifikationssysteme aufbauen. Die teils völlig gegensätzlichen Identifizierungen sind kombiniert mit oft rigoroser Verleugnung der jeweils damit im Widerspruch stehenden. Die Verleugnung Sorge ihrerseits dafür, dass die Widersprüchlichkeit aus dem Bewusstsein ferngehalten wird, um die Trennung aufrechterhalten zu können. Manche Autoren verwenden die Begriffe Spaltung und Verleugnung daher auch synonym (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.89f).

In diesem Aspekt der Störung offenbart sich wiederum der widersprüchliche Kampf im Borderline-Patienten. Sie suchen nach Identifizierung um eine Stabilisierung ihres Selbst zu erreichen und ihrer inneren Leere etwas entgegenzusetzen und fürchten gleichzeitig den dadurch drohenden völligen Identitätsverlust. Auch hier entsteht als Reaktion auf diese Spannung eine „spaltende Lösung“, indem eine oberflächliche Identifizierung in Form einer fassadenhaften Anpassung an Außenwelt und Partnerschaft erfolgt, hinter der das „wahre Selbst“ wie hinter einem „falschen Selbst“ immer mehr den Anschluss an die Realität verliert. Schwieriger wird die Diffusion noch durch den hoffnungslosen Versuch, die

Vorstellung vom eigenen Selbstbild mit der Vorstellung davon, wie es von außen gesehen werden könnte, zur Deckung zu bringen. Dies führe zu einem unaufhörlichen und anstrengenden Perspektivenwechsel, indem sich der Patient mal aus eigener Sicht und mal mit den Augen seines Gegenübers einzuschätzen versucht. Dieser Zwang zur Anpassung verlangt von ihm das Opfer seiner ureigenen Individualität (vgl. ebd., S108f).

Auch für Hoffmann und Hochapfel weist die Spaltungsleistung des Ich direkt auf die Identitätsdiffusion und die eingeschränkte Realitätseinschätzung hin, indem sie die für ein klares Selbstbild erforderliche Synthese gegensätzlicher Objekt- und Selbstbilder verhindere (vgl. Hoffmann et al. 1999, S.191f).

Hieraus lässt sich wiederum die enge Verbindung von Spaltung, Verleugnung und der ebenso klassischen Identitätsdiffusion ableiten (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.81).

2.1.1.3 Kritik am Modell der Spaltung

BENEDETTI kritisierte bereits 1977, dass sich die Spaltung nicht eindeutig von der neurotischen Art der Konfliktverarbeitung abgrenzen ließe. Weiterhin sieht er darin keinen aktiven Abwehrmechanismus sondern eher eine Wehrlosigkeit, die auf einer möglicherweise biologisch bedingten Ich-Fragmentierung beruhe. STERN schließt sich der Sichtweise an, dass es sich bei der Abgrenzung zur Neurose eher um eine graduelle als um eine qualitative Unterscheidung handle (vgl. Leichsenring 2003, S.46).

Die neuere Säuglingsforschung geht im Gegensatz zu KERNBERG und FREUD davon aus, dass beim Säugling bereits von Anfang an eine integrierte Wahrnehmung gegensätzlichen Erlebens stattfindet und es nicht erst später zu einer synthetisierenden Überwindung primitiver Spaltung kommt (vgl. Hoffmann et al. 1999, S.191).

LEICHSENRING geht so weit zu sagen, dass es den Spaltungsvorgang als isolierten Abwehrvorgang gar nicht gibt, da es sich um ein komplexes System von ineinander greifenden Mechanismen handele, von denen jeder auch andere Zwecke, als die der Abwehr erfüllen könne. Jeder Aspekt psychischen Funktionierens könne sowohl als Abwehr als auch zweckdienlich eingesetzt werden (vgl. Leichsenring 2003, S.49ff).

2.3.1.4 Projektion und Projektive Identifizierung; Idealisierung und Abwertung

Bei der Projektion handelt es sich um die Vorstellung, dass andere so fühlen und so sind wie der Projizierende selbst sich fühlt und ist. Es sind dies vor allem Gefühle, die der Projizierende in sich selbst ablehnt oder verkennt. *„Es handelt sich also um einen psychischen Prozess, in dem Selbstimages die Züge von Objektimages annehmen“* (Rhode-Dachser 2002, S.86) In Verbindung mit der Spaltung kommt es dazu, dass z.B. negative Selbstanteile auf das Gegenüber oder die gesamte Umwelt projiziert werden, was dazu führt, dass sich der Borderline-Patient oft genug in einer Welt voller Bedrohungen wiederfindet. Werden hingegen positive Aspekte des Selbst auf andere projiziert, so führt dies zu der von KERNBERG so genannten „primitiven Idealisierung“. Keine Kritik am anderen wird zugelassen. Beides zusammengenommen führt in Folge des plötzlichen Wechsels von Idealisierung und Abwertung in der Beziehungsbiografie der Borderliner zu

den häufigen und typischen Beziehungsabbrüchen nach vorangegangener, symbioseähnlicher Intensität der Bindung (vgl. Giernalczyk 1999 S.35).

Für RHODE-DACHSER sind Idealisierung, Abwertung und Projektion unlösbar gekoppelt, bzw. stehen immer in wechselseitiger Beziehung zueinander. Bei der Projektion von Aggressionen handelt es sich um Aggressionen, die ursprünglich gegen Elternteile gerichtet waren. War Ablehnung oder Zurückweisung seitens der Eltern zu grundlegend und mit ihnen nicht interagierbar, müsse die daraus resultierende Aggression umgelenkt, also auf andere Objekte projiziert werden. Stattdessen bildet sich eine Idealisierung der Eltern als Schutz und Versicherung der eigenen Existenzberechtigung heraus. Somit muss umgekehrt auch die Idealisierung bestehen bleiben, „ (...) *um ein für den Patienten lebensnotwendiges Objekt vor der Kontaminierung und Zerstörung durch diese Aggression zu schützen.*“ (Rhode-Dachser 2002, S.86)

Aus demselben Grund wird das Prinzip von Idealisierung und Abwertung später fortgeführt und andere Objekte und Selbstanteile im Sinne des „allmächtigen Objekts“ und des „Grössenselbst“ idealisiert, um nach erfahrener Kränkung ebenso wieder entwertet und zerstört zu werden (vgl. Kind in Giernalczyk 1999, S.40ff).

Die Unterscheidung in Selbstschutz bzw. Schutz der verinnerlichten elterlichen Objekte erscheint mir hier etwas verschwommen, was aber angesichts der Lebensnotwendigkeit der Eltern für das Selbst vielleicht eher unerheblich ist. Schutz der elterlichen Objekte und Selbstschutz bedingen sich an dieser Stelle derart gegenseitig, dass sie innerpsychisch fast noch als gleichbedeutend angesehen werden könnten.

Die Projektive Identifizierung beginnt nach GIERNALCZYK mit der Projektion negativer Selbstanteile oder unerträglicher Ängste des Senders auf den Empfänger als einem ersten Schritt. Im zweiten Schritt wird der Interaktionspartner durch die Projektion dazu gedrängt, sich dem Projektionsbild entsprechend zu fühlen und zu verhalten. Im dritten Schritt verhält sich letztendlich der Empfänger seinerseits den projizierten Inhalten entsprechend bestätigend. Hierin hätte sich dann die Identifikation mit der Projektion ungünstigerweise erfüllt. Unterstützend für die Vehemenz dieser Abwehrform wirkt der Umstand, dass bei der BPS die Grenzen zwischen innerpsychischen Erleben des Borderline-Patienten und dem des Interaktionspartner nicht klar ausgebildet sind. Heilsam wäre dieser Prozess erst, wenn der Empfänger die erhaltenen Projektionen in sich modifizieren könne und der Sender diese in einer erträglichen Form integrieren könne (vgl. Giernalczyk 1999, S.35f). Dieser Vorgang beschreibt wohl eine der schwierigsten Konfrontationen in der Therapie überhaupt und birgt gleichzeitig die größte Chance einer Veränderung.

2.3.1.5 Regression in der therapeutischen Beziehung

Als letzten Aspekt der Abwehr soll die Regression erwähnt werden. Es handelt sich bei der zu beschreibenden Art der Regression um das maladaptive Durchbrechen primärprozesshaften Materials, ohne dass diese in den kontrollierbaren und sozial akzeptablen Rahmen des Ich zu stellen ist (vgl. Leichsenring 2003, S.117).

GIENALCZYK spricht vom regressiven Strudel, der einsetzt, sobald der Therapeut sich von den Versorgungswünschen des Patienten erpressen lässt und dabei die eigenen Grenzen aus Angst um die Bedürftigkeit des Patienten übergeht. Dies setzt regelmäßig eine Wunscherfüllungsspirale beim Patienten in Gang, die synchron eine Verschlechterung seines Befindens mit sich bringt und im Falle einer aggressiv gefärbten Beendigung der Therapie leicht in einen Suizid münden könne (vgl. Giernalczyk 1999, S.54).

Anknüpfend an die vorangegangene Interpretation der projektiven Identifikation möchte ich auf eine Stellungnahme von RHODE-DACHSER zum Thema Regression eingehen. Sie weist darauf hin, dass es im Verlauf der Therapie mit großer Wahrscheinlichkeit zu der Begegnung mit einer intensiven Regression im Patienten komme. Der Ausgang der Therapie hänge entscheidend davon ab, in wieweit der Therapeut „(...)in der Lage ist, die Regression seines Patienten zu akzeptieren, angstfrei zu tolerieren und vielleicht sogar ein Stück weit zu teilen.“ (Rhode-Dachser 2002 S.179f) Hier scheinen sich zwei unterschiedliche Positionen zu manifestieren. Einerseits die Warnung vor einem Nachgeben und Vertiefen der Regression und andererseits die Ermutigung, sie ein Stück mitzutragen. RHODE-DACHSER löst den Widerspruch auf, indem sie die regressive Abwärtsspirale als einen Kampf des Patienten versteht, den ihm am unmittelbarsten zur Verfügung stehenden Ausdruck gegen die streng realitätszugewandte Reaktionsweise des Therapeuten durchzusetzen. Der Patient habe in der Regression vor allem das Ziel, in seinem wahren Wesen erkannt zu werden. Die Befriedigung der Wünsche an der Oberfläche, vertiefe die Regression und die Abhängigkeitsneigung, da sie ein wirkliches „Erkanntwerden“ letztlich nur verhindere (Rhode-Dachser 2002, S.180f, vgl. Dornes 1998, S.160).

Nach BALINT handele es sich in der Mehrzahl der Fälle sogar nur um ein Scheinproblem, da der Therapeut sich während der Regression des Patienten lediglich als primäres Objekt darzubieten habe, um sich mit den primären Wünschen und Gefühlen besetzen zu lassen, nicht jedoch, um sie zu befriedigen (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.180f). Diese Position wird auch von SEARLES gestützt, der in seiner Theorie der Borderline-Genese, darauf hinweist, dass vor allem die unter Abhängigkeitsängsten, Schuldgefühlen und Selbsthass begrabene Hingabewünsche an das Objekt blockiert sind, die aktiv von außen nicht in Form einer Wunschbefriedigung erfüllbar seien. (s. auch 2.2.2)

Auch die psychotische Dekompensation kann ein Ausdruck einer schweren Form der Regression sein und wird im folgenden Punkt beschrieben.

2.3.3 Realitätsprüfung und Realitätsverlust

In diesem Punkt soll die Art der Realitätsprüfung und ihre Nähe und Unterscheidung zum Realitätsverlust in der schizophrenen Psychose in Augenschein genommen werden. In 2.3.1 habe ich Zusammenhänge zwischen frühkindlicher Entwicklungsstörung und beeinträchtigter Realitätsprüfung bereits erwähnt. Die oben beschriebene Regression wirft ebenfalls ein Licht auf die Nähe zum Primärprozesshaften, aus der sich ein Teil der Beeinträchtigung der Wahrnehmung ableiten lässt. In projektiven Tests wie z.B. dem Rohrschach-Test oder der daraus weiterentwickelten Holtzman-Inkblot-Technik lassen sich subtile Denkstörungen

anhand von freien Assoziationen untersuchen, die bei den Untersuchten angesichts zufälliger Formen von Tintenklecksen in Gang gesetzt werden (vgl. Leichsenring 2003. S.116).

Zitat einer Patientin während eines Tests:

„Wenn sie lauter so Bilder mit Monstern haben, können wir gleich aufhören! Das ist ein Saugkopf, die können Löcher in die Haut machen. Wenn man es genauer anguckt, kriegt man richtig Schiss.“ (ebd. S.120) Für die Patientin sei das, was sie in die Tafel hineingesehen habe Realität, weswegen der Test abgebrochen werden musste, um die Patientin erst einmal zu beruhigen und in die Wirklichkeit zurückfinden zu lassen (vgl. ebd.).

RHODE-DACHSER und KERNBERG seien sich darin einig, dass die formalen Denkstörungen der BPS eine vorübergehende Regression auf frühkindliche affektive Abwehrmechanismen sind. Im Unterschied zu Psychotikern ist es den Borderline-Patienten nach Abklingen des Abwehrvorganges ohne weiteres möglich, den zeitweiligen Realitätsverlust im Sinne einer nachträglichen Realitätsprüfung zu revidieren und offensichtliche Widersprüche zu korrigieren. Dies stellt den entscheidenden Unterschied zur Schizophrenie dar.

Im Unterschied zu „Gesunden“ und Neurotikern ist ihnen während des regressiven Abwehrmanövers jedoch die Freiheit verwehrt, realitätsfremde Denkvorgänge als phantasievolle Überhöhungen ihrer Gefühle zu erkennen. (vgl. ebd. S.117) (s. auch 2.2.1.)

„Mehrere meiner Borderline-Patienten äußerten in der Therapie mir gegenüber spontan den Wunsch, psychotisch zu werden. In ihrer Phantasie war die Psychose eine Möglichkeit, sich aller Verantwortung und der mit ihr zusammenhängenden Konflikte ein für allemal zu entledigen und endlich Ruhe zu finden.“ (Rhode-Dachser 2002, S.60) Dies ist meist Ausdruck eines Wunsches nach totaler Abkehr von einer als unerträglich empfundenen Realität (vgl. ebd.). Die Gefahr eines vorübergehenden Realitätsverlustes stellt sich am häufigsten im therapeutischen Setting ein. Er stellt eine schwierige Klippe in der Therapie von Borderline-Patienten dar und wird auch als „Übertragungspsychose“ bezeichnet (vgl. Rhode-Dachser 2002. S.152). Diese könne nur überwunden werden, wenn der Therapeut *„(...) die außer Kraft gesetzten Ich-Funktionen des Patienten längere Zeit hindurch stellvertretend für diesen mit übernimmt und bereit ist, den Patienten ohne Veränderung in der eigenen emotionalen Einstellung während dieser Phasen der Therapie zu „tragen“.“* (ebd.)

In Bezug auf typische Symptome aus dem schizophrenen Formenkreis, wie die der akustischen Halluzinationen beschreibt DULZ aus seiner klinischen Erfahrung, dass Borderline-Patienten im Gegensatz zu an Schizophrenie Erkrankten auch während dieser Symptomatik oft in der Lage seien, davon Abstand zu nehmen.

Optische Halluzinationen seien dagegen häufig Ausdruck eines symbolisierten Wiedererlebens von realen Traumata, affektiv sehr viel stärker besetzt und im Gegensatz zu schizophreniformer Symptomatik medikamentös kaum zu erreichen (vgl. Dulz et al. 1997, S.24f).

2.4 Gegenübertragung und ihre Bedeutung für die Diagnose der BPS

„Die gängigste Form der Gegenübertragung ist ein Zustand, in dem ich erfahre ohne zu wissen.“ (Bollas 1997)

Als wichtiges und eigenständiges Charakteristikum der Diagnose gilt die Gegenübertragung, die Gefühle also, die der Therapeut im Laufe der Beziehungsaufnahme im Kontakt mit dem Patienten in sich selbst wahrnimmt. Ihnen gebührt eine erhöhte Aufmerksamkeit, denn vieles, was sich verbal und inhaltlich nicht vermitteln lässt oder unbewusst wie bewusst nicht vermittelt werden soll, überträgt sich dennoch als atmosphärische Gestimmtheit und taucht als Affekt im Gegenüber auf. So kann z.B. eine aggressive Gegenübertragung des Therapeuten eine spontane Antwort auf ein verstecktes aggressives Potential im Patienten sein, auch wenn dies in keiner Weise offen zutage tritt (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.64f). In der klassischen Terminologie sind mit der Gegenübertragung allerdings ausschließlich die unbewussten Konflikte des Therapeuten gemeint, die durch die Übertragung des Klienten in ihm aktiviert werden. Dies sollte bei der Beachtung der Gegenübertragung als diagnostisches Hilfsmittel für die BPS natürlich nicht außer Acht gelassen werden. Je mehr der Therapeut sich seiner eigenen Grenzen und seiner Konflikthaftigkeit bewusst ist, desto besser und effektiver kann er die Gegenübertragung im Sinne des therapeutischen Prozesses nutzen. Hier spielt die Supervision eine entscheidende Rolle, die die Aufgabe hat, eine angemessene Gewichtung und Differenzierung zwischen aktivierten Selbst- und Fremdkonflikten zu ermöglichen (vgl. Dulz et al. 1997, S.45, 154).

Ein stabiles Arbeitsbündnis in der Therapie herzustellen, stellt an sich für den Patienten im Gegensatz zum Neurotiker bereits eine große Schwierigkeit dar. Während dieses spannungsgeladenen Prozesses der Annäherung kann das Bild des Therapeuten schnell wechselnden Bewertungen durch den Borderline-Patienten ausgesetzt sein. Dementsprechend sind auch die Gegenübertragungsgefühle einer häufigen Schwankung unterworfen.

„Ich finde es schon faszinierend, wie diese Patientinnen immer wieder auch in erfahrenen Behandlungsteams eine relative Ich-Schwäche induzieren können. Die Behandler sind dann selbst ihren Affekten und Impulsen so wenig gewachsen wie die Patientin und verlieren ihre synthetischen Fähigkeiten.“ (Sachsse, 1997, S. 85)

Weiter lassen sich übereinstimmend typische Gegenübertragungsmerkmale in der Therapie mit Borderlinern feststellen. Hierzu gehören im Wesentlichen Gefühle aggressiver Natur, das Bedürfnis den Patienten abzuschieben, Unterwerfung unter Forderungen und Kontrolle des Borderline-Patienten und Angst des Analytikers vor eigenem Identitätsverlust.

Dies weist auf ganz ähnliche Abwehrreaktionen hin, durch die auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet ist und sie korrespondieren mit diesen geradezu spiegelbildlich (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.158ff).

Eine weitere häufige Verarbeitungsform der in der Gegenübertragung entstandenen Aggressionen sind Abwertung und Verachtung des Patienten, die oft durch degradierende diagnostische Etiketten ihren professionellen Ausdruck findet (vgl. ebd.).

2.5 Zusammenfassung und Rückschlüsse für die Beziehungsgestaltung

Die Symptome und die Einblicke in die Psychodynamik machen deutlich, dass es nicht um die Begrenzung einer ausufernden Suche nach Bedürfnisbefriedigung im Sinne einer „Grenzenlosigkeit“, einer sinnlichen Bereicherung oder Vergnügungssucht gehen kann, sondern dass es sich im Sozialverhalten von Borderline-Patienten um den widersprüchlichen Ausdruck einer inneren Not handelt, deren Abwendung für das psychische Überleben des Patienten von großer Bedeutung ist. Herausragend ist das Dringende, Drängende und Existenzielle, das im Verhalten der Borderline-Patienten die gesamte Symptomatik durchzieht. Ihre Beschreibung zeichnet ein Bild von der Problematik der Patienten, einen interpretierenden inneren Abstand zur Struktur ihrer Verhaltensweisen zu bekommen und wirft die Frage auf, in wieweit es darum geht, Elementares nachzuholen, zufriedenstellend abzuschließen, bzw. es lernend zu überwinden.

Ausgehend von den vorgestellten Abwehrformen wird erkennbar, welche Schwierigkeiten sich für alle Formen zwischenmenschlicher Kontakte ergeben. Ebenso lassen sich die häufig scheiternden Therapien nachvollziehen, sobald die für den Heilungsprozess erforderliche tragfähige Beziehung aufgebaut werden soll und die hartnäckigen Projektionen im Zuge der Gegenübertragung nicht übernommen und ausagiert werden dürfen.

Den Betroffenen gelingt es aufgrund des Zusammenspiels ihrer Abwehrstrategien und ihrer archaischen Ängste nicht, in sich selber oder im Gegenüber einen Menschen mit guten und gleichzeitig Unlust erzeugenden Eigenschaften zu begreifen. Aufgrund der Nähe zu primärprozesshaften Handlungsabläufen kann unter Belastung auf bestimmte Affektdispositionen oft nicht zurückgegriffen werden, die sich erst später ausbilden. Hierzu gehören Introspektion, Ambivalenz und Empathie in der zwischenmenschlichen Interaktion. Vor dem Hintergrund der beschriebenen existenziellen Schutz- und zeitgleich ebenso existenziellen Suchhaltung ist dieser „Egozentrismus“ einsehbar, den RHODE-DACHSER als ein permanentes „Ringeln um Lebendigkeit“ bezeichnet (vgl. Rhode-Dachser 2002, S.121). Ohne diese Existenzberechtigung scheint jede Beziehung von der Suche danach bestimmt zu sein, als auch von der Angst, in dieser Suche wieder enttäuscht zu werden. Symptomatik und Struktur muss daher immer auch vor dem Hintergrund dieses elementaren, nach außen gerichteten Anspruchs gesehen werden. Die Impulsivität als einem Versuch, äußerer Bedrohungen und innerer Konflikte Herr zu werden, führt zu einem permanenten Kampf, der Beziehungen abhängig gestaltet oder sie zerbricht. Die Identitätsdiffusion ist Ausdruck der verwirrenden Suche nach sich selbst im Außen, die auch die Beziehung versuchen wird, hierfür zu beanspruchen, um sie alsbald genau aus diesem Grund wieder in Frage zu stellen. Die innere Leere der Patienten kann durch Beziehung immer nur kurzfristig gefüllt werden, denn die tief verwurzelten Verlassenheitsängste müssen umso größer werden, je größer die Bedeutung des Anderen wird, was diesen in die Nähe einer potentiell bedrohlichen Gefahr rücken lässt. Kurzfristige Idealisierung und Entwertung des Objekts und der damit verbundenen Selbstrepräsentanzen sowie eine Flucht vor dauerhaftem Vertrauen sind damit vorprogrammiert (vgl. ebd. S.153, 83). Die spaltende Wahrnehmung trägt ihrerseits dazu bei, Beziehungsaufnahme zu verhindern, indem sie jedes Gegenüber nach narzisstischen Kränkungen vom idealisierten Retter in einen Feind des Existenzanspruches mutieren lässt und wird damit stets zum Erfüllungsgehilfen des eigenen Schemas.

Die extreme Schwankung zwischen paranoid wie idealisiert gefärbten Erwartungshaltungen lässt eine Annäherung, die sich allmählich auf eine Bindung hin entfaltet, nicht zu. So wird sich ein Beziehungspartner schnell im Spannungsfeld zwischen Idealisierung und Nähewünschen einerseits, Inbesitznahme, impulsiven Aggressionen, Regressionstendenzen und immensen Verlassenheitsängsten andererseits befinden. Faszination, Mitgefühl und Schuldgefühle geben sich in diesem Teufelskreis die Hand, bis es von der einen oder anderen Seite aufgrund der unerträglichen Spannung auf irgendeine Art meist zu einem endgültigen Bruch kommt.

Diese Dynamik soll nun anhand der verschiedenen Genesetheorien weiter untersucht und verstehbar werden.

3 Genese der BPS

In den letzten Jahren setzt sich zunehmend die Auffassung durch, dass es sich bei allen Persönlichkeitsstörungen grundsätzlich um den *Ausdruck* von Beziehungs- bzw. Interaktionsstörungen handelt. Auch das DSM-4 hat zunehmend diesen Aspekt berücksichtigt und diesbezügliche Merkmale in das Diagnoseschema aufgenommen (vgl. Sachse 2002, S.9). Diese beziehen sich dementsprechend auf das Erscheinungsbild der Störung, wie sie sich im Jugend- und Erwachsenenalter manifestiert. Hierzu zählen die „dysfunktionalen Überzeugungen über Beziehungen“, die „dysfunktionalen interaktionellen Intentionen“ und die „dysfunktionalen Arten der Beziehungsgestaltung“, (vgl. ebd.) deren spezifische Art im nächsten Kapitel anhand der Praxisbeispiele noch deutlicher wird. Die Psychodynamik habe ich im Vorfeld eingehend beschrieben, ihren Wurzeln werde ich nun in diesem Kapitel nachgehen. Dabei liegt die Frage nahe, in wieweit es sich bei der Genese der BPS auch um die *Folgen* einer Störung von Interaktion und Beziehung handelt.

Nach wie vor ist die Grundannahme umstritten, ob es sich bei der BPS ausschließlich um Folgen einer spezifischen frühkindlichen Störung handelt. So wurden z.B. auch bei Kriegsveteranen neben posttraumatischen Belastungsstörungen und neurotischen Formen der Traumabewältigung voll ausgeprägte Borderline-Strukturen beobachtet, ohne dass bei ihnen vor Kriegsbeginn irgendwelche Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung festgestellt wurden. Dieser Aspekt dürfte weiterhin zu untersuchen sein und wirft neben dem Definitionsstreit, in wieweit es sich dann überhaupt noch um eine Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-4 handelt und ob Persönlichkeitsstörungen generell auch im späteren Erwachsenenalter erworben werden können, immer wieder auch die Frage nach der Genese neu auf. Fraglos unterstützt dieser Aspekt allerdings den traumatisch bedingten Anteil an der Ausbildung einer BPS (vgl. Fiedler 2001, S.45, 399).

Eine Traumatisierung durch Mißhandlung und Mißbrauch tritt Untersuchungen zufolge in der Biografie gerade von Borderline-Patientinnen derart gehäuft auf, dass sie einer gesonderten Betrachtung bedarf. Dennoch werde ich versuchen, diese in ein übergeordnetes Erklärungsmodell einzubinden, da sie für sich genommen kein ursächliches Genesekriterium darzustellen scheint. (vgl. Dulz et al.1997, S. 47; vgl. Bohus 2002, S.13)

KREISMAN und STRAUS bestätigen die Dramatik von körperlichem Missbrauch und Misshandlung, betonen jedoch vor allem auch die Bedeutung des emotionalen Missbrauchs, der für sich genommen bereits den völligen Verlust der Selbstachtung bewirken kann. Hierzu gehören „Erniedrigung“, „Unerreichbarkeit“ und „Herrschaft“ (Vgl. Kreisman et al. 1992, S.118).

Nach wie vor herrscht bei den meisten Autoren jedoch eine große Übereinkunft darin, dass bei Borderline-Patienten eine frühe und anhaltende Störung in der Entwicklung von Bindungssicherheit und Autonomie vorliegt. Hierbei gibt es jedoch Unterschiede in der Auffassung, welche Faktoren zusammenkommen müssen, um traumatisierend zu wirken, von welcher Art, Dauer und Intensität sie sein müssen und welche Voraussetzungen im Patienten selbst diese Entwicklung begünstigen können.

3.1 Skizzen verschiedener Erklärungsansätze für frühe Beziehungsstörungen hinsichtlich der Entwicklung einer BPS

Wenn man sich die Faktoren vor Augen hält, die maßgeblich auf die Bindungsstruktur eines Säuglings einwirken, liegt der Einfluss der Mutter in seiner Bedeutung zweifellos an erster Stelle. Demzufolge gilt dieser Beziehung die Hauptaufmerksamkeit als Ursache für tiefgreifende Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeit. Gegenstand der Theorienansätze ist die Frage, welcher Art das Missverhältnis zwischen der mütterlichen Zuwendung und den kindlichen Bedürfnissen sein kann, bzw. warum der Säugling diese für sich nicht optimal nutzen konnte, so dass es zu einer erheblichen Beeinträchtigung in der Persönlichkeitsentwicklung kommt, auch wenn diese sich erst in späteren Jahren als BPS manifestiert.

Es scheint für die meisten Autoren offensichtlich, dass sich diese signifikante Beziehung aus verschiedenen Gründen nicht zu jener tragfähigen Form ausgestalten konnte, die die unerlässliche Voraussetzung darstellt, eine gesunde Ich-Entwicklung zu gewährleisten, Urvertrauen und Vertrauen in die eigene Autonomie zu entwickeln, und diese auch einem von sich selbst getrennten Objekt zugestehen zu können:

RHODE-DACHSER erkennt in dieser Phase einen Mangel mütterlicher Empathie, jene stabilisierenden Strukturen zu vermitteln, die das Kind später in die Lage versetzen, schmerzliche Realitäten, vor allem die der Trennung, akzeptieren zu lernen. Auch GREEN ist der Ansicht, dass es dem späteren Borderline-Patienten nicht gelingt, während regressiver Tendenzen auf frühkindliche Erinnerungsspuren ausreichender Bedürfnisbefriedigung zurückgreifen zu können, um aus ihnen Sicherheit und Identitätsgefühl zu schöpfen.

KHAN sieht die Ursache eher im Versagen der Mutter als Reizschutz, was zu Überforderung und kumulativem Trauma führe. Dies verhindere die Bildung eines sichernden internalisierten Mutterbildes als positive und schützende Objektrepräsentanz, auf das während der Phase der Individuation zurückgegriffen werden kann.

Nach GIOVACCHINI fühlt die Mutter sich durch die Pflegeaufgabe generell überfordert, da sie selbst mit einem amorphen Selbstbild zu kämpfen habe. Somit würde sie selbst eine

Quelle Unlust erzeugender Reizüberflutung darstellen, der sich der Säugling nicht erwehren kann.

Für MASTERSON und ODIER sind sehr frühe traumatische Trennungserfahrungen, die den Charakter einer unmittelbaren Todeserfahrung hatten, ausschlaggebend für die Entstehung einer BPS. Als Folge davon vermeide das Kind daraufhin ängstlich weitere Trennungserfahrungen um sich nicht erneut einem lebensbedrohlichen Risiko auszusetzen. Hinzu komme ein „ridding behavior“, mit dem die Mütter aus Abwehrgründen Verselbständigungsversuchen des Kindes entgegenwirke, da diese auf die Mutter selbst bedrohlich wirken. Aus diesem Grund reagiere sie auf Autonomiebestrebungen mit abrupten libidinösen Rückzugstendenzen (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.128f).

Von anderen Autoren wird eher das „eindringende“ oder „beherrschend-präsente“ der Mutter in den Mittelpunkt der Beziehungsstörung gestellt, was dazu führe, dass das Kind seine eigenen Motivationen weitestgehend aufgibt. WINNICOT und LAING sehen hierin die Ursache einer Überanpassung, die gleichzeitig die Quelle der Ausbildung des „falschen Selbst“ darstellt. Auch CHESSIK deutet inneres Chaos und Instabilität des Borderliner als Folge einer Mischung verborgener Forderungen, sich den Vorstellungen der Mutter entsprechend zu entwickeln, in Kombination mit einer pseudo-gebenden Haltung und Überfütterung. Diese Mischung sei ein Versuch ihrerseits, eigene Ängste, emotionale Verarmung oder Ablehnung zu kompensieren, ohne sich derer bewusst zu sein (vgl. ebd.). In diese Richtung wird auch im Lehrbuch für Neurosen argumentiert. Eine Ursache für die borderline-typische Spaltung zeichne sich „(...) in Form eines inkonsistenten, widersprüchlichen mütterlichen Zuwendungsverhaltens überhaupt ab, was aber nur pathogen zu sein scheint, wenn es gleichzeitig mit Überengagement (maternal overinvolvement) gekoppelt ist.“ (Hoffmann et al. 1999, S.191)

LINEHAN prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „Invalidierung“, der besagt, dass in einem verletzendem familiärem Umfeld bereits sehr früh unangemessene, fehlende, falsche und extreme Reaktionen auf die Affekte des Kindes folgen, die die Entwicklung von gesunden Reaktionen sowie die Kontrolle und Toleranz gegenüber den Gefühlen verunmöglicht. Die als negativ bewerteten Affekte sollen vom Kind kontrolliert werden, ohne dass hierfür die Fähigkeiten vermittelt wurden. Dies stelle für das Kind die grundsätzliche Berechtigung seiner Bedürfnisse in Frage, löse Misstrauen, Angst und Hilflosigkeit gegenüber einer rätselhaften und willkürlichen Außen- und Innenwelt aus und münde später im Kampf um Sicherheit in impulsives und kontrollierendes Verhalten gegenüber Interaktionspartnern. (vgl. Petersen-Ostroga in Giernalczyk 1999, S.86)

Aus allen Interpretationen ist letztlich eine direkte oder indirekte konflikthafte Gestaltung der Autonomiebestrebungen ableitbar, die auf ängstigende und zugleich bindende Art einen Mangel an Vertrauen in die innere und äußere Sicherheit vermittelt. Autonome Schritte jedoch müssen immer auch mit der Fähigkeit einhergehen, ein Trennungserleben riskieren zu können, welches scheinbar entweder als direkt traumatisch blockierend erfahren, oder aber als zu beängstigend erwartet und vermieden wurde.

3.2 Traumatisierende Faktoren in der frühkindlichen Entwicklung aus bindungstheoretischer Sicht

Die Bindungstheorie geht von einem universellen Bedürfnis nach emotionaler Bindung aus, das für den Menschen Überlebensfunktion hat (vgl. Kächele et al. 2002, S.215). Die Befriedigung oraler Bedürfnisse reicht erwiesenermaßen für eine gesunde psychische Entwicklung nicht aus. In der Interaktion mit der primären Bezugsperson, in der Regel die Mutter, entwickelt sich danach bereits im ersten Lebensjahr ein inneres Modell von dieser Bindungserfahrung, das BOWLBY als „inneres Arbeitsmodell“ bezeichnet (vgl. ebd., S.150). Es basiert auf einem Bindungsverhaltenssystem, das in bedrohlichen und unsicheren Situationen aktiviert wird, um sich der Nähe und Sicherheit der Bindungsperson zu vergewissern. Es fungiert insgesamt als Selbststeuerung auf der Basis der gemachten Beziehungserfahrungen und beeinflusst allgemein gesagt Motivation, Kognition, Emotion und Verhalten und entspricht damit weitestgehend der Bedeutung von Selbst- und Objektrepräsentanzen in der Objektbeziehungstheorie. Bei Gefühlen von Zuverlässigkeit, Vorhersehbarkeit und Angstfreiheit wird Bindungsverhalten vom Explorationsverhalten abgelöst, welche sich idealerweise die Waage halten. Desweiteren baue man sich später die Beziehungen auf, die denen des inneren Arbeitsmodells ähneln (vgl. ebd. S.155).

Durch wissenschaftliche Studien der Bindungsforschung haben sich vier deutlich voneinander unterscheidbare Bindungsmuster feststellen lassen:

„Sicher-gebundene“ Kinder, können ihre Emotionen kongruent kommunizieren, lassen sich leicht trösten, Exploration und Bindungsverhalten halten sich die Waage. Bezeichnenderweise wird diese Kategorie bei Untersuchungen der Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter als einzige in die Kategorie „sicher-autonom“ umformuliert (vgl. ebd. S.218). Dieser Umstand wird später noch von Bedeutung sein, wenn ich der Frage nachgehe, ob Selbstbestimmtheit wirklich gelernt oder nur verlernt werden kann.

„Unsicher-distanzierte“ oder „unsicher-vermeidende“ Kinder überbetonen das Explorationsverhalten auf Kosten des Bindungsverhaltens und vermeiden Nähe selbst wenn sie aufgrund von Trennungsschmerz oder Kummer nachweislich äußerst gestresst sind.

„Unsicher-ambivalente“ oder „unsicher-verstrickte“ Kinder reagieren heftig bei Trennungserlebnissen und lassen sich nur schwer beruhigen. Es zeigen sich bei ihnen sehr ambivalente Verhaltensweisen wie Nähewünsche bei fast zeitgleichen Widerständen gegen Kontakt, was sich in aktiv wütendem und passiv resignativem Verhalten äußert. Entscheidend hierbei ist jedoch, dass hier letztlich das Bindungsverhalten auf Kosten des Explorationsverhaltens überbetont wird und zu einer Tendenz des Anklammerns führt.

Die letzte deutlich abzugrenzende Kategorie von Bindungsmustern wird mit dem Attribut „desorganisiert“, „desorientiert“ und „ungelöstes Trauma“ versehen und kennzeichnet sich durch offensichtliches Fehlen effektiver Verhaltensstrategien angesichts von Trennungen oder Beziehungsaufnahmen. Es fallen stereotype Bewegungen bei Nähe, Starrheit oder Angst gegenüber einem Elternteil auf. Diese Reaktionen ließen sich in klinischen Stichproben zu 80% bei misshandelten Kindern feststellen, ebenso bei vernachlässigten Kindern und bei

denen, deren Eltern selbst ein Trauma oder Trauerprozesse noch nicht verarbeitet hatten (vgl. ebd. S.177ff).

3.2.1 Kriterien von Bindungssicherheit

Die Bindungsrepräsentation der Mutter spielt für die Entwicklung der Bindungssicherheit im Kind nachweislich eine entscheidende Rolle. Die Bindungsrepräsentation lässt sich bei Erwachsenen anhand des Adult Attachment Interviews (AAI) feststellen. Eine eindrückliche Studie von FONTAGY mit schwangeren Müttern belegt, dass das Ergebnis des Interviews einen zuverlässigen Prädiktor für das spätere Bindungsverhalten ihrer Kinder darstellt (vgl. ebd. S.180).

Als ein Kriterium für sichere Bindungsrepräsentation wird die mütterliche „Feinfühligkeit“ genannt, die sich durch angemessene, anerkennende und prompte Art, auf die Signale und Bedürfnisse des Kindes reagieren zu können, auszeichne. Diese Fähigkeit wird von der Irritierbarkeit des kindlichen Temperamentes beeinflusst. In welchem Umfang ist nach wie vor umstritten, da es bedeuten würde, dass das kindliche Temperament seine eigene Bindungssicherheit zu gefährden im Stande ist (vgl. ebd. S.183).

Mütter sicher gebundener Kinder weisen ihren Kindern gegenüber außerdem einen offeneren Umgang mit ihren Emotionen auf. Es überwiegt bei ihnen ein positives Selbstgefühl, was sich auch in ihrer Partnerschaft widerspiegelt. Ein weiteres wesentliches Merkmal ist eine stimmige gegenseitige Interaktion. Vor allem eine den kindlichen Bedürfnissen angepasste Interaktion bezüglich der intensiven Affekte wirkt sich Untersuchungen zufolge neben der Sicherung der emotionalen Bindung gleichzeitig auf die kognitive Entwicklung positiv aus (vgl. ebd. S.55). Hierbei sind Mutter und Säugling „(...) beide aktive Partner, die einen Beitrag leisten und die Interaktion gegenseitig bestimmen.“ (ebd. S.173)

Es zeigte sich in weiteren Studien, dass eine sichere Bindung mit einem ausgewogenen Grad synchroner und asynchroner Interaktion einhergeht, wobei die positiven Emotionen überwiegen und asynchrone Zustände alsbald in einem reparativen Prozess zugunsten einer positiven Koordination korrigiert werden. Dies zeugt von einem offenen und flexiblen Beziehungssystem und unterscheidet sich von solchen Systemen, in denen große Koordination vorherrscht, die jedoch als Indiz für ein überwachendes und übergreifendes Bindungsverhalten der Mutter zu werten ist und eher ambivalent desorganisierte Bindungsmuster widerspiegeln (ebd. S.173f).

3.2.2 Bindungsmuster bei Borderline-Patienten

Bindungstheoretischen Studien zufolge weisen Borderline-Patienten überproportional häufig eine „verstrickte“ Bindungskategorie in Verbindung mit der eines „ungelösten Trauma“ auf. Es wird angenommen, dass in Folge früherer traumatisch-instabiler Bindungserfahrung „(...) diese Patienten im Kindesalter aufgrund ihrer (biologischen) Abhängigkeit zur Pflegeperson im Sinne einer adaptiven Lösung das Reflektieren über sich und andere „blockiert“ haben, um weiter mit der sie misshandelnden Person existieren zu können.“ (Fonagy in Kächele et al. 2002, S.227)

Dieser Mangel an Reflexionsfähigkeit ergibt sich nach FONAGY folglich aus der bedrohenden Umgebung des Kindes, die die Aufmerksamkeit zum größten Teil an die äußere Welt gebunden habe und der Begegnung mit der inneren Welt aus Mangel an Sicherheit und Vertrauen keinen Raum ließ. Darüber hinaus würde das Individuum aufgrund seiner Abhängigkeit in der bedrohlichen Situation dazu gezwungen, mental eine Umgebung zu akzeptieren, in der spezifische Gedanken und Gefühle nicht zugelassen werden können. Eine Unterscheidung in innere und äußere Welt sei aufgrund dessen kaum möglich, ein klassisches Strukturmerkmal der späteren BPS (vgl. ebd. S.228). (s. auch 2.3.1)

Das Spezifische der Traumatisierung als Vorbote einer BPS erklärt sich also vor dem Hintergrund der Bindungstheorie vor allem durch das Paradoxe in der Interaktion, das regelmäßig zu einer starken Irritation und einer desorganisierten Bindungsstrategie führt: Erregt eine Bindungsperson selbst beim Kind Furcht, sei es durch offene oder versteckte Ängste der Bindungsperson oder durch Formen direkter oder indirekter Ablehnung und löst diese Begegnung gleichzeitig beim Kind Bindungsverhalten aus, so gerät es in eine paradoxe Lage, in der es keine Lösungsstrategie ausbilden kann (vgl. ebd. S.7). Stattdessen entstehe eine „Frightening-frightened-Kollusion“, die dem Kind das Gefühl der Schutzlosigkeit vermittelt. Dieses Erfahrungsmuster ist die Grundlage einer desorganisierten Struktur und korreliert signifikant mit dissoziativen Störungen und kontrollierend-aggressivem Verhalten in späteren beziehungsrelevanten Situationen. Dabei geht die Bedrohung der Bindungssicherheit nach BOWLBY mit dem Ausschluss von Information einher, die mit dieser Bedrohung parallel verläuft. Diese Verknüpfung scheint auch die Desorganisation in Bezug auf Zeit, Raum und Logik im sprachlichen Verhalten zu erklären, wenn es um Inhalte geht, die mit Gefühlen der Bindungsunsicherheit zusammentreffen (vgl. ebd. S. 220f).

3.3 Mahlers Theorie der Störung von Individuation und Loslösung während der Wiederannäherungsphase

MAHLER sieht in der BPS eine Störung in der Phase der Wiederannäherung zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr. Das Kind lerne hier, auf die eigene Beteiligung an der phantasierten Allmacht der Eltern verzichten zu müssen. Dieser Verzicht ziehe Enttäuschung und Hass auf die Mutter nach sich und gerate in den Konflikt mit dem weiter bestehenden Bedürfnis, an der innigen Verbindung mit ihr festzuhalten. Die entwicklungsrelevante Aufgabe besteht ihrer Meinung nach darin, libidinöse und aggressive Strebungen, die zunächst unverbunden nebeneinander stehen, integrieren zu lernen. Erst das erfolgreiche Durchlaufen dieser Phase bilde das Fundament eines gesunden Selbst und stehe für die Stabilisierung innerer Vorstellungen von Bezugspersonen (vgl. Dulz et al. 1997, S. 47).

In dieser Phase sind auch Entdeckungslust und allmähliche Vergrößerung des Aktionsradius angesiedelt, die immer mit dem Gefühl der schützenden Verfügbarkeit der Mutter abgeglichen wird. Währenddessen muss das Kind die schmerzhaft Erfahrung machen, dass die Eltern getrennte Individuen mit eigenen Bedürfnissen darstellen, was die Phase der Wiederannäherung als aktive Form des Verbens um die Mutter einläutet. Durch die neu gewonnene Autonomieerfahrung erhält diese Annäherung auch die Färbung eines Machtkampfes, weil das Bedürfnis nach weiterer bedingungsloser Bedürfnisbefriedigung

einhergeht mit der Angst vor Wiederverschlingung und Verlust der gewonnenen Individuation.

Für MAHLER hängt von der glücklichen Lösung dieses Konfliktes die weitere Entwicklung ab. Diese besteht darin, dass die Mutter in der Lage ist, dieser Ambitendenz im Kind liebend und verlässlich zu begegnen. Wird die Wiederannäherung belastet durch widersprüchliche oder ablehnende Reaktionen der Mutter, so verliert das Kind die emotionale Rückendeckung für ein argloses Pendeln zwischen ihr und der Welt der Objekte.

An seine Stelle tritt dann eine Abwendung von der Mutter in Form einer maladaptiven Vermeidungsstrategie oder eine sado-masochistische Verklammerung, die umso intensiver werden kann, je größer Hass und Enttäuschung der Mutter gegenüber werden. In dieser Verklammerung versucht das Kind in Alternative zum Individuationsstreben am Bild der Sicherheit-spendenden Mutter symbiotisch festzuhalten (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.132f). „*In der Fixierung an diesen Gefühlszustand und den mit ihm verbundenen Phantasien sieht Mahler die eigentliche Genese des Borderline-Syndroms.*“ (ebd., S.134)

Aus diesem Modell der Genese lässt sich das Strukturmerkmal der Spaltung in ein böses Mutterbild der Trennung und in ein idealisiertes Mutterbild der Wunscherfüllung ableiten. Es entsteht anstatt einer adäquaten Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen ein „eingefrorenes Introjekt“, mit dem „(...) *der Patient sich nicht identifizieren, von dem er sich aber auch nicht verabschieden kann.*“ (ebd.) Ebenso erklärt es das Streben nach Sicherheit und Kontrolle über bedeutsame Objekte der Beziehung, um der Bedrohung durch deren Eigenständigkeit zu entgehen. Damit setzt sich die fortlaufende Reinszenierung der alten Erfahrung fort, indem die befürchtete Katastrophe einer Wiedervereinnahmung abgewehrt wird und die Katastrophe der Trennung aktiv vorweggenommen wird, um ihr nicht passiv ausgeliefert zu sein (vgl. ebd.).

Strittig ist MAHLERS Symbioseverständnis in sofern, als sie davon ausgeht, dass sich eine Separation immer aus einer mindestens zwölf monatigen symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter vollzieht. STERN dagegen hält nicht die Symbiose sondern ein Empfinden des Getrenntsein nach kürzester Zeit für das primäre Grundgefühl. Erst auf der Basis dieses Getrenntseins würden sich Gemeinsamkeitserlebnisse mit der Mutter abzeichnen, die jedoch das Gefühl einer Separation im Normalfall nicht mehr auslöschen (vgl. Dornes 1998, S.89f). Dieser Standpunkt ließe im Interaktionsverhalten der sicheren Mutter-Kind Bindung, das ich unter 3.2.1 beschrieben habe deutlich einen Ausdruck einer beiderseitigen Autonomie erkennen, die von Anfang an gegeben ist. Damit spreche ich nicht den Aspekt der Eigenständigkeit sondern den der Selbstbestimmung an.

3.4 Kernbergs analytische Theorie der oralen Traumatisierung

KERNBERGS entwicklungspsychologisch-genetischen Vorstellungen zu Folge basiert die für den Borderliner typische Entwicklung auf einem nicht überwundenen Zwischenstadium des Säuglings, in dem es noch keine Trennung oder Vorstellung von sich und anderen, als auch von Selbst- und Objektrepräsentanzen gibt. Aufgrund von schweren Frustrationen während der oralen Phase muss die Polarisierung in „Gut und Böse“ aufrechterhalten werden um aggressive Impulse absorbieren zu können, da die guten inneren Objektbilder vor den

bösen geschützt werden müssen. Misslingt aufgrund einer Störung die Überwindung dieser Polarisierung, verbleibt eine „spezifische Fixierung“ auf diese Entwicklungsstufe welche zu einer immer wiederkehrenden Regression auf die Ebene der Borderline-Struktur führt (vgl. Bohus 2002, S.3).

Die Enttäuschungsaggression die aus den Frustrationen mit der Mutter erwachsen sind, würde dann auf den Vater umgelenkt werden müssen, was beim Jungen zu einer verfrühten ödipalen Rivalität mit ihm führt. Diese prägenitale Aggression steigert die Kastrationsangst, was die adäquate und zeitgemäße Lösung des ödipalen Konflikts verunmöglicht. Dem männlichen Kind begegnet in diesem Fall also ein Rivale, dessen Gefahr nur durch ein vorschnelles, konflikthafte und aggressionsbeladenes Durchlaufen der prägenitalen Entwicklungsphasen zu begegnen sei oder durch die Entwicklung einer „femininen Position“ abgeschwächt werden kann (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.131). Hieraus kann sich nach KERNBERG auch eine Homosexualität als Ersatzlösung beim Borderline-Patienten entwickeln. Sie stellt eine sexuelle Unterwerfung dar, um die von der frustrierenden Mutter versagte orale Befriedigung dennoch zu erhalten (vgl. Leichsenring 2003, S.33).

Dem weiblichen Kind steht im Vater mehr noch als dem Jungen eine Hoffnung auf Befriedigung der oralen Bedürfnisse zur Verfügung, da sie sich der kulturellen Norm entsprechend verführerischer verhalten kann. Verstärkend auf die Hinwendung zum Vater wirke sich die Vorstellung aus, im Erlangen des väterlichen Phallus ein Symbol für das Anrecht auf die Mutter zu besitzen. Interpretiert und genießt der Vater diese Annäherung als sexuelle Bestätigung und begegnet ihr auf erotisch-sexueller Ebene bis hin zum Missbrauch, kann statt der angestrebten Auflösung nur eine Manifestation der bereits bestehenden oralen Traumatisierung erfolgen (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.130ff).

Die spezielle Fixierung auf ein Entwicklungsstadium um das zweite Lebensjahr herum bestätigt sich auch in dieser Interpretation. Sie verdeutlicht die Psychodynamik der Entstehung und Frustrationen von Bedürfnissen und deren Verlagerung. Bezüglich der Art der oralen Frustration lässt sie allerdings einige Fragen offen.

Die neuere Säuglingsforschung bezweifelt KERNBERGS Symbiosetheorie der Verschmelzung von Selbst und Objekt. In Frage gestellt wird auch die Theorie der entwicklungsbedingten frühkindlichen Spaltung in gute und schlechte Objekt- und Selbstrepräsentanzen bis zum zweiten Lebensjahr an der der Borderline-Patient über diesen Zeitraum hinaus pathologisch und nun aktiv spaltend festhalte. Die Säuglingsforschung hält in Anlehnung an STERNS Theorie ebenfalls eine vom Selbst differenzierte Objektwahrnehmung bereits von Anfang an gegeben, welche spätestens mit ca. sechs Monaten zu einer ganzheitlichen Objektwahrnehmung herangereift ist. Die Aufspaltung in gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen ein und derselben Person wäre demnach nur pathologisch zu interpretieren (vgl. Dornes 1998, S. 97ff).

3.5 Die Bedeutung von Missbrauch und Misshandlung

Im Zusammenhang mit der Psychodynamik und anderen Modellen der Genese habe ich Teilaspekte zum Thema Missbrauch bereits erläutert und werde mich an dieser Stelle auf zusätzliche Aspekte konzentrieren, die mir wesentlich erscheinen.

Der Stellenwert von realem Missbrauch und Misshandlung für die Genese einer stationär behandlungsbedürftigen Borderline-Störung ist nach DULZ, HEIGL, BRYER, HIRSCH, RHODE-DACHSER und anderen signifikant. So zeigt sich bei Untersuchungen der Anamnese der vorwiegend weiblichen Borderline-Patientinnen übereinstimmend zu mindestens 70 % reale Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und ca. 50 % Misshandlungen. Weitere Studien ergaben, dass sich bei 25 % der missbrauchten Patientinnen einer psychiatrischen Station eine Borderline-Störung manifestiert hatte, jedoch nur bei 6 % der nicht missbrauchten. Wann körperliche und damit immer zugleich auch seelische Formen von Erniedrigung und Ausbeutung zu psychischen Störungen führen und welche Symptome dann vorherrschen, hängt von weiteren Faktoren ab. Hierzu zählen vor allem innerfamiliäre Beziehungsstrukturen, protektive Einmischung oder Ignoranz durch Partner, Verwandte und Umfeld, Alter und Dauer der Handlungen des oder der Täter sowie prätraumatische Persönlichkeitsentwicklung des Kindes (vgl. Dulz et al 1997, S.48f).

Dass der missbrauchende Täter allzu häufig der eigene Vater ist, macht es dem Kind später so extrem schwer, sich von den Internalisierungen zu lösen. Es entsteht eine ängstliche Identifikation mit ihm, wobei verhängnisvollerweise auch die Schuldgefühle des Vaters vom Kind introjiziert werden. Indem das Kind mittels der Selbstbezichtigung die Schuld übernimmt, erhält der Vater in der Wahrnehmung des Kindes sogar das Recht zum Missbrauch. Die erlebte Ohnmacht versucht das missbrauchte Kind durch Verschmelzung mit dem omnipotenten Objekt zu kompensieren. Dies begünstigt die spätere Selbstverletzung dahingehend, dass das Introjekt auch am und im eigenen Körper bestraft werden muss. Eine Konfusion der kindlichen Eigenwahrnehmung entsteht dadurch, dass der eigene Vater darüber hinaus das am Kind verurteilt und beschämt, was er andererseits vom Kind verlangt, nämlich seine Sexualität. Indem das Kind sein eigenes „Schlecht-sein“ als Ursache für den väterlichen Übergriff identifiziert, versuche es dieser Konfusion zu entgehen: *„Die sexuellen Übergriffe stellen dann die Bestätigung der „Verdorbenheit“ und deren „Bestrafung“ gleichzeitig dar.“* (ebd., S. 53)

Das unauflösbar Widersprüchliche an der Missbrauchssituation besteht auch hier wiederum in der Bildung zweier konträrer Objektrepräsentanzen im Kind, die sich aus der Wahrnehmung eines beschützenden Ernährers und eines die psychischen und körperlichen Grenzen überschreitenden Vaters zusammensetzen. Die Spaltung als erhaltender Abwehrmechanismus ist angesichts dieser überfordernden Konfusion die häufige Folge (vgl. ebd., S. 52f).

RHODE-DACHSER ergänzt diese Sichtweise, indem sie im Missbrauch durch den Vater neben der Verursachung auch eine Bestätigung einer bereits bestehenden Spaltung erkennt. Eine Spaltung oder eine belastende Vorerfahrung könne mit einiger Wahrscheinlichkeit bereits in der Beziehung zur Mutter stattgefunden haben. In Untersuchungen über das Mutter-Kind Verhältnis missbrauchter Borderline-Patientinnen taucht die Mutter im Kontakt

zu ihrer Tochter vorwiegend als abwesend oder vernachlässigend auf (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.145).

Die enge Verbindung von Missbrauch und Misshandlung leitet sich Untersuchungen zufolge aus der Psychologie des Täters ab. „*Väter (seltener auch Mütter) von missbrauchten Kindern reagieren auf andere vor allem mit schlecht kontrollierter Aggression (Prodgers 1984). Daraus wird auch erklärlich, warum physische Gewalt und Inzest so häufig zusammen auftreten.*“ (ebd.) In der Identifikation mit dem Aggressor tragen missbrauchte Borderline-Patientinnen eine Objektrepräsentanz in sich, die in seinen Reaktionen bedrohlich und unberechenbar bleibt. Diese „unassimilierten Introjekte“ können weder integriert noch aufgegeben werden, weil sie gleichzeitig als existenzhaltend erlebt werden. Die vielzitierte Aggression der Patienten stimmt also auch häufig mit dem internalisierten Bild der Täter überein, und entspricht damit nicht nur der Wut über die erlittenen Verletzungen (vgl. ebd., S.146).

Keinesfalls dürfen hierbei m. E. das Erfahren von Hilflosigkeit und Ohnmacht als Ursache für Wut übersehen werden, das entsteht, wenn intrapsychisches Erleben nicht in einen sinnvollen Zusammenhang gestellt und adäquat ausgedrückt werden kann. Dies wird durch die aufgezeigten Widersprüche, die sich auf emotionaler und kognitiver Ebene in Folge missbrauchender und misshandelnder Übergriffe ergeben, unausweichlich.

In wieweit sich subtilere, psychische Formen des sexuellen Missbrauchs auf die Schwere einer BPS auswirken ist schwer zu untersuchen. Sie können ebenso wie verbale Misshandlung derart vielgestaltig und versteckt auftreten, dass sie im Nachhinein kaum aufklärbar sind, da sie auch zu Realitätsverzerrungen und Selbstzweifel an der eigenen Wahrnehmung führen. Zweifellos jedoch kann das Überschreiten der psychischen (Scham-) Grenzen Ausmaße erreichen, die aufgrund der bedrohlichen Konfusion für das Kind eine traumatisierende Wirkung haben und Voraussetzung für die Spaltung auf Borderline-Niveau schaffen. Die Wahrung der Körpergrenzen lasse allerdings die Vermutung zu, dass bei ausschließlich psychischen und narzisstischen Formen des Missbrauchs und der Misshandlung die Schwere einiger Symptome, vor allem das der Selbst- und Fremdaggressionen weniger stark ausgeprägt sind (vgl. Dulz et al. 1997, S.55).

3.6 Neurobiologische Ursachen

Bei der Untersuchung neurobiologischer Faktoren ergaben sich signifikante Hinweise auf eine Prädisposition hinsichtlich Dissoziationsneigung, Sensitivität und Affektmodulation, die ihren Beitrag leisten, Schwere und Ausbildung der Borderline-Symptomatik mitzubeeinflussen (vgl. Bohus 2002, S.13f). Man muss davon ausgehen, dass sowohl die Reizschwelle für Unlustempfindungen und Temperamentsausbrüche, als auch dementsprechend die Schwelle für eine Traumatisierung beim Menschen unterschiedlich hoch liegen. Diese Voraussetzungen beim Kind können sich mit Reaktionen von Unverständnis und Gereiztheit der Eltern früh gegenseitig aufschaukeln, was schneller zu Überforderungen seitens der Bezugspersonen führen kann. Andererseits erhöht diese Gereiztheit die Gefahr beim heranwachsenden Kind, sich als unpassend zu erfahren und

eigene sowie Gefühle anderer schlechter annehmen und integrieren zu lernen (vgl. Niklewski et al. 2003, S.48f).

Sicher gilt es, diesen Aspekt in wissenschaftlicher Hinsicht zu berücksichtigen. Da jedoch in meinen Augen kein Diathesemodell formuliert werden kann, das zur Erklärung, Förderung oder Rechtfertigung von Misshandlung oder Missbrauch heranzuziehen wäre, und da nach Studium der einschlägigen Literatur einwirkende Faktoren dieser Art für die Genese der BPS zu gewichtig erscheinen, halte ich es für gerechtfertigt, diesen Punkt in meiner Herangehensweise hinten anzustellen. Selbst wenn ohne diese Prädisposition eine BPS nicht entstehen könnte, wären Opfer von Missbrauch und Misshandlung m. E. nicht mit anderen Genen, sondern mit einer, ihrem Wesen entsprechend empathischen Entwicklungsgeschichte erheblich weiter davon entfernt, eine BPS zu entwickeln. Wäre eine der individuellen Persönlichkeit entsprechend adäquate Entwicklung nicht auch für Patienten mit genetisch bedingter Affektlabilität, Vulnerabilität usw. denkbar, wäre eine spätere erfolgreiche Therapie erst recht nicht denkbar. Da diese heute durch neue Behandlungsmodelle mehr denn je möglich wird, gilt dem invalidierenden Einfluss auf die Genese der BPS in meiner Arbeit die Hauptaufmerksamkeit.

3.7 Autonomie und die Frage nach der Existenzberechtigung

In der Verhinderung der eigenen Autonomie kann man letztlich das Ergebnis aller Faktoren erkennen, die für die Entstehung der BPS eine Bedeutung haben. RHODE-DACHSER folgert, dass es diese Erfahrung ist, „(...) *als eigenständiges Individuum mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen nicht existieren zu können oder zu dürfen, die die tiefsten narzisstischen Wunden hinterlässt und die Selbstachtung dieser Patienten am nachhaltigsten mindert.*“ (Rhode-Dachser 2000, S.140)

Es seien die eigenen ursprünglichen Impulse, wie die nach Lieben und Geliebt-Werden, aggressive Triebregungen sowie generelle Antriebsregungen, die auf Autonomie abzielen, welche für die Liebesobjekte und in der Folge daher auch für das Kind selbst eine zu zerstörerische Wirkung haben, als dass es ihnen weiter folgen könne. RHODE-DACHSER erkennt hierin auch den entscheidenden Unterschied in der Qualität zu den Hemmungen und Verdrängungen eines Neurotikers, für den sich nicht die existenzielle Frage „*Darf und kann ich sein?*“ (ebd.) stellt.

Die Frage nach der Existenzberechtigung überhaupt identifiziert sie auch in Sprachwendungen wie „Ich muss!“ anstatt „Ich will!“, was bei Borderline-Patienten ein durchgängiges Gefühl der Fremdbestimmung signalisiert, verbunden mit der Angst vor einem Ich-Gefühl und dem damit einhergehenden Getrenntsein. Manche Patienten würden das Wort „Ich“ ganz vermeiden, indem sie Formulierungen wie „man“ bevorzugen oder von sich in der dritten Person sprechen (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.140f). Dahinter verberge sich der immerwährende Anspruch auf Wiederherstellung von Allmacht und Größe, „(...) *weil der Verlust des kindlich-narzisstischen Universums niemals durch lustvolle Erfahrungen mit der Welt der Objekte kompensiert werden konnte, (...).*“ (ebd.)

Auch KÄCHELE et al. weisen in der Untersuchung der verschiedenen Bindungsmodelle darauf hin, dass alle konflikthaft gestalteten frühkindlichen Beziehungen eine konflikthafte

Autonomieentwicklung nach sich ziehen. (vgl. Kächele et al. 2002, S.201ff) Demnach steht eine verfrühte Autonomisierung durch Vernachlässigung oder Nötigung auf ebenso unsicheren Beinen wie eine aktiv verhinderte Autonomisierung durch kontrollierendes, missbrauchendes oder Trennungsschuld verursachendes Bindungsverhalten. Denn allen gemeinsam scheint die Verhinderung von Vertrauen in die eigenen Bedürfnisse, Emotionen und Handlungsmöglichkeiten. Bei Borderline-Patienten scheint daher das Wagnis der Autonomie immer wieder durch das Misstrauen in die eigene Existenzberechtigung überhaupt gefährdet zu sein.

3.8 Zusammenfassung und eigene Einschätzung

Die Untersuchung der verschiedenen Genesemodelle lässt m. E. einige eindeutige Rückschlüsse zu, wie das Zusammenwirken spezifischer Faktoren ein Individuum veranlasst, die eigene Lebensgeschichte auf Borderline-Niveau zu verarbeiten. Wie sich aus Ergebnissen der Traumaforschung erkennen lässt, besteht eine enge Korrelation von Trauma und der häufig beobachteten Dissoziation bei Borderlinern. (s. 2.2.7) Andererseits kann eine dissoziative Art der Verarbeitung eines Traumas relativ unabhängig vom Alter eines Menschen stattfinden und u. U. in eine posttraumatische Belastungsstörung münden, rechtfertigt alleine jedoch nicht die Ausbildung einer BPS.

Die Bindungsforschung hat ihrerseits ebenfalls ein spezielles frühes Bindungsmuster feststellen können, dass seinerseits schon einer dissoziativen Verarbeitung Vorschub leistet und von daher höchstwahrscheinlich traumatisch auf das Kind gewirkt haben muss. Sie weist gleichzeitig auf die ungünstige Korrelation mit einem verstrickten Bindungsmodell hin, dessen psychopathologische Wirkung in der unauflöselichen Widersprüchlichkeit der erlebten existenziellen Abhängigkeit vom gleichzeitig traumatisierenden Objekt besteht.

Das Spezifische der Traumatisierung, insofern sie eine Voraussetzung für eine BPS darstellt, scheint also vielmehr der Kontext zu sein, indem sich diese abspielt, welche Verarbeitungs- und Integrationsmöglichkeiten während der Zeit zur Verfügung stehen und in welcher Relation sie zur subjektiv erlebten Bindungssicherheit steht. Dabei scheint die Schwere der Erkrankung zum großen Teil davon abzuhängen, wie gegensätzlich die widersprüchliche Verstrickung von Bindungsbedürftigkeit einerseits und traumatisierender Bedrohung oder Abweisung andererseits in Bezug auf das signifikante Bindungsobjekt erlebt wurde.

FIEDLER führt in seiner Überlegung Studien an, nach der es auch im späteren Erwachsenenalter z.B. bei Kriegsveteranen zu der beobachteten Borderline-Struktur kommt. Möglicherweise kommt es im Krieg häufig zu einer Loyalität gegenüber der befehlgebenden Autorität, die als eine Art existenziellen Abhängigkeit erlebt wird. Trotz traumatischer Erfahrungen, die im Kriegsgeschehen wahrscheinlich sind, glaubt sich ein Soldat aufgrund seines eingegangenen Treuschwures, u. U. ebenso wenig entziehen zu können, wie es dem Kind unmöglich ist, sich dem elterlichen Einfluss zu entziehen. Hier scheint sich ein ähnlich unauflösliches traumatisierendes und gleichzeitig abhängig-verstricktes Bindungsmuster aktivieren zu können, wie es von der Bindungsforschung bei Kindern beobachtet wurde und das durch die Notwendigkeit, individuelles Erleben in einen emotional sinnvollen

Zusammenhang stellen zu können, im Extremfall nur durch Spaltung der Objekte adäquat beantwortet werden kann.

Insofern könnte es sich bei der Spaltung ebenso um einen natürlichen Regulationsmechanismus kognitiver und emotionaler Verarbeitungsbedingungen handeln, derer sich das menschliche Individuum bedient, wenn abhängige Bindung und Lebens- bzw. Ich-Bedrohung aus ein und derselben Quelle auf es einwirken. Sicherlich spielen dabei ganz individuelle Verarbeitungsmöglichkeiten und Toleranzen auch eine Rolle. Doch je mehr reife, autonome Ausweich- und Verarbeitungsmechanismen dem Individuum in Form verinnerlichter Arbeitsmodelle zur Verfügung stehen, desto geringer wird dementsprechend der Druck sein, auf eine spaltende Lösung zurückgreifen zu müssen. Diese Stabilität wird es einem Erwachsenen mit einer gesunden psychischen Ich-Entwicklung eher ermöglichen, Handlungs-, Hoffnungs- und Integrationsoptionen länger nutzen und aufrechterhalten zu können. Brechen diese jedoch einmal zusammen, scheint sich eine innere Notmaßnahme in Form eines spaltenden Modells zu etablieren, das dann auch seine Bestätigung zum Verständnis der Außenwelt in der Anpassung derselben ans innere Überlebensmodell findet.

Dies würde auch die von FONAGY beschriebene ausschließliche Außenorientierung bestätigen, in der das Individuum sich in dem dauerhaften „Kriegszustand“ befindet, die Umwelt ständig nach lebensrettenden und zugleich lebensbedrohlichen Kriterien abzuscannen. Eine Innenorientierung im Sinne eines sicheren und erholsamen „Waffenstillstandes“ wäre dann naheliegenderweise nur noch dissoziativ, regressiv oder dekompensativ denkbar.

Ein Identitätsgefühl, so komplexen Einflüssen es im Laufe seiner Bildung unterworfen sein mag, ist ohne bewusste Selbstreflexion, geschweige denn ohne Selbstwahrnehmung, ebenso wenig vorstellbar. Entsprechendes gilt für die Autonomieentwicklung, deren Unterbindung aus allen Theoriemodellen hervorgeht, die ohne das Gefühl für die eigenen Handlungsbedürfnisse nicht stattfinden kann und in der Regel ja auch nicht stattfinden sollte.

Betrachtet man die gehäuften Missbrauchserlebnisse in der Biografie vorwiegend weiblicher Borderline-Patientinnen, so bestätigt sich neben den traumatisierenden und die Spaltung fördernden Übergriffen durch eine relevante Bezugsperson wiederum die Verhinderung der Autonomieentwicklung durch die schuldhaftige Bindung.

Hier zeigt sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund KERNBERGS Theorie die verhängnisvolle Form der Verstrickung. Sie baut sich durch den hoffnungsgeleiteten Versuch auf, einer mütterlichen Frustration begegnen zu wollen und wird mit dem Inzest in einer verhängnisvollen Sackgasse auf der Suche nach Befriedigung emotionaler Bedürftigkeit und Sicherheit besiegt. Die dadurch erfahrene partielle Lebensuntüchtigkeit durch Verweigerung ureigener Bedürfnisse und der Versuch, diese durch eine Form der Selbstaufgabe zu retten, scheint Anlass genug zur Spaltung der inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen und mit ihr später das spiegelbildliche innere Abbild der real erlebten Bindungswidersprüchlichkeit darzustellen.

4 Beziehungsgestaltung und Selbsterleben von Borderline-Patienten exemplarisch dargestellt an zwei Beispielen

„*Man kann nicht nicht kommunizieren*“, sagte Watzlawick sicher nicht zu unrecht und in Analogie dazu las ich kürzlich den ebenso überzeugend klingenden Satz, man könne genauso wenig nicht in Beziehung treten. Dies entspräche einer sehr weit gefassten Auffassung von Beziehung, die alle Formen von Verschlussenheit, Ignoranz oder Ablehnung auf beiden Seiten mit einbezieht. Dem möchte ich eine ganz andere Auffassung davon, sich aufeinander zu beziehen, gegenüberstellen, die enger gefasst ist, auf die Begegnung selbst bezogen jedoch als noch unbeschränkter und freier verstanden werden kann. Diese bezieht in einer Begegnung neben den individuellen Maßstäben, die Achtsamkeit auf eine gemeinsame „Wahrheit“ mit ein, was eine Öffnung jenseits eines Für oder Wider bedeutet, diese Gegensätze jedoch damit nicht ausschließt. Darauf werde ich später näher eingehen.

Nach den Ausführungen über diagnostische Merkmale, Psychodynamik und Genese möchte ich nun anhand zweier Beispiele aus der Literatur einen Einblick in das Beziehungs- und Selbsterleben der Borderline-Patienten ermöglichen, wie es sich in der stationären Praxis und im Alltag äußern kann. Über die Beziehung hinausgehende spezifische therapeutische Interventionen werde ich hierbei nur am Rande berücksichtigen. Deutlich werden sollen die unterschiedlichen Facetten der BPS und ihre verschiedenen organisierten Abwehrstrukturen in ihrer Auswirkung auf das individuelle Lebensumfeld, wobei sich dennoch die wiederholende, der Störung zugrunde liegende Dynamik zu erkennen gibt.

Der erste Fall schildert die ersten Schritte einer therapeutischen Begegnung mit einer Patientin auf einer Akutstation.

Der zweite Fall fasst die gesamte Entwicklung eines jungen Mannes während eines, von vielen Entlassungen unterbrochenen, stationären Aufenthaltes zusammen.

4.1 Anfänge einer Beziehungsaufnahme

SACHSSE beschreibt seine Arbeit mit einer Borderline-Patientin, die ihm das erste Mal nach einer Selbstverletzung nachts von der Chirurgie überwiesen wird, während er gerade als Stationsarzt in der Notaufnahme der Akutpsychiatrie arbeitet. Einschließlich der ambulanten Behandlung, die von wochen- bis monatelangen stationären Aufenthalten unterbrochen wird, erstreckte sich die gesamte therapeutische Arbeit auf sechs Jahre. Ich werde mich auf die Wiedergabe einzelner Passagen vom Anfang der therapeutischen Beziehung beschränken (vgl. Sachsse 1997, S.9).

Schon die latent boshafte Ankündigung von Frau D. bereitet ihm Unbehagen, so dass er sich über die Patientin bereits ärgert, bevor er sie überhaupt gesehen hat. Kurz darauf sieht er sich einer alkoholisierten, amorph wirkenden, unauffälligen jungen Frau mit starrer Mimik gegenüber, den Unterarm in einen Verband gewickelt, aus dem bereits das Blut sickert. Es scheint unmöglich einen Kontakt zu ihr herzustellen, sie verhält sich schweigsam bis stumm, ihr Blick geht ins Leere und das Einzige, was sie äußert ist, nach Hause gehen zu wollen. Innerhalb kürzester Zeit hat sich eine gereizte Atmosphäre ausgebreitet, in der ein Machtkampf inszeniert wird, der schließlich in offene und feindselige Aggression seitens

Frau D. umschlägt. SACHSSE stellt daraufhin bald fest, dass er es nur falsch machen könne, egal, was er entscheiden würde. Würde er sie in der Klinik behalten, würde sie ihn verfluchen, weil er ihre Autarkie untergräbt, ließe er sie gehen, würde er schlimmeres als eine Selbstverletzung riskieren (vgl. ebd., S.12f).

Hier zeigt sich die projektive Identifizierung, mit der Frau D. ihren innerseelischen Konflikt in ihn hineinverlagert. Sie vermittelt auf der einen Seite durch ihr Erscheinungsbild ein dringendes und totales Hilfebedürfnis und auf der anderen ihren Anspruch, absolut in Ruhe gelassen zu werden. Eine „Hilfe verweigernde Klagende“.

Er entscheidet sich dafür, ihr seinen Zwiespalt zu erklären und erläutert ihr bestimmt, sie in diesem Zustand nicht fahren zu lassen, woraufhin sie sich resigniert der Akutstation überlässt. In der Nacht zerschlägt sie den Spiegel ihres Zimmers um sich zu schneiden und muss fixiert werden.

Hier hat sehr schnell eine maligne Regression eingesetzt, in der sie sich ihres gesamten Über-Ich Druckes und ihren Anforderungen zur Selbststeuerung entledigen wollte um sie auf das Behandlungsteam zu übertragen. SACHSSE beschreibt hier seinen inneren Zwiespalt, der ihn innerlich zum kochen brächte und verzweifeln lassen könnte. Es sei jedoch das Wissen um genau diesen Zwiespalt im Patienten selbst, der ihn in die Lage versetze, den eigenen Zwiespalt zu ertragen und therapeutisch damit umgehen zu können (vgl. ebd., S.16ff).

In der ersten therapeutischen Annäherung konfrontiert sie ihn hart mit den abwehrenden Gefühlen, die er in der ersten Nacht der Begegnung mit ihr in der Gegenübertragung verspürt hatte. Er sei es mittlerweile gewöhnt, sich vor „diesen Patientinnen“ nicht verstellen zu können. Es folgt ein unverblümter Ausdruck ihres Selbsthasses und der Selbstentwertung, die sie von ihrem Vater gelernt habe (vgl. ebd., S.19f). Innerhalb kürzester Zeit wird Frau D. zum Hauptthema der Besprechungen im Team und die Spaltung des Teams lässt nicht lange auf sich warten. Der Tagdienst beschuldigt den Nachtdienst, nicht genug für sie zu tun, während der Nachtdienst sich beklagt, dass Frau D. offensichtlich tagsüber verwöhnt würde, was nachts niemand leisten könne und pocht auf eine höhere medikamentöse Einstellung. Ein Behandlungsteam sei hier schnell überfordert, weswegen es einer guten Supervision und einer Verständnishilfe von außen bedürfe, denn diese Patienten würden latente und abgewehrte Spannungen und Animositäten schnell bloß legen. *„Es besteht die Gefahr, dass Mitarbeiter untereinander in Konflikte geraten, die überwiegend von der Patientin induziert sind, als auch, dass über die Patientin etwas ausgetragen wird, was „eigentlich immer schon mal“ angegangen werden sollte.“* (ebd., S.23).

In einer etwas späteren Sequenz schildert SACHSSE, wie er von Frau D. über Wochen regelmäßig vor der Station abgefangen wird, da sie ihn dringend sprechen müsse. *„Herr Sachsse, ich habe über eine Stunde hier auf Sie gewartet. Ich muss Sie unbedingt heute noch ganz kurz was fragen, unbedingt. Das hat keine Zeit bis morgen, unser nächster Termin ist ja auch erst übermorgen.“* (ebd., S.94) Sie verhält sich dabei sehr drängend und es handelt sich dabei aus seiner Sicht nie um Themen, die sofort entscheidungsbedürftig seien. In der Supervision wird offensichtlich, dass es um die Zeit seines Feierabend auf der Station insgesamt ruhiger wird, was ihr Angst mache und die Bindung zu ihm sei mittlerweile so bedeutsam, dass selbst kurze Trennungen für sie zum Auslöser bedrohlicher dysphorischer Verlassenheitszustände werden. Daher versuche sie, die Trennung und das Alleinsein um jeden Preis hinauszuzögern und vor seinem Verschwinden noch etwas „Sachsse zu tanken“.

Er vereinbart mit ihr einen zehn minütigen täglichen Kontakt, wofür allerdings eines der halbstündigen Gespräche ausfallen müsse (vgl. ebd., S94f). Frau D. windet sich darauf unter der für sie erpresserischen Qual der Wahl, da der Zeitrahmen des Therapeuten jedoch begrenzt ist und auch bleiben soll, wird sie eine Entscheidung treffen müssen.

Die extremen Verlassenheitsängste von Frau D. werden hier genauso deutlich, wie die Versuchung, ihr gegenüber Beziehungsangebote zu machen, um nicht als unterversorgend und enttäuschend erlebt zu werden, die die Kapazität des Therapeuten jedoch übersteigen. Sich selbst vor dem Ausbrennen zu schützen als auch der Patientin den Realitätsbezug zu den zwischenmenschlichen Aspekten einer Begegnung zu sichern, scheinen die wichtigsten Aspekte dieser Beziehungserfahrung zu sein.

Nach sechs Wochen stationärer Therapie fügt sich Frau D. mit dem Feuerzeug Brandwunden am Arm zu, nachdem sie die Einlieferung einer alkoholisierten Patientin beobachtet hatte. Nachdem diese eine Schwester angriff, wurde sie von Pflegern überwältigt. In einem darauf folgenden Gespräch wird sie von ihrem Therapeuten gefragt, wie es ihr denn kurz vor der Selbstverletzung gegangen sei. Sie antwortet, dass sie das Gefühl gehabt hätte, zu platzen, abzdrehen oder völlig durchzubrennen, als sie sah, wie die neue Patientin festgehalten wurde. Daher hätte sie sich verletzen müssen (vgl. ebd., S.100f).

Diese Szene löste in Frau D. die Reaktivierung eigener Traumata aus, die sie nicht hätte ertragen können, weshalb sie sich mit einem äußeren Schmerz von dem inneren versuchte wegzubringen. Es ist ein Beispiel dafür, wie äußere Begebenheiten schnell zu einem „Trigger“ für eigene Ängste und Erfahrungen werden können, weswegen Patienten auch dringend empfohlen wird, lebensgeschichtliche Erfahrungen nicht untereinander auszutauschen (vgl. ebd., S.75).

Die nächste Selbstverletzung tritt ein, nachdem sie sich zuerst eine kurze Zeit besser fühlte, kurz darauf mit ihrer Schwester telefoniert und sich in dem Gespräch deren Leid anhört. Schuldgefühle und Angst vor dem destruktiven Neid der anderen läuten damit eine monatelange Phase der Bearbeitung einer „negativen therapeutischen Reaktion“ ein. In ihr spielen Über-Ich-Verbote, das Leben zu genießen und ihre Angst, den Therapeuten zu verlieren die größte Rolle (vgl. ebd., S.102).

4.2 Entwicklungsschritte zu einer Neuerfahrung von Beziehung während einer stationären Therapie über den Zeitraum von drei Jahren

In diesem Beispiel geht es um einen jungen Mann, der 1990 erstmals stationär in einer Klinik Hamburgs aufgenommen wurde, nachdem er unter Drogen paranoide Ängste und akustische Halluzinationen entwickelte hatte. Über drei Jahre hinweg wurden tagebuchähnliche Aufzeichnungen von seiner Kranken- bzw. Genesungsgeschichte gemacht. Diese Art der Kasuistik ist auch für Psychotherapeuten gedacht, die eine weiterführende Behandlung übernehmen wollen, um sich auf die spezifische Belastung einstellen zu können, die auf sie zukommen könnte (vgl. Dulz et al. 1997, S.130).

Nach einer vordergründig guten Einfügung in den Stationsalltag stellte sich nach seiner ersten Entlassung heraus, dass Herr R. seinen Mitpatienten an die 2000 DM gestohlen hatte. Daraufhin musste er bei seiner baldigen Wiederaufnahme auf eine andere Station verlegt werden. Es folgten weitere disziplinarische Entlassungen und Wiederaufnahmen, bis sich im Laufe der Zeit und anhand einer strukturellen Analyse die Diagnose einer BPS erhärtete. Die akustischen Halluzinationen gestalteten sich schließlich zu imperativen Stimmen aus, die den Patienten aufforderten, sich umzubringen, was eine erneute Aufnahme im Oktober 1991 erforderte. Herr R. hatte sich Schnittwunden an den Handgelenken zugefügt und wusste nicht mehr weiter, als er erfuhr, dass seine Freundin in den Urlaub fahren würde. Es erfolgten monatelange Machtkämpfe, in denen die behandelnde Ärztin von Herrn R. stark entwertet wurde und die Ärztin ihrerseits darauf drängte, Herrn R. auf Abstand zu halten, um sich einer näheren Behandlung zu entziehen und sein delinquenten Verhalten zu bestrafen (vgl. ebd.). Letztlich blieb er auf der Station und begann zwischen dem Gefühl des „nichts wert zu sein“ und Ansätzen einer Zukunftsorientierung hin- und herzuschwanken. Phasen der Suizidalität wurden von Phasen der Besserung abgewechselt, die auch von reiferer Introspektionsfähigkeit begleitet war. Der Patient erkannte, dass er trotz seiner Einsamkeit andere möglichst schnell verletzen müsste, um der Angst zuvorzukommen, jemanden zu dicht an sich heranzulassen, der ihn dann selbst im Herzen verletzen könnte.

Mit diesem Beginn einer Öffnung habe für das Team die Phase der „haltenden Funktion“ beginnen können. Als eine erneute, für ihn bevorstehende disziplinarische Maßnahme wider Erwarten ausblieb, sei Herr R. erfreut und verunsichert zugleich gewesen. Im Verlauf habe dieser Zwiespalt zwischen Vertrauen und Misstrauen zu einer kindlich-rührenden Art und Weise des Umgangs mit dem Personal geführt, abgewechselt von der immer wiederkehrenden Verwunderung über die Erreichbarkeit der Therapeutin und der Angst vor ihrer Nähe. In dieser Zeit habe er auch den Wunsch danach geäußert, Ruhe in sich selbst finden zu können und nicht immer auf der Hut sein zu müssen. Im März 91 nach der Absage der Wohngruppe, in die er habe gehen wollen, der Trennung von seiner Freundin und einer urlaubsbedingten Pause seiner Gruppentherapie kam es zu einer tätlichen Auseinandersetzung in der U-Bahn und in der Folge eskalierte seine Wut auf einer anderen Station, auf der er seine ehemalige Psychologin sprechen wollte. Nur mit Hilfe von Pflegern und der dazugerufenen Polizei konnte er auf die geschlossene Station gebracht werden, wo er seine Wut dann gegen sich selbst richtete und sich in suizidaler Absicht die Handgelenke aufschnitt. Seinen Suizidversuch habe er im Nachhinein nicht mehr als Folge seiner Wut erkennen können und befürchtete, dass ihm so etwas jederzeit wieder passieren könne. Ein Entwicklungsschritt scheint sich abzuzeichnen, als Herr R. beginnt, zunehmend Blickkontakt zu halten und längeres Schweigen und das Nachspüren von Gefühlen zulassen zu können. Sein Hauptproblem sei nun, dass er seinen Körper ablehne, und alles oberflächlich, funktional und sinnlos empfinde. *„Es wird deutlich, dass Herr R. sich danach sehnt, jemanden erreichen zu können, für jemanden wichtig zu sein.“* (ebd., S.131)

Einige Tage später kommt es zu seiner Entlassung von der Station. Nachdem seine Therapeutin erkrankte, sei er alkoholisiert aufgetaucht, habe rumgetobt, mit Suizid gedroht und „geschnippelt“. Nach einem Tag auf der geschlossenen Station, eskalierte die Situation erneut, woraufhin ihn der diensthabende Oberarzt entließ, da Herr R. die Kapazitäten der

Station damit massiv überfordert hätte. Das Team bestätigt diese Entscheidung zwar, versichert Herrn R. jedoch, dass dies kein Zeichen seiner Therapieunfähigkeit sei. Im Abschlussgespräch konnte Herr R. schließlich seine Beschämung und Trauer über die Entlassung zum Ausdruck bringen und bemerkte abschließend noch, er habe kaum Erinnerungen an seine Impulsdurchbrüche. (ebd., S.132)

Auch hier wirkt noch die haltende Funktion, in dem die Entlassung nicht als Strafe vermittelt wird und dem Patienten damit die Möglichkeit erhält, eine positive innere Verbindung zur Station aufrechtzuerhalten.

Im Juni 91 kommt Herr R. nach einem Suizidversuch in die Aufnahme und das Team entscheidet sich dafür, Herrn R. wieder aufzunehmen. Er kann jetzt seinen Zwiespalt benennen, dass er sich auf der Station ein Zuhause mit einer mütterlichen Therapeutin wünscht, ihm dieses Kümmernd andererseits aber große Angst macht, da es eine Abhängigkeit schafft, die er „mehr als die Pest fürchte“.

Daraufhin wird ein Vertrag vereinbart, wonach Gewalttätigkeit die sofortige Entlassung nach sich zieht, Vorzeichen von Impulsdurchbrüchen zu melden sind und gleichzeitig versichert wird, dass eine Entlassung nur mit Zustimmung des Teams erfolgt.

Trotz stärkerer Belastung hält er sich an die Bedingungen und wird im Juli 91 zum Patientensprecher gewählt. Nach anfänglichem Unbehagen, füllt er diesen Posten souverän aus und macht dabei die Erfahrung, dass seine Welt konkreter wird: „*Er kann handeln und empfindet sich nicht mehr als so ausgeliefert.*“ (ebd.)

In den nächsten zwei Monaten setzt sich Herr R. intensiv mit seiner Kindheit und seiner Mutterbeziehung auseinander. Im Oktober 91 steht dann ein angekündigter Besuch seiner Mutter bevor. Er formuliert unter Zittern seine gewaltige Angst, dass seinen Mutter ihn einfach aus der Klinik holen könne und er wie paralysiert mitgehen würde. Es kommt kurz darauf zu einer Eskalation mit Suiziddrohungen und Herr R. verlangt selbst, auf die geschlossene Station verlegt zu werden. Diese rechtzeitige Eigenintervention brachte ihm Lob ein und die Therapie wurde für die Zeit der geschlossenen Unterbringung fortgeführt. Seine Mutter sagt den Besuch von sich aus ab, was Herrn R. vordergründig erleichtert habe.

Nachdem Herr R. zunächst mehr Zugang zu seinen weichen Gefühlen bekommt und anhänglicher wirkt, setzt die nächste Eskalation ein, als er sich in eine Frau verliebt, aus seiner Verlassenheitsangst heraus zum Alkohol greift und auf der Station randaliert. Er wird daraufhin disziplinarisch entlassen, erkennt seinen Anteil an dem Überschreiten einer festen Regel, gibt aber dann auch wieder seiner Therapeutin die ganze Schuld. Er fährt zu seiner Mutter und kann kurz darauf, unter erneut und noch eindrücklicher definierten Regeln, die Therapie wieder aufnehmen (vgl. ebd., S.132f).

Bis hierher wird die allmähliche und in Wellen verlaufende Stärkung des Vertrauens in die haltende Funktion der Station deutlich, wobei nach wie vor große Ängste vor Trennung, Autonomieverlust und Abhängigkeit zu Tage treten. Die vertragliche Bindung fordert von ihm eine Verantwortungsübernahme, der er mehr als früher wünscht gerecht zu werden, da seine Vertragspartner für ihn mittlerweile eine emotionale Bedeutung bekommen haben, die er durch einen Beziehungsabbruch nicht mehr ohne weiteres aufs Spiel setzen möchte. Die

jetzige Wiederaufnahme ist daher auch schon an wesentlich klarere Strukturierungen geknüpft.

Nachdem Herr R. seine Sehnsucht nach Nähe erkannt und zugelassen hat, ist nun die Akzeptanz der Begrenzung realer Beziehungen als Thema in den Vordergrund gerückt. Nachdem der Vater seiner Therapeutin verstirbt, versucht er sie zu schonen, kann aber auch seine eigene Angst vor dem Sterben ihr gegenüber verbalisieren. In der Folge tauchen vermehrt psychosomatische Störungen bei ihm auf.

Bis Februar 92 macht er große Verselbständigungsschritte, ist vermehrt in der Lage, um Hilfe zu bitten und kann auch ohne Gesichtsverlust als Verlierer aus einem sportlichen Wettkampf hervorgehen. Nach anfänglichem Erfolg bei der Wohnungssuche erliegt er jedoch seinem Kampf mit den Ämtern um eine Wohnung und fühlt sich daraufhin ausgeliefert wie ein Kind, das vor strengen, willkürlich verfahrenen Erwachsenen kapitulieren müsse. Es kommt zu schweren Selbstverletzungen, da er sich wertlos und ungeborgen fühlt, er will aber dennoch kämpfen, so dass das Team auf ihn stolz sein könne.

Nach einem Regelverstoß will er einer Entlassung zuvorkommen und bittet seinerseits darum. Gleichzeitig gibt er seine großen Ängste vor der Trennung und dem „Normalleben“ zu und ist erleichtert, dass er nicht entlassen wird. Letztlich provoziert er sie durch weitere Regelverstöße dennoch, um die Schuld auf das Team zu verlagern, wie er selber eingestehen kann.

Im Juni 92 nimmt er einen erneuten Anlauf, da alles schief gelaufen sei und er einsehe, dass er einen Alleingang noch nicht hinbekäme und nun endlich einen „stabilen Abgang vom Krankenhaus“ erreichen möchte.

Im Verlauf des Jahres kommt es zu einem weiteren Suizidversuch, aufgrund der Einbüßung seiner Führungsrolle als Patientensprecher. Herr R. ist nun in die Rolle eines Außenseiters gerutscht, wie er es von früher her kannte, als er von den Drogen- und Hippiefreunden seiner Mutter ignoriert wurde und sich allein gelassen gefühlt hatte. Nach mehrfachem Alkoholmissbrauchs wird er abermals entlassen und Ende des Jahres wegen Suizidalität auf einer anderen Station wieder aufgenommen. Hier zeigt sich wieder seine stark entwertende Haltung dem Personal und den Patienten gegenüber, er lässt sich nach einem halben Jahr aus familiären Gründen freiwillig entlassen und kommt im April 93 wieder auf seiner alten Station an, da die vorige Station ihn nicht wieder zu nehmen bereit ist. Er kommentiert die Ankunft auf seiner alten Station mit den Worten: „*Es ist wie nach Hause kommen.*“ (vgl. ebd., S.135).

Die Hauptaufmerksamkeit gilt nun seiner Autonomisierung. Die Schwierigkeit, sich den Klinikregeln zu fügen, wird abermals zu einer Zerreißprobe. Sein Schmerz über die anstehende Trennung von der Station wird für ihn nun immer deutlicher spürbar, doch er kann seine Trauer jetzt offen zeigen.

Eine letzte dokumentierte suizidale Krise resultiert offenbar aus Schuldgefühlen, nachdem er Haschisch konsumierte und dies verheimlicht hatte. Dieser Rückfall kann jedoch ohne Spaltung konstruktiv bewältigt werden, Herr R. ist dabei introspektiv, redet sich nicht mehr heraus und agiert nicht mehr. Eine erneute Verliebtheit im September 93 sorgt nun nicht mehr für ein sofortiges kopfloses Hineinstürzen in die Beziehung und führt nicht mehr zum

Kippen all seiner Vorsätze, sondern zu einer inneren Distanz, mit der er erst einmal sehen wolle, ob beide zusammenpassen.

Eine Disziplinarmaßnahme, die aus einem Missverständnis heraus ausgesprochen wird und gewöhnlich zu einem Wutausbruch geführt hätte, löst er auf reife Art und Weise, was im Team letztlich zu einer Neubewertung seines Verhaltens und zu der Bereitschaft führt, ihn im sozialen Umgang noch entsprechender zu fordern.

Bevor er kurz darauf regulär und mit einem problemlosen Abschied aus der Klinik entlassen wird, setzt er sich noch einmal auf eine Wiese um intensiv seinen eigenen Gefühlen in Bezug auf seine Liebesbeziehung nachzuspüren, wobei für ihn nicht nur angenehme Gefühle hochgekommen seien. Er verfiel jedoch darüber nicht in Angst und habe die Gefühle nicht abwehren müssen. Dies kommentierte er mit den Worten: „*Ist doch ein Fortschritt?!*“ (vgl. ebd., S.136).

4.3 Fazit

Diesen letzten Eintrag halte ich für besonders erwähnenswert, da er Ausdruck einer Autonomiefähigkeit ist, die Herrn R. befähigt, sich seinen Ängsten im psychischen Innenraum zu stellen und diese nicht nur aushalten zu können, sondern - was mir am Wichtigsten erscheint - aushalten zu wollen. Nach den drei Jahren der stationären Behandlung haben sich bei Herrn R. allmählich verlässliche innere Repräsentanzen entwickelt. Die Station konnte er als ein „zu Hause“ verinnerlichen und den Bezugstherapeuten sowie das Team insgesamt als gute Objekte stabilisieren. Damit ist die Basis geschaffen, die paranoide, impulsiv vermeidende Suche im Außen, zu einer Entdeckungsreise ins Innen zu verlagern um wirkliche Erfahrungen zu sammeln, die nicht durch gleichzeitige Abwehr des Erlebens unzugänglich bleiben müssen.

Nur die Ausführlichkeit beider Fallbeispiele kann m. E. das zermürbende Wechselspiel von Vertrauen und Misstrauen, Hoffnung und Enttäuschung, Trennung und Wiederannäherung auf beiden Seiten in seiner Deutlichkeit und seinem Umfang erahnen lassen. Sie zeigen die enormen Anfangsschwierigkeiten einer Beziehungsaufnahme und die Belastungen, denen das Vertrauen der Patienten und das Verstehen der behandelnden Bezugstherapeuten und des Teams in dieser Phase immer wieder ausgesetzt sind.

Darüberhinaus lassen sie die Aufgabe erahnen, sich einer Therapie schwerer Formen der BPS zu stellen, ebenso jedoch auch die Bedeutung, diese zu einem erfolgreichen Punkt bringen zu können, an dem eine weiterführende ambulante Therapie realistisch wird. Die Finanzierung ist jedoch neben der Bereitschaft, auch in Fällen von Delinquenz und extremen Agierens eine haltende Funktion zu vermitteln, eines der größten Probleme auf diesem Weg.

„*Krankenkassen und Medizinischer Dienst stellen (...) vermehrt die Frage der Verhältnismäßigkeit der Mittel.*“ (Dulz et al. 1997, S.137) In Anbetracht der Aussicht auf eine kriminelle Laufbahn, Dissozialität und eventuellen Suizid stellt DULZ jedoch auf die Frage, ob sich die Ausgabe lohne schlicht die Gegenfrage: „*Was ist ein Menschenleben wert?*“ (ebd., S.138)

5 Erweiterung der Perspektive um einen spirituellen Ansatz

In diesem Kapitel werde ich nun auf einige spirituell akzentuierte Aspekte von Beziehungs- und Selbsterleben eingehen und sie im Hinblick auf die BPS erörtern. Damit möchte ich einen Ausblick auf die besondere Art der Beziehungsgestaltung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) im nächsten Kapitel ermöglichen und die Hindernisse, die sich aus der BPS für die Beziehungsfähigkeit ergeben von der Warte der Selbsterkenntnis und des Glaubens her beleuchten. Dies scheint mir bedeutsam zu sein, da die Lebensgeschichte vieler Borderline-Patienten ihnen die Sinnfrage des Lebens an sich stellt und ihnen durch die vorbewusste Präsenz ihrer Erfahrungen die Aussicht auf einen „normal neurotischen“ Lebensweg oft nicht zugänglich ist. Angesichts der Realisierung Ich-Grenzen überschreitender Traumata und ihrer Sensibilisierung für diese Gefahren, erscheint ihnen die Aussicht auf diesen Weg vor oder während der Therapie oft wie eine Lüge oder eine groteske Zumutung, da er entscheidende Fragen zur Integration des Erlebten offen lassen muss (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.106). Eine Integration setzt eine Annahme voraus und diese Annahme führt in der Therapie der BPS zwangsläufig an die Grenzen des rational Verstehbaren, denen sich sowohl der Patient als auch der Therapeut gegenüber sieht.

5.1 Das Persönliche an der ganzheitlichen Erfahrung

Die Themen Glauben, Spiritualität und Ganzheitlichkeit sind derart umfangreich, dass ihre Abhandlung, soll sie halbwegs objektiv und wissenschaftlich sein, an dieser Stelle schwer gelingen kann. Da ich auf diesen Aspekt jedoch nicht verzichten will, habe ich mich dafür entschieden, den streng wissenschaftlichen Pfad in diesem Kapitel zugunsten einer etwas subjektiveren Darstellungsweise streckenweise zu verlassen und mir damit eine Erweiterung des vorgegebenen Rahmen zu erlauben. Ich werde daher in dieser Ausführung auf Quellenangaben mitunter verzichten, um eine Interpretation zu üben, die ich selbst für wesentlich halte und damit versuchen, eine mögliche Auffassungsart von Ganzheitlichkeit als Ausgangspunkt für die Beziehung zur Umwelt zu vermitteln.

Auch diese Herangehensweise könnte man als empirisch bezeichnen, da diesen Gedanken ein eigener Erfahrungs- und Verarbeitungsprozess zugrunde liegt, Empirie auf Erfahrung beruhende Erkenntnis bedeutet und letztlich alle Empirie von einem mitunter höchst individuellen Auftrag beeinflusst wird. Dort, wo die Gedanken nicht von eigener Erfahrung getragen werden, decken sie sich mit einer inneren Überzeugung, wobei auch diese sich natürlich aus Einflüssen zusammensetzt, die in irgendeiner Art schon gedacht oder geschrieben wurden.

Weder soll damit ein Therapieersatz noch eine idealisierte Weltanschauung vermittelt werden. Diese Herangehensweise stellt eher eine Vorausschau auf den dialektischen und ganzheitlichen Anspruch in der DBT im nächsten Kapitel dar, womit sie sich jenseits von Idealisierung stellt. Das Merkmal der DBT in diesem Zusammenhang ist, konstruktiv mit Widersprüchen und Gegensätzen umzugehen, um zu einer umfassenderen Wahrheitsfindung zu gelangen, die sich ja selten aus dem rigiden Befolgen überkommener Regelwerke und theoretischer Erkenntnisse entwickelt. Ich persönlich gehöre keiner Konfession an, interessiere mich aber seit einigen Jahren für Zusammenhänge zwischen Glauben, Ganzheitlichkeit und Spiritualität, wobei mir der Buddhismus als undogmatische Religion am nächsten steht.

Je nach spiritueller Lehre und Glaubensausrichtung, werden die unterschiedlichsten Methoden angesprochen, einen Weg der Erfahrung zu beschreiten, sie widersprechen sich oft auf den ersten Blick, hinzu kommen Widersprüchlichkeiten innerhalb einer Lehre, unterschiedliche Doktrin und unterschiedliche Intentionen, welche ohne den Kontext der jeweiligen Kultur, aus der sie hervorgegangen sind, oft zu Assimilationsschwierigkeiten führen. In ihren Kernaussagen werden jedoch stets Zusammenhänge deutlich, weisen Religionen in ihrem Ursprung auf spirituelle und ganzheitliche Erfahrungen hin und ist Spiritualität oft zutiefst religiös (vgl. Watts 1997, S.132f). Spirituelle Lehrer, Mystiker oder Philosophen, deren Aussagen meine Sicht von Glauben und Spiritualität beeindruckt haben, sind zum Teil nicht zeitgenössisch, deshalb aber sicherlich nicht weniger zeitgemäß. Hierzu zähle ich Überlieferungen von Buddha, Laotse, Heraklit und Meister Eckhart genauso wie neuere Schriften von Krishnamurti, Watts, Dürckheim, Gangaji, Rogers, Fromm, Wolff, dem Dhalai Lama, und anderen.

Im Zusammenhang mit Religiosität oder spiritueller Selbsterkenntnis spielt das Vertrauen in eine über das Ich hinausgehende Instanz stets eine zentrale Rolle (vgl. Watts 1997, S.22f). Es wird vielleicht als Hingabe an eine „Göttliche Kraft“, an das „Wahre Selbst“, oder eine allumfassende „Einheit“ bezeichnet und wenn dem keine Benennung zugeschrieben wird, so scheint sie letztlich Ausdruck eines Urvertrauens oder eines Glaubens in das Dasein an sich wiederzuspiegeln. „(...) *denn wir sind, wofür wir uns hingeben, (...)*“ (Fromm 1991, S.131). Diesbezügliche Erfahrungen werden unabhängig von einer etwaigen Religionszugehörigkeit oder spirituellen Ausrichtung als ähnlich ganzheitliches Erleben beschrieben. Religiöse Gotteserfahrungen, die sich auch mit spirituellen Einheitserlebnissen decken, offenbaren sich immer zuerst als inwendiger und gegenwärtiger Kontakt und finden erst in Folge in ihrer Beziehungsgestaltung zur Umwelt und den Mitmenschen wieder ihren Ausdruck. Ohne diesen vermeintlichen Umweg der Selbstbegegnung ist danach jede Begegnung mit den Dingen außerhalb der eigenen Person von der Suche nach der inneren ganzheitlichen Erfahrung überschattet und motiviert.

Nach diesem Verständnis kann „Gott“ also keine über alles wachende äußere Instanz der individuellen oder überlieferten Vorstellung sein, deren Autorität es sich zu fügen gilt oder deren Anforderungen gemäß man sich verhalten kann oder soll, sondern vermittelt sich in Erfahrungen von Hingabe an eine innere Führung (vgl. Krishnamurti 1990, S.18, vgl. Watts 1997, S.24ff). Damit entzieht sich diese Erfahrung dem willentlichen Zugriff, weil Hingabe nur im Erleben des unmittelbaren „Hier und Jetzt“ möglich wird, während der willentliche Verstand in seiner Arbeitsweise nur mit Schablonen aus der Vergangenheit auf den Augenblick reagieren kann oder damit über die Zukunft spekuliert (vgl. Watts 1997, S.89). Der Arbeitsweise des Verstandes wird seine grundsätzliche Berechtigung dadurch nicht abgesprochen, er belastet und gefährdet jedoch das Leben, wenn das Vertrauen in die Lebendigkeit hinter dem urteilenden und damit trennenden Verstand zurückbleibt. (vgl. Krishnamurti 1990, S.23, 41) *„Der Gedanke ist die Brutstätte der Dualität in all unseren Beziehungen.“* (ebd., S.89)

Die oft zitierte paranoide selbst- und lebenserhaltende Außenorientierung bei Borderline-Patienten steht in direktem Gegensatz zu einem nach innen gerichteten Vertrauen. Eine verhinderte Selbstbegegnung könnte daher auch Ausdruck eines verhinderten Urvertrauens und damit eines verhinderten Glaubens darstellen. Dies werde ich im Folgenden versuchen

zu untermauern, sowie darzulegen versuchen, warum die am Ganzheitlichen orientierte therapeutische Erfahrung einen Weg dorthin zurückweisen kann.

5.2 Leid als Vermeidung direkter Erfahrung

„Man weiß viel über die Erscheinungen, aber nichts über denjenigen, der sie erfährt. Diese Unfähigkeit des Geistes, sich selbst zu erkennen, ist der Ursprung der bedingten Welt, die Ursache für alles Leid.“ (Nydahl 1994, S.22)

Der dualistisch arbeitende Verstand verhindert oder trübt im Moment seiner Tätigkeit lebendige Erfahrung, da er kontrollieren, beeinflussen und bewerten, also an etwas „anhaften“ möchte, die Quelle allen Leidens, wie es im Buddhismus heißt. Erst das Loslassen dieser anhaftenden und bewertenden Haltung mache den Weg frei zu ganzheitlicher und lebendiger Seins-Erfahrung, die es dem Menschen ermöglicht, Einsichten in das zu bekommen, was für ihn wirklich von Bedeutung, also „wesentlich“ ist. Die Trennung in ein „Hier“ und „Dort“, ein „Ich“ und „Du“, ein „Innen“ und „Außen“ machen zwar einerseits Sinn, verhindern jedoch die Erkenntnis, dass die Wahrnehmung dieser Dualität in ein und demselben Raum des Geistes stattfinden (vgl. ebd. S.22f).

Daher gilt dem wertfreien Gewahrwerden aller Sinneseindrücke, Gefühle und Gedanken in der spirituellen Übung die größte Aufmerksamkeit. Da der Verstand durch seine Arbeitsweise zur Trennung von der Erfahrung des Augenblickes gedrängt wird, gibt es in der buddhistischen Tradition zur bewussten Überwindung abschweifender, sprunghafter und zweckorientierter Gedanken zahlreiche konkrete Achtsamkeitsübungen, die die Wahrnehmung auf zeitlupenartige Bewegungskoordinationen, ein Objekt, ein Gefühl, den unwillkürlichen Atem oder nur einen Gedanken fokussieren sollen. Dies dient dem einzigen Zweck, die „Wogen des Verstandes“ zu glätten und ihn auf die gegenwärtige Wahrnehmung zu fokussieren, um ihn seiner Macht zu berauben, sich als Zensor zwischen den Augenblick und seiner direkten Erfahrung zu stellen.

In Bezug auf die Weisheit dieser Wahrnehmung schreibt NYDAHL: *„Wie erkennt der Geist sich selbst? Indem man ihn mit noch mehr Ideen und Vorstellungen versorgt? Nein, im Gegenteil. Das Nicht-Ernstnehmen der Gedanken ist der Weg.“* (Nydahl 1994, S.27) *„Alles, was du suchst, indem du deinen Verstand anspannst, offenbart sich von selbst, wenn du den Verstand entspannst.“* (Gangaji 1997, S.100)

Dieser buddhistischen Erkenntnis zu folgen, soll nicht zum Ziel haben, Schmerz und Ungewissheit aus dem Leben zu verbannen, was ausgeschlossen ist. Das Gegenteil ist eher der Fall. Gemeint ist damit, dass andauerndes Leiden sich selbst unterhält, indem es dem Versuch entspringt, die bewusste Begegnung seiner verborgenen Wünsche und Ängste zu vermeiden, die vom Leben und seiner ihm innewohnenden Vergänglichkeit nicht zu trennen sind. Danach würde sich die Angst vor Verletzung nur in der bewussten direkten Begegnung mit ihr verändern können, die Erkenntnis wachsen, dass das Leiden daran durch den Versuch, sich davon zu trennen oder an Sicherheit festzuhalten, selbst geschaffen ist und aus der Illusion von Kontrolle über das Leben an sich entsteht. In diesem Zusammenhang ist, ähnlich wie aus lerntheoretischer Sicht, oft die Rede davon, sich bewusst in das Zentrum seiner größten inneren Angst aufzumachen oder bildhafter gesprochen, den „Weg aus der Hölle in

ihrem Mittelpunkt zu suchen“, um die direkte Erfahrung mit der Ungewissheit des lebendigen Seins machen zu können, deren Schrecken letztlich nur aus der Vorstellung darüber resultiere (vgl. Watts 1997, S.87f). Dabei steht jedoch nicht das Aushalten einer Signalangst im Mittelpunkt, um sie in diesem Kontext allmählich zu löschen, sondern das Hineintauchen in das Zentrum der Angst selbst, um die Erfahrung machen zu können, dass sie nur ein Produkt der Gegenwarts- und damit der Daseinsvermeidung ist. *„Veränderung findet statt, wenn jemand sich dem stellt und akzeptiert, was da ist, dies nicht kaschiert oder bagatellisiert etc. und auch nicht angestrengt versucht, etwas zu werden was er oder sie nicht ist.“* (Votsmeier 1998, S.5)

Je mehr das Urvertrauen des Menschen in sein unmittelbares Sein beeinträchtigt ist, desto mehr würden danach Kontroll- und Sicherungsfunktionen des Verstandes die Lebensführung übernehmen. *„Wo der Mensch den Kern seines Wesens vergisst, versetzt er sich umso ausschließlicher in seine Schale. (...) Dann ist der Mensch auf der Flucht vor sich selbst“* (Dürckheim 1984, S.8). Angesichts der bewusst oder unbewusst schmerzhaften Vorausannahme der Endlichkeit individuellen Daseins, ist die Entstehung einer neurotisch vermeidenden Haltung der Lebendigkeit gegenüber eher die Regel als die Ausnahme. Spirituelle, sowie religiöse Ausrichtungen weisen daher immer über die Grenzen der körperlichen Existenz und über die genetisch verankerte Priorität der Lebenserhaltung hinaus, auf die Verbindung zu einem überzeitlichen und überpersönlichen Wirken eines „Ganzen“, eines allumfassenden Bewusstseins als Quelle des Seins. Dieses „Ganze“ wiederum, so lehrt es der Buddhismus könne immer nur im „Hier und Jetzt“ erfahren werden. Das Überpersönliche dieses ganzen Bewusstseins offenbare sich also nur in der tiefen Begegnung des Einzelnen mit seinem individuellen Bewusstsein, welches vom „Ganzen“ untrennbar ist, also im unmittelbaren „Hier“. Ebenso wie das Überzeitliche, das Ewige nur im wirklichen Erleben des ungewissen Augenblicks, also im unmittelbaren „Jetzt“ erfahrbar werde. In der Stille des Verstandes dehne sich das individuelle Bewusstsein aus und erfahre seine Verbindung zum „Ganzen“ (vgl. Gangaji 1997, S.70).

„Der Augenblick ist Ewigkeit“, empfand auch Goethe einmal, ein für den Verstand allein nicht fassbares Paradox, weswegen es wohl nur unmittelbar erfahren werden kann. Eine direkte Erfahrung in diesem ganzheitlichen Sinne kann kaum grundsätzlicher verhindert werden, als durch die borderline-typische Spaltung, da sie auf die absolute Sicherheit eines „Entweder-oder“ baut und damit eine Öffnung für ein „Sowohl-als-auch“ des ungewissen Augenblickes verhindert. (s.2.2.1)

5.3 Identifikation mit dem „Ego“ und dem „Selbst“

„Anspannung kommt und geht. Bewusstsein ist ewig. Die Erkenntnis des Ewigen heilt das Leiden der falschen Identifikation.“ (Gangaji 1997, S.70,114).

Der in der Psychologie verwendete Begriff des Selbst ist äußerst komplex, weswegen ich mich auf eine kurze indirekte Darstellung von RHODE-DACHSER beschränke. In der Durchlässigkeit der Selbstgrenzen des Borderline-Patienten sieht sie ein großes Problem für die Identifizierung. Die Patienten hungern nach Identifizierung, um ihre innere Leere zu füllen und schrecken gleichzeitig davor zurück, weil sie darüber einen völligen Identitätsverlust befürchten. Dies führt zu der typischen Trennung in ein „wahres“ und ein

„falsches Selbst“. Letzteres kann durch oberflächliche Identifizierungen so dominant werden, dass das eigentliche Selbst keinen Kontakt mehr zur Realität findet, obwohl es durch die falsche Fassade eigentlich geschützt werden sollte. Diese Entwicklung kann die Patienten in einen unlösbaren Zweifel über ihre Identität stürzen (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.108). Der hier verwendete Begriff des Selbst scheint in dieselbe Richtung zu weisen und aus derselben Quelle seinen Impuls zu bekommen wie das spirituelle „Selbst“. Letzteres geht jedoch darüber hinaus, indem es auf eine bewusste Identifikation mit der Ganzheit hinweist. Es bezieht sich auf eine Identifikation mit dem Sein an sich, das, was den Menschen jenseits der Einmischung seines Verstandes belebt. Gefühle und Gedanken haben darin ihren Platz, werden jedoch nicht in eine Form gezwungen sondern wertfrei wahrgenommen (vgl. Krishnamurti 1990, S.31). Die Erfahrung dieses „Selbst“ weist in die Richtung eines Daseins, das sich als Da-Sein selbst erlebt, Wahrnehmung und Wahrnehmender sind dabei identisch, der Verstand arbeitet dabei nicht dual, sondern ist eins mit sich, unaufgespalten und frei von Bezugspunkten. Trennungen heben sich auf und es wird in seiner unmittelbarsten Erfahrung als ein „Erwachen“ bezeichnet, da der vorige Zustand im Gegensatz dazu als schlafend, unbewusst und unlebendig erinnert wird (vgl. ebd., S.83).
Synonym zum spirituellen „Selbst“ werden unter anderem Begriffe von „Sein“, „Einheit“, „Wahrheit“, „Gott“, „Urkraft“, „kosmischer Rhythmus“, „Sinn“, „Tao“ oder „Liebe“ verwendet, wobei immer betont wird, dass alle diese Begriffe wiederum nicht denen einer Vorstellung entsprechen, da sie kein Ziel am Ende eines Weges beschreiben. Dies würde die Annahme voraussetzen, dass es etwas zu erreichen gäbe, was noch nicht da ist. Da „Sein“ jedoch immer gegenwärtig ist, also nur im „Jetzt“ stattfindet, kann nur der Weg des Zulassens das Ziel sein. Alle Übung dient daher nur dazu, dieses wahre „Selbst“ direkt zu erfahren, willentlich zu erreichen sei es nicht, als solches sei es auch nirgendwo zu lernen oder nachzulesen und ebensowenig vorstellbar (vgl. ebd., S.12ff).

Die Identifikation mit dem zeitlich und räumlich begrenzten „Ich“ oder „Ego“, seinen Vorstellungen und den damit unmittelbar verknüpften Affekten wird damit mehr oder weniger untergraben, was oft das Bedrohliche in der Berührung mit dieser Thematik ausmacht. Das denkende „Ich“ will und kann sich nicht denkend selbst aufgeben, es wird durch seine duale Denkweise am „Leben“ gehalten, indem es an erlernten Bewertungen, Vergleichen, Haben-Wollen, Gefühlen und Gewohnheiten festhält und sich mit ihnen identifiziert. Für dieses „Ego“ gibt es in der Erfahrung des „Selbst“ also nichts zu gewinnen (vgl. Watts 1997, S.142). Diese Verlustangst wird auch als Angst vor dem „Tod des Egos“ bezeichnet, die umso größer ist, je ausschließlicher eine Identifikation mit ihm besteht.

Einschneidende Ereignisse im Leben werden oft in einen ganzheitlichen Zusammenhang gestellt, vielleicht ohne sich einen Begriff davon zu machen und führen zu einer grundlegenden Änderung des gewohnten Lebensweges. In dem Moment stirbt vielleicht ein Stück der Vorstellung, sein Leben sichern und Unsicherheit und Tod vermeiden zu können und weicht dem Glauben in das gegenwärtige „Sein“. Nicht umsonst tauchen wohl im allgemeinen Sprachgebrauch auch Redewendungen auf wie, „Dafür könnte ich sterben“. Das bezieht sich dann meist auf Sinneseindrücke, ausgelöst durch die Erinnerung an ein intensives Erlebnis und ist kaum wörtlich gemeint. Dennoch drückt es wohl eine Ahnung davon aus, dass die Bedeutung der direkten Erfahrung des Augenblickes, also des unmittelbaren „Sein“ über die Bedeutung der vorgestellten Existenz hinausgeht. Trotz der Haltung der Konsumgesellschaft: „*Ich bin, was ich habe und konsumiere*“ (Fromm 1991,

S.37), würde ja kein Mensch behaupten, dass er bereit sei, für ein Haus oder ein Auto zu sterben, weil es eben keinen Sinn ergibt, denn Leben kann erst lebendig werden, wenn es vom „Sein“ durchdrungen ist, während eine „Existenzweise des Habens“ dem produktiven Sein im Weg steht (vgl. ebd., S.67f). Umgekehrt würde man für ein materielles Gut eher „seine Seele verkaufen“, das ihn Belebende also, und trifft damit denselben Punkt (vgl. Watts 1997, S.58ff).

Die Diskrepanz, die entsteht durch die Identifikation mit etwas, was nicht dem wahren „Selbst“ des Menschen entspricht, wird daher auch als Erklärung herangezogen für eine lebenslang wirkende Sehnsucht, sich an etwas Größeres und Erfüllendes hinzugeben, um an dem Wirken dieser ursprünglichen Kraft teilzuhaben, bzw. wieder selbst Ausdruck davon zu sein. Je weiter sich ein Mensch davon entfernt fühlt, desto stärker wirke das Verlangen, diese Trennung wieder aufzuheben, die in Wirklichkeit gar nicht existiere. Dies wird aus spiritueller Sicht als ein Grundkonflikt der menschlichen Existenz angesehen, wobei die Lösung in der Erkenntnis liege, dass nicht die Verbindung mit dem Ganzen eine Illusion oder Glaubensfrage ist, sondern dass die Illusion im Glauben an eine Trennung davon liegt. (vgl. Gangaji 1997, S.121)

Die Identifikation mit Vorstellungsinhalten, Gedanken und Affekten ist bei Borderline-Patienten, als Erhaltungsmechanismus an erste Stelle gerückt, (s.2.3.1) da eine Selbstbegegnung oft mit Auflösungsängsten und dem Gefühl der Leere einhergeht. Wenn Vertrauen in etwas Innerpsychisches die Grundlage für ein Daseinsgefühl darstellt, spielt es eine untergeordnete Rolle, ob es dabei um eine spirituell bewusste Selbstbegegnung oder um einen unbewussten Glauben in das Selbst handelt. Es erklärt zuallererst die Identitätsdiffusion aus der bedingungslosen Identifikation mit dem, was nicht der eigentlichen Natur entspricht.

5.4 Ganzheitlicher Aspekt in der Beziehung

Aus spiritueller Sicht lässt sich in allem Streben letztlich ein Ausdruck der Suche des Menschen nach seinem wahren „Selbst“ erkennen, die in der Sehnsucht nach Lieben und Geliebtwerden oft am stärksten empfunden wird.

In dem Moment, wo erkannt würde, dass die Sehnsucht nach dem wahren „Selbst“ durch nichts Äußeres, auch nicht durch einen Partner befriedigt werden kann, könne sie als Aufforderung verstanden werden, sich ihr hinzugeben, sich von ihr führen zu lassen und Sehnsucht zu „sein“, anstatt sie zu „haben“ und loswerden zu wollen. Dann ergebe es sich einfach, der Suche nach der Erfahrung dieses „Selbst“ dort zu begegnen, wo sie am stärksten entfacht und erlebbar wird (vgl. Gangaji 1997, S.87f).

Wieder wird auf die Hingabe an das was „ist“ verwiesen, was im Gegensatz zum Festhalten oder Loswerden nach spirituellem Verständnis den einzigen Weg einer Lösung, Erfüllung oder Veränderung hin zum Wesentlichen bedeutet. Dies sei dann die unwiderstehlichste Einladung auch an das Gegenüber, sich ebenfalls jenseits von Überzeugungen und Wertungen an sein eigenes „Selbst“ zu wenden, weil die wahren Natur im Menschen durch nichts stärker angesprochen würde, als dadurch, sie in einer anderen Erscheinungsform wahrzunehmen (vgl. ebd., S.84). Erst wenn das Vertrauen in das gemeinsame „Sein“, das sich überall lediglich verschieden ausdrückt über die Beziehung gestellt würde, entstehe eine

echte Überwindung von Trennung. Das, was für die Beziehung wirklich wesentlich ist, würde dann von selbst offensichtlich werden (vgl. ebd., S.74ff).

KRISHNAMURTI beschreibt die Bedeutung der schonungslosen Konfrontation mit dem unentrinnbaren Alleinsein in einem Atemzug mit der Beziehung zu anderen Menschen als einziger Möglichkeit, sich selbst wahrzunehmen (vgl. Krishnamurti 1990, S.20f, 62). Dieser auf den ersten Blick widersprüchlich anmutende Weg, in Beziehung zu treten, deutet dabei dieselbe Hingabe an das „Selbst“ an, das mit Allem in Verbindung steht, anstatt sich vordergründig über Menschen und Phänomene im Außen zu definieren, oder sich von ihnen abzuschotten, um damit den Ängsten vor der Selbstbegegnung zu entkommen. In der direkten Erfahrung des Alleinseins bestehe die einzige Möglichkeit, sich von der Dualität des „Ich“ zu lösen, indem die Bezogenheit auf ein „Du“ gelöst wird (Gangaji 1997, S.69).

Vor diesem Hintergrund gewinnt Selbstwahrnehmung in der zwischenmenschlichen Beziehung abermals die Bedeutung einer tieferen gemeinsamen Begegnung in einem verbindenden Raum, der nur über den Weg nach innen zu betreten ist. Hier zeichnet sich ab, was die spirituelle Übersetzung der „haltenden Funktion“ in der Therapie bedeuten könnte und auf welche Art sie den Glauben in das „Sein“ im Gegenüber wecken kann.

5.5 Liebe als Ausdruck des „Selbst“

Das größte Missverständnis kann sich wohl aus der Vorstellung von Liebe in diesem Zusammenhang ergeben, die gerade in der zwischenmenschlichen Beziehung nicht daran zu messen ist, was jemand Gutes tut, sondern wieweit er es im Kontakt zu seiner inneren Wahrheit tut, die mit dem „Ganzen“ in Verbindung steht. Diese Liebe ist Ausdruck eines freien Willens, der in jedem Individuum angelegt ist. Liebe kann nach diesem Verständnis in einer Interaktion weder einseitig als Form egozentrischer Selbstliebe auftreten, noch sich als selbstlose Barmherzigkeit äußern, da sie im Kontakt zur eigenen Wahrheit, eine individuelle Facette jener „Wahrheit“ zu bewahren trachtet, die sich in Allem, also sowohl im Gegenüber als auch in sich selbst ausdrückt. So würde der Mensch in der Verbindung zu seinem wahren „Selbst“ das Wesentliche in sich, als auch im Gegenüber achten, erkennt also, vereinfacht ausgedrückt, im Anderen sich selbst. In der Interaktion führt dies eher zu einem ungewissen und ungesicherten Spiel der Balance zwischen individuellen Erscheinungsformen, anstatt zu einem Machtkampf der Interessen oder der Erfüllung eines persönlich getriebenen, also unfreien Willen. *„Wenn man liebt, muss Freiheit da sein, nicht nur von dem anderen, sondern auch von sich selbst“* (ebd., S.72) Steht dieses Verständnis von Liebe im Vordergrund, sind unterschiedliche Meinungen nur an der Oberfläche Gegensätze, die in der Verbindung mit dem „Ganzen“ weder vermieden oder bekämpft werden müssen, sondern als Ausdruck desselben Bewusstseins wahrgenommen und damit „gleich gültig“ werden.

„Liebe gehorcht nicht. Wenn Sie lieben gibt es weder Wertschätzung noch Geringschätzung.“ (ebd., S.73). Selbstverständlich äußert Liebe sich auch wertschätzend, gemeint ist vielmehr, dass sie weder als Dogma noch im Sinne einer Bewertung wertschätzt. Diese zweckungebundene Liebe erinnert an das sichere Bindungsverhalten von Müttern zu ihren Kindern, das ich unter 3.2.1 beschrieben habe. Auch hier scheint sich eine Interaktion

abzuspielen, die nicht machbar, kontrollierbar und planbar ist, da sie zu eng mit einem Ausdruck beiderseitigen Glaubens in das unmittelbare Sein verknüpft ist. Es gleicht einer achtsam geführten Improvisation zweier gleichberechtigter Interaktionspartner und gilt damit, wie beschrieben, als Indikator für die spätere Entwicklung einer stabilen Autonomie. Die Selbstbestimmtheit ist jedoch m. E. von Anfang an, den Bedingungen entsprechend gegeben und wird durch den ganzheitlich zu nennenden Aspekt zweckfreier Liebe erhalten. Damit bleibt die Voraussetzung für die hier beschriebene Erfahrung des „Selbst“ erfüllt, da der psychische Innenraum erschlossen bleibt.

Präsenz trifft die Beschreibung dieser Haltung auf ein Gegenüber vielleicht am besten, wobei sich die dabei wirkende Achtsamkeit gleichzeitig sowohl nach innen als auch nach außen richten müsste, ohne dabei eine komplizierte Trennung zwischen Innen und Außen zu erfordern. In dieser präsenten Haltung nähern sich Innen und Außen innerhalb einer Beziehung einander an, nicht als ein symbiotisches Verschmelzen sondern im Gegenteil, im Wagnis der Erfahrung des eigenen „Selbst“ als der Brücke zu allem vermeintlich Äußeren (vgl. Watts 1997, S.105ff). VOTSMEIER bezieht sich in seiner Beschreibung des „Grönenbacher Modell“ zur stationären Therapie der BPS auf die Beziehungsphilosophie von Martin BUBER. Danach orientiere sich die therapeutische Beziehung an den Merkmalen der dialogischen Haltung: Präsenz, Umfassung, Bestätigung und das „Hüten des Zwischen“. Mit Präsenz ist die Gegenwärtigkeit im Sinne einer Berührbarkeit gemeint und „*Im Unterschied zur reinen Empathie ist der Fokus nicht das Gegenüber, sondern die Teilhabe an der Situation, die beide Seiten umfasst.*“ (Votsmeier 1998, S.6f)

Vielleicht wirkt diese Art und Weise des Selbsterlebens streckenweise wie ein abgehobener Gegenpol zu den kognitiven und emotionalen Strukturen, die ich im Zusammenhang mit der BPS beschrieben habe. Umso interessanter ist die Tatsache, dass Aspekte dieses ganzheitlichen Weges, ihren heilsamen Einzug in die Therapie der BPS erfahren haben, wie es bei der DBT und anderen der Fall ist. Doch mir scheint auch nicht, dass es der Gegenpol einer ganzheitlichen Haltung ist, der der spaltenden Struktur des Borderliners balancierend gegenübersteht, sondern dass die ganzheitliche Sicht alle Dualität miteinschließt und dass es insbesondere diese, die Spaltung umfassende Haltung ist, die den heilsamen Einfluss der DBT ausmachen kann.

„*I love Borderline Individuals!*“ (Linehan in Giernalczyk 1999, S.85) Dieses Statement von Marsha LINEHAN auf einem Kongress überraschte die Zuhörer angesichts der weit verbreiteten Überforderung der Therapeuten durch Burnout, Wut, Resignation, und Hilflosigkeit gegenüber den Patienten. (vgl. ebd.) In diesem Statement könnte sich jedoch auch die Haltung bekunden, die ich hier versucht habe, zu erörtern.

5.6 Glaube und Selbsterkenntnis als Rückbesinnung auf das Sein an sich

FROMM beschreibt den Glauben, den ein Mensch „haben“ kann, indem er sich ihm entweder gleich einem Idol unterwirft oder aber das Idol seinen Vorstellungen unterwirft und unterscheidet ihn von dem Glauben, der aus der Existenzweise des Seins erwächst. Auf diesen bezogen fragt er: „*Kann ein Mensch ohne Glauben leben? Muss der Säugling nicht an die Mutterbrust glauben? (...) Ohne Glauben wird der Mensch in der Tat unfruchtbar, hoffnungslos und bis ins Innerste seines Wesens verängstigt.*“ (Fromm 1991, S.50).

Angesichts des Erfahrungsmangels und des Ausgeliefertseins bei der Geburt, liegt es nahe, dass ein unbedingter Glaube, erkennt man ihn als Urvertrauen in das Sein an sich, von Anfang an gegeben sein muss, um der Welt überhaupt derart nackt und hilflos begegnen zu können. Nach diesem Verständnis kann „Glaube von Anfang an“ nur bedeuten, dass Glaube im Sinne eines bedingungslosen „Ja“ zum Leben und das „Sein“ selbst untrennbar sind und „Sein“ damit zum Ausdruck dieses Glaubens wird.

Von Aspekten dieses ursprünglichen Glaubens müssten demnach alle Menschen in Momenten des (Selbst-)Vertrauens und der (Selbst-)Sicherheit noch mehr oder weniger unbewusst geführt werden, in denen man einfach ist, wie man ist, meist ohne es zu reflektieren und am wenigsten, wenn man sich willentlich darum bemüht hatte. In der spirituellen Selbsterfahrung oder Selbsterkenntnis schließt ein bewusstes Gewahrwerden, alles Denken und Wollen in die Seinserfahrung mit ein. In dieser bewussten Haltung verbinde sich auch Denken und Wollen wieder mit seinem Ursprung, wo auch der Verstand frei von Bewertungen und Vorstellungen sich selbst erfahre (vgl. Gangaji 1997, S.64ff). In diesem Sinne erfüllt letztlich dann auch das Wort „Religion“ seine ursprüngliche Bedeutung, nämlich im Sich-Zurück-Verbinden (religare) an das, was als innere Wahrheit immer am wirken ist und danach strebt, sich im „Jetzt“ zu offenbaren. Dieses Verständnis von Verbindung findet sich weitestgehend auch in der spirituellen Metapher von den Individuen als Wellen wieder, deren individuelle Formen nur unterschiedliche Offenbarungen ein und desselben Ozeans darstellen, die ihre eigentliche Natur durch Identifikation mit ihrer vergänglichen Form vorübergehend schlicht versuchen, zu ignorieren. (vgl. Gangaji 1997, S.64)

Die immerwährende Sehnsucht des Menschen gründet sich ursprünglich also auch in dem religiösen Wunsch, sich einer Verbindung wieder bewusst zu werden, die schon immer Bestand hatte und hat, um auch in Momenten der Unsicherheit und Hilflosigkeit verwurzelt bleiben zu können. „*Das religiöse Bedürfnis wurzelt in den Existenzbedingungen der Spezies Mensch.*“ (Fromm 1991, S.131) Wenn also im Menschen eine Abkehr von dieser Verbindung stattgefunden hat, besteht nach christlicher Glaubenstradition die Rückverbindung zu „Gott“ als einen himmlischen Vater oft in der Wendung an etwas außerhalb seiner selbst wirkendes. „Sünde“ im ursprünglichen Wortsinn, meint dementsprechend nichts anderes als die Absonderung von dieser Verbindung, die nach buddhistischer Lehre als leidvoll erfahren, aber ebenso wenig von einem „Gott“ der Vorstellung bestraft werden kann, wie man sich an einen solchen wenden kann. Institutionalisation und Konzeptualisierung von Glauben verhindert daher oft eher die Offenbarung dessen, was „Gott“ genannt wird. Der Glaube wird dabei an vorgestellte Maßstäbe gebunden, diese schaffen Gegensatzpaare von „gut“ und „böse“, gläubig und ungläubig, nur um für die Identifikation mit dem „richtigen“ Glauben im Namen „Gottes“ wiederum individuelle Vorstellungen erzwingen zu können. Dadurch wird aus dem „Willen Gottes“, der eigentlich als Freiheit gemeint ist, seine eigene Wahrheit, sein „Selbst“ zu erfahren, wiederum ein getriebener Wille des spaltenden „Egos“. Das sogenannte „spirituelle Ego“, das sich einen persönlich vorstellbaren Nutzen aus der Selbsterkenntnis verspricht, entwickelt sich natürlich auf genau demselben Weg.

Ist diese Verbindung tatsächlich ein elementares Bedürfnis des Menschen, so muss er dieses Suchen umso dringender nach außen richten, je geringer die Aussicht erscheint, diese innen zu erfahren und muss sich dabei gleichzeitig um etwas Elementares betrogen fühlen.

5.7 Extreme Formen der Selbstaufgabe - extreme Versuche der Selbstbegegnung?

Was geschieht vor dem spirituellen Hintergrund in der Regression, der Psychose? Beide treten oft in der therapeutischen Beziehung auf, werden Sog oder Strudel beschrieben, in die der Patient hineingezogen wird und werden als Begriffe häufig zusammengezogen. Beide können durch massiven Realitätsverlust begleitet sein und bewusste Selbstbegegnung scheint hierbei entschieden vermieden zu werden. Dennoch könnte man darin auch die Sehnsucht nach dem Zustand des Einsseins, dem Zurückfallen auf eine widerspruchs- und angstfreie Phase der Entwicklung wiederfinden, in der ein gegenwärtiger, ganzheitlicher und bewertungsfreier Wahrnehmungsprozess noch nicht vermieden werden musste. Vielleicht stellen diese Dekompensationen mitunter die einzige zur Verfügung stehende Art dar, sich wieder mit dem Sein zu verbinden und die willentliche Kontrolle zu lösen. Diese Art der unfreiwilligen Hingabe geschieht auf einem Weg, auf dem das „Selbst“ die Ich-Abwehr beiseite drängt, um wieder gesehen und erkannt zu werden. Die Unterwanderung des Bewusstseins verhindert jedoch die Möglichkeit des Gewährwerdens und der Integration. Die Funktion der Regression als Bindung des Objekts steht damit nicht im Widerspruch. *„Ein Patient, der zur Selbsterforschung bereit ist, kann durch seine Regression den Therapeuten zwingen, auch diese Teile seines Selbst wahrzunehmen – oder er gibt auf, betrachtet sich als Versager, zieht sich zurück und bricht die Behandlung ab.“* (Clifton in Rhode-Dachser 2000, S.180).

Die Verbindung zum psychoanalytischen Verständnis des Unterbewusstseins ist hier unübersehbar, doch es geht dabei weniger darum, in Regression und Psychose das Hervorbrechen unbewussten Materials zur Konfliktdeutung zu erkennen. Vielmehr könnte sich darin das Hervorbrechen der Lösung selbst zu erkennen geben, die durch eine wertfreie Annahme integriert werden könnte. Dahinter verbirgt sich die ganzheitliche Idee, selbst hier die Krankheit als Weg erkennen zu wollen. Der Psychoanalytiker FROMM schreibt, dass es gerade die unbewussten Reaktionen und Verhaltensweisen des Menschen sind, die die Wahrheit und das Wissen über das Sein enthüllen, über das jeder Mensch verfügt (vgl. Fromm 1991, S.98f). Da mit der Einteilung in Bewusstes und Unbewusstes eine weitere Zersplitterung des Denkens stattfinden könnte (vgl. Krishnamurti 1990, S.42), soll daher mit Unbewusstsein hier die Verbindung zur Einheit angesprochen werden, die jenseits der Vorstellung des Menschen liegt und dennoch oft unvermittelt am Bewusstsein vorbei, sein Leben zu führen bestrebt ist.

Was für einen Stellenwert hat die Suizidalität vor diesem Hintergrund? Borderline-Patienten signalisieren oft, dass sie den Tod dem Leben vorziehen und setzen häufig genug diese Signale auch in die Tat um. Findet hier nicht die Begegnung mit dem größten Schmerz und der größten Angst statt und warum führt sie nicht zu einem Glauben in das Sein? Die feste Entschlossenheit zum Suizid äußert sich tatsächlich oft in dem Alarmsignal einer plötzlichen Symptomfreiheit und Leichtigkeit, die aber jetzt ausschließlich und direkt an den Suizid geknüpft ist. Vielleicht drückt sich in dem Suizid - trotz seiner Endgültigkeit - dennoch auch die unbewusste Vermeidung einer als unerträglich erwarteten Begegnung mit dem Sterben aus. Damit würde das, was am meisten befürchtet wird, vorweggenommen, um ihm nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Mit Sterbens- und der Vernichtungsangst ist m. E vor allem die Erfahrung und Überzeugung des Nicht-Sein-Dürfens verbunden, die zu allgegenwärtig ist.

Die Begegnung mit dem Nicht-Sein-Dürfen erfährt im Angesicht des Todes nur seine Bestätigung und macht den Wunsch nach einer Beendigung des Unlebendigseins nachvollziehbar. Damit wird sie gleichzeitig zum kompromisslosesten Ruf nach Befreiung und Lebendigkeit.

DULZ schreibt von seinen Erfahrungen mit suizidalen Patienten in Wut- und Bewegungsgruppen, deren Selbstmordgedanken dabei fast immer in den Hintergrund treten würden. *„Suizidalität steht mit Bewegungslosigkeit in innerer Verbindung, Körperarbeit als lebendige und aktive Form der Problembearbeitung reduziert dagegen die innere Erstarrung.“* (Dulz et al. 1997, S.92) Der körperliche Ausdruck der Befindlichkeit ist sicher einer der elementarsten und unmittelbarsten Ausdrucksformen des menschlichen Glaubens an das Sein. FROMM weist auf eine am Sein orientierte Körperwahrnehmung hin, die eher in der Wendung „ich bin ein Körper“ als „ich habe einen Körper“ ihren Ausdruck findet. (vgl. Fromm 1991, S.33)

DÖRNER und PLOG sind hier eindeutig: *„Alle Menschen würden mit ihren normalen Transzendierungs-Sprüngen auskommen und kein Mensch würde freiwillig sich und andere töten, wenn seine Lebensbedingungen zur Tatzeit ihm gemäß wären.“* (Dörner et al. 2000, S.337) Zum parasuizidalen und suizidalen Verhalten ergänzen sie, dass in beiden Fällen weniger der Tod das Ziel sei. *„Mehr geht es um den verzweifelten, gewaltsamen Sprung, da das „normale“ Springen verstellt ist.“* (ebd., S.325f)

Damit Borderline-Patienten wieder einen Zugang zu einer ihnen gemäßen Art zu „springen“ erlangen, braucht das Erhaltungssystem in seiner ganzen Widersprüchlichkeit und pathologischen Spannbreite eine Chance auf allumfassende und wertfreie Wiederaufnahme, die einerseits herbeigesehnt wird und andererseits aufgrund der Erfahrungen streckenweise unvorstellbar erscheint und vermieden wird. Die Funktion eines therapeutischen Hilfs-Ich müsste daher neben der fachlichen Kompetenz auch die eines „spirituellen“ Lehrers sein, der in einer, von einer gemeinsamen Wahrheit getragenen „wahrhaftigen“ Beziehung, diese angstbesetzte und widersprüchliche Erlebniswelt des Patienten in sich selbst durchwandern und annehmen kann und damit dem Patienten im „Hier und Jetzt“ vorangeht. Damit ermöglicht er eine ganzheitliche Rückführung dessen, was in seiner Widersprüchlichkeit ursprünglich aus der Ganzheit hervorging. Er müsste also wieder diejenige Einheit symbolisieren, auf die das Urvertrauen des verletzten Menschen ursprünglich gerichtet war, was mir nur möglich erscheint, wenn er selbst mit ihr in Verbindung treten kann.

5.8 Zusammenfassung und Bezug zur BPS

Wenn Glaube angelegt ist, als ein blindes und ursprüngliches Vertrauen in das Dasein jenseits von Vorstellungen, Wissen und kognitiven Bewertungen, so ist es wahrscheinlich, dass er im Laufe der Entwicklung hinter den Glauben an die Macht des Verstandes und die Machbarkeit der Vorstellungen zurücktritt. In Selbstvertrauen und Autonomie drücken sich unbewusst immer auch Aspekte dieses angelegten Urvertrauens aus. Eine bewusste Wiederannäherung daran findet unter Umständen über religiöse Erfahrungen statt, wenn es dem Individuum möglich wird, sich von Aspekten des eigenen Willens wieder zu lösen.

Aus spiritueller Sicht gibt es ebenfalls eine dem Menschen innewohnende Bestrebung, sein wahres „Selbst“ als Ausdruck eines allumfassenden Bewusstseins zu erfahren, um zu einer Verbindung mit einem „Ganzen“ zurückzufinden, von der man im Grunde nie getrennt war. Der willentliche Verstand steht der Verbindung, als auch der Suche danach im Wege, da dieses „Sein“ nur im „Hier und Jetzt“ wirkt, nur dort erfahrbar werden kann und durch Bewertungen, Verurteilungen, Abwehrhaltungen und Sicherheitsstreben willentlich verfehlt wird. Eine entschlossene aber gelassene Achtsamkeit auf alle Gefühle, die im „Hier und Jetzt“ auftauchen, gilt als Weg durch den Schleier des urteilenden Verstandes. Diese Haltung erfordert die Bereitschaft, sich zuerst kampflös und nicht-wissend dem „Sein“ hingeben zu können, ohne ihm mit dem Willen zur Veränderung zu begegnen.

Wenn man davon ausgeht, dass jeder Mensch eine Ahnung von der Verbindung zu dieser „Einheit“ in sich trägt, so müsste es einer permanenten Anstrengung bedürfen, diese Sehnsucht danach in Schach zu halten, die umso größer ist, je weiter ein Mensch sich davon entfernt fühlt. Sich seiner kulturellen Identität enthoben zu fühlen, könne zwar zu großer Verwirrung und Ängsten führen, *„Aber dahinzuleben, ohne um sie (die Einheit) aus Erfahrung zu wissen, bringt auf Dauer jedes menschliche Leben in die Gefahr, den Weg des Heils zu verfehlen.“* (Dürckheim 1984, S.42) Diese Ahnung könnte unter bestimmten Bedingungen der Überzeugung gewichen sein, dass der Zugang zu dieser „Einheit“ versperrt ist. Die ersten Bezugspersonen symbolisieren die Welt, wahrscheinlich aber noch viel eher das „Überweltliche“, das „Sein“ an sich, das „Göttliche“. Objekt Konstanz wäre dann auch ein Zeichen dafür, dass signifikante Bezugspersonen dem Kind Vertrauen in dieses „Sein“ vermitteln, und damit dem Kind gleichzeitig die Freiheit erhalten, sich diesem in sich selbst zuzuwenden zu können.

Dient der Verstand als schützendes Bollwerk gegen unmittelbare Erfahrung an sich, so könnte hier eine Barriere eingetreten sein, sich mit dem unmittelbaren Sein zu verbinden. Ohne den Glauben daran, sich dem Ungewissen des „Hier und Jetzt“ hingeben zu können, könnte auch der Glaube in das Leben verhindert sein und das Leben damit mehr auf ein Durchhalten und Überleben mit dem ständigen Gefühl der Einsamkeit beschränkt sein. KREISMAN et al. beschreiben die Ungeduld und Impulsivität der Borderline-Patienten als Ausdruck des unhaltbaren Versuches, nur im „Jetzt“ leben zu wollen (vgl. Kreisman et al. 1992, S.55f). Hier wird jedoch offensichtlich der unhaltbare Versuch angesprochen, die wirkliche Erfahrung des „Jetzt“ unablässig vermeiden zu wollen, zum Selbstschutz zu beeinflussen oder abzuwehren. Diese Vermeidung muss zwar nahezu zeitgleich zum gegenwärtigen „Jetzt“ geschehen, da die Bedrohung als gegenwärtig erlebt wird, offenbart damit aber den entscheidenden Unterschied zwischen dem getriebenen und dem freien Willen.

Gerade bei schweren Persönlichkeitsstörungen wie der BPS, haben sich Erfahrungen und Schemata auch als neuronale Strukturen ausgebildet und verfestigt, die eine Selbsterfahrung durch die Präsenz existenzieller Ängste und Erinnerungen oft genug zu verhindern wissen. Hinwendung auf die Wahrnehmung des „Hier und Jetzt“ birgt anstatt einer ganzheitlichen Erfahrung eher das Gefühl von Leere oder Panik, die bewusst schwer oder gar nicht zu ertragen wäre, denn sie wäre gekoppelt mit dem Loslassen von Sicherheits- und Kontrollmechanismen, die selbsterhaltende Funktionen symbolisieren. Die Gefahr einiger

Zen-buddhistischer Meditationsübungen, die die bewusste Verbindung mit dem inneren „Selbst“ wieder aufzunehmen trachten, besteht daher auch im Abdriften in einen „bewusstlosen“, tranceähnlichen oder auch psychotischen Zustand. Meditative Versenkungen in der Bewegungslosigkeit des Sitzens oder gar die Erforschung des „Nichts als Quelle allen Seins“ können kontraproduktiv sein, da die Erfahrung des Aufgehobenseins in dieser Leere fehlt und die Furcht davor nur zu übermächtig in den Vordergrund drängen würde (vgl. Dürckheim 1984, S.41f). Die in der DBT beschriebenen Übungen der Achtsamkeit sind daher auch vorwiegend realitäts- und wahrnehmungsbezogene Meditationsformen, die auf das unmittelbare Erleben ausgesuchter Tätigkeiten abzielen (vgl. Bohus 2002, S.77f).

Die typische Spaltung als Erhaltungsfunktion des Geistes muss, solange sie im Vordergrund steht, Erfahrung und Selbsterfahrung gleichermaßen verhindern, da sie das unbewusste Festhalten des Geistes an ein Ordnungsprinzip darstellt, Erfahrung sich jedoch der Ungewissheit des lebendigen Seins, also dem wirklichen „Hier und Jetzt“ überlassen muss (vgl. Watts 1997, S.105f). Es scheint die Funktion der Spaltung, genau diese Erfahrung zu verhindern, da die Verletzungen im Bereich dieses ganzheitlichen Vertrauens stattgefunden haben und ihrerseits Ausdruck einer Abspaltung vom Ganzen darstellen. Somit wäre die borderline-typische Spaltung bereits Folge eines spaltenden Verhaltens signifikanter Bezugspersonen, auf die das Vertrauen in die Einheit ursprünglich gerichtet war. Die Verhinderung oder Aufgabe der Selbstbestimmung hat den psychischen Innenraum zu einer Art unlebenswerten Zone erklärt. Damit ist m. E. das Vertrauen an sich untergraben und verschließt auch den Zugang zum Glauben, da das spirituelle Selbst- oder Gottvertrauen durch diesen inneren Raum führt. Da das labile Ich des Borderline-Patienten samt seines umfangreichen Abwehrsystems dennoch das Stabilste und Einzige ist, worauf eine Art Verlass aufgebaut ist, scheint ohne diese, den Glauben ersetzenden Abwehrfunktionen, alles eher im Nichts zu enden. Vor diesem Hintergrund könnte man in dem Abwehrsystem ebenso immer auch die Abwehr gegen die Selbsterfahrung, die Seinserfahrung und damit gegen den Glauben an das Leben an sich erkennen.

6 Therapie der BPS

„Ich glaube vielmehr, dass das Pendel im Patienten erst eindeutig zugunsten des Seins, des Lebenwollens in einer neu zu erobernden Welt ausgeschlagen haben muss, bevor ein therapeutischer Prozess im üblichen Sinne überhaupt in Gang kommen kann.“ (Rhode-Dachser 2000, S.157)

An diesen Gedanken anknüpfend schreibt sie zum Therapieverlauf selbst: *„Das Dilemma der Borderline-Therapie besteht also vor allem darin, dass der Borderline-Patient in ihr therapieblockierende Abwehrmanöver aufgeben muss, die für ihn den Charakter lebensrettender „Erhaltungsmechanismen“ haben.“* (ebd., S.158)

Diese beiden Zitate verdeutlichen in knappen Worten bereits die zweifache Hürde, eine Therapie auf den Weg zu bekommen. Einerseits kann schon der mangelnden Lebenswillen überhaupt eine Therapie schwer oder gar nicht greifen lassen und andererseits wird sich ein vorhandener Lebenswille spätestens in großen Widerständen gegen den therapeutischen Prozess als Schutz desselben äußern.

Da die DBT nach LINEHAN eine hochsignifikant verbesserte Therapiecompliance im Vergleich mit unspezifischen Behandlungen bewirkt (vgl. Bohus 2002, S.18), werde ich mich ihrem Krankheitsverständnis und ihrer Methodik am ausführlichsten widmen.

6.1 Kriterien zur Therapie der BPS aus tiefenpsychologischer Sicht

Zunächst stelle ich einige grundlegende Erkenntnisse, Annahmen und Risiken vor, auf die RHODE-DACHSER hinweist, und deren Beachtung sich aus ihrer therapeutischen Praxis heraus als nützlich und hilfreich erwiesen hat. Wo sie sich mit den Erfahrungen überschneiden, die LINEHAN auch für die DPT als bedeutsam erachtet hat, werde ich sie später nicht noch einmal wieder aufgreifen.

6.1.1 Beziehungsaufnahme, therapeutische Ausrichtung

„Die ganze folgende Therapie lässt sich übrigens unter dem sehen, was ich „Primat der therapeutischen Beziehung“ genannt habe.“ (Sachsse, S.89) SACHSSE erwähnt die „konkrete zwischenmenschliche Beziehung“ zwischen Patient und Therapeut als die wichtigste Therapievariable für den Erfolg einer Behandlung (vgl. ebd.).

Da nach Studium der unterschiedlichen theoretischen Modelle über die Borderline-Störung festgehalten werden konnte, dass es sich dabei mit großer Sicherheit um Folgen einer gravierenden Störung der Beziehungserfahrung und um den Ausdruck schwerer Störungen in der Gestaltung sozial bedeutsamer Kontakte handelt, muss der therapeutischen Beziehung eine besondere Aufmerksamkeit gelten. Dies gilt nicht minder, wenn man davon ausgeht, dass neurobiologische Faktoren das Scheitern einer ausreichend guten Beziehungserfahrung begünstigt haben.

Forciert pädagogische als auch rein stützende Maßnahmen haben sich danach im therapeutischen Bezug als wenig erfolgreich erwiesen. Pädagogischer Druck aktiviert entweder therapiehinderliche Widerstände oder fördert die angepasste „Als-ob-Persönlichkeit“ im Patienten, wohingegen der Versuch, durch die Befriedigung infantiler Bedürfnisse korrektive Neuerfahrungen zu ermöglichen, neben vorübergehender Beruhigung meist nur zu unentwirrbaren Verstrickungen auf primärprozesshafter Ebene führt. Die Gefahr der malignen Regression sei hierbei ausgesprochen hoch, da eine oberflächliche Bedürfnisbefriedigung eher die beiderseitige Verweigerung zum Ausdruck bringt, dem dahinterstehenden elementaren Bedürfnis des Patienten nach umfassendem Gesehenwerden zu entsprechen (vgl. Rhode-Dachser, S.147f, 180f).

Im psychodynamisch-integrativen Konzept des „Grönenbacher Modell“, das der therapeutischen Haltung in der Beziehung eine ganz ähnliche Bedeutung zuschreibt, wird ihre Rolle als „Hüten des Zwischen“ bezeichnet. *„Es beinhaltet immer wieder eine Haltung kreativer Indifferenz, einen mittleren Modus zwischen aktiv sein und passiv sein einzunehmen, geprägt von Interesse, Neugier und Staunen sowie sich von Unerwartetem überraschen lassen zu können.“ (Votsmeier 1998, S.7) „Indifferenz“ muss in diesem Zusammenhang als nicht-differenzierende und damit wertfreie, gelassene Offenheit auf die Beziehung hin verstanden werden und entspricht damit der spirituellen Achtsamkeit auf den gemeinsamen Raum. „Die eingesetzten spezifischen Methoden sind immer im Kontext der*

Beziehung eingebunden.“ (ebd.). Die reale Beziehung erhält damit vor der Methodik und der Übertragungsbeziehung die entscheidende Bedeutung (vgl. ebd.)

DULZ et al. haben im klinischen Alltag mit Borderline-Patienten Therapiemodifikationen erfolgreich erprobt, die dieser Beziehungsgestaltung ähnlich sind. Sie betonen die wichtige Verbindung von „technischer Neutralität“ und der von Sympathie getragenen „haltenden Funktion“ im Sinne WINNICOTS um Verstrickungen zu vermeiden und gleichzeitig eine tragende Beziehung herstellen zu können (vgl. Dulz et al., S.70). BOHUS möchte auf den Begriff der „technischen Neutralität“ ganz verzichten und im Grunde lässt sich der Begriff mit der sensitiven Wahrnehmung und der emotionalen Greifbarkeit des Therapeuten, die vor allem zu Beginn der Therapie erforderlich ist, auch schwer vereinbaren. DULZ et al. verstehen diesen Begriff eher in KERNBERGS Sinne als gewisse Distanz zu den eigenen Gegenübertragungsgefühlen, zu der der Therapeut zurückgekehrt sein sollte, bevor er interveniert, um seine Gefühle zwar wahrzunehmen, sie aber nicht als Grundlage für impulsive Reaktionen zu benutzen. Die Sympathie dürfe dabei ebenso wenig auf der Strecke bleiben, wie die Greifbarkeit des Therapeuten als Persönlichkeit, denn Borderline-Patienten hätten ein außerordentlich feines Gespür für aufgesetztes Verhalten (vgl. ebd., S.93f).

Mit der unmodifizierten Analyse verhalte es sich ähnlich ungünstig, da die für das analytische Setting erwartete Übertragungsneurose für Borderline-Patienten eher in einen regressiven Strudel münde, sobald seine Ich-Schwäche die für die Deutung nötige Distanz zu den Übertragungsgefühlen verhindert. An die Stelle der Übertragungsneurose kann es dann häufiger zu einer Übertragungspsychose kommen (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.150ff). Das stillschweigende analytische Angebot der regressiven Lockerung würde den Patienten in den meisten Fällen daher eher schaden und die Abkehr von der Realität fördern. Demzufolge sei eine aktive Strukturierung des therapeutischen Prozesses zur Stützung der Ich-Funktionen und Steuerung der Realitätswahrnehmung erforderlich. Hierauf hatte auch schon KOHUT bei der Therapie schizoider Persönlichkeiten, die er den Borderline-Störungen zurechnete, hingewiesen. Er plädierte statt einer Analyse ebenfalls für „(...) *eine psychoanalytisch aufgeklärte Form der Einsichtsvermittlung, die die therapeutische Mobilisierung einer das Selbst fragmentierenden Regression nicht erfordert.*“ (Kohut 1975, S.31)

Das für die emotionale Sicherheit dieser Patienten wichtige Arbeitsbündnis wird erfahrungsgemäß verstärkt durch die Forcierung der positiven Übertragung, Parteinahme und die Rückmeldung, dass alle trennenden Elemente des Prozesses keine Ablehnung des Patienten als Person bedeuten. Auch die freimütige Äußerung der Gegenübertragung trägt zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung bei, da der Analytiker dadurch für den Patienten als eigenständiges Individuum erlebbar wird (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.166). Dies scheint auf den ersten Blick befremdlich, ist es doch gerade die große Angst vor der Eigenständigkeit, die den Borderliner so oft dazu veranlasst, diese mit allen Mitteln auch im Gegenüber zu unterbinden (vgl. ebd., S.156).

Ich denke, dass diese wiederholt festzustellenden Widersprüche nur die Gegensätzlichkeit der Borderline-Struktur bestätigen und widerspiegeln wobei die Versuche, einzelne Tendenzen zu verabsolutieren, nicht immer die Oberfläche durchdringen. Damit bewegen sie sich, überspitzt gesagt, oft auf einer ähnlich trennenden, selektiven Ebene, der der Borderliner in pathologischer Weise erliegt. Denn neben der regressiven Tendenz zu Anpassung, Wiedervereinigung und der damit verbundenen Trennungsangst existieren ja

eine mindestens genauso große Furcht vor Wiederverschlingung und der Wunsch nach Selbsterleben. Dieses extreme Wechselspiel entspricht m.E. in verzerrter polarisierender Form dennoch dem ursprünglichen Streben nach einer Balance zwischen Explorations- und Bindungsstreben, wie ich es am Beispiel der Bindungstheorien beschrieben habe und käme ebenso einem späten Regenerierungsversuch der Individuationsphase nach MAHLER gleich.

Auf der Basis eines als sicher erlebten Arbeitsbündnisses scheint also das Erleben der wahrhaftigen Eigenständigkeit und Präsenz im Therapeuten eine heilsame Wirkung auf die Aktivierung der autonomen Entwicklung und die Realitätskontrolle zu haben. Bedrohlich erscheint die Eigenständigkeit im Gegenüber folglich nur dann, wenn sie eine grundsätzliche Trennung für den Patienten symbolisiert. Es ist diese besondere Art der Präsenz, wie sie auch im „Grönenbacher Modell“ von VOTSMEIER beschrieben wird, die den Therapeuten als ein reales autonomes Gegenüber erfahrbar werden lasse, der ermutigend fordern könne, ohne dabei drängend verändern zu wollen und damit die Autonomie des Patienten bei gleichzeitiger Bezogenheit auf den Therapeuten stärken (vgl. Votsmeier 1998, S.7). Gemäß einem humanistischen Menschenbild wird dabei von einer Selbstaktualisierungstendenz ausgegangen, die inneres Wachstum entfaltet, wenn ihr der Raum und die Bedingungen dafür in der therapeutischen Beziehung bereitgestellt werden. (vgl. ebd., S.4)

6.1.2 Widerstände im Therapeuten und im Patienten

Im Kapitel über die Gegenübertragung (s. 2.4) habe ich bereits Aspekte von Widerständen auf Therapeutenseite erwähnt. RHODE-DACHSER sieht die Chance für eine günstige Wendung der Therapie in der Fähigkeit des Therapeuten, Regression und Übertragungspsychose des Patienten mit möglichst wenig eigener Angst begegnen zu können, ohne dabei weder den Bezug zu sich selbst noch zum Patienten abwehren zu müssen (vgl. ebd. S.181f).

Es lässt sich ihrer Ansicht nach kaum vermeiden, dass sich auch Schuldgefühle in die Reaktionen des Therapeuten mischen, die aus der Übertragung der umfassenden Lebensverantwortung auf ihn resultieren. Da der Therapeut dieser Übertragung der Elternrolle daher schwer entgehen könne, müsse sie rechtzeitig erkannt und analysiert werden. Diese würde sonst über kurz oder lang von ihm mit wenig hilfreichen Sühneverhalten, Formen masochistischer Unterwerfung oder mit anderen Formen der Abwehr seiner Gegenübertragungängste als Reaktion auf die Forderungen des Patienten beantwortet werden (vgl. ebd. S.161f).

Die Unfähigkeit der Borderline-Patienten Hilfe anzunehmen, die eine Veränderung ihrer Strukturen mit sich bringt, zieht ebenfalls oft negative Reaktionen im Therapeuten nach sich. Diese Reaktionen stellen meist die dem Patienten bekannte Invalidierung dar. Daher muss erkannt werden, dass es sich dabei um die festgefahrene Wiederholung seines alten Musters handelt, über die eigenen Bedürftigkeiten nicht kommunizieren zu können. „*Eine Behandlung, die nur auf Veränderung fokussiert, invalidiert die Patienten.*“ (Linehan in Giernalczyk, S.88)

Demgegenüber stehen die Widerstände des Patienten, unter die man im Grunde das gesamte „Borderline-Manöver“ fassen könnte, das darauf ausgerichtet ist, Notstandssituationen zu

konstruieren, um das Gefühl der Leere oder der Ich-Fragmentierung von sich fernzuhalten. Als konkretes Merkmal dieses Widerstandes wird von RHODE-DACHSER unter anderem die projektive Identifizierung genannt, die sich gegen jede emotionale Neuerfahrung zu richten scheint, den Therapeuten in seiner Interaktionsfähigkeit regelmäßig lahmzulegen versucht und dem Patienten selbst zum Schutz seiner vertrauten Struktur und zur Vergewisserung seines Lebendigseins dient (vgl. ebd., S.155).

Der Zwang, die eigene Panik in den Reaktionen des Therapeuten wiederzuerkennen, dürfte jedoch genauso als Versuch gewertet werden, diese Panik solange ohne panische Gegenreaktionen äußern zu können, bis sie endlich in erträglich gespiegelter Form vom Patienten integriert werden kann. (s. auch 2.3.1.4)

Die sogenannte „negative therapeutische Reaktion“, die in der Vermeidung einer Wendung zum Besseren hin besteht, drückt die widerständige Angst vor jeglicher Veränderung aus, da sie den Patienten einen Zusammenbruch vertrauter Strukturen befürchten lässt. Verstärkt wird dieser Widerstand durch Schuldgefühle, die von jeder Vorstellung erweckt werden, einen autonomen Neubeginn für sich nutzen zu sollen.

Aufgrund der Neigung zur paranoiden Verarbeitung all derer Inhalte, die der Borderline-Patient auf sich selbst beziehen kann, liege der Bereich des geringsten Widerstandes immer in der Diskussion des Verhaltens anderer Personen. Über diese projektive Technik sei es dem Patienten wesentlich leichter möglich, sich mit Anteilen der eigenen Persönlichkeit auseinanderzusetzen und die damit verbundenen Gefühle auf ein erträgliches Maß zu reduzieren (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.175f). Jeder Widerstand hat demnach immer auch erhaltende Funktion und der Erfolg der Therapie hänge zum großen Teil davon ab, wieweit der Therapeut dieses Ringen durchstehen kann, ohne von der Angst durch die eigenen Gegenübertragungsgefühle überwältigt zu werden (vgl. ebd., S.153ff).

6.1.3 Zur Deutung

Die Deutung sollte in erster Linie der Verbesserung des Realitätsbezuges dienen, anstatt der Förderung zusätzlichen unbewussten Materials. Wenn Deutung genetische Erinnerung fördern soll, so sollte dies immer erst unter der Prämisse der Entlastung geschehen, soweit die Gefahr einer Rückführung in die traumatische Genese nicht einzuschätzen ist. Dies verlangt Interpretationen, die dem Patienten seine eigene Reaktionsweise näher bringen und erklären können. Darüber erfährt der Patient, dass die Art, wie er sein Leben zu gestalten versucht und sein Leiden einen Sinn machen.

Die zu frühe Deutung der traumatischen Kindheitsgeschichte provoziere oft ihrerseits existenzielle Ängste und ihre Abwehrformen, was wiederum zum Krankheitsbild zugehörig gedeutet wird und den Patienten völlig überfordern, frustrieren oder resignieren lassen kann. Für den Umgang mit den Träumen gelte dementsprechend dasselbe (vgl. ebd., S.171f).

Die Ich-Angst ist in der Therapie vorrangig vor der Triebangst zu berücksichtigen, was nachvollziehbar ist, da die Angst des Borderline-Patienten vor Auslöschung oder Defragmentierung in der Regel viel bedrohlicher auftritt, als die Furcht um innere Triebbedürfnisse. Es mache also wenig Sinn, sich z. B. sexuellen Triebregungen zuzuwenden, wenn dahinter eine existenzielle Bedrohung dominiert. Dasselbe gelte für die

Deutung der narzisstischen Allmachtsgefühle. Solange diese im Dienste des Anrechts auf Überleben stehen, sollten sie aufrechterhalten werden können.

KERNBERG betont jedoch, dass die Aufdeckung Ich-reduzierender Abwehrformen wie der Idealisierung frühzeitig Einzug in die Deutungsstrategie erhalten solle. Ebenso müsse auch die negative Übertragung, vor allem die der projektiven Identifikation, selbst auf die Gefahr des Therapieabbruches oder der Regression thematisiert werden, um die Versandung der Therapie in einem „Scheinklima“ zu verhindern. Diese Haltung ist umstritten, da gerade ein Insistieren auf der negativen Übertragung die Ich-Labilität noch weiter unterstützen könne und Aggressionen erzeuge, die dann irrtümlicherweise zum Hauptthema der Therapie gemacht würden (vgl. ebd., S.173f).

6.1.4 Zur Schwierigkeit und Notwendigkeit der Grenzsetzung in der Therapie

Die Gefahr einer unkontrollierbaren Regression bei der Überbetonung eines gewährenden Klimas, als auch bei unflexiblen und rein pädagogischen Interventionen habe ich eingangs bereits angedeutet. Diese Erfahrung unterstreicht unterdessen gleichzeitig die Notwendigkeit einer individuellen Absprache, das Abfassen von gemeinsam erstellten Verträgen und gleichzeitig auch die kompromissfähige flexible Handhabung dieser Übereinkünfte.

Das Thema der Grenzsetzung war lange Zeit ein heikles, da die Reaktionen der Borderline-Patienten auf Frustrationen oft von stark verminderter Steuerungsfähigkeit in den Triebäußerungen begleitet sind, eher agierenden als reflektierenden Charakter haben und dabei die Gefahr unkontrollierter Impulsdurchbrüche von Selbst- und Fremdverletzung bis hin zum Suizid heraufbeschworen wird. Hinzu kommt die hartnäckige Verleugnung bezüglich der Auswirkungen ihrer Handlungen, als auch der Handlungen selbst. Das mache das rechtzeitige und gezielte Setzen von Grenzen schwierig, andererseits aber unumgänglich, sowohl zum Schutz der Patienten, als auch zum Schutz des Therapeuten oder des Klinikpersonals (vgl. ebd., S.177f).

Im Rahmen einer tragwilligen therapeutischen Beziehung jedoch würden begrenzende Parameter, die zum Ziel haben, haltloses Agieren während der Interaktion zu unterbinden, stets viel positiver aufgenommen, als befürchtet. Konnte dieser Schritt als beiderseitige Sicherheitsmaßnahme verstanden werden, wurde er stattdessen mit größerem Vertrauen in den Therapeuten quittiert. *„In seiner Fähigkeit, „Nein“ zu sagen, wird der Analytiker gleichzeitig zu einem Modell für den Patienten, mit dem er sich in positiver Weise identifizieren kann.“* (ebd., S.178) DULZ et al. weisen allerdings auf das Trügerische in der positiven Reaktion der Patienten auf harte Disziplinierungen hin, die bar jeder Sympathie geäußert werden. Es beweise lediglich die positive Reaktion auf das vertraute Beschneiden der Autonomie durch eine elterliche Autorität ohne echtes Interesse an der Person und dessen innerpsychischen Erleben (vgl. Dulz et al. 1997, S.99).

6.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Entwickelt hat sich die DBT ursprünglich aus kognitiv behavioralen Methoden, sie bedient sich ebenso Strategien und Techniken anderer therapeutischer Schulen sowie fernöstlicher Meditationstechniken. Es ist gerade die Erweiterung um die spirituelle und transzendente Ebene, die schließlich den Hintergrund der DBT bildet. Es gibt keine Generalisierungen für Reihenfolge und Inhalte der Sitzungen, stattdessen orientiert sich der Therapeut jeweils an den Verhaltensmustern der Patienten und nimmt seine Strukturierungen anhand von Entscheidungsregeln vor. Die therapeutische Beziehung spielt in der DBT die herausragende Rolle, wobei sie aktiv lösungsorientiert und validierend gestaltet wird (vgl. Bohus 2002, S.18).

Zugrunde liegt ein neuro-behaviorales Entstehungsmodell der BPS, das auf dem Zusammenwirken genetischer Faktoren und psychosozialer Variablen basiert. Die in der Folge entstehenden dysfunktionalen Schemata führen in der weiteren Entwicklung zu Assimilations- und Adaptionstörungen. Dies verhindere es später, traumatische Erfahrungen durch positive Erfahrungen zu relativieren und lasse die Welt dem Borderline-Patienten weiterhin vorwiegend als unberechenbar und gefährlich erscheinen (vgl. ebd., S.16).

Die Wahl des Begriffes „dialektisch“ ist etwas verwirrend, da er nicht im klassisch-philosophischen Sinne verwendet wird. Eine nähere Erläuterung würde den Rahmen an dieser Stelle sprengen; gemeint ist in erster Linie eine Methodik, konstruktiv mit Widersprüchen zu arbeiten. Diese drückt sich im Anstreben einer Balance von Gegensätzen aus, wie sie zwischen Fertigkeiten und Defiziten, Ereignissen und ihren Interpretationen, Veränderung und Akzeptanz des Unveränderlichen, sowie anderen Spannungen gegensätzlicher Denk- und Verhaltensmustern bestehen. „Dialektische Strategien“ betonen demnach die Kreativität, die in der Widersprüchlichkeit und Spannung des intrapsychischen Erlebens und im zwischenmenschlichen Bereich liegt (vgl. ebd., S.64).

Das dialektische Denken im Sinne einer ganzheitlichen Sicht stehe demnach auch im Gegensatz zu dem universellen Entweder-Oder-Denken und Verhaltensweisen des Borderliners, was das Polarisierende einerseits in die Behandlung integriert und andererseits den Patienten für eine neue Sicht der Dinge öffnen soll (vgl. Petersen-Ostroga in Giernalczyk, S.86). Im Folgenden werde ich die speziellen Behandlungsmodule der DBT in Anlehnung an die Ausführungen von BOHUS vorstellen.

6.2.1 Acht motivierende Grundannahmen in der DBT

Der Aspekt der Motivation von Patienten und Therapeuten erhält vor dem Hintergrund der äußerst hohen Rate von Therapieabbrüchen eine besondere Bedeutung. Dem wird in acht therapeutischen Grundannahmen Rechnung getragen:

Die ersten beiden Annahmen betonen die Sinnhaftigkeit aller Verhaltensweisen und sollen die grundsätzliche Willensbereitschaft der Patienten vergegenwärtigen, ihre Situation zu verbessern.

Die dritte Annahme weist auf die hohen und härteren Anforderungen hin, die an die Therapeuten als auch an die Patienten gestellt werden und verhehlt nicht die „ungerechte“ Ausgangsposition gegenüber anderen Formen psychischer Erkrankungen.

In der vierten Annahme wird die Verantwortung für eine Veränderung der Problematik verbalisiert, welche der Borderliner in der Regel zwar nicht selbst verschuldet hat, aber dennoch mitzutragen hat.

Die fünfte Annahme appelliert an die Empathie des Therapeuten, die Suizidalität als Ausdruck einer unerträglichen gegenwärtigen Situation zu erkennen und alles zu unternehmen, diese zu verbessern.

Die sechste Annahme spricht die Notwendigkeit der Verhaltensänderung in allen relevanten Dimensionen an, was sich vor allem auf die Übertragung der erlernten Fähigkeiten auf emotional belastende Situationen bezieht.

Die siebte Annahme lautet schlicht, dass Borderline-Patienten in der DBT nicht versagen können, was bedeutet, dass bei Abbrüchen die Ursache eher im therapeutischen Konzept gesucht werden soll, als in einem Scheitern des Patienten.

Die achte Annahme räumt das Recht und die Notwendigkeit ein, sich als Therapeut emotionaler und fachlicher Unterstützung aus dem Team und der Supervision zu versichern, um einem Burn-out vorzubeugen und das hohe Maß an emotionaler Stabilität aufrechterhalten zu können (vgl. Bohus 2002, S.19f).

6.2.2 Weitere Aspekte für die Beziehungsgestaltung in der Einzeltherapie

Die Einzeltherapie steht in der DBT im Vordergrund der Behandlung, findet aber meist im tagesklinischen oder stationären Rahmen statt. Da die Beziehungsgestaltung und auch der weitere Verlauf der ambulanten DBT dem therapeutischen Einzelkontakt im klinischen Rahmen entsprechen, werde ich erst im Anschluss an diese Darstellung das Kapitel um spezifisch stationäre Aspekte erweitern.

Der Therapeut sollte sich in der DBT als Coach oder Trainer für den Patienten verstehen. Beide verpflichten sich einem übergeordneten Ziel und übernehmen gemeinsam dafür die Verantwortung. Die Einzelziele werden positiv und so konkret wie möglich von vornherein formuliert. Der Therapeut bietet sich für das Erreichen dieser Ziele als engagierter, kompetenter und emotional greifbarer Führer und Partner in schwierigem Gelände an, wobei er, um bei der Metapher zu bleiben, dem Patient das selbstständige Laufen in diesem Gelände nicht abnehmen wird (vgl. ebd., S.21).

Der Therapeut ist angehalten, Schweigepausen schnell zu unterbrechen und seine Emotionen in Bezug auf das Verhalten der Patienten klar und früh zu beschreiben, um die Intentionen des Patienten zu erforschen. Wichtig ist dabei die Versicherung, dass es dabei in keiner Weise um eine Bewertung der Intentionen geht. Hierüber muss sich vor Allem der Therapeut selbst im Klaren sein.

Verbale Äußerungen der Patienten müssten stärker beachtet werden als nonverbale, da die Mimik sich sehr oft nicht kongruent zu den wahren Gefühlen offenbart. So werden unter Umständen ernst gemeinte Suizidandrohungen lapidar geäußert oder von einem Lächeln begleitet. Um Missverständnisse auch für den Patienten überprüfbar zu machen, werden die Stunden auf Video oder Tapes aufgenommen, was sich für die Beziehungsklärung als sehr

bedeutsam herausgestellt hat. Außerdem sind diese Zeugen der gemeinsamen Sitzungen oder andere Übergangsobjekte erfahrungsgemäß äußerst wichtig für die Bildung einer Objekt Konstanz, die sonst nach kurzer Zeit der Abwesenheit des Therapeuten zusammenbrechen könnte (vgl. ebd., S.23).

6.2.3 Veränderung innerer Schemata durch ihre Akzeptanz

„Die Lehre des „Annehmens und Ertragens von hohen Belastungen und Schmerzen“ wird gemeinhin im psychotherapeutischen Denken wenig Raum gegeben. Traditionsgemäß wird diese Kunst eher spirituellen und religiösen Gruppen oder Führern überlassen.“ (ebd., S.81)

Die entscheidende Grundhaltung der DBT wurzelt im Zen-Buddhismus und besteht in der radikalen Akzeptanz dessen was ist. In ihrer bedingungslosen und wertfreien Annahme, das, was gerade stattfindet, als gegeben anzusehen, schafft sie Raum für eine beiderseitige innere Distanzierung zur jeweiligen Situation. Damit stellt die Akzeptanz die Basis für jedes weitere Öffnen für Veränderung dar. Sie vermittelt sich durch Interpretationen des Therapeuten, die die Gefühle und Zustände des Patienten zuerst wertfrei angenehmen und klar benennen, bevor man sich gemeinsam auf den Weg macht, nach Lösungen Ausschau zu halten. Diese Haltung charakterisiert die grundsätzliche Herangehensweise der DBT zur Veränderung kognitiv-emotionaler Schemata und fest verwurzelter dysfunktionaler Grundannahmen (vgl. Bohus 2002, S.24f). Auch die optimistisch ressourcenorientierte Haltung beruht in ähnlicher Weise letztlich auf einer wertschätzenden Akzeptanz des Ist-Zustandes der Patienten (vgl. ebd., S.27).

Borderline-Patienten neigen zu einem oszillierenden Verhalten zwischen den Extrempolen von Verschmelzungswunsch und absolutem Rückzug in die Einsamkeit. Wie bereits beschrieben, ist mit einer Kompromissbildung diesbezüglich selten zu rechnen. Die kontroversen Schemata zeitgleich zu aktivieren, um sie einander anzunähern, geschieht in der DBT ebenfalls über die vollständige Annahme und Sinnzuschreibung selbst äußerst widersprüchlicher Aussagen und Verhaltensweisen. So wird also nicht das Verwirrende in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt, sondern erst einmal anerkannt, dass sich zwei verschiedene aber gleichstarke Kräfte gegenüberstehen.

Ein Höchstmaß an Transparenz gilt in der DBT auch für die Benennung der Grenzen und Fehler des Therapeuten. Weder können im Vorfeld schon alle Grenzen benannt werden noch sollten sie starr auf jeden Patienten gleichermaßen angewendet werden, sondern flexibel im Kontakt erfahren und geäußert werden. Der Therapeut unterstützt allerdings den Patienten dabei, mit ihnen umzugehen, da viele Grenzen trotz ihrer Notwendigkeit schwer für ihn zu ertragen sind. Dabei nützt der Therapeut seine eigenen unvermeidlichen Fehler und Fehleinschätzungen, indem er sie unumwunden zugibt und dient damit als Modell, mit Fehlern und Schwächen umzugehen (vgl. ebd., S.27).

Die grundsätzliche Akzeptanz, in diesem Falle auch der Begrenztheit des Therapeuten, spielt auch hier eine entscheidende Rolle, da sie die Vorbedingung für eine offene Kommunikation dieser Unwegsamkeiten im therapeutischen Prozess ist. Dies kennzeichnet einen weiteren

Bereich, der dem Zen verwandt ist, nämlich die Grundannahme, dass alle „Übende“ sind, auch der „Meister“ selbst und niemand den Anspruch erheben kann, besser zu sein, als sein Gegenüber.

6.2.4 Behandlungsphasen in der DBT

Die Behandlung gliedert sich in vier aufeinander aufbauende Phasen, die in sich sehr individuell abgestimmt sind, jedoch in ihrem erfolgreichen Abschluss erst jeweils die Voraussetzung für die nächste Stufe bilden:

6.2.4.1 Vorbereitungsphase

Die erste Phase dient der Vorbereitung. Hier wird über das Störungsbild informiert und im entlastenden Sinne seine Entstehung aus neuro-behavioraler Sicht vermittelt, Ziele hierarchisch nach Wichtigkeit und Erreichbarkeit gesteckt und die Methodik der DBT erklärt. Es wird auf Verbindlichkeiten wie z.B. die regelmäßige Teilnahme an der Skills-Gruppe hingewiesen, in denen Fertigkeiten trainiert werden und es werden weitere Regeln und Inhalte in einem Behandlungsvertrag festgelegt. Die entscheidende Voraussetzung für die Aufnahme ist die Einwilligung in den Non-Suizid-Vertrag, wobei auch hier die subjektive Not der Patienten, die sich diese Tür aufhalten wollen Validierung erfährt, indem ein Notfallnetzwerk vorgestellt und erarbeitet wird. Ursachen früherer Therapieabbrüche und Suizidversuche werden herausgearbeitet, um das Gesetz der Wiederholung möglichst frühzeitig zu durchbrechen (vgl. ebd., S.30f).

6.2.4.2 Bearbeitung der Probleme auf der Verhaltensebene

Auf die Vorbereitungsphase folgt die erste Therapiephase in der vorwiegend jene Problembereiche bearbeitet werden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Lebensbewältigung und der Aufrechterhaltung der Therapie stehen. Nach der erarbeiteten Hierarchie muss der Therapeut den Behandlungsfokus auf das Thema ausrichten, das unumgänglich bzw. lebensbedrohlich ist, das spezifische Problemverhalten analysieren, passende Interventionsstrategien erdenken und sich über Motivationen auf der Beziehungsebene klar werden. Ansonsten gilt, sich zuerst einfacher zu lösenden Problemen zuzuwenden, bevor man sich an komplexere Bereiche herantastet.

Die vorrangigste Thematik kann über weite Strecken das selbstverletzende und parasuizidale Verhalten sein. Die Behandlung dieser beiden Problembereiche hat absolute Priorität in der Therapiestruktur. Sie werden in der DBT als eigenständiges Problem behandelt und nicht als mögliche Konsequenz von zugrunde liegenden Problemen respektiert. Dies hat den Sinn, die Toleranz für situationsangemessene Gefühle früh zu erhöhen und den maladaptiven Teufelskreis zu durchbrechen, der mit diesem Verhalten aufrechterhalten wird und der Vermeidung negativer Gefühle gilt (vgl. ebd., S.35f). *„Nur indem Sie lernen, nicht ständig sofort den Notausgang zu benutzen, werden Sie sich in die Lage versetzen, sich in ihrem Gebäude langsam einzurichten.“* (ebd., S.38)

Dabei sollte der Therapeut immer die Sinnhaftigkeit der individuellen Nothandlungen vor Augen haben und alle Vorwürfe der Manipulation und der Agitation aus seinem Sprach- und Gedankengebrauch heraushalten, da die DBT davon ausgeht, dass diese Sichtweise die Wahrnehmung der Patienten negiert und daher die pathogenetische Erfahrung wiederholt. Des Weiteren gilt für diese Phase, dass alle auftretende Verhaltensmuster, die den therapeutischen Fortschritt gefährden könnten, eine Verhaltensänderung auf Therapeuten- oder Patientenseite oder beider Seiten nach sich ziehen müssen und nicht verschleppt werden dürfen. Jede dieser Krisen sollte darüber hinaus genützt werden, um die Kompetenz der Patienten zu verbessern, eine eigene Lösung mitzugestalten (vgl. ebd., S.38f).

Vor einem eventuellen Einstieg in eine traumaspezifische Behandlungsphase ist es unbedingt zu vermeiden, dass es zu unkontrollierten Aktivierungen traumatischer Erinnerungen kommt, da jede Aktivierung die Reizschwelle für die nächste traumatische Reaktion senke. Da es oft unmöglich ist, alle Schlüsselreize zu unterbinden, vor allem, wenn der Patient während der Therapie in seinem psycho-sozialen Umfeld bleibt, bietet die DBT zwei grundlegende Interventionen zur Steuerung traumaassoziierter Emotionen an:

In der ersten geht es um Übungen der „inneren Achtsamkeit“ und der Emotionsregulation, die der Zen-Meditation entlehnt sind und den Zweck haben, aus emotional belastenden Schemata auszusteigen, um sich auf einer beobachtenden Ebene neu zu organisieren. Gleichzeitig soll dabei vermieden werden, die eigene Wahrnehmung zu dissoziieren, sondern sie im Gegenteil zu schärfen, ohne dabei jedoch in Bewertungen und Interpretationen abzugleiten. *„Innere Achtsamkeit zielt auf die Balance von Gefühl und Vernunft, um auf diese Weise intuitives Selbstverständnis zu stärken. (...) Wahrnehmen heißt, sich Ereignissen, Emotionen oder Gedanken zuzuwenden, ohne zu versuchen, ihnen auszuweichen, wenn sie schmerzhaft sind oder sie festzuhalten, wenn sie angenehm sind.“* (ebd., S.78).

Die zweite Intervention, die meist erst in der dritten Behandlungsphase zum Tragen kommt, besteht in der Reizexposition, das heißt, es werden traumaassozierte Schemata zwar aktiviert, jedoch mit dem verhaltenstherapeutischen Ziel, eine Abnahme der physiologischen und emotionalen Reaktion zu erreichen. Dabei wird eine Konfrontation mit dem Reiz über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten, wie auch bei Angststörungen verhaltenstherapeutisch verfahren wird. Auf dem gegenwärtigen Stand der Forschung gibt es jedoch noch keine abgesicherten Daten, die eine Generalisierung der Wirksamkeit bei spezifischen Traumatisierungen, wie sie bei Borderline-Patienten vorkommen, zulässt (vgl. ebd., S.42ff).

6.2.4.3 Bewältigung der Folgen traumatischer Erfahrungen

Erst in der dritten Phase werden nun direkt die Probleme mit den Folgen erlebter Traumata ins Zentrum der Behandlung gerückt, nachdem die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Die Frage der Suizidalität muss hierfür geklärt sein, die Patienten müssen durch Erlernen der „Skills“ in der Lage sein, ihre Emotionen modulieren zu können, ohne dass sie zu dysfunktionalen Handlungen wie Selbstverletzungen führen, und sie sollten im Selbstmanagement dissoziative Phänomene revidieren können. Es geht jetzt um die gezielte Modifikation traumaassoziierter Schemata wozu Kognitionen, Emotionen, sensorische

Wahrnehmungen, Reaktions- und Handlungsmuster gehören, die mit Entstehung, Vermeidung und Aufrechterhaltung des Traumas verknüpft sind. Dabei besteht die Schwierigkeit schon in der Schemaidentifikation, die zur Abgrenzung aller dysfunktionalen Reaktionen dient. Hierzu gehört z.B. die Benennung von plötzlichen Zusammenbrüchen des Selbstwertes, Hassgefühle auf den eigenen Körper, unbegründete tiefe Scham, dissoziative Rückzüge und paranoide Fehleinschätzungen als zum Schema zugehörig, ohne diese jedoch therapeutisch verändern zu wollen. Schon diese Relativierung durch die Identifikation wird von den Patienten oft als Bedrohung ihrer Kontrollkompetenz erlebt. Da ihnen ihre Erlebnisweise oft als die einzig wahre erscheint, sind hier wieder Validierungstechniken zur Bestätigung ihrer subjektiven Wahrnehmung besonders wichtig (vgl. Bohus 2002, S.44ff). Als direkte Mitgestaltungselemente der Beziehung gehen validierende Techniken über eine empathische Grundhaltung hinaus, da sie die aktiven Interventionen des Therapeuten auf gedanklicher, emotionaler und handelnder Ebene mit einschließen.

In einem vorsichtigen und schwierigen Prozess folgt die kognitive Umstrukturierung dieser Schemata, was ihre Aktivierung durch Exposition, imaginierte Dialoge oder Verhaltensexperimente nun unumgänglich macht. BOHUS betont für die dosierte Affektaktivierung nochmals die sensible und validierende Herangehensweise, um eine Steuerung des Prozesses und das Vertrauen der Patienten nicht zu gefährden. *„Entscheidend für das Gelingen von Modifikationsprozessen in dieser Phase ist also die aktive Beziehungsgestaltung von seiten des Therapeuten. Es liegt in seiner Verantwortung, der Patientin die Scham erträglich zu machen, ihr zu helfen, die entstehende Angst auszuhalten, Wut und Hass abzureagieren, ohne in die alten dysfunktionalen Verhaltensmuster auszuweichen.“* (ebd., S.50) Das Ziel dabei ist nicht, Vergessenes wieder zu erinnern, sondern die Erfahrung zu machen, dass gegenwärtige Auslöser für traumainduzierte Reaktionen in einen neuen Sinnzusammenhang gestellt werden können (vgl. ebd., S.44).

Hierbei bietet die DBT ein breites Repertoire von Begleitungs- und Interventionsmethoden an, die zu umfangreich wären, um sie hier zu erläutern. Sie reichen von Modulationstechniken zur Regulierung überstarker Emotionen über vorsichtige Umdeutungen innerer Überzeugungen bis hin zur allmählichen Verankerung kognitiver Neubewertungen. Sie können eine vollständige Löschung der alten Erfahrungen selten bewerkstelligen, geben aber dem Patienten eine eigenständige Kontrollmöglichkeit durch die Verknüpfung mit einer helfenden und heilenden Erfahrung im „Hier und Jetzt“ an die Hand (vgl. ebd., S.56f).

6.2.4.4 Integration des Gelernten und Neuorientierung

Im Vordergrund der letzten Phase der DBT steht die Vertiefung der gelernten Fertigkeiten und Neuerfahrungen, um mit realen Situationen und zwischenmenschlichen Begegnungen adäquater umgehen zu können und sie damit so alltagstauglich wie möglich zu machen. Ziel dabei ist es, dass der Patient sein Leben wieder lebenswert erachtet und sich im Stande fühlt, es seinen Bedürfnissen gemäßer auszurichten. Die Übertragung der Skills in Form von Hausaufgaben zur Verankerung in den Alltag stellt noch einmal eine große Herausforderung an die Frustrationstoleranz dar, da der schützende Rahmen aus den Trainingsgruppen dabei

streckenweise aufgegeben werden muss. Die Stressbelastung wird dabei erhöht, alte Ängste können reaktiviert werden und es kommt nicht selten dabei zu Rückfällen in dysfunktionale Verhaltensweisen. Da die sozialen Kontakte die größte Quelle für emotionale Belastungen darstellen, nimmt das Üben zwischenmenschlicher Fertigkeiten im Skills-Training den größten Raum ein und wird mit Hilfe von Rollenspielen und positiven Verstärkungen so alltagsnah wie möglich simuliert.

Einen weiteren Schwerpunkt nimmt auch das Üben im Ertragen und Überleben von Krisen ein. Situationen, die auch nach kritischer Überprüfung der persönlichen Reizverarbeitungsmechanismen und inneren Bewertungsprozesse nicht zu modifizieren sind, müssen auch ausgehalten werden können. Da diese oftmals an paranoid gefärbte Ohnmachtgefühle gekoppelt sind, werden hierfür Fertigkeiten vermittelt und erprobt, die von Entspannungsübungen über Selbsttröstung bis zu Galgenhumor reichen und die Sicht dafür schärfen sollen, in schmerzhaften Situationen auch einen positiven Sinn zu entdecken (vgl. Giernalczyk, S.93f).

Zum Stressabbau dienen wiederum bestimmte Übungen, die zum Teil buddhistischen Meditationstechniken entlehnt sind. Bei Hochstress scheint es zuerst am effektivsten zu sein, die Dissoziationsgefahr auf sensorischer Ebene durch selbstprovozierte intensive Reize zu bannen. Diese Reize können akustischer oder bewegungsoptischer Natur sein, die Haut-, Geruchs- oder Geschmacksempfindung betreffen oder durch Körperbewegungen hervorgerufen werden, um so eine Spannungsreduktion bewirken. In einem nächsten Schritt können Konzentrationsübungen auf den gegenwärtigen Moment von Nutzen sein, indem sie die Achtsamkeit auf den Atem, die unmittelbare Körperhaltung oder die Geisteshaltung lenken. Hierzu gehören auch Gebet an ein höheres Wesen, Öffnung gegenüber dem eigenen spirituellen Wissen, Vertrauen in die Urkraft der Natur oder des Universums (vgl. Bohus 2002, S.82ff).

6.2.5 Besonderheit des Telefonkontaktes in der DBT

Die Telefonberatung stellt als zusätzliche Kontaktierungsmöglichkeit für die Patienten ein besonderes Modul der DBT dar. Sie wurde vor allem zur Abwendung suizidaler und parasuizidaler Krisen eingeführt. Zu Beginn der Therapie werden die Bedingungen vereinbart, unter denen der Patient seinen Therapeuten in dringenden Fällen außerhalb der regulären Sitzungen telefonisch oder auch per e-mail kontaktieren kann. Daraus ergibt sich ein abgesteckter Rahmen hinsichtlich der Frequenz, der Dauer und der emotionalen Belastung als Grund für die Nutzung dieser Krisenintervention. So soll das Gespräch die Dauer von maximal 10 Minuten nicht überschreiten und nicht zur Wiederaufnahme des Inhaltes therapeutischer Sitzungen in Anspruch genommen werden, kann aber auch zur Klärung der Beziehung und zur Belohnung schwieriger Veränderungsschritte genutzt werden. Die Befürchtung vieler Therapeuten, dass dieser Kontakt über Gebühr strapaziert würde, hat sich nicht bestätigt, vielmehr musste zu dem Schritt erst ermutigt werden (vgl. Bohus 2002, S.97).

Der Effekt, dadurch dem selbstverletzenden Verhalten auch im Vorfeld besser begegnen zu können, wird durch eine Regel zusätzlich verstärkt: Hat eine Selbstverletzung bereits stattgefunden, ist es dem Patienten über 24 Stunden lang verboten, mit seinem Therapeuten

in Kontakt zu treten. Die Verantwortung wird damit allein an den Patienten delegiert, um diesen Weg der dysfunktionalen Konfliktlösung nicht durch Aufmerksamkeit zu verstärken und um dem manipulativen Motiv der Selbstverletzung die Grundlage zu entziehen. Darüber hinaus wäre der Therapeut durch die zusätzliche medizinische Verantwortung überfordert. Somit stellt diese Regel auch eine wichtige Grenze zum Ressourcenschutz des Therapeuten dar (vgl. Niklewski et al. 2003, S.98).

6.3 Stationäre Aspekte der Borderline-Therapie am Beispiel des „Klinikum Nord“ in Hamburg

Eine stationäre Therapie der BPS erfolgt in der Regel, wenn eine ambulante Therapie wegen zu heftiger Impulsdurchbrüche, Suizidalität, schwerwiegender Komorbidität, psychotischer Symptomatik oder zu großer Instabilität noch nicht zu verantworten oder durchzuhalten ist. In der Regel werden Borderline-Patienten auf allgemeinpsychiatrischen Stationen untergebracht, wo jedoch aufgrund des Versorgungsauftrages und der personellen Ausstattung eine spezialisierte und hinreichende Behandlung der BPS sehr schwierig ist.

Eine kurzzeitige Hospitalisierung ist zur Krisenintervention angezeigt, solange ein weitestgehend stabiles soziales Umfeld besteht. Sie ist erforderlich, wenn sich die Krise als plötzlich auftretende Suizidalität oder psychotische Regression äußert, ohne dass sie im Rahmen einer ambulanten Therapie aufzufangen wäre. Eine Langzeithospitalisierung ist hingegen bei schweren und anhaltenden Funktionsstörungen angemessen, wenn das soziale Umfeld zusätzlich pathologisierend wirkt oder wenn eine dynamische Therapie auf einer Station, aufgrund des chronischen Motivationsmangels des Patienten einer ambulanten Behandlung vorzuziehen ist.

Auf die psychotherapeutischen Grundprinzipien der Therapie im Allgemeinen werde ich nicht noch einmal eingehen, sie sind größtenteils von RHODE-DACHSER übernommen. Sie sind oben bereits ausführlich beschrieben und gelten gleichermaßen für die stationäre Behandlung. Auch auf die speziellen Gruppenangebote und die medikamentöse Versorgung werde ich nicht weiter eingehen und stattdessen die besondere Art der Beziehungsgestaltung auf der Station in den Vordergrund stellen.

Der Vorteil des stationären Rahmens liegt darin, dass die Patienten in eine therapeutische Gemeinschaft eingebunden sind, der sie weniger schnell entfliehen können und wollen, als es in einer Zweierbeziehung der Fall ist. Dadurch können Komplikationen weniger vermieden werden, es werden verdeckte Beziehungsmuster deutlich und für eine Behandlung zugänglicher.

DULZ betont, dass eine vorschnelle Verweisung auf eine ambulante Therapie oft der Ausdruck einer Verkennung oder Verleugnung der Schwere der Erkrankung ist. Dies liege daran, dass Borderline-Patienten auf den ersten Blick viel gesünder und handlungsfähiger erscheinen, als sie in Wirklichkeit sind. Ihr gesamtes Verhalten löse daher weniger Hilfsbereitschaft aus, was oft zu der irrigen Annahme führt, ein Borderliner simuliere viel und müsse sich lediglich mehr zusammenreißen. Die darüber im Team häufig ausgelösten Affekte müssten bereits vor dem Hintergrund der Störung gesehen werden und seien kein

Anhalt für psychische Stabilität sondern eher für eine zu gut funktionierende Fassade. Eine Spaltung des Teams erhält dadurch, wie auch die Gegenübertragung in der Einzeltherapie, Diagnosewert. Die Behandlung auf der spezialisierten Station des „Klinikum Nord“ (KNO) ist in erster Linie darauf ausgerichtet, eine ambulante Therapiefähigkeit zu gewährleisten, setzt also bei einem hohen Schweregrad der Störung an und hört dort auf, wo eine gewisse Stabilisierung und Absprachefähigkeit gewährleistet sind (vgl. Dulz et al. 1997, S.67ff).

Obwohl Borderline-Patienten zu den am wenigsten gern gesehenen Patienten gehören, sei die Behandlung neben der großen Belastung für beide Seiten eine ausgesprochen lebendige und häufig erfolgreiche Arbeit, doch nur, sofern eine spezielle Therapie unter spezifischen Rahmenbedingungen erfolgen könne:

Das KNO verfügte zur Zeit der Veröffentlichung über die übliche Besetzung nach der Psychiatrie-Personalverordnung für offen geführte allgemeinpsychiatrische Stationen. Für 21 Patienten stehen ein Team von zwölf Pflegekräften, einer Ärztin, einer Psychologin, einem Oberarzt und einer Sozialpädagogin auf einer halben Stelle zur Verfügung. Ein speziell auf die Borderline-Patienten abgestimmtes Konzept wurde nur durch das Engagement aller Teammitglieder möglich. Dieses Engagement bildete für DULZ die Grundlage einer besonderen Atmosphäre, die sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter eine herausragende Bedeutung bekam. Für die Patienten erfüllte erst diese persönlich engagierte Haltung die unerlässliche Voraussetzung, sich auf den Beziehungsprozess mit Team und Institution wirklich einzulassen, was durch das Einhalten wichtiger formaler Regeln allein nicht möglich wäre.

Für das Team führte die Unterstützung ihrer Motivation und das Einebnen der Stationshierarchien dazu, dass alle Mitarbeiter neue Anregungen und Wünsche äußern konnten und mit der Zeit dadurch ganz persönliche Modifizierungen ihrer Tätigkeitsschwerpunkte stattfanden. Durch das Zulassen unterschiedlicher Fähigkeiten und Grenzen wurde die Arbeit aller nicht nur entlastender, sondern auch freudvoller. Jeder konnte sich neben seinen Pflichten auch mit seinem Spezialgebiet identifizieren, wodurch gezielte und freiwillige Verantwortungsübernahmen entstanden, die die Arbeit obendrein effektiver werden ließ.

Daraufhin entwickelte sich ein System der Bezugspflege, was vorher undenkbar schien, da Berührungängste, Verbindlichkeit und Nähe die Gegenargumente überwiegen ließen. Erst mit der Erfahrung, dass Verantwortungsübernahme nicht bedeutet, keine Fehler machen zu dürfen, sei es dem Pflorgeteam gelungen, in der bezugsorientierten Pflege eine Bereicherung ihrer Arbeit zu sehen, anstatt sich lieber hinter der Gesamtgruppe verstecken zu wollen. Auf diese Art entstanden kleinere Teams, die die jeweiligen Kenntnisse über ihre Patienten wesentlich verbessern konnten und die Beziehungsstrukturen wurden intensiviert. Damit diese jedoch auch tragfähig würden, sei ein intensiver Austausch zwischen den Mitarbeitern des Pflorgeteams und dem Bezugstherapeuten ihrer Patienten als auch die Supervision elementare Voraussetzungen. Das erfolgreiche Absprechen therapeutischer Maßnahmen und die Beobachtung von Gegenübertragungsgefühlen erfordert die maximale Kooperation des gesamten Teams, damit Spaltungsversuche der Patienten nicht unaufgedeckt bleiben oder Uneinigkeiten erzeugen und vertiefen können (vgl. ebd., S.75ff).

Starre Regeln sind vielleicht der einzige Weg dieser Herausforderung zu entgehen, doch *„(...) jedes Beharren auf dem reinen Ordnungsprinzip sind für die Behandlung von Borderline-Patienten kontraindiziert. Der Patient würde sich in genau jener Art von System*

wieder finden, die er in seinem Elternhaus kennen- und hassen gelernt hat und die als pathologisierend gilt.“ (ebd., S.78)

6.4 Zusammenfassung und eigene Einschätzung

Es wäre verwunderlich, wenn neben dem Erscheinungsbild der BPS und der Entstehungsgeschichte nicht auch die Therapie durch eine besondere Bedeutung der Beziehungsgestaltung geprägt sein müsste. Die therapeutische Beziehung ist in der DBT das tragende und umfassende Element, in der die kognitive Umstrukturierung und emotionale Neuerfahrungen nur stattfinden können, weil sie hierin eingebettet sind. Ihr hoher Stellenwert wird bewiesen durch Indizien wie der Gefährdung des gesamten Therapieerfolges bei längerer Abwesenheit des Therapeuten oder nach Konflikten, die auf spezifische Weise in der DBT aufgefangen werden, durch die Bedeutung von Übergangsobjekten für die Gewährleistung der Objektkonstanz und durch die rettende Wirkung der telefonischen Erreichbarkeit in Notfällen auch außerhalb der Arbeitszeit des Therapeuten. (vgl. Dulz et al. 1997, S.75)

Ein weiterer Beleg für die einzigartige Bedeutung der intensiven und besonderen Beziehungsgestaltung in der DBT ist eine Studie mit Vergleichstherapien, in denen einzelne Elemente wie das in der DBT äußerst wirkungsvolle Fertigkeitentraining übernommen wurde. Beim Herauslösen dieser Module aus der DBT, um sie in andere Verfahren zu integrieren konnte kein signifikanter Unterschied zum Therapieerfolg ohne dieses Modul festgestellt werden (vgl. Petersen-Ostroga in Giernalczyk 1999, S.96).

Die Förderung der selbstständigen Problembewältigung und die Ressourcenstärkung dienen ebenfalls einem entscheidenden Aspekt der Beziehungsfähigkeit, nämlich der Autonomieentwicklung, ohne die eine gleichberechtigte Beziehung außerhalb abhängiger Verstrickungen unmöglich ist. Verselbständigungsübungen sind also nicht der Moment, wo Beziehung sich erübrigt, sondern der Moment, in dem sich zeigt, wie tragfähig das Vertrauen in die Beziehung ist, um den Schritt in eine echte und stabilisierte Autonomie zu wagen. Ein besonderer Aspekt ist der, die Fortsetzung der Therapie über ein Jahr hinaus nicht an einen ungünstigen Verlauf sondern an eine erfolgreiche Behandlung zu knüpfen. Damit wird der Angst vor einem Beziehungsverlust begegnet, der befürchtet wird, sobald sich eine Verbesserung einstellt und stattdessen durch eine erhöhte Motivation ersetzt. Dies scheint mir besonders wichtig, da es der grundsätzlichen Angst vor Autonomiebestrebungen entgegenwirkt, die oftmals schon die frühe Entwicklung frustrierend geprägt hat.

Die Übung der Selbstbestimmung über den Weg der Selbsterkenntnis in der DBT scheint auch über die Modellfunktion des Therapeuten zu funktionieren, weswegen die innere Haltung des Therapeuten zu sich selbst im therapeutischen Kontakt eine so entscheidende Rolle bei der Genesung der BPS spielt.

Am Beispiel des KNO zeigt sich ebenfalls, wie die wertschätzende Haltung für die Beziehung zwischen Team und Klientel wirken kann. Vor Allem zeigt es m. E. wie unerlässlich es ist, dass sich diese Haltung gleichermaßen auf das Team selbst niederschlagen muss, um den Patienten die für die Beziehungsaufnahme erforderliche „haltende Funktion“ vermitteln zu können. Ich verstehe diese „haltende Funktion“ vor allem als

Beziehungsaufnahme, die jenseits von Bewertung eine Wahrhaftigkeit zum Ausdruck bringt, wie ich es im vorangegangenen Kapitel beschrieben habe. Vor diesem Hintergrund erscheint es mir nicht möglich, Wertschätzung in Beziehung, so wie auch jede andere Haltung nur in eine Richtung zu lenken. Ich gehe davon aus, dass eine innere Haltung immer auch einen gemeinsamen Aspekt des „Selbst“ beider Seiten einer Beziehung betrifft und dementsprechend immer in beide Richtungen gleichzeitig wirkt. Eine haltende Funktion in diesem Sinne, ohne sich selbst zu halten, kann auch im Außen nichts halten. Eine ablehnende Haltung in einer Beziehung wird dieselben Aspekte des eigenen „Selbst“ fallenlassen müssen. Achtsamkeit und wertschätzende Präsenz im Sinne ROGERS und BUBERS stehen auch für eine Verbindung zum wahren „Selbst“ und sind m. E. die besten Voraussetzungen, um die eigenen Grenzen und Bedürfnisse mit denen des Patienten in eine Balance zu bringen. Dies kann genauso bedeuten, dass aus dieser Präsenz heraus eine therapeutische Beziehung auch nicht zustande kommt. Ich denke dennoch, dass eine wahrhaftige Distanzierung und auch ein Abbruch aus dieser achtenden Haltung heraus, einen therapeutischen und ganzheitlich-heilenden Wert vermitteln können.

Bezeichnenderweise ist nicht nur Abwertung sondern auch die Rückmeldung positiver Gegenübertragung äußerst prekär, da Borderline-Patienten sich dadurch in ihrer Pseudoautonomie bedroht sehen (vgl. Dulz et al. 1997, S.72f). Gleichzeitig müsse der Therapeut als Mensch greifbar bleiben und Sympathie vermittelbar bleiben. Eine Gefahr positiver Rückmeldungen besteht m. E. jedoch nur darin, dass sie als positive Bewertungen geäußert, ähnlich der Abwertung auf die Ebene der Spaltung fallen und damit die polarisierende Wahrnehmung unterstützen. Sieht man eine ganzheitliche und wertfreie Haltung jedoch wieder sowohl nach innen, als auch nach außen gerichtet, so dürfte ein spontan positives Gefühl nicht in der Angst stecken bleiben, aufzutauchen und für den Patienten wahrnehmbar zu werden. Dann wohnt der Therapeut nicht nur dem Erleben des Patienten als Zeuge bei (vgl. Rhode-Dachser 2000, S.111), sondern auch seinem eigenen. Warum sollten die feinen Antennen der Patienten auch an der Stelle versagen, wo sie zwischen einem unmittelbaren Ausdruck und einer zweckorientierten Bemerkung unterscheiden?

7 Lebensweltorientierung durch sozialpädagogische Interventionen

Was kann eine Unterstützung zur Lebensweltorientierung im sozialpädagogischen Handlungsrahmen für Borderline-Patienten leisten und wie könnten die beschriebenen Erkenntnisse der Entstehung und Therapie der BPS für die Sozialarbeit genutzt werden?

Ohne die Kenntnis spezifischer Zusammenhänge von Symptomatik, Psychodynamik, Genese der BPS und therapeutischen Handlungsrichtlinien nebst ihren Fallstricken, läuft jeder Helfer wahrscheinlich sehr bald Gefahr, den Punkt der Handlungsunfähigkeit oder des Kontaktabbruchs zu erreichen oder zwischen der Bereitschaft zum Helfen und dem Schutz der eigenen psychischen Ressourcen aufgerieben zu werden. Treten beispielsweise im Rahmen einer Begegnung über eine psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Verdachtsmomente in Richtung einer BPS auf, ist es von Vorteil, über ein Grundwissen der BPS zu verfügen, was den Sozialpädagogen befähigt, die Grenzen seiner Kompetenz rechtzeitig zu erkennen und die Behandlung in eine stationäre oder ambulante Therapie zu

überführen. Für die spezialisierte klinische Sozialarbeit oder die Sozialarbeit in einer Reha-Klinik sollte ein fundiertes Hintergrundwissen über die Psychodynamik der BPS wohl als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

In der akuten Krisenphase einer stationären Behandlung kann sich das sozialpädagogische Arbeitsspektrum eine Zeit lang im Hintergrund abspielen. SACHSSE sieht die Hauptaufgabe des Sozialpädagogen in der Anfangszeit darin, das gesamte soziale und juristische Umfeld des Patienten für einige Monate in einen „Dornröschenschlaf“ zu versetzen, da kein Patient in der Lage sei, in dieser Phase einen Zwei- oder Dreifrontenkrieg zu führen (vgl. Sachsse 1997 S.75). In der darauf folgenden Phase jedoch kann ein Wissen um die Erkenntnisse der DBT m. E. viele Möglichkeiten eröffnen und Chancen erhöhen, selbst ohne den therapeutisch kurativen Auftrag durch sozialpädagogische Interventionen erheblich zum Gelingen des Gesamtprozesses beizutragen.

Sozialpädagogische Handlungskonzepte allein und das Beschränken auf die ausschließliche Rolle des Case-Managers, der dem Klienten sein Wissen zur Verfügung stellt, greifen im Falle der BPS m. E. immer zu kurz, weil die spezifische Beziehungsdynamik der Borderline-Patienten alle Interaktionen entscheidend mitbestimmt. Aufgrund ihrer Spaltungsneigung finden die Patienten meist genügend Wege, jede noch so kompetente und „gut gemeinte“ Unterstützung zu boykottieren, wenn sie diese in den Dienst einer „bösen“ Autorität oder Gesellschaft gestellt sehen. Sich unverstanden und wider Willen in eine Resozialisierung gedrängt zu fühlen, so dringend sie auch von Nöten sein mag, kann eine grundsätzliche Entwertung des Gegenüber nach sich ziehen, die jede weitere Hilfe lähmt. Besteht darüber hinaus bei dem Patienten eine latente oder offene Suizidalität, stellt sich erst recht die Frage, warum er sich Fertigkeiten einer Lebenswelt aneignen sollte, wenn er nicht einmal weiß, wie er in ihr überleben soll und ob er es überhaupt will.

Aus meiner eigenen Tätigkeitserfahrung in einer Reha-Klinik habe ich gelernt, dass Borderline-Patienten oftmals noch nicht oder nicht mehr gewillt sind, sich therapeutisch mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Neben der Aufgabe, sich um die Belange der materiellen und bio-sozialen Grundsicherung und der lebenspraktischen Autonomie zu kümmern, ist es dann oft am Sozialpädagogen, dem Patienten eine „haltende Funktion“ zu vermitteln, in diesem Sinne therapeutisch zu wirken, ohne das therapeutische Ziel der Aufarbeitung überzugewichten. Da es sich bei der BPS, wie gezeigt wurde, in erster Linie um eine Beziehungsstörung handelt, kann der regelmäßige Kontakt zum sozialpädagogischen Bezug durchaus genesende und stabilisierende Wirkung haben. Die Gefahr des „Durchschleusens“ einiger Patienten lässt sich bei den immer enger werdenden Finanzierungsmöglichkeiten zwar oft kaum vermeiden, dennoch kann jede Stärkung des Vertrauens ein Wegbereiter sein, auf diesem Vertrauen - vielleicht auch erst an anderer Stelle - weiter aufzubauen.

Neben dem Ausgleich von Versorgungsdefiziten geht es bei der konkreten Unterstützung um die Orientierung in der Lebenswelt der Borderline-Patienten. Die Hilfe zur Selbsthilfe sollte dabei an erster Stelle stehen, wobei die Wertschätzung der Leistungsmöglichkeiten und das Finden und Unterstützen der Ressourcen im Patienten zur Stärkung seiner Autonomie und zur Realitätsfindung beitragen kann. Ressourcen können auf allen Ebenen zu finden sein, im gesundheitlichen Bereich, in der Kreativität, im sozialen Netzwerk oder beruflichen,

geistigen oder emotionalen Kompetenzen, was wiederum die wertfreie Annahme und Respektanz der persönlichen Lebenswelt voraussetzt. Ein verlässlicher wertschätzender Bezug, strukturgebende Maßnahmen, klare Absprachen, flexible Grenzen und der Modellcharakter der Konfliktlösungskompetenz können sich dabei als Aspekte der „haltenden Funktion“ durch den Sozialpädagogen vermitteln.

Sozialarbeiter in psychiatrisch und psychosomatisch orientierten Kliniken, in sozial-psychiatrischen Ambulanzen und Tageskliniken haben meist spezielle Zusatzqualifikationen, die ihnen gezielte therapeutische Interventionen erlauben und ermöglichen. Da sich auch während dieser Diplomarbeit meine Überzeugung nur gestärkt hat, dass die zwischenmenschliche Beziehung in jeder Behandlung psychischer Erkrankungen die entscheidende Basis für eine heilsame Entwicklung überhaupt darstellt, scheint mir jede Therapieform hilfreich sein zu können, sobald sie die Aspekte ganzheitlicher Beziehungserfahrung transportieren. Da die DBT Grundprinzipien einer ganzheitlichen Haltung vermittelt, die für eine tragende Beziehungsgestaltung zu Borderline-Patienten von signifikanter Bedeutung sind, könnte es sinnvoll sein, die Methodik anderer Schulen um diese Haltung zu bereichern, ob es sich dabei um Formen der Körper-, Kunst- oder Verhaltenstherapie handelt oder um ein beratendes Gespräch. Letztlich läuft es auf eine Bereicherung des eigenen Selbst hinaus und ist damit weit mehr, als eine Methode. „*Auch Lohmer (1996) betont, dass gerade die Beschäftigung mit der Psychotherapie von Borderline-Patienten/innen ein schulübergreifendes integratives Denken fördert und gemeinsame Grundsätze therapeutischer Wirkung und therapeutischer Haltungen herausgearbeitet werden können, wie dies bei keiner anderen Patientengruppe der Fall ist. (...) Die Patienten/innen zwingen uns quasi über ihr existenzielles In-der-Welt-und-in-Beziehung-Sein zu Antworten, die nicht beliebig, je nach psychotherapeutischer Orientierung abzuwandeln sind.*“ (Votsmeier 1998, S.19)

Die Wirksamkeit einer Methode scheint also von der Wirksamkeit der Beziehungserfahrung nicht zu trennen zu sein, die sich durch die Methode unweigerlich transportiert. Auch das „rein sozialpädagogische“ Betätigungsfeld in seinem Auftrag, die realen Lebensumstände zu verbessern und seine Klientel vor einem Absinken unter einen definierten Normalitätszustand zu bewahren, ist über die Begleitung schwerer Persönlichkeitsstörungen hinaus stets von einer Beziehungsaufnahme begleitet und kann generell von dem Wissen und der „Weisheit“ der DBT m. E. nur profitieren.

8 Schlussbetrachtung

Während der Recherche zu den verschiedenen Theorien über das Thema BPS bin ich immer auch den Fragen begegnet, wo die Störung eigentlich beginnt, und wo sie endet, welche Genesemodelle ihrer Entstehung wirklich gerecht werden, bis hin zu der Frage, ob sich das Störungsmodell überhaupt rechtfertigen lässt. Ich denke, solange Pathologisierungen nicht im Vordergrund stehen, haben alle wissenschaftliche Forschung, diagnostische Kriterien und die Beachtung der Entstehungsgeschichte ihren Platz für das Verständnis und die Begleitung des Menschen hinter oder vielmehr vor einer BPS. Einen heilsamen Nutzen erhalten diese Bemühungen jedoch erst in dem Moment, wo sie auch in einen Sinnzusammenhang gestellt

werden, der nicht nur intellektueller Natur ist, sondern sich letztlich auch in der Neuerfahrung von Beziehung niederschlagen. Diese verstehe ich als einen lebendigen Entfaltungsprozess, was ihre Planbarkeit und Konzeptualisierung verhindert und sie der Öffnung des Ungewissen verpflichtet.

Die grundsätzlich wertfreie Präsenz und die Annahme dessen, was zwischenmenschlich im jeweiligen Moment gegenwärtig wird, scheint als Basis für einen Veränderungsprozess die wichtigste Kompetenz zu sein. Sie wird allerdings in der Therapie der BPS vor größte Anforderungen gestellt, nicht zuletzt aufgrund der großen Schwierigkeit der Patienten, sich jemandem anzuvertrauen, ohne ihn zu idealisieren, sich wieder an jemanden gebunden zu fühlen, die Sehnsucht nach Lebendigkeit wieder zu empfinden, eigene Bedürfnisse wieder wahrnehmen, Hilfe anzunehmen und Veränderungen und Selbstaktualisierung zulassen zu können. Alle Umschreibungen einer heilsamen Haltung in der Beziehung zu den Patienten, die sowohl die Patienten- als auch die Therapeutenseite versuchen zu erfassen, weisen m. E. auf ein ganzheitliches und spirituelles Prinzip hin, das in der achtsamen Präsenz auf den gemeinsamen Raum seinen Ausdruck findet: Zu erwähnen sind die „technische Neutralität“ verbunden mit Sympathie und Greifbarkeit, die „Indifferenz“, die gleichzeitig mit Offenheit für eigene Berührbarkeit einhergeht, das „Hüten des Zwischen“ und das Nicht-Wissen um die Richtung, in die die Therapie verlaufen wird. Auch das Nicht-Verändern-Wollen bei gleichzeitigem Herausfordern, die Wertschätzung der Grenzen und Ressourcen des Gegenüber sowie Achtsamkeit und Schutz bezüglich der eigenen (s. auch 6.1.1), sowie das feine Ausbalancieren zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig, einem „zu weich“ und einem „zu rigide“ (vgl. Bohus 2002, S.25) sind offensichtliche Annäherungen an dieses Prinzip.

Borderline-Patienten scheinen m. E. spätestens aufgrund ihrer Erfahrungen für alles übersensibilisiert zu sein, was sie als unwahr empfinden und was für sie außerhalb einer ganzheitlichen Wahrhaftigkeit steht, denn aus dieser Abgespaltenheit und Trennung vom Ganzen resultieren letztlich ihre Verletzungen. Genauso scheinen diese Patienten überbefähigt zu sein, sich selbst und ihre Umwelt von jeder Ganzheitlichkeit trennen zu können, weil sie selbst davon getrennt wurden. Es bedurfte m. E. immer Traumatisierungen, die ihrer Widersprüchlichkeit nach aufgespalten waren, um diesen selbst schützend und damit spaltend zu begegnen. Letztlich muss es der Borderline-Patient wieder wagen können, seine gespaltene Gefühlswelt und totalen Sichtweisen in ihren Extremen anzunehmen, um sie wieder an einen „Tisch bringen“ zu können, sie zu vereinheitlichen und auf einen ganzheitlichen Grund zu stellen. Für lange Strecken wird meist jemand anderes diese Aufgabe der Reintegration stellvertretend für ihn übernehmen müssen, der extreme Gegensätze in sich selbst ganzheitlich anzunehmen und zu integrieren in der Lage ist, damit ein Glaube an die Daseinsberechtigung mit allen Gegensätzlichkeiten wieder erwachen kann.

In meiner Arbeit bin ich zu der Überzeugung gekommen, dass der ganzheitliche Ansatz der DBT sich auf eine präsente innere Haltung bezieht, die sich dem Patienten durch einen „Lehrer“ dieser Haltung vermittelt, damit er sie auch in sich selbst wieder erfahren kann. Eine Haltung, die sich auf den Entwicklungsprozess positiv auswirkt, muss sich in ihrer Konsequenz auf die Interaktionspartner gleichermaßen positiv auswirken, da eine Beziehung immer aus einem Miteinander besteht und das Heilsame einer Beziehung in diesem Sinne

nicht bei einer der beiden Interaktionspartner enden kann. Aus einem spirituellen Verständnis heraus bedeutet dies schlicht, im anderen auch sein eigenes „Selbst“, vereinfacht ausgedrückt, „sich selbst“ zu erkennen. Dieses Verständnis führt in meinen Augen erst zu einer befriedigenden „Arbeitsbeziehung“, die immer auch eine gemeinsame Heilung im Sinne einer beiderseitigen Aktualisierungstendenz anstrebt.

Dies verstehe ich als Argument für die Bereitschaft jedes Therapeuten, Helfers oder Behandlers, sich selbst in seinen Untiefen begegnen zu können und auch in der Bedrohung durch Abwehrformen wie projektive Identifikation, Regressionen oder Aggressionen eine Verbindung mit seinem inneren „Selbst“, „Gott“, „Wahrheit“ oder wie auch immer man es nennen mag, aufrechterhalten zu können und sein Handeln im Vertrauen darauf aufzubauen.

Dem ganzheitlichen Anspruch der DBT an „Flexibilität“, die Arbeit im und am „Hier und Jetzt“, das Prinzip der „wertfreien Annahme vor jeder Veränderung“ und den „konstruktiven Umgang mit Widersprüchen“ würde es nicht gerecht werden, nur auf eine einzige Art psychischer Erkrankung zugeschnitten zu bleiben, auch wenn sie sich speziell aus der Behandlung von Borderline-Patienten heraus entwickelt hat. Dieser Grundgedanke musste mich zu der Schlussfolgerung führen, dass die aus der DBT hervorgehende Haltung für alle Formen der Beziehungsgestaltung hilfreich sein kann, allerdings in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen ihre besondere und spezielle Herausforderung erfährt. Dieser kann am ehesten jemand gerecht werden, der in seinem „Selbst“ ebenso ein „Zuhause“ gefunden hat, wie zusätzlich in seinem spezifischen Tätigkeitssbereich „zu Hause“ ist.

Die Auseinandersetzung mit der Thematik und dem Anspruch, neue und fundierte wissenschaftliche Erfahrungen mit eigenen Aspekten, die ich für wesentlich halte, zu verknüpfen und in die Struktur einzubinden, empfand ich durchaus immer wieder als schwierig aber insgesamt als sehr bereichernd. Oft haben sich dabei erst neue Blickwinkel erschlossen und es wurde zu einer Herausforderung, den roten Faden nicht aus den Augen zu verlieren, nicht zu weit abzuschweifen und am Ende der Themenstellung gerecht zu bleiben.

Eine letztendliche Konsequenz und einen großen Wert, den ich aus der Beschäftigung mit dieser Thematik ziehe, ist, unumwunden feststellen zu können, dass ich mich selbst der Herausforderung einer Begleitung der Patienten auf einer psychiatrischen Station nicht gewachsen fühlen würde doch von dem Verständnis darüber in meinem eigenen Tätigkeitssbereich zu profitieren wünsche. Weiter bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass die Bedeutung der hier interpretierten ganzheitlichen Haltung nicht veralten kann, da sie sich auf das richtet, was gegenwärtig ist. Somit entfaltet sie schöpferisches, kreatives Potential was das Lebendige und damit stets das „Neueste“ zu offenbaren im Stande ist. Eine Therapieform auf dem neuesten Stand der Forschung kann daher sofort zu etwas „Altem“ werden, wenn sie ihr Konzept über die Kreativität des ungewissen Augenblicks erhebt. Umgekehrt kann ein uraltes Konzept durch die Verbindung mit dem „Hier und Jetzt“ zu etwas Neuem erwachen, indem es auch dem Lebendigen überlassen und damit Ausdruck des Seins selbst wird.

Literaturliste :

Bohus, M.: Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG 2002

Dörner, K., Plog, Ursula: Irren ist menschlich. 2.Aufl., Bonn: Psychiatrie-Verlag 2000

Dornes, M.: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. 8.Aufl., Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH 1998

Dürckheim, K. Graf von: Japan und die Kultur der Stille. 8.Aufl., Weilheim: Otto Wilhelm Barth Verlag 1984

Dulz, B., Schneider, Angela: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 2.Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH 1997

Fiedler, P.: Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz 2001

Fromm, E.: Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. 20.Aufl., München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG 1991

Gangaji: Du bist das. Satsang mit Gangaji. Freiburg i.Br.: Verlag Alf Lüchow 1997

Giernalczyk, T.: Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Tübingen: Dgvt-Verlag 1999

Hoffmann, S.O.; Hochapfel, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Kompakt Lehrbuch. 6.Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag 1999

Kächele, H., Buchheim, Anna, Strauß, B.: Klinische Bindungsforschung. Theorien Methoden Ergebnisse. Stuttgart: Schattauer GmbH 2002

Kreismann, J.J., Straus, H.: Ich hasse dich – verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. 12.Aufl., München: Kösel-Verlag GmbH & Co. 1992

Krishnamurti, J.: Einbruch in die Freiheit. Titel der englischen Ausgabe: Freedom from the Known. Berlin: Verlag Ullstein GmbH 1990

Kohut, H.: Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Titel der Originalausgabe: The Analysis of the Self. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 1975

Leichsenring, F.: Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen – eine ganzheitliche Sichtweise. 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2003

Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Ungekürzte Ausgabe, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH 1996

Niklewski, G., Riecke-Niklewski, Rose: Leben mit einer Borderline-Störung: Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Partner. Stuttgart: TRIAS Verlag 2003

Nydahl, O.: Wie die Dinge sind. Eine zeitgemäße Einführung in die Lehre Buddhas. Sulzberg: Joy Verlag GmbH 1994

Rhode-Dachser, Christa: Das Borderline-Syndrom. 6., korrigierte Aufl., Bern: Verlag Hans Huber 2000

Sachse, R.: Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2002

Sachsse, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. 4. überarbeitete Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1997

Watts, A.W.: Weisheit des ungesicherten Lebens. 9. Aufl., Bern: Otto Wilhelm Barth Verlag 1997

Internetseiten:

Votsmeier, A.: Borderline-Störungen, Psychotherapie 1998. Das Grönenbacher Modell. Stationäre Therapie von Borderline-Störungen nach einem psychodynamisch-integrativen Ansatz. Erschienen in: "Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie" 1, 1998, CIP-Medien.
<http://www.gestaltpsychotherapie.de/statbor98.pdf>

Versicherung:

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst habe und nur die zugelassenen Hilfsmittel verwendet habe.

.....

(Carsten Eschrich)

Hamburg, den