

Entwurf

Die stationäre Therapie schwerer Persönlichkeits- störungen

Vorüberlegungen zu einem psychoanalytischen Behand-
lungskonzept

von Hans Ulrich Gresch

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zum Begriff schwerer Persönlichkeitsstörungen	5
Die Ziele der Therapie bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen	12
Fokaltherapie in einer therapeutischen Gemeinschaft	19
Marginalien zum therapeutischen Vorgehen	25
Behandlungsansätze	37
Probleme der Diagnostik	53
Literaturverzeichnis	56

Vorbemerkung

Die Zahl der Menschen, bei denen eine behandlungsbedürftige Erkrankung aus dem Formenkreis der sogenannten schweren Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wird, hat seit Ende des Zweiten Weltkriegs beständig zugenommen. Dies ist nicht nur eine Folge verstärkter Aufmerksamkeit der psychiatrischen Fachwelt für derartige psychische Störungen. Es handelt sich vielmehr auch um Auswirkungen der Lebensbedingungen in der spät- bzw. postindustriellen Welt.¹ Der Zerfall der Groß-, schließlich sogar der Kleinfamilie, die tendenzielle soziale Isolation, der forcierte Konkurrenzkampf, die (geheime) soziale Akzeptanz ausbeuterischen Verhaltens, die "Vermarktung" der Persönlichkeit, das wachsende Aggressionspotential im Alltagsleben fördern die Neigung zum Einsatz primitiver Abwehrmechanismen und verstärken ihren Gebrauch auch im lerntheoretischen Sinne. Überdies können sich die genannten Lebensbedingungen auch störend auf die familiären Interaktionsmuster und hier insbesondere auf die Mutter-Kind-Dyade auswirken und die Wahrscheinlichkeit schwerer Traumatisierungen erhöhen, die für früh gestörte Persönlichkeiten charakteristisch sind.

Dies bedeutet jedoch nicht, daß schwere Persönlichkeitsstörungen allein durch sozio-kulturelle Bedingungen erklärt werden könnten. Wenngleich dies noch nicht abschließend geklärt ist, so sprechen doch zahlreiche wissenschaftliche Befunde für organische Faktoren im Ursachenbündel dieser Erkrankungen.²

Die Behauptung, die Lebensbedingungen in unserer Zivilisation, also in den sogenannten Wohlstandsgesellschaften begünstigten die Entwicklung schwerer Persönlichkeitsstörungen, widerspricht nur scheinbar der Einschätzung dieser Störungen als "Hungerkrankheiten".³ Denn auch oder gerade in den "Wohlstandsgesellschaften" kann der menschliche Hunger nach Kontakt, liebender Zuwendung und Stimulation so nachhaltig frustriert werden, daß eine mitunter lebenslange Störung im Bereich des "aktiven, 'aggressiven' Verlangens nicht nur nach (oralen) Fütterung mit Nahrung, sondern auch nach warmer (taktile) Zuwendung"⁴ resultiert. Ein derart zentrale Störung im Bereich des Gebens und Nehmens, der Regulation von Nähe und Distanz beinhaltet ein ernstzunehmendes Gefährdungspotential. Hier denke ich nicht nur an die Neigung zu selbstschädigendem Verhalten, wie sie zum Beispiel für die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristisch ist, sondern auch an Tendenzen zur Fremdschädigung, die wir am ausgeprägtesten bei den Soziopathen, aber auch bei vielen anderen schweren Persönlichkeitsstörungen finden.

¹ Tousignant, M. & Viviane Kovess: Borderline Traits Among Community Alcoholics and Problem-Drinkers: Rural-Urban Differences, in: Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 34, Nov. 1989, p. 798

² Swirsky-Sacchetti, Th., Gregg Gorton, Steven Samuel, Richard Sobel, Ann Genetta-Wadley & Barbara Burleigh: Neuropsychological Function in Borderline Personality Disorder, in: Journal of Clinical Psychology, May 1993, Vol. 49, No. 3, p. 385-96

³ Battegay, Raymond: Die Hungerkrankheiten. Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen. Frankfurt a.M., 1987

⁴ Battegay, a.a.O., Seite 11

Diese fremdschädigende Tendenz kann mit potentieller Selbstschädigung kombiniert sein, wie zum Beispiel beim rücksichtslosen Autofahren. Sie kann sich aber auch als wahnhaft motivierte Aggression ausschließlich nach außen wenden.

Nach Erfahrungen des Psychoanalytikers Battegay sind narzistisch schwer gestörte Menschen unfähig, Objekte als gesondert von sich zu betrachten. "Die Betreffenden besitzen dementsprechend in ihrer Phantasie die Objekte nicht eigentlich, sondern sie gehen in ihrer Vorstellung mit ihnen eine Fusion ein, bei der die Objekte als solche zu existieren aufhören. Regt sich ein Objekt, so daß es als solches wahrgenommen wird, verweigert es die Fusion, so bestehen für diese narzistisch schwer gestörten Persönlichkeiten nur zwei Möglichkeiten: entweder das Objekt wird vernichtet, oder aber die Betreffenden fühlen sich durch das in Erscheinung getretene Objekt wahnhaft verfolgt."⁵

Es ist also nicht nur im Interesse der Betroffenen, sondern in vielen Fällen auch zum Schutz der Gesellschaft unbedingt erforderlich, angemessene Behandlungsmöglichkeiten für diesen Patientenkreis anzubieten. Hinsichtlich der Sozialschädlichkeit weisen die beiden Leitsyndrome schwerer Persönlichkeitsstörungen, nämlich die Borderline-Persönlichkeitsstörung einerseits und die antisoziale (psycho- bzw. soziopathische) Persönlichkeitsstörung andererseits bedeutsame Gemeinsamkeiten auf: Ausbeuterisches Verhalten, oberflächliche soziale Anpassung, geringe Schuldgefühle, manifeste und angedrohte Gewalt.⁶ Zudem sind für viele Menschen, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen leiden, eine nebelhafte, inhaltsarme Sprache sowie die damit verbundene Unfähigkeit, sich in die Gedankenwelt anderer Menschen hineinzusetzen, charakteristisch^{7,8}. Dies ist gleichermaßen Ausdruck und Nährboden antisozialen Verhaltens und gemeinschaftsfeindlicher Einstellungen.

⁵ R. Battegay: a.a.O., Seite 81 f.

⁶ Tousignant, M. & Viviane Kovess, a.a.O. p. 796-99

⁷ Jeanneau, M. & Bengt-Ake Armelius: Linguistic characteristics of neurotic, borderline and psychotic personality organization, in: Scandinavian Journal of Psychology, 1993, 34, p. 64-75

⁸ Fonagy, Peter: Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, in: International Journal of Psychoanalysis, 1991,72, p. 639-56

Zum Begriff schwerer Persönlichkeitsstörungen

Aus psychoanalytischer Sicht handelt es sich bei den schweren Persönlichkeitsstörungen um sog. frühe Störungen, deren Ursachen in der präödipalen Phase zu finden sind. Aus dieser Sicht liegt den schweren Persönlichkeitsstörungen eine pathologische Verzerrung der Mutter-Kind-Dyade zugrunde, wobei die entscheidenden Schädigungen bereits in der präverbalen Phase der frühkindlichen Entwicklung einsetzen. Das folgende Zitat ist ein charakteristisches Beispiel für diese Sichtweise:

"So entwickelt sich im Alter zwischen 18 und 36 Monaten im Kind ein Konflikt zwischen seinem eigenen Drang nach Individuation und Autonomie einerseits und der Furcht vor dem Entzug der emotionalen Unterstützung durch die Mutter, den diese Entwicklung zur Autonomie zur Folge hätte, andererseits. Um seine Ichstruktur zu entwickeln und um zu wachsen, braucht es ihre Billigung; wenn es sich jedoch entwickelt, wird ihm die Unterstützung entzogen. Dies sind die ersten Keime seiner Verlassenheitsgefühle..., die so weitreichende Konsequenzen haben."⁹

Diese traditionelle psychoanalytische Sicht ist durch eine größere Zahl neuerer Studien erheblich relativiert worden. Es zeigt sich, daß sehr viele Patienten, die unter sog. frühen Störungen leiden, in ihrer Kindheit und Jugend schwer körperlich mißhandelt und/oder sexuell mißbraucht wurden. Saunders und Arnold haben den Versuch unternommen, die Neigung schwer persönlichkeitsgestörter Menschen, primitive Abwehrmechanismen einzusetzen, als Konsequenz dieser traumatischen Gewalt-/Mißbrauchserfahrungen zu deuten, wobei es sich in der Regel um post-ödipale Traumatisierungen handelt.¹⁰ Die Rekonstruktionen von Saunders und Arnold sind psychologisch überzeugend, wurden allerdings noch nicht empirisch erhärtet.¹¹

⁹ Masterson, James F.: Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Stuttgart (Klett-Cotta), 1980, Seite 46

¹⁰ Saunders, Eleanor A. & Frances Arnold: A Critique of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline Psychopathology in Light of Findings about Childhood Abuse, in: Psychiatry, Vol. 56, May 1993, p. 188-203

¹¹ Es ist denkbar, daß die spezifische Dynamik schwerer Persönlichkeitsstörungen in manchen Fällen auf einer Restimulierung präödipaler Traumata und Interaktionsstörungen durch Gewalterfahrungen in der späten Kindheit und Jugend beruht. Hier wäre dann zu erwägen, ob bestimmte, relativ späte Formen präödipaler Störungen der Mutter-Kind-Interaktion das Kind zu einer verfrühten und verzerrten Entwicklung von Ich-Funktionen zwingen. Dies könnte die Konsequenz des mütterlichen Versagen sein, mit dem Kind altersgemäß und entsprechend seinen Entwicklungsbedürfnissen zu interagieren. Darauf könnte das Kind notgedrungen mit einer nicht altersgemäßen, verstärkten Aufmerksamkeit für Äußerungen mütterlicher Wünsche sowie mit der verfrühten Entwicklung manipulativer Fähigkeiten reagieren. Die auf der phänomenalen Ebene resultierende "Frühreife" und "Altklugheit" könnte dann das betroffene Kind zum Opfer körperlicher Mißhandlung oder/und sexuellen Mißbrauchs prädisponieren. Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen würden die Fehlentwicklung von Ich-Funktionen weiter verstärken.

Dies bleibt zunächst noch Spekulation, findet aber eine gewisse Bestätigung durch entsprechende Symptome. Hier denke ich zum Beispiel an eine Form des Schulversagens, die zugleich durch die Folgewirkungen von Mißbrauch/Mißhandlung sowie durch eine pathologisch akzellerierte Entwicklung von Ich-Funktionen, die sich im schulischen Zusammenhang störend auswirken, gekennzeichnet ist.

Eine Differenzierung des Globalbegriffs der schweren Persönlichkeitsstörungen ist überaus schwierig und bisher noch nicht überzeugend gelungen. Eine Abgrenzung verschiedener Störungsformen dieser Obergruppe erscheint oftmals willkürlich; Überschneidungen auf der Symptom-Ebene sind häufig, desgleichen finden sich auch im Bereich der Ursachen keine eindeutigen Zuordnungs-Kriterien. Die diagnostischen Schwierigkeiten demonstriert Modestin anhand der Borderline-Störungen. Er differenziert acht verschiedene Verwendungsformen des Borderline-Begriffs:

- Borderline als Schizophrenie-Form (latente Schizophrenie)
- Borderline als besonderer Typ der Persönlichkeitsstörung
- Borderline als Oberbegriff für schwere Persönlichkeitsstörungen schlechthin
- Borderline als eine affektive Störung
- Borderline als Markenzeichen der Unanalysierbarkeit
- Borderline als Syndrombezeichnung
- Borderline als Verlegenheitsdiagnose
- Pseudo-Borderline-Syndrom (atypische larvierte Depression)¹²

Es ist hier nicht der Ort, die verschiedenen Verwendungsformen des Borderline-Begriffs im einzelnen zu analysieren. Vielmehr will ich mich auf eine dieser Verwendungsformen konzentrieren, die tendenziell von Kernberg¹³ favorisiert wird, nämlich Borderline als Oberbegriff für schwere Persönlichkeitsstörungen schlechthin.

Wenngleich es wahrscheinlich psychologisch nicht zwingend ist, alle schweren Persönlichkeitsstörungen unter dem "Label" "Borderline" zu subsummieren, so darf diese Erkrankung doch als Leitsyndrom begriffen werden, dem - vielleicht - die Soziopathie als zweites Leitsyndrom beigegeben werden kann. Aufgrund der zahlreichen Überschneidungen beleuchten die Spezifika dieser Leitsyndrome das Wesen schwerer Persönlichkeitsstörungen schlechthin. Dabei handelt es sich bei den Etiketten "Soziopathie" und "Borderline" vielfach nur um Akzentuierungen, wie folgende Charakterisierung des "Dissozialen" zeigt:

"Dissoziale haben kaum Ich-schützende Schranken gegen übermäßige Reize von außen und von innen. Sie sind der Macht der eigenen Impulse und Ängste ebenso ausgesetzt wie den einströmenden Außenreizen, so daß realitätsangemessenes Verhalten und die Wahrnehmung der Realität partiell gestört wird. So werden sie von aggressiven und sexuellen Triebimpulsen überschwemmt ebenso wie von narzistischen, illusionären Tagträumen, die sie von der Realität entfernen. Dieser strukturelle Defekt führt zu Störungen der Realitätsprüfung als auch zu Störungen im Realitätsgefühl und im Denken."¹⁴ Diese Beschreibung beleuchtet gleichfalls eine Facette der Borderline-Persönlichkeit.

¹² Modestin, J.: Nosologische Konzepte von Borderline-Störungen, in: Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS), 80, Nr. 8, 1991, p. 169-172

¹³ Kernberg, Otto F.: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart (Clett-Cotta) 1988, vgl. hierzu auch Modestin, a.a.O., Seite 170 f.

¹⁴ Janssen, P.L.: Dissozialität als Symptom bei Patienten mit Borderlinestruktur, in: Payk, Th.R. (Hrsg.): Dissozialität. Psychiatrische und forensische Aspekte. Stuttgart (Schattauer), 1992

Nach Kernberg¹⁵ läßt sich die Borderline-Organisation wie folgt differenzieren:

- Auf der Ebene der Identitätsintegration herrscht Diffusion vor.
"Widersprüchliche Aspekte vom Selbst und von den anderen sind schwach integriert und werden getrennt gehalten."
- Zu den bevorzugten Abwehrmechanismen zählen vor allem die primitive Idealisierung, die projektive Identifizierung, die Leugnung, die Omnipotenz und die Entwertung.
- Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist zwar erhalten; es treten jedoch Verzerrungen der Realitätswahrnehmung und des Realitätsgefühls auf.

Zu den Krankheiten, denen eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu- grundeliegt, zählt Kernberg die paranoiden, schizoiden, hypomanischen, zylothymen, impulsiven, infantilen, narzißtischen, antisozialen und sog. Als-Ob-Persönlichkeitsstörungen.¹⁶

Eine Störung der Selbst- und Objektepräsentanzen ist also ein vorherrschendes Merkmal der meisten schweren Persönlichkeitsstörungen. Bei den betroffenen Individuen verhält es sich oft so, daß sie "eine totale Einordnung der ihnen Begegnenden oder der mit ihnen Arbeitenden in ihre Vorstellungswelt erwarten."¹⁷ Sie tendieren dazu, "Objekte so sehen zu wollen, wie sie sie aus inneren Gründen benötigen. Dabei helfen ihnen ihre Größenvorstellungen, das Objekt in dieser Weise als ein Attribut von ihnen zu betrachten. Die Mitmenschen sollen nur die Gefühle der narzißtisch Gestörten widerspiegeln, nicht aber ihre eigenen bekanntgeben."¹⁸

Das vielfach in einer gestörten Mutter-Kind-Dyade wurzelnde unbewußte Gefühl der Minderwertigkeit zwingt die Betroffenen in eine Fusion mit Objekten, die eigene Mängel beheben sollen. Die mit der unbewußten Minderwertigkeit dialektisch verbundene Grandiosität erlaubt nun die Verwandlung des Objekts in ein Attribut der eigenen Persönlichkeit. Diese Menschen "schmücken sich" habituell "mit fremden Federn", ohne daß ihnen dies bewußt werden muß. Wehrt sich aber ein Objekt gegen eine derartige Funktionalisierung, ist mit unkontrollierten Aggressionsausbrüchen bei dem schwer persönlichkeitsgestörten Menschen zu rechnen.

Körperliche Angriffe gegen das frustrierende Objekt sind keine Seltenheit; der Geschädigte wird dann zumeist sogar im Sinne einer projektiven Identifizierung für die Schlägerei verantwortlich gemacht. Dies ist im Grunde derselbe Mechanismus, mit dem sexuelle Mißbraucher ihre Taten psychisch verarbeiten.¹⁹ Eine weitere

¹⁵ Kernberg, a.a.O., Seite 38

¹⁶ vgl. Modestin, a.a.O., Seite 170

¹⁷ Battegay, a.a.O., Seite 79

¹⁸ Battegay, a.a.O., Seite 80

¹⁹ Tragischerweise wird in einer patriarchalischen Kultur den Tätern (meist Männer) eher geglaubt als den Opfern. Dies ist ein altes Motiv: "Lot und seine Töchter fliehen ins Gebirge und finden Unterkunft in einer Höhle. Dort beschließen die beiden Töchter, was für heutige Ohren ungeheuerlich klingt: Da kein Mann mehr da sei, wollten sie bei ihrem Vater liegen, um Kinder zu bekommen. Sie machten ihn betrunken, damit er davon nichts merke (1. Mose 19,31 ff.) Josephine Rijnaarts

Verwandtschaft besteht darin, daß in beiden Fällen die Täter versuchen, ihre Opfer durch Drohungen und unter Ausnutzung von Abhängigkeiten zum Schweigen zu verpflichten.

Soziopathen neigen bei schweren narzißtischen Kränkungen (Fusionsverweigerung) zur "Bandenbildung", zu einer regelrechten "Rudelhatz". Der Soziopath kreist mit seinen "Spießgesellen" symbolisch oder tatsächlich sein Opfer ein, isoliert es von potentiellen Unterstützern, um es dann, in einer Situation äußerster Schwäche, symbolisch oder tatsächlich zu vernichten. Dies ist ein Augenblick des narzißtischen Triumphes, nach dem viele schwer persönlichkeitsgestörte Menschen gleichsam süchtig sind.

Nicht selten ist also psychogene Kriminalität die unausweichliche Folge einer schweren Persönlichkeitsstörung. Besonders gefährdet ist das sich verweigernde Opfer einer narzißtischen Fusion, wenn der narzißtisch Gestörte, aus welchen Gründen auch immer, von seinem Opfer abhängig ist.²⁰ Sind die Hemmschwellen gegenüber einer physischen Vernichtung zu groß und schlägt der Versuch einer symbolischen Vernichtung (zum Beispiel durch Rufmord, bei Vorgesetzten Entlassung eines Mitarbeiters o.ä.) fehl, dann zwingt die der narzistischen Störung eigentümliche Psychodynamik den Betroffenen dazu, einen Verfolgungswahn zu entwickeln. Das Objekt der narzißtischen Fusion wird nun als Verfolger erlebt, der den narzißtisch Gestörten physisch oder symbolisch vernichten will. Das frustrierende Objekt wird menschlich entwertet und dämonisiert.

In günstigeren Fällen werden minderschwere Normübertretungen (Diebstähle in Warenhäusern, Hotels, Übervorteilung von Mitmenschen, illegale oder moralisch verwerfliche Geschäfte usw.) zum Sport, um sich unbewußt und sozusagen kollektiv für die fortwährenden narzißtischen Kränkungen zu rächen.

Viele Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen neigen zum Mißbrauch von Alkohol und anderen Drogen. Für Kernberg bilden die Suchten sogar eine

bezweifelt in ihrem Buch 'Lots Töchter' die Wahrheit dieser Szene und hält sie für eine bewußte Umkehrung des sexuellen Mißbrauchs der Töchter durch ihren Vater. Es handele sich um eine typische Situation: die Mutter tot, der Vater mit den Töchtern allein. Darum sei eher zu vermuten, daß Lot ihnen Wein zu trinken gab, um sie willfährig zu machen, statt daß es sich so abgespielt haben könne, wie die Bibel schildert." (Wöller, Hildegunde: Vom Vater verwundet. Töchter der Bibel. Stuttgart (Kreuz-Verlag) 1991, Seite 23) Ohne religiöse Gefühle verletzen zu wollen, erlaube ich mir anzumerken, daß die Darstellung der Bibel psychologisch äußerst unglaubwürdig ist, auch, bzw. vor allem, wenn man historischen Unterschiede zur heutigen Zeit berücksichtigt. Dennoch existiert eine große Bereitschaft, diese biblische Geschichte unreflektiert zu akzeptieren. Schwer gestörte Persönlichkeiten mit soziopathischen Zügen oder echte Soziopathen haben ein feines Gespür für die in ihrer Kultur verankerte Bereitschaft, ihre Taten in einer bestimmten "Verpackung" zu tolerieren oder für sie wenigstens mildernde Umstände gelten zu lassen. So wird sich z. B. mancher Vergewaltiger mit dem Argument herauszureden versuchen, sein Opfer sei ein "leichtes Mädchen" und habe ihn herausgefordert. Immer noch lassen sich manche Richter von derartigen Schuldprojektionen beeindrucken. Es versteht sich von selbst, daß sich auch Therapeuten sehr kritisch-selbstkritisch mit vergleichbaren Äußerungen auseinandersetzen müssen.

²⁰ Mende, W.: Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen, in: Nervenarzt, 38, 546, 1967

Untergruppe der schweren Persönlichkeitsstörungen.²¹ Ob sich diese Zuordnung empirisch reproduzieren läßt, hängt neben den Daten natürlich auch vom Begriff der schweren Persönlichkeitsstörungen und von der Definition des Alkoholismus ab. Nace und Mitarbeiter untersuchten eine Stichprobe von stationär behandelten Alkoholikern mit dem Diagnostic Interview for Borderlines (DIB).²² 39,3 % der Patienten wiesen Borderline-Züge auf; 12,8 % litten im strengen Sinne an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Borderline-Alkoholiker unterschieden sich von den anderen alkoholkranken Patienten vor allem dadurch, daß ihr Alkohol-Verlangen (craving) in angenehmen Situationen am größten war, wohingegen die Nicht-Borderliner in Stresssituationen das stärkste Alkohol-Verlangen entwickelten. Nash und Mitarbeiter schlagen die folgende Erklärung für dieses Phänomen vor: Borderline-Alkoholiker entwickeln ein verstärktes Alkohol-Verlangen in positiven Situationen, weil diese primitive grandiose Erwartungen sowie übersteigerte Forderungen stimulieren und das Bedürfnis wecken, mehr haben zu wollen, als die Realität bieten kann.

Tousignant & Kovess²³ untersuchten die Häufigkeit von Borderline-Störungen unter Alkoholikern in einer städtischen und einer ländlichen Region. Ihre Stichprobe bestand aus Personen, die in ihrer Gemeinde als Alkoholiker in Zuge eines Gesundheits-Zensus (health survey) identifiziert worden waren. Etwa ein Drittel der Alkoholkranken wies Borderline-Züge auf. Eine hohe Prävalenz von Borderline-Zügen fand sich jedoch nur in der städtischen Region. Dies bestätigt die bereits diskutierte Vermutung, daß schwere Persönlichkeitsstörungen auch ein Produkt der Urbanisierung westlicher Gesellschaften seien.

Obwohl Patienten mit der Doppeldiagnose "schwere Persönlichkeitsstörung" und "Alkoholismus" in vielen Fällen durchaus therapiefähig sind, sofern die Besonderheiten beider Erkrankungen berücksichtigt werden²⁴, ist vor allem bei Patienten, die unter böartigem Narzißmus leiden, besondere Vorsicht angebracht.²⁵ Kernberg spricht von böartigem Narzißmus, wenn das narzißtische Größenselbst von Aggressionen durchdrungen ist. Bei diesen Kranken nimmt das Selbstwertgefühl zu und die Grandiosität wird bestätigt, wenn sie sich selbst oder anderen gegenüber Aggression zum Ausdruck bringen können. Patienten dieses Typs, bei denen allgemeine Impulsivität, Unaufrichtigkeit, chronische Neigungen zur Selbstbeschädigung bzw. -gefährdung sowie Alkohol- und/oder Drogengebrauch gleichzeitig bestehen, haben eine besonders ungünstige Prognose. Die Befunde von Poldrugo und Forti legen den Schluß nahe, daß antisoziale Persönlichkeiten (Soziopathen) kaum von einer Langzeit-Gruppentherapie zu

²¹ Kernberg, Otto F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt (Suhrkamp), 1978

²² Nace, Edgar P., James J. Saxon & Neal Shore: A Comparison of Borderline and Nonborderline Alcoholic Patients, in: Archives of General Psychiatry, Vol 40, Jan. 1983, p. 54-56; Kolb JE & Gunderson JG: Diagnosing borderline patients with a semistructured interview, in Archives of General Psychiatry, 1980,37, p. 37-41

²³ a.a.O.

²⁴ Hellman, Jesse M.: Alcohol Abuse and the Borderline Patient, in: Psychiatry, Vol. 44, Nov. 1981, p. 307-317

²⁵ Kernberg, Otto F., a.a.O., Seite 371

profitieren vermögen.²⁶ Für soziopathische Alkoholiker sind ein früher Beginn des Mißbrauchs sowie erhebliche Probleme in Arbeit, Familie und mit der Justiz charakteristisch.²⁷ Für Borderline-Alkoholiker sind kurzfristige Phasen erheblichen Alkoholmißbrauchs kennzeichnend, die von unregelmäßigen Abstinenzphasen unterbrochen werden. Dieses Konsummuster ähnelt den intensiven, aber instabilen interpersonalen Beziehungen dieser Patientengruppe.²⁸

Wenngleich die Realitätsprüfung bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen weitgehend intakt ist, sind dennoch teilweise erhebliche Denkstörungen für diesen Personenkreis charakteristisch. Zanarini und Mitarbeiter²⁹ untersuchten kognitive Merkmale bei einer Stichprobe von Borderline-Patienten. 100 % der Patienten berichteten paranoide Erfahrungen (unangemessene Verdächtigungen, Beziehungsideen und andere wahnhaftige Vorstellungen), 68 % neigten zu verschrobenem Denken wie übersteigertem Aberglauben und 62 % hatten ungewöhnliche Wahrnehmungen (wiederkehrende Illusionen, Depersonalisation, Derealisation). Kurzfristige psychotische Episoden mindestens einmal im Leben wurden bei 14 % der Borderline-Patienten festgestellt.

Obwohl echte multiple Persönlichkeiten sehr selten sind, finden sich entsprechende Tendenzen bei vielen Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei den Borderliner-Persönlichkeiten.

Nach Deutsch³⁰ ist es diesen Patienten nicht gelungen, frühe, infantile Identifizierungen zu einer einheitlichen Persönlichkeit zu integrieren.

Bei echten multiplen Persönlichkeiten entwickeln sich voneinander unabhängige Selbstsysteme, die denselben Körper teilen. Es kann immer nur ein Selbst aktiv sein. Das aktive Selbst ist zumeist amnestisch gegenüber den anderen Selbstsystemen.

Bei weniger schwer gestörten Patienten ist das Bewußtsein der Multiplizität vorhanden, dennoch gelingt es den Patienten nicht, die verschiedenen Persönlichkeiten zu einem einheitlichen Selbst zu integrieren. Vielfach ist die Multiplizität sogar libidinös besetzt und bestätigt die eigene Grandiosität. Fast beschreibt Patienten, die zum Beispiel eine Vielzahl von Berufsidentitäten herausgebildet hatten. Ein Patient sah sich, jeweils für eine mehr oder weniger kurze Periode seines Lebens, als Psychoanalytiker, Musiker und mathematischer Zauberer.³¹

Begabten Menschen mit derartigen Störungen gelingt es mitunter, eine größere Zahl unterschiedlicher Professionen de facto zu erlernen und in ihnen erfolgreich zu sein. Bei Soziopathen allerdings mit einer Neigung zur Multiplizität überwiegen Hochstapelei und Scharlatanerie. Sie haben keine Skrupel, mit falschen oder zweifelhaften

²⁶ Poldrugo, Flavio & Bruno Forti: Personality disorders and alcoholism treatment outcome, in: Drug and Alcohol Dependence, 21, 1988, 171-176

²⁷ ebenda

²⁸ ebenda

²⁹ Zanarini, Mary C., John G. Gunderson & Frances R. Frankenburg: Cognitive Features of Borderline Personality Disorder, in: American Journal of Psychiatry, Januar 1990, p. 57-62

³⁰ Deutsch, H.: Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia, in: Psychoanalytical Quarterly, 1942, 11, 301-321

³¹ Fast, Irene: Multiple identities in borderline personality organization, in: British Journal of Medical Psychology, 1974,47,291-300

Zertifikaten und Titeln zu operieren, wozu sie aufgrund ihrer Tendenz zum Schulversagen auch häufig gezwungen sind. Schulversagen wird als narzißtische Kränkung erlebt und durch Grandiosität kompensiert.

Während jedoch Walter Mitty in der berühmten short story von James Thurber nur in seinen Träumen Kriegsheld, berühmter Chirurg und siegreicher Strafverteidiger zugleich ist, agiert der Soziopath seine Dynamik in der Realität. Deutsch³² beschreibt diese Menschen als "Als-Ob-Persönlichkeiten", die sich als Fachleute unterschiedlichster Disziplinen ausgeben, obwohl ihre "Fachkenntnisse" über Allerwelts-Phrasen nicht hinausreichen. Die Neigung zu geistigem Diebstahl ist bei diesen Kranken in der Regel habituell. Echte, eigenständige Leistungen sind ihnen zumeist fremd; sie spielen Arbeit nur, um einen Ausdruck des Poeten Thomas Bernhard zu gebrauchen.

Die vorangestellte Differenzierung des Begriffs der schweren Persönlichkeitsstörung kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben; zudem reflektiert sie eine spezifische, nämlich tiefenpsychologisch orientierte Sichtweise. Die Funktion dieser Differenzierung besteht darin, eine Informationsbasis zur Ableitung von Therapiezielen und Mitteln zur Zielerreichung zu schaffen.

³² a.a.O.

Die Ziele der Therapie bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen

Hinter dem Begriff der schweren Persönlichkeitsstörung verbirgt sich eine Fülle zum Teil recht unterschiedlicher Krankheitsbilder. Damit muß notwendig eine große Zahl spezifischer Therapieziele verbunden sein. Überdies ergeben sich die Therapieziele nicht nur aus dem Störungsbild bzw. der Rekonstruktion des Störungsbildes im Sinne einer bestimmten psychotherapeutischen Schule, sondern auch aus den Besonderheiten der erkrankten Persönlichkeit. Daraus folgt, daß eine Konkretisierung der Therapieziele immer nur im Einzelfall möglich ist und keineswegs auf der konzeptionellen Ebene festgeschrieben werden kann. Dies bedeutet jedoch nicht, daß auf der konzeptionellen Ebene keine Aussagen über Therapieziele möglich wären. Diese Aussagen beziehen sich dann jedoch auf Schemata oder Grundmuster von Zielen, die zwar allen oder einer großen Zahl von Behandlungen zugrunde liegen, aber niemals in abstrakter Form realisiert werden, sondern immer nur in einer individuellen Konkretisierung. Die Ziel-Schemata sind also im Grunde nicht mehr und nicht weniger als der operationale Teil der Behandlungstheorie und als solche ein Moment der dialektischen Beziehung von Theorie und Praxis.

Es versteht sich von selbst, daß die Praxis in einer wissenschaftlich begründeten Psychotherapie theoriegeleitet sein, ebenso wie die Theorie immer wieder via Empirie durch die Praxis korrigiert werden muß. Einen Angelpunkt in diesem Wechselspiel von Theorie und Praxis spielen die Ziel- sowie die später zu thematisierenden Mittel-Schemata.

Wie anschließend bei der Diskussion vom Mittel-Schemata noch genauer erläutert werden soll, schlagen wir für schwer persönlichkeitsgestörte Patienten eine Fokalbehandlung³³ vor, wobei die folgenden Therapie-Ziele auch als thematischer Rahmen der individuell zu spezifizierenden Foki interpretiert werden können.

Primitive Abwehrmechanismen

Für die überwiegende Mehrheit der Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen dürfte der übermäßige, wenn nicht exzessive Einsatz primitiver Abwehrmechanismen charakteristisch sein.

Während Neurotiker Triebderivate aus dem bewußten Ich zurückweisen, schützen schwer persönlichkeitsgestörte Menschen das Ich vor Konflikten, indem sie "widersprüchliche Erfahrungen des Selbst und bedeutsamer anderer getrennt voneinander halten." Auf diese Weise versuchen sie, die mit ihren Konflikten verbundene Angst zu beherrschen. Dies führt allerdings zu einer Schwächung der Ichfunktion.³⁴

Kernberg³⁵ akzentuiert in seiner Analyse der Borderline-Persönlichkeit die folgenden primitiven Abwehrmechanismen:

³³ vgl. z.B. Streeck, Ulrich: Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung, in: Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 37,3-13, 1991

³⁴ Kernberg, Otto F.: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien. Stuttgart (Klett-Cotta), 1988, Seite 32

³⁵ebenda, Seite 33 ff.

- Trennung äußerer Objekte in nur gute und nur böse;
- abruptes Verschieben eines Objekts von der einen in die andere Kategorie;
- extremes Schwanken zwischen widersprüchlichen Selbstkonzepten;
- primitive Idealisierung (unrealistische, nur gute und mächtige Objektbilder);
- projektive Identifizierung (Projektion ohne Verdrängung und mit Kontroll-Intention);
- Leugnung (der eigenen Widersprüchlichkeit);
- Omnipotenz und Entwertung (aufgeblasenes Größenselbst in Verbindung mit abschätziger Bewertung von anderen).

Aus eigener Erfahrung möchte ich hier noch einen weiteren Abwehrmechanismus hinzufügen, nämlich

- das Wüten gegen die Umwelt.

Dabei handelt es sich nach Rauchfleisch im Grunde um einen verzweifelten Kampf gegen sadistische Seiten des eigenen Überichs, "die projektiv in der Außenwelt wahrgenommen und dort agiert werden."³⁶

Begreift man mit Fingarette³⁷ Abwehrmechanismen als unbewußt ablaufende Prozesse der Selbsttäuschung, so können die genannten Abwehrmechanismen als "primitiv" gelten, weil sie nicht ein bereits entwickeltes, "rundes" Selbst vor inakzeptablem psychischen Material schützen sollen, sondern weil sie nur als Ausdruck und zugleich als Verstärker einer fundamentalen Identitätsdiffusion gedeutet werden können. Sie kennzeichnen ein niedriges Niveau der Persönlichkeitsorganisation.

Die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen muß das Ziel verfolgen, den Patienten die Verwendung primitiver Abwehrmechanismen bewußt zu machen und die Wahrscheinlichkeit ihres Einsatzes zu vermindern.

Identitätsdiffusion

Wenn wir mit Thomä und Kächele³⁸ das triebhafte Suchen nach sexuell-ödipalen und prägenitalen Befriedigungen als wesentlichen Bestandteil im Aufbau des Selbstgefühls deuten, so liegt es auf der Hand, daß früh gestörte Menschen dysfunktionale Formen der Selbstwertregulation entwickeln und so der Basis beraubt werden, auf der eine erwachsene, reife Identität entstehen kann.

"Klinisch gesehen manifestiert sich die Identitätsdiffusion in geringer Integration des Selbstkonzepts und des Konzepts von bedeutsamen anderen Menschen. Sie reflektiert sich in der subjektiven Erfahrung chronischer Leere, in widersprüchlichen Selbstwahrnehmungen, in widersprüchlichem Verhalten, das nicht in emotional bedeutungsvoller Weise integriert werden kann, und in oberflächlichen, flachen, beschränkten Wahrnehmungen von anderen."³⁹

³⁶ Rauchfleisch, Udo: Zur Entwicklung und Struktur des Überich bei dissozialen Persönlichkeiten, in: Battegay, Raymond (Hrsg.): Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie. Bern (Huber) 1981, Seite 223

³⁷ Fingarette, H.: Self-deception, London (Routledge & Kegan), 1977

³⁸ Thomä, Helmut & Horst Kächele: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. I. Berlin (Springer-Verlag) 1985

³⁹ Kernberg, a.a.O., Seite 27 f.

Besonders in Streßsituationen kann sich die Identitätsdiffusion zu mehr oder weniger schweren Formen der "Multiplizität" aufschaukeln.

Die Identitätsdiffusion scheint einerseits als Abwehr gegen Angst und Schuld zu fungieren, ist andererseits aber auch mit der Gefahr von Auflösung und Tod verbunden. Bestimmte Abwehrformen könnten also durchaus eine kompensierende Funktion besitzen, die das diffuse Selbst vor der Vernichtung schützen und das Überleben sichern sollen. Hierzu zählt Edwards die magische Allmacht, die Idealisierung, die Manipulation und zwanghafte Kontrolle.⁴⁰

Gerade die zwanghafte Kontrolle wirft ein bezeichnendes Licht auf die innere Dynamik mancher Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Eigene Konflikte, Defizite und Schwächen werden abgespalten und externalisiert, das heißt im Sinne einer projektiven Identifizierung auf Objekte in der Außenwelt verteilt. Da diese Persönlichkeiten aber zur Verdrängung weitgehend unfähig sind, bleiben sie sich der projizierten Konflikte, Defizite und Schwächen durchaus bewußt. Weil sie aber im diffusen Selbst nicht beherrscht werden können, müssen sie in der klarer strukturierten Außenwelt kontrolliert werden.

Die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen muß den Patienten helfen, ihre Selbst-Konzept-Fragmente und ihre brüchigen Konzepte anderer Menschen zu klären, anzureichern, von Widersprüchen zu reinigen und zu integrieren.

Fusion

Die Neigung zu Fusionsbeziehungen ist insbesondere für die große Gruppe der narzißtischen schweren Persönlichkeitsstörungen kennzeichnend. Bei diesen Fusionen handelt es sich immer und ausschließlich um Zweierbeziehungen. Es gibt keine dritte Person. In dieser Beziehung zählt jedoch nur eine Person. "...einzig seine Wünsche und Bedürfnisse sind wichtig und müssen berücksichtigt werden; der andere Partner, der zwar als sehr mächtig empfunden wird, spielt nur insofern eine Rolle, als er willens ist, die Bedürfnisse und das Begehren des ersten Partners zu erfüllen, oder als er ihnen, im Gegenteil, die Befriedigung absichtlich versagt; seine sonstigen persönlichen Interessen, Bedürfnisse, Wünsche usw. existieren einfach nicht."⁴¹

Balint bemerkt, daß die Erwachsenensprache "oft unbrauchbar und irreführend ist, wenn sie die Vorgänge auf dieser Ebene beschreiben will, da die Worte nicht mehr ihre konventionelle Bedeutung haben."⁴² Nach meinen Beobachtungen kommuniziert der narzißtisch Gestörte mit seinem Opfer bevorzugt in einer primärprozeßhaften Privatsprache⁴³, ohne sich darum zu kümmern, ob sein Objekt ihn überhaupt verstehen kann. Da nämlich das Objekt der Fusion für den narzißtisch Gestörten

⁴⁰ Edwards, Alan: Borderline states - Disorders of the self, in: Journal of Analytical Psychology, 1993,38,87-100

⁴¹ Balint, Michael: Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1973

⁴² ebenda, Seite 26

⁴³ vgl. hierzu auch Hoffmann, S.O. & G. Hochapfel: Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart (Schattauer), 1991, Seite 140

seine selbständige Existenz verloren hat, büßt auch die Kommunikation mit ihm den Charakter der Zweiseitigkeit ein und wird zu einem inneren Monolog.⁴⁴ Jeder hinzutretende Dritte wird vom narzißtisch gestörten als unerträgliches Spannungsmoment erfahren⁴⁵; daher neigt er dazu, das Objekt der Fusion von anderen fernzuhalten, es regelrecht zu verstecken.

Wie bereits erwähnt, bleiben dem narzißtisch Gestörten nur zwei Reaktionsmöglichkeiten, wenn sich sein Objekt aus der Fusion zu lösen versucht, nämlich dessen Vernichtung oder das Gefühl, von ihm wahnhaft verfolgt zu werden. Dabei ist der Verfolgungswahn natürlich als Projektion des Vernichtungswunsches zu deuten. Doch dies ist noch nicht die ganze Wahrheit. Da der schwer narzißtisch Gestörte zur Verdrängung nicht in der Lage ist, bleibt ihm der eigene Vernichtungswunsch bewußt. Es handelt sich bei der Projektion also genauer um die primitive Abwehrform der projektiven Identifizierung. Und so ist das ganze Verhalten des narzißtisch Gestörten darauf gerichtet, den sich aus der Fusion lösenden Partner zu provozieren, Verfolgungs- bzw. Vernichtungsphantasien gegen den narzißtisch Gestörten zu entwickeln. Dann nämlich erscheinen die eigenen Vernichtungswünsche gerechtfertigt.

Der Begriff der Fusion erhellt auch den Bewertungsmaßstab, die der narzißtisch Gestörte an die Objekte seiner Umwelt anlegt. Er ist bemerkenswert schlicht: Gute Objekte sind jene, die sich in eine Fusion zwingen lassen; als böse aber werden jene Objekte erlebt, die eine Fusion verweigern oder bei denen umgekehrt die Fusion so weit geht, daß der narzißtisch Gestörte vom Ich-Verlust bedroht ist.⁴⁶

Es zeigt sich also, daß primitive Abwehrmechanismen, Identitätsdiffusion und Fusionsneigung eng zusammenhängen. Es ist erstaunlich, daß Menschen, die sich

⁴⁴ Hiermit wird keineswegs behauptet, daß ein Hervortreten des Primärprozesses (Primärvorgangs) immer pathologisch sei: "Die psychoanalytische Literatur, die sich mit schöpferischem Denken, wissenschaftlichen Entdeckungen und künstlerischen Erfahrungen beschäftigt, ist voll von Beispielen, daß neue Erkenntnisse und echte Fortschritte auf eine seelische Aktivität zurückgingen, die durch einen hohen Beweglichkeitsgrad der Besetzungsenergie seelischer Repräsentanzen gekennzeichnet war. Spielerische Tätigkeit, die Freude an Kunst und psychoanalytische Therapie sind weitere Beispiele für Aktivitäten, bei denen der Primärvorgang für eine angepaßte Aktivität kennzeichnend sein kann." (Arlow, Jacob A. & Charles Brenner: Grundbegriffe der Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1976, Seite 80).

Eindeutig pathologisch ist aber eine vom Primärprozeß dominierte "Kommunikation", wenn diese der Etablierung und Aufrechterhaltung einer ausbeuterisch-narzißtischen Fusion dient. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Fusion dem narzißtisch Gestörten das Gefühl einer kreativen Grandiosität, eines göttlichen Schöpfertums verleiht, wie dies vor allem in ausbeuterischen Arbeitsbeziehungen mitunter der Fall sein kann. In diesen Fällen wird der narzißtisch Gestörte die kreative Leistung des Opfers der Fusion als die eigene erleben, da für ihn das Objekt der Fusion ja seine selbständige Existenz verloren hat. Dennoch ist hier nicht der Primärprozeß des narzißtisch Gestörten das befruchtende, schöpferische Element, sondern vielmehr ein Hemmschuh der Kreativität des Opfers.

⁴⁵ Balint, a.a.O.

⁴⁶ vgl. Bategay, Raymond: Die Hungerkrankheiten. Frankfurt am Main (Fischer) 1989

auf diesem Funktionsniveau bewegen, mitunter durchaus arbeitsfähig, ja sogar beruflich sehr erfolgreich sind. Diesen Menschen ist es gelungen, sich "ökologische Nischen" zu schaffen, die ein Agieren auf diesem Funktionsniveau erlauben, vielleicht sogar verstärken. Diese Nischen werden vom narzißtisch Gestörten als Teil des eigenen Selbst erlebt. Und so sind die sozialen Strukturen dieser "ökologischen Nischen" auch als Resultat oder Externalisierung der Psychopathologie einer dominierenden, narzißtisch gestörten Persönlichkeit zu begreifen.

Die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen muß den Patienten helfen, ihre Neigung zur Fusion zu überwinden. Damit kann unter Umständen die Notwendigkeit verbunden sein, die "ökologische Nische" so umzustrukturieren, daß sie die Fusionsneigung nicht mehr verstärken kann.

Realitätsprüfung

Die zentrale Funktion der Realitätswahrnehmung, nämlich die Fähigkeit, zwischen Innenwelt und Außenwelt, zwischen Wirklichkeit und Phantasie zu unterscheiden⁴⁷, ist bei den schwer persönlichkeitsgestörten Menschen weitgehend erhalten; es kommt also in der Regel nicht zum Zusammenbruch der durch kulturelle Imperative geregelten, konventionellen Wirklichkeitsinterpretation wie bei den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, wengleich zum Beispiel bei manchen Borderline-Kranken sog. minipsychotische Episoden beobachtet werden.

Die Tatsache einer weitgehend intakten Realitätsprüfung bedeutet jedoch nicht, daß schwer persönlichkeitsgestörte Menschen keine gravierenderen Verzerrungen der Realitätswahrnehmung aufwiesen wie die sog. Normal-Population. Ihre Realitätswahrnehmung kann selbstverständlich nur so angemessen sein, wie dies die primitiven Abwehrmechanismen, die Identitätsdiffusion und die Fusionsneigung zulassen. Dies wird natürlich bei den Abwehrmechanismen besonders deutlich, denn diese sind ja ein integraler und wesentlicher Bestandteil der Wahrnehmungs-Schematismen.

Wie Erikson⁴⁸ gezeigt hat, entwickelt sich im Jugendalter bei psychisch relativ gesunden Jugendlichen eine stabile Ich-Identität, indem der Heranwachsende seine diffusen Ich-Bilder auf andere Menschen projiziert und sie in dieser Spiegelung allmählich klarer sieht. Dies bedeutet, daß sich Selbstbild und Wirklichkeitsinterpretation in einem dialektischen Wechselspiel herausbilden und daß einer diffusen Identität ein diffuses Weltbild entspricht.

Das "Entweder-Oder-Schema" der primitiven Spaltung verhindert die Wahrnehmung von Zwischentönen und behindert somit die Wahrnehmung einer Welt, für die graduelle Abstufungen sowie Konfigurationen des "Sowohl-als-auch" kennzeichnend sind.

Die Neigung, mit Fusionsobjekten in einer privatsprachlich primärprozeßhaften Weise zu kommunizieren, etabliert einen magischen Denkstil, der die Außenwelt durch Beschwörungen und Zauberformeln unter Kontrolle zwingen will.

⁴⁷ Hoffmann, S.O. & G. Hochapfel: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. Stuttgart (Schattauer) 1991

⁴⁸ Erikson, Erik H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart (Klett-Cotta) 1991 - Originalausgabe 1950

Auffällig ist auch eine unter Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen weit verbreitete Unfähigkeit, zwischen Worten und Taten zu unterscheiden: Gesagt = getan.

Die Tendenz zur Entwertung und zum Wüten gegen die Umwelt einerseits sowie zur primitiven Idealisierung andererseits entsprechen der Unfähigkeit, die Stärken und Schwächen der Mitmenschen realistisch einzuschätzen. Gegner werden unterschätzt, solange sie sich schwach zeigen, und überschätzt, sobald sie Stärke unter Beweis stellen.

Die für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen charakteristischen Lernstörungen lassen eine systematische oder gar wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Realität in der Regel nicht zu; kompensatorisch vermittelt die Grandiosität dem Betroffenen das Gefühl, mühelos göttlicher Weisheit teilhaftig zu sein.

Durch rigides Beharren auf einmal gewonnene Einstellungen versuchen sich Menschen mit diffuser Identität vor einer weiteren Auflösung ihres Ich zu schützen. Auch wenn die Einstellungen ursprünglich zutreffend waren, verhindern sie doch eine angemessene Wahrnehmung von Veränderungen. Diese Menschen sind selten wirklich innovativ und halten vielmehr starr an alten, mitunter überlebten Werten fest. Sie sind zutiefst neophobisch. Einen interessanten Spezialfall stellt der kontra-neophobische Typus dar: Er ist scheinbar der Projekte-Schmied schlechthin. Aber seine Projekte stellen sich in den meisten Fällen als Luftschlösser heraus, die niemals verwirklicht werden, weil sie nicht hinlänglich an die Realität angepaßt sind. Und so kann sich der kontra-neophobische Mensch als innovativ erleben und sich von Fortschrittsfeinden verfolgt fühlen, ohne auch nur ein Gran zur Veränderung bestehender Verhältnisse beigetragen zu haben.

Die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen muß den Patienten helfen, Zwischentöne wahrzunehmen und den Denkmodus des "Entweder-oder" durch das "Sowohl-als-auch" zu ergänzen. Der Patient muß lernen, äußere Veränderungen nicht als Identitätsbedrohung zu erleben und ihre Wahrnehmung nicht durch rigide Einstellungen zu blockieren.

Die vorangestellte Skizze von Therapieziel-Schemata kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, dafür ist die Spektrum der schweren Persönlichkeitsstörungen zu komplex. Sie sollte vielmehr den Stil therapeutischer Problemwahrnehmung, der diesem Konzept zugrundeliegt, transparent werden lassen.

Fokalthherapie in einer therapeutischen Gemeinschaft

Tiefenpsychologisch orientierte Fokalthherapie:

Die Therapie von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen wird im vorliegenden Entwurf als tiefenpsychologisch orientierte Fokalbehandlung konzipiert. Diese Fokalbehandlung wird durch einige andere Therapie-Methoden ergänzt, die durch die Besonderheiten dieser Störungsgruppe notwendig werden. Hierzu später mehr.

Eine klassische psychoanalytische Couchbehandlung ist für die überwiegende Mehrheit dieses Patientenkreises kontraindiziert, da das mit dieser Therapie verbundene Regressionsangebot nur selten als Regression im Dienste des Ichs genutzt wird, sondern vielmehr eine weitere Fragmentierung des Ichs begünstigt und die Neigung verstärkt, sich in einem Ozean primärprozeßhaften Denkens zu verlieren. Häufig wird der Patient versuchen, den Analytiker in eine Fusion zu zwingen. Wird dies dann als Widerstand gedeutet, beginnt der Patient, den Analytiker zu verteufeln oder sich von ihm wahnhaft verfolgt zu fühlen. Ein tragfähiges Arbeitsbündnis ist auf dieser Grundlage schwierig, wenn nicht unmöglich.

Grawe und Mitarbeiter haben in eine großangelegte Meta-Evaluation psychotherapeutischer Verfahren auch die psychoanalytische Fokalbehandlung einbezogen. Einer ihrer Befunde lautet, daß persönlichkeitsgestörte Patienten sehr effektiv mit dieser Methode behandelt werden können.⁴⁹

Nach Streeck greift der Fokus bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen "meist keinen Fokalkonflikt auf, sondern die charakteristischen Störungen des Selbst und der Objektbeziehungen."⁵⁰ Dementsprechend sollen sich die Foki in der von uns konzipierten Therapie in den thematischen Feldern der vorgenannten grundlegende Therapieziel-Schemata bewegen. Dabei wird der jeweilige Fokus natürlich in den unterschiedlichen therapeutischen Interaktionsfeldern der stationären Behandlung verschieden akzentuiert und aus wechselnden Perspektiven beleuchtet.

Gerade in der stationären Behandlung, in der einerseits die Patienten ihre Konflikte bzw. ihre Struktur-Defekte in unterschiedlichen Interaktionssystemen inszenieren bzw. agieren und andererseits das Team interdisziplinär zusammengesetzt ist, muß die Gefahr einer Fragmentierung des therapeutischen Prozesses sehr ernst genommen werden. Es braucht nicht näher erläutert werden, warum eine derartige Fragmentierung gerade bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen auf jeden Fall vermieden werden muß. Es besteht also die dringende Notwendigkeit, das "gemeinsame Band" zu finden.

"Wie aber sind die verschiedenen therapeutischen Aktivitäten dann auch inhaltlich im Hinblick auf ihren therapeutischen Gegenstand konsistent aufeinander abzustimmen, und wie läßt sich gewährleisten, daß in den verschiedenen

⁴⁹ Meyer, A.E., R. Richter, K. Grawe, J.M. Graf v.d. Schulenburg, B. Schulte: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg 1991, Seite 88

⁵⁰ Streeck, Ulrich: Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung, in: Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 37,3-13,1991

therapeutischen Interaktionsfeldern auch gleichsinnige und womöglich nicht gegenläufige Behandlungsziele angestrebt werden? Die Antwort kann in vielen Fällen - durchaus nicht immer - lauten: indem die klinisch-psychotherapeutische Behandlung als Fokalbehandlung organisiert wird."⁵¹

Die für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen charakteristischen Dysregulationen im Bereich des Selbst und der Objektbeziehungen beruhen auf unzulänglichen kognitiv-affektiven Schemata, die das Verhalten und Erleben steuern. Diese Schemata entziehen sich natürlich der direkten Beobachtung; wir können sie aber aus dem modus operandi rekonstruieren, wie sie sich in den Kommunikationen und Interaktionen des Patienten in Szene setzen. Diese charakteristischen Inszenierungen mit dem Imprint der defekten Schemata bilden die Foki der tiefenpsychologisch orientierten Behandlung.

Freud spricht von Agieren, wenn der Patient Abgewehrtes nicht erinnert und in Worte kleidet, sondern es stattdessen als Tat wiederholt, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt.⁵² Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen kennzeichnet eine besonders ausgeprägte Tendenz zum Agieren. Nach Blos existiert eine große Zahl unbewußter Bedingungen für die Neigung zum Agieren. Hierzu zählen frühe Traumata mit einer defizienten Fähigkeit zur Symbolbildung, Störungen des Realitätssinns, Fixierungen auf der Ebene der Magie des Handelns.⁵³ Dies sind natürlich Bedingungen, die wir sehr häufig bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen finden.

Anders als im Couch-Setting wird dieses Agieren in der psychotherapeutischen Klinik nicht als störend empfunden, sondern als aktionale Schicht der Foki in den Brennpunkt der Behandlung gerückt.⁵⁴ In den bewußt dramatisierten,

⁵¹ ebenda, Seite 5

⁵² Freud, S.: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, in: GW Bd. 10, S.125-136

⁵³ Blos, P.: The concept of acting out in relation to the adolescent process, in: Journal of Academical Child Psychiatry, 2,118-143, 1963

⁵⁴ In gravierender Form fremd- oder selbstschädigendes Verhalten muß natürlich unterbunden werden; andere Formen des Agierens sind im Klinik-Setting jedoch weniger kontraproduktiv als in der Couchbehandlung. Um dies zu verstehen, müssen wir uns ins Gedächtnis rufen, warum das Agieren in der klassischen Analyse eingeschränkt werden soll. "Sagen wir einmal, durch die analytische Arbeit sei ein Impuls beim Patienten wach geworden. Es kann ein aggressiver oder auch ein libidinöser Impuls sein. Weiter, dieser besondere Patient könnte ihn nicht halten, nicht in der Analyse halten, ihn verbalisieren und unbefriedigt lassen, d.h. in dem Zustand, in welchem wir ihn analysieren wollen. Statt dessen handelt er in seinem äußeren Leben danach. Zu dem Zeitpunkt, da wir ihn in die Analyse bekommen, hat der Impuls bereits seinen Lauf genommen, sich befriedigt, und wir bekommen in nicht mehr heiß, sondern bereits erkaltet. Das war eigentlich der wichtigste Gesichtspunkt für den Versuch, das Agieren auf die Übertragung einzuschränken." So äußerte sich gegen Ende ihres Lebens Anna Freud in einem Workshop über ihr frühes Buch "Das Ich und die Abwehrmechanismen" zum Thema Agieren. (Sandler, Joseph mit Anna Freud: Die Analyse der Abwehr. Stuttgart (Klett-Cotta) 1989, Seite 47) Zum vollen Verständnis dieses Zitats sei erwähnt, daß die Aktualisierung in der Übertragung von Freud als Agieren verstanden wurde. Freud ordnet dem Begriff des Agierens unterschiedliche Bedeutungen zu (vgl. Laplanche, J & Pontalis, J.B.: Das

fokugesteuerten therapeutischen Interaktionen der Klinik kann der Patient lernen, die seinem Agieren zugrunde liegenden Gedächtnisspuren in Worte zu kleiden und in Erfahrung zu verwandeln. Indem er das Abgewehrte unter therapeutischer Begleitung in die Tat umsetzt, erhält er erstmals die Chance, es mit einer symbolischen Ebene zu verbinden.

In diesem Zusammenhang erweist sich in der Tat, daß Psychotherapie im Grunde keine am Behandlungsmodell der Schulmedizin orientierte Intervention, sondern eine "Sonderform sozialer Interaktion"⁵⁵ darstellt.

In der sozialen Interaktion, die sprachliche und nicht-sprachliche Elemente enthält, entwickelt sich ein Konsens zwischen Therapeut und Patient hinsichtlich des Sinns der zunächst unverständlichen agierten Handlungssequenzen. Voraussetzung ist eine therapeutische Atmosphäre, die korrektive emotionale Erfahrungen ermöglicht. Hier geht es vor allem um das Vertrauen, die von den Traumata erzeugten Klischees sensu Lorenzer⁵⁶ in Symbole umzusetzen, ohne Gefahr zu laufen, in einer Sturmflut von Ängsten vernichtet zu werden. Dies führt unmittelbar zur Frage des Behandlungs-Settings.

Die Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten in der therapeutischen Gemeinschaft

Die therapeutische Gemeinschaft wird - zumindest in Deutschland - heute eher als Behandlungs-Setting aufgefaßt, das nicht besonders eng mit der Psychoanalyse verknüpft ist. Vielmehr wird eine stärkere Beziehung zu lerntheoretischen Modellen und verhaltenstherapeutischen Konzepten gesehen - dies gilt insbesondere für Therapeutische Gemeinschaften zur Behandlung Drogenabhängiger.

Demgegenüber stand an der Wiege therapeutischer Gemeinschaften durchaus die Psychoanalyse Pate. Psychoanalytisch orientierte Psychiater wie Foulkes, Main und Bion haben der frühen Entwicklung therapeutischer Gemeinschaften wesentliche Impulse gegeben. So forderte Main ein Setting, das sich fundamental von administrativ auferlegten Strukturen unterscheidet. Es sollte sich vor allem durch die folgenden Merkmale auszeichnen:

" 1. Das Krankenhaus ist als ein psychosoziales Ganzes zu betrachten, dessen einzelne Teile aufeinander bezogen sind und aufeinander wirken, so daß Therapie, Versorgung und Administration als eine gemeinsame klinische Aktivität anzusehen sind.

Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a.M., 1972, Seite 36); dies kann leicht zu Mißverständnissen führen. Bei kontraproduktiven Formen des Agierens in der Übertragung verwende ich daher den Begriff "transference acting out" (vgl. Seite 31 f.). In unserem Zusammenhang besonders wichtig ist die Formulierung: "Wir bekommen den Impuls in der Analyse nicht mehr heiß!" Das ist im Klinik-Setting natürlich anders. Hier tritt der Impuls unter teilnehmender Beobachtung in seine heiße Phase; er wird nicht im "äußeren Leben", also anonym befriedigt; und so ist er natürlich auch der Analyse zugänglich.

⁵⁵ Steek, a.a.O., Seite 9

⁵⁶ Lorenzer, Alfred: Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1972

2. Psychoanalytisch-orientierte Arbeit im Krankenhaus bedarf einer Organisationsstruktur, die sich möglichst spontan und unbehindert von äußeren Zwängen aus der Gemeinschaft heraus entwickeln kann.
3. An der Ausgestaltung und Ausformung dieser Organisation nehmen Personen und Patienten aktiv teil.
4. Die Therapie in der Klinik findet in einer multipersonalen Behandlungssituation statt, von der der Arzt nur ein Teil ist.
5. Das Krankenhaus bedarf zur Erreichung seiner Ziele eines lebendigen Austausches mit seiner Umwelt.
6. Die in der Gemeinschaft auftretenden Schwierigkeiten im Zusammenleben und die Störungen in den Beziehungen zwischen Krankenhaus und Umwelt bedürfen der fortgesetzten Analyse."⁵⁷

Diese sechs Punkte können als "essentials" betrachtet werden, die permanent realisiert werden müssen, wenn ein Behandlungs-Setting als therapeutische Gemeinschaft qualifiziert werden soll. Natürlich sind wir auf den Einwand gefaßt, daß eine derart offene, spontaneitätsfördernde Struktur Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen vielfach überfordere. Dies wäre sicher der Fall, wenn ein derartiges Handlungssystem die "ärztliche Autorität" ebenso eskamotieren könnte wie die Defekte des Erlebens und Handelns bei den Patienten. Selbstverständlich benötigt ein derart offenes und spontaneitätsorientiertes System naturnotwendig Autorität und Regeln. Es geht aber darum, Autorität und Regeln im Sinne therapeutischer Gemeinschaften einzusetzen und nicht im Sinne einer administrativ oktroyierten Struktur.

Wenn von "ärztlicher Autorität" gesprochen wird, so kann dies keineswegs bedeuten, daß unter dem Zepter des Arztes das nicht-ärztliche therapeutische Personal sowie die Pflegekräfte nur als Hilfspersonal fungieren; dies würde den Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft fundamental widersprechen. Gerade dem Pflegepersonal kommt eine herausragende Bedeutung zu, da es üblicherweise - vor allem auch an Wochenenden - viel enger und intensiver mit den Patienten interagiert als die Therapeuten. Wenn aber das gesamte Handlungsfeld der Klinik in voller raum-zeitlicher Erstreckung in die Therapie einbezogen werden soll, dann ist eine enge Kooperationen des gesamten Personals sowie eine deutliche Aufwertung der nicht-ärztlichen Disziplinen zwingend geboten.

Wenn eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft realisiert werden soll, so stehen natürlich die Methoden dieser Orientierung im Vordergrund. Zweifellos sind aber auch für die therapeutische Gemeinschaft spezifische Methoden erforderlich, um die für sie charakteristischen Interaktionsformen und Organisationsstrukturen aufrecht zu erhalten. Um die Grundregeln therapeutischer Gemeinschaften zu verwirklichen, schlägt Jones folgende methodische Schritte vor:

1. tägliche Gemeinschaftssitzung, in denen das therapeutische Alltagsleben thematisiert wird;

⁵⁷ Die Postulate Mains wurden zusammengefaßt von H. Hilpert in: Über den Beitrag der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie, Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 29,28-36, 1983

2. anschließende Team-Sitzung, in der die vorangegangene Gemeinschaftssitzung reflektiert wird;
3. Gruppentreffen mit bis zu zehn Patienten (Gruppentherapie zur Verbalisierung der Gefühle der Patienten).⁵⁸

Dieser methodische Dreischritt ist sicher auch in einer therapeutischen Gemeinschaft für schwer persönlichkeitsgestörte Patienten sinnvoll, wobei allerdings einschränkend hinzugefügt werden muß, daß insbesondere der dritte Schritt nicht unerhebliche Probleme aufwerfen kann. Salvendy konzediert zwar, daß eine langzeitige Gruppentherapie mit Borderline-Patienten durchaus erfolgreich durchgeführt werden könne, daß aber die gleichzeitige Einzelpsychotherapie eine sine qua non für das Verbleiben in der Gruppe und die Anbahnung notwendiger Veränderungen sei.⁵⁹

Was hier über Borderline-Patienten gesagt wird, dürfte in gleicher Weise für eine Mehrheit der Patienten aus dem Bereich der schweren Persönlichkeitsstörungen gelten. Auch in der therapeutischen Gemeinschaft ist die Therapie schwer persönlichkeitsgestörter Patienten eine spezielle Form sozialer Interaktion, deren therapeutisch zentrales Muster die Dyade "Therapeut-Patient" darstellt. Dennoch besteht der Begriff "therapeutische Gemeinschaft" zu recht, denn die Gemeinschaft ist hier nicht nur negativ bestimmt als Palliativ gegen Fusionsbeziehungen zwischen Patient und Therapeut, sondern gleichermaßen positiv definiert als Trainingsfeld, auf dem reife, von einem höheren Funktionsniveau bestimmte Interaktionsmuster eingeübt werden können.

Selbstverständlich ist eine therapeutische Gemeinschaft mehr als nur ein abstrakter Behandlungsrahmen; sie ist zugleich ein gelebtes System von Werten. Zu diesen Werten zählen:

- Ehrlichkeit, Offenheit: Gerade bei Patienten mit schweren Persönlichkeiten, die zur Verleugnung und Schuldprojektionen neigen, ist ein ehrlicher, offener Interaktionsstil zwingend erforderlich;
- Austauschgerechtigkeit: Geben und Nehmen müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen; besonders wichtig bei Patienten mit soziopathischen Zügen;
- Persönliches Wachstum als Voraussetzung für Status in der Gemeinschaft; besonders heilsam für Als-ob-Persönlichkeiten;
- Vertrauen in die Heilkraft der Gemeinschaft;
- Vertrauen in die Macht des Bewußtseins bzw. die "Trotzmacht des Geistes" (Frankl);
- Verantwortung (für sich selbst und andere im therapeutischen Alltag);
- Gemeinschaftsgefühl (segensreich nicht nur für schizoide Patienten).⁶⁰

Diese Werte müssen sich zu einer Philosophie verdichten, die für alle Bewohner der therapeutischen Gemeinschaft (Team und Patienten) verpflichtend ist.

⁵⁸ zitiert nach Andreas Ploeger: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart (Thieme) 1972

⁵⁹ Salvendy, John T.: Der Borderline-Patient in der Gruppe: Grundsätzliche Erkenntnisse, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 28,349-355,1992

⁶⁰ vgl. Report of Study-Tour on DAYTOP Village Inc., New York, U.S.A. NGO-ANCC, Bangkok, Thailand, 1989

Marginalien zum therapeutischen Vorgehen

Vorbemerkung: Über die Spezifika des therapeutischen Vorgehens kann natürlich nur der behandelnde Therapeut im Einzelfall entscheiden; sie sind daher auch kein Gegenstand des Konzepts. Bei den folgenden Marginalien handelt es sich um Lesefrüchte aus einer Zusammenschau neuerer Literatur zur Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten mit dem Schwerpunkt "Borderline-Syndrom". Diese Marginalien dienen einerseits einer vertiefenden Klärung des Problembereichs, und andererseits verdeutlichen sie die in diesem Konzept angestrebten Problemlösungs-Strategien im Sinne der bereits angedeuteten Mittelschemata.

Für Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen sind intensive, aber auch instabile zwischenmenschliche Beziehungen kennzeichnend; hier ragen insbesondere schizoide Menschen und Borderline-Kranke hervor. Der schizoide Mensch zieht das Alleinsein der Geselligkeit vor, lebt häufig als Single und bevorzugt kurzfristige Abenteuer oder Romanzen.

Demgegenüber ist der Borderline-Kranke meist unfähig, das Alleinsein zu ertragen; zugleich aber hält er es in Partnerschaften nicht lange aus. Das typische Beziehungsmuster kann wie folgt skizziert werden. Zu Beginn der Beziehung wird der Partner vergöttert, dann aber schon nach kurzer Zeit verteufelt.

Etwas stabiler, mitunter sogar langandauernd sind die Fusionen des schwer narzißtisch gestörten Menschen. Aber auch diese sind beständig vom Scheitern bedroht. Die Sprengkraft dieser Beziehungen liegt in den Riesenerwartungen, die der narzißtisch Gestörte mit der Fusion verbindet. Nicht selten hofft er, durch eine Fusion das Steuer seines Lebens noch einmal herumzureißen. Wenn dann die Riesenerwartungen enttäuscht werden, tritt das Opfer der Fusion wieder als selbständiges Objekt hervor, dem die Rolle des Schuldigen zugewiesen wird.

Bei Soziopathen bzw. bei Borderline-Kranken mit stark soziopathischen Zügen manifestieren sich die gestörten Beziehungsmuster nicht selten in Form unsteter, verantwortungsloser Sexualität. Frauen geben die so produzierten Kinder häufig zur Adoption frei oder treiben sie ab; Männer neigen dazu, die Vaterschaft zu verleugnen.

Am Rande sei erwähnt, daß in diesen Fällen die aggressiven und die zärtlich-sinnlichen Komponenten des Sexualtriebs zumeist entmischt werden und die abgespaltene Aggressivität als externalisierter Machtkomplex das Beziehungsmuster dominiert. Gewaltförmige Sexualbeziehungen bis hin zu Vergewaltigungen, erniedrigender Kontakt zu Prostituierten sind häufig. Die Ehepartner, falls vorhanden, werden zu bloßen Versorgungs-Instanzen herabgewürdigt. Wir finden diese Menschen nicht selten unter Sex-Touristen oder gar als Profiteure im Sex-Geschäft (Zuhälter, Bordellbesitzer, Investoren der Sex-Industrie usw.).⁶¹

⁶¹ "Wenn Aggression der libidinösen Strebung beigemischt sein muß, damit diese ihr Ziel, die Entspannung erreicht, so mildert umgekehrt der Zuschuß von Libido, wie dies Freud betont hat, die aggressiven Impulse. Das heißt: nur die doppelte Umfassung des Triebobjekts, aggressiv-aktiv und libidinös (im Sinne sexueller oder sublimierter Zuwendung), bringt die optimale, Aktion mit Einfühlung verschmelzende Spannung hervor, der eine das Ich und das Es befriedigende Entspannung folgen kann." (Mitscherlich, Alexander: Aggression und Anpassung, in: Marcuse, Herbert u.a.: Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft. Frankfurt a.M.

Es versteht sich von selbst, daß sich die Beziehungsstörungen schwer persönlichkeitsgestörter Menschen auch auf deren Therapie auswirken. Hier möchte ich mich zunächst der Rolle der Sexualität zuwenden, obwohl diese in der Regel nicht das zentrale Problem der therapeutischen Beziehung darstellt. Da aber in diesem Bereich immer auch die Integrität des Therapeuten und das Ansehen der Psychotherapie auf dem Spiel stehen, soll dieses Thema hier an hervorgehobener Stelle angesprochen werden.

Unter den Patienten, die Therapeuten zu unrecht des sexuellen Mißbrauchs bezichtigen, rangieren Borderline-Kranke an erster Stelle.⁶² (Daß derartige Anschuldigungen in der Regel wahr sind, sei aus Gründen der Fairneß angemerkt.) Zu den in diesem Bereich relevanten Eigenschaften von Borderline-Patienten zählen nach Gutheil⁶³ die Borderline-Wut, die Bedürftigkeit/Abhängigkeit, die Grenz-Konfusionen sowie die Manipulationsneigung sowie das narzißtische Anspruchsdenken.

Borderline-Wut: Die für Borderline-Patienten charakteristischen Wutausbrüche können sogar erfahrene und charakterfeste Psychotherapeuten einschüchtern. Sie wagen dann nicht, sich den Wünschen der furchteinflößenden Patienten zu widersetzen. Dies kann dazu führen, daß die Therapeuten keine eindeutigen Grenzen ziehen oder nicht konsequent genug auf deren Einhaltung bestehen. Die Furcht vor potentieller Borderline-Wut kann Therapeuten dazu verführen, sich in unüblich intensive persönliche Interaktionen mit den Patienten zu involvieren und zum Beispiel deren Fragen nach eigenen Ehe- oder Sexproblemen zu beantworten. Eine besondere Form der Borderline-Wut stellt die rachsüchtige Feindseligkeit dar, die sich natürlich auch als falsche Anschuldigung gegenüber dem Therapeuten äußern kann.

Bedürftigkeit/Abhängigkeit: Diese Eigenschaften des Borderline-Patienten können den Therapeuten zu einem Über-Engagement verführen. Rettungsphantasien und der Wunsch, den Patienten nicht so schlecht zu behandeln, wie es andere getan haben, können die Neigung des Therapeuten verstärken, sich dem Patienten in untherapeutischer Weise zuzuwenden. Viele Borderline-Patienten wünschen sich in bestimmten Phasen des therapeutischen Prozesses, daß der Therapeut all ihre Wünsche befriedigen möchte, und zwar nicht nur die therapeutischen. Reziprok dazu kann dieses Verhalten beim Therapeuten die Phantasie auslösen, das "Ein-und-Alles" für den Patienten zu sein.

Da viele Borderline-Patienten und generell viele Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen in ihrer Kindheit und Jugend sexuell mißbraucht worden sind⁶⁴, könnten sie gelernt haben, sich in einer abhängigen Beziehung sexuell provozierend und verführerisch zu verhalten - der Motor dieser Verhaltensstörung ist

(Suhrkamp) 1968, Seite 91) Eine derartige doppelte Umfassung des Triebobjekts ist auf der Basis primitiver Spaltungen in nur gute und nur böse Objekte nicht denkbar.

⁶² Gutheil, Thomas G.: Borderline Personality Disorder, Boundary Violations, and Patient-Therapist Sex: Medicolegal Pitfalls, in: American Journal of Psychiatry, 146,5,1989, p.597-602

⁶³ ebenda

⁶⁴ Bryer, Jeffrey B. et al.: Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness, in: American Journal of Psychiatry, 144:11,1987,p.1426-30

eine unbewußte oder auch manifeste Angst vor dem Menschen, von dem sie sich abhängig fühlen. Man sollte dieses Verhalten also vor allen in stark angstbesetzten Phasen der Therapie erwarten.

Grenz-Konfusionen: Die Fusionsneigung von Borderline-Patienten, verbunden mit projektiver Identifizierung, kann auch beim Therapeuten Schwierigkeiten mit der Grenzziehung hervorrufen. Wenn es dem Therapeuten nicht gelingt, sich diesen Fusionen zu entziehen, dann wird die therapeutische Beziehungen von den Sehnsüchten, intensiven Affekten, Wünschen und verzerrten Wahrnehmungen des Patienten dominiert.

Manipulationsneigung und narzißtisches Anspruchsdenken:

Borderline-Patienten, die in vielen Lebensbereichen unter erheblichen Einschränkungen leiden, besitzen dennoch zumeist eine hochentwickelte Manipulationsfähigkeit. Daher gelingt es ihnen mitunter auch sehr leicht, Therapeuten dazu zu bringen, etwas zu tun, was sie besser unterlassen, bzw. etwas zu unterlassen, was sie besser getan hätten. Dem narzißtischen Anspruchsdenken des Borderline-Patienten entspricht dem Gefühl, etwas Besonderes zu sein, und nur zu leicht können Therapeuten geneigt sein, sich gegenüber den Patienten entsprechend zu verhalten.

"The narcissistic isolation of the dyad that results from this sort of misalliance appears to account in part for the failure of so many of these therapists to obtain consultation or even to use their own critical judgment. It is as though such measures would break the fragile magic bubble in which all this gratification is occurring."⁶⁵

Wenn Probleme, nicht nur im Bereich der Sexualität, bei der Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten angemessen diskutiert werden sollen, so muß diese "magische Blase" eine zentrale Rolle spielen. Als Erscheinungsform der Fusion, die für den therapeutischen Kontext charakteristisch ist, wird sie unweigerlich auftauchen. Und sie muß auftauchen, weil anders die Übertragung-Gegenübertragung nicht angemessen bearbeitet werden könnte. Die Kunst des Therapeuten besteht darin, die "magische Blase" im rechten Augenblick platzen zu lassen, ohne dabei die therapeutische Beziehung oder gar den Patienten zu zerstören.

Geborgen in der "magischen Blase" erlebt der Patient den Therapeuten als unerschöpfliches Füllhorn, aus dem köstliches Naß sprudelt, sobald es nur an die Lippen gesetzt wird. Das Aussprechen eines Wunsches und dessen Befriedigung sollen zur gleichen Zeit erfolgen. Sollte dies nicht geschehen, ist mit Ausbrüchen der Borderline-Wut zu rechnen. Hier geht es darum, eine heilsame Enttäuschung zu setzen und den Patienten zugleich erfahren zu lassen, daß er mit seiner Borderline-Wut nichts erreicht, daß kein manipulativer Trick und auch keine magische Beschwörung die "Blase" wiederherzustellen vermag.⁶⁶

⁶⁵ Gutheil, a.a.O., p. 599

⁶⁶ Dies ist, um mit Castanedas "Don Juan" zu sprechen, eine Frage des richtigen Timings: Es liegt dann mitunter in der Hand des Therapeuten, ob der wutschnaubende Patient in die Freiheit oder ins Verderben rennt. Die Patient gleicht in dieser Phase ja dem "kleinen Tyrannen", wie ihn Castaneda in "Das Feuer von Innen" beschreibt.

Doch zurück zur Sexualität: Wir haben bereits erwähnt, daß schwer persönlichkeitsgestörte Patienten zu Vernichtungswünschen gegenüber Objekten neigen, die sich der Fusion entziehen. Dabei ist natürlich der Versuch, das Objekt physisch zu vernichten, vergleichsweise selten. Stattdessen wird eine symbolische Vernichtung angestrebt, zum Beispiel durch Rufmord. Diese Menschen tendieren dazu, mit sexuellen Anschuldigungen Rufmord zu begehen; den Fusionsverweigerern werden typischerweise sittenwidrige Affären oder perverse Neigungen angedichtet. Wer schon einmal Augen- und Ohrenzeuge einer solchen Rufmord-Kampagne war, hat sicher folgendes Muster beobachtet: Der Gestörte ist getrieben von dem Wunsch, sein "Wissen" loszuwerden; er kann es gar nicht abwarten, eine passende Gelegenheit zu finden. Ist dann der Augenblick da, lassen sich viele Symptome höchstgradiger sexueller Erregung diagnostizieren. Nach der "Enthüllung" wirkt der Kranke ganz entspannt und weich. Es ist daher nicht weiter erstaunlich, wenn auch Therapeuten, die die "magische Blase" im falschen Augenblick platzen ließen, zum Opfer derartiger Anschuldigungen werden. Cave: Diese Anschuldigungen sind nicht immer falsch!

Da niemand vor Versuchungen geschützt ist, sollte der Therapeut bei ersten Anzeichen einer Erotisierung der Übertragung sofort einen Kollegen konsultieren oder - im klinischen Kontext - das Team einbeziehen. Dies bietet natürlich auch einen gewissen Schutz vor falschen Anklagen.

Wenn der Therapeut die "magische Blase" platzen oder sich gar nicht erst entwickeln läßt, muß mit Therapie-Abrüchen gerechnet werden. Therapie-Abbrüche sind in der klinischen Therapie psychischer Störungen und Suchten ohnehin recht häufig, wobei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen die höchste Abbruchneigung aufweisen.⁶⁷ Es muß damit gerechnet werden, daß nur ein Bruchteil von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die in eine stationäre Therapie aufgenommen werden, auch so lange in der Klinik verweilen, wie dies von den behandelnden Psychotherapeuten für erforderlich erachtet wird. Nach Erfahrungen von Gunderson und Mitarbeitern⁶⁸ brechen viele Patienten die Therapie frühzeitig ab, weil die Patienten zu früh mit ihren Problemen konfrontiert werden. Ein zweiter Hauptgrund besteht darin, daß die Familien nicht angemessen einbezogen werden. Ein dritter Hauptgrund ist die Therapie-Resistenz bestimmter Patientengruppen.

Daraus folgt unter anderem, daß der Therapeut zu Beginn der Behandlung stark unterstützend arbeiten, Fusionstendenzen aber dennoch soweit wie möglich unter Kontrolle halten sollte. Hier wird ihm im Spannungsfeld zwischen Distanz und Nähe eine Gratwanderung abverlangt, die für Therapeuten mit wenig Berufserfahrung in der Regel eine Überforderung darstellen dürfte.

Im Grunde aber sind Therapieabbrüche nicht unbedingt verhängnisvoll. Es zeigt sich sogar, daß sich gerade Borderline-Patienten im Laufe der Zeit an die Therapie gewöhnen. Patienten, die bereits einige Therapien abgebrochen haben, bleiben

⁶⁷ Skodol, A., Buckley, P. & Charles, E.: Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality?, in: Journal of Nervous and Mental Diseases, 171,405-10,1983

⁶⁸ Gunderson, John G. et al.: Early Discontinuance of Borderline Patients from Psychotherapy, in: The Journal of Nervous and Mental Diseases,177,1,38-42,1989

tendenziell länger in weiteren Therapien als Therapie-Neulinge.⁶⁹ Dementsprechend ist die Therapie-Vorerfahrung neben der Ich-Stärke ein wesentlicher Prädiktor für die Geschwindigkeit, mit der ein Therapeut von der stärker unterstützenden Therapie zur Konfrontation mit den primitiven Abwehrmechanismen übergehen darf. Die höchstgradige narzißtische Kränkbarkeit von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen erfordert jedoch in jedem Falle viel Fingerspitzengefühl. Es ist denkbar, daß die zum Teil sehr hohe Quote früher Therapieabbrüche in der Drogentherapie teilweise auf das Konto einer zu frühen und harten Problem-Konfrontation bei Patienten mit Borderline-Struktur geht.

Gemäß dem DSM-III gehört Impulsivität bei mindestens zwei selbstschädigenden Aktivitäten zu den Indikatoren einer Borderline-Erkrankung. Zu den selbstschädigenden Aktivitäten zählen Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren und Freßanfälle. Der Substanzmißbrauch ist also ein optionaler Bestandteil der Borderline-Diagnose. Bekanntlich konsumieren sehr viele Borderline-Patienten stimmungsverändernde Substanzen, und hier besonders Alkohol und Beruhigungs-/Schlafmittel.⁷⁰ Dabei ist jedoch zu bedenken, daß sich Borderline-Abhängige von anderen Suchtkranken in der Regel ganz erheblich durch ihr Konsummuster unterscheiden. Bei ihnen wechseln sich Phasen des massiven Mißbrauchs in unregelmäßigen Abständen mit Abstinenzphasen oder Perioden des kontrollierten Gebrauchs ab, wobei dann in der Regel an die Stelle des Substanzmißbrauchs andere selbstschädigende Handlungsweisen treten.

Bei den folgenden Überlegungen zur Behandlung von Borderline-Patienten bei gleichzeitiger Alkoholabhängigkeit folge ich Hellman.⁷¹ Die genannten Grundprinzipien dürften auch auf Patienten mit anderen schweren Persönlichkeitsstörungen zutreffen, die zugleich Alkohol oder andere stimmungsverändernde Substanzen mißbrauchen.

Die Vorstellung, daß der Alkoholmißbrauch im Grunde von allein verschwindet, wenn die Grundstörung des Patienten angemessen behandelt wird, ist ein fataler Irrtum in der Therapie von Borderline-Kranken. Der Alkoholmißbrauch entwickelt vielmehr ein Eigenleben und muß zu Beginn der Therapie behandelt werden. Der Therapeut muß dem Patienten helfen, Nüchternheit als erstes Ziel des therapeutischen Prozesses zu wählen, denn diese ist die Voraussetzung für jede grundlegende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Der Alkohol wird vom Borderline-Patienten behandelt wie ein Gegenstand narzißtischer Objektwahl, nämlich abwechselnd verteufelt und vergöttert. Er ist sowohl die "gute Mutterbrust" als auch externalisierter sadistischer Überich-Vorläufer. Wenn ein Therapeut diese Ambivalenz nicht erkennt, so wird sich der Patient bereits zu Beginn der Behandlung von ihm mißverstanden fühlen. Indem der Therapeut die Bedeutung des Alkohols für den Patienten verbalisiert und die Formen des Umgangs mit ihm thematisiert, kann er bereits behutsam eine Auseinandersetzung mit den primitiven Abwehrmechanismen anbahnen. Das

⁶⁹ ebenda

⁷⁰ Dulit, Rebecca A. et al.: Substance Use in Borderline Personality Disorder, in: American Journal of Psychiatry, 147,8,1990, p. 1002-7

⁷¹ Hellman, Jesse M.: Alcohol Abuse and the Borderline Patient, in: Psychiatry, Vol. 44, 1981, p. 307-17

geringe Selbstwertgefühl des borderline-kranken Alkoholikers gebietet jedoch äußerste Vorsicht bei der Behandlung des Themas "Narzißmus".

Der Borderline-Kranke erlebt quälende Konflikte, wenn seine narzißtische bzw. grandiose Position bedroht zu sein scheint. Suchtkranke Borderline-Persönlichkeiten setzen in diesen Fällen bevorzugt Alkohol oder andere Drogen als primitiven Abwehrmechanismus ein. Daher muß die Initial-Behandlung darin bestehen, diesen Patienten zu helfen, weniger destruktiv mit Konflikten umzugehen. Dabei sollte sich der Therapeut zunächst auf der phänomenalen Ebene bewegen, ohne den zugrunde liegenden Narzißmus direkt zu identifizieren, denn damit wäre der Patient zu Beginn der Behandlung in den meisten Fällen überfordert. Erfolgreiche Abstinenz kann dabei zur Stärkung des meist schwachen Selbstwertgefühls der borderline-kranken Alkoholiker genutzt werden.

Die stationäre Therapie schwer persönlichkeitsgestörter Alkoholiker muß den Patienten vor allem helfen, ihre Zeit zu strukturieren, da sie in der Regel unfähig sind, längere Abschnitte unausgefüllter Zeit zu tolerieren. Der Patient soll vor allem lernen, seine Zeit ohne Alkohol bzw. andere Drogen auszufüllen. Die Familie muß möglichst frühzeitig und intensiv in die Behandlung einbezogen werden. Es dürfte sehr schwer für den Patienten sein, nach der Behandlung nüchtern zu bleiben, wenn Familienmitglieder selbst ein problematisches Trinkverhalten aufweisen. Möglicherweise hält die Familie den Alkoholkonsum des Patienten bewußt oder unbewußt für erträglicher als andere Formen primitiver Abwehrmechanismen, zu denen der Patient ebenfalls neigt.

Eine umsichtige Entlassungsplanung muß im Grunde schon mit der Aufnahme des borderline-kranken Alkoholikers in die Klinik beginnen. Hier geht es nicht nur um die regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen, sondern auch darum, einen detaillierten, suchtmittelfreien Lebensplan für die Zeit nach der Entlassung zu entwickeln. Vor allem muß der Patient auf die Gefahr eines Rückfalls vorbereitet werden. Er muß sich mit den Möglichkeiten, einen drohenden Rückfall zu vermeiden, intensiv auseinandersetzen.

Cave: Echte Soziopathen mit Suchtproblemen sind überaus schwer zu behandeln: "Real sociopathy, with often accompanies polydrug abuse, is probably the hardest situation to treat, because the patient is never able to make an alliance with the therapist. The extent to which a patient desires treatment and recognizes that he has problems is a major determinant in the outcome of that treatment. When a patient is quiet satisfied with himself, complaining that the rest of the world is out of step, and comes to treatment for the removal of the consequences of his behavior, the prognosis is poor unless this attitudes changes."⁷²

Da es für Soziopathen und andere schwer persönlichkeitsgestörte Patienten mit soziopathischen Zügen charakteristisch ist, die Verantwortung für eigene Fehler und Unzulänglichkeiten anderen oder widrigen Umständen zuzuweisen, muß diese Form der primitiven Abwehr bei diesen Patienten sofort zu Beginn der Therapie behandelt werden. Ansonsten wird die Therapie von den Patienten unbewußt als Rechtfertigung ihrer Verantwortungsprojektion, als Schutz vor der "bösen Welt" erlebt. Es entsteht eine "magische Blase", deren Zerstörung das Ende der Therapie und eine verschärfte Therapie-Resistenz beim Patienten bedeuten würde.

⁷² ebenda, p. 312

Das Arbeitsbündnis (therapeutische Allianz) - die unerläßliche Voraussetzung jeder gelungenen Therapie - ist bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen besonders schwierig zu etablieren bzw. aufrechtzuerhalten.

Ohne die zum Teil kontrovers geführte Diskussion über den Begriffs des Arbeitsbündnisses zu referieren, möchte ich hier die folgende pragmatische Definition vorschlagen:

Das Arbeitsbündnis ist ein wesentlicher Aspekt der sozialen Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Das Arbeitsbündnis beruht auf der Erwartung des Patienten, daß der Therapeut ihm in bester Absicht und nach dem neuesten Stand seiner Wissenschaft helfen möge, seine Probleme zu lösen, ohne dabei eigennützige Motive zu verfolgen - von der Bezahlung natürlich abgesehen. Das Arbeitsbündnis setzt zudem die Bereitschaft des Patienten voraus, die Regeln der Therapie und die Grenzen der therapeutischen Situation zu beachten, nach Kräften bei der Therapie mitzuarbeiten und sich auch schmerzlichen Erfahrungen im Interesse der Lösung seiner Probleme auszusetzen.

Diese idealtypische Definition dieses Begriffs läßt erkennen, daß es sich beim Arbeitsbündnis um eine besondere Art der Übertragung handelt, die nach dem Vorbild des frühkindlichen Mutter-Kind-Verhältnisses modelliert ist, wobei der Therapeut die "Rolle" der liebenden, fürsorglichen, verständnisvollen, kurz: "nährenden" Mutter spielt, wohingegen dem Patienten die Rolle des psychisch heranwachsenden Kindes zufällt. Im Unterschied zu anderen Übertragungen muß das Arbeitsbündnis jedoch bewußt und der Patient muß in der Lage sein, die Therapeuten als ganzes Objekt mit positiven und negativen Seiten zu sehen und den realen Therapeuten von seinen Projektionen auf den Therapeuten zu unterscheiden. "In classic psychoanalysis, it is the therapeutic alliance that is operative at the beginning of the treatment in the neurotic patient that forms the framework against which the fantasies, memories, and emotions evoked by the transference are measured, contrasted, interpreted, and worked through. The patient's awareness of the real object relationship - the therapeutic alliance - forms the essential background against which he can evaluate his displaced, unresolved, infantile fantasies."⁷³

Im Grunde wird hier eine "gute", unschädliche, therapeutisch hilfreiche Form der Übertragung, das Arbeitsbündnis genutzt, um die Unangemessenheit der neurotischen Übertragungen bewußt zu machen und zu pointieren.

Plazieren wir nun einen schwer persönlichkeitsgestörten Menschen in eine Situation, die ein derartiges Arbeitsbündnis erfordert. Was geschieht?

Masterson und Mitarbeiter heben hervor, daß sich Borderline-Kranke und narzißtisch gestörte Menschen nicht durch Übertragung mit dem Therapeuten in Beziehung setzen, sondern durch "transference acting out".⁷⁴ Mit Freud könnte man "transference acting out" übersetzen durch die Formulierung "Das Vergessene durch

⁷³ Masterson, James F., John Baiardi, Richard Fischer & Candace Orcutt: Psychotherapy of Borderline and Narcissic Disorders in the Adolescent: Establishing a Therapeutic Alliance, in: Adolescent Psychiatry, 18,3-25,1992, p. 3-25, Zitat p. 4

⁷⁴ ebenda

Verhalten ausdrücken".⁷⁵ Die Entladung im Verhalten ist eine Abwehr gegen das Fühlen und Erinnern des Vergessenen. Dementsprechend ist die Fähigkeit schwer persönlichkeitsgestörter Menschen, ein Arbeitsbündnis einzugehen, erheblich beeinträchtigt. Ihnen fehlt vor allem auch das Grundvertrauen in die Konstanz einer "guten Mutter". Die durch den übermäßigen Gebrauch primitiver Abwehrmechanismen eingeschränkten kognitiven Funktionen lassen den Einsatz eines beobachtenden Ichs nicht zu, das versuchen könnte, die Unterschiede zwischen Vergangenheit und Gegenwart, Realität und Phantasie und reifen bzw. infantilen Aspekten des seelischen Lebens zu verstehen.⁷⁶

Dennoch gelingt es in vielen Fällen auch bei diesen Patienten, ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu etablieren. Hierzu sind jedoch spezifische Interventionen erforderlich, die Masterson und Mitarbeiter am Beispiel von Borderline-Kranken und narzißtisch gestörten Patienten beschreiben.

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, "transference acting out" durch die Methode der Konfrontation in ein Arbeitsbündnis zu "konvertieren". Konfrontation meint hier keinen dezidiert aggressiven Akt mit der Qualität psychischer Verletzung oder gar seelischer Grausamkeit, sondern... "... rather, it is the second definition, that is, empathically, intuitively, but firmly bringing to the patient's attention the denied, self-destructive, maladaptive aspects of this behavior. As the therapist confronts, lending his reality perception to the patient, the latter integrates the confrontation controlling his maladaptive behavior and thereby, interrupting his defense against his abandonment depression."⁷⁷ Dies führt dazu, daß die Depression an die Oberfläche tritt, der Patient wehrt sie ab, der Therapeut konfrontiert ihn damit; die Therapie durchläuft also eine zirkuläre Sequenz, die im günstigen Fall damit endet, daß der Patient die Abwehr überwindet und die Depression aushält. Dann können deren Wurzeln therapeutisch bearbeitet werden, und zwar im Rahmen eines Arbeitsbündnisses.

Narzißtische Persönlichkeitsstörung: Hier kann der Therapeut den Patienten nicht mit seiner "transference acting out" konfrontieren, weil der Patient dies als Attacke deuten und entsprechend reagieren würde, nämlich mit Projektionen, Entwertung und Vermeidung. "The only way to gain entrance to this seemingly solipsistic system is through the therapist's use of mirroring interpretations of the patient's narcissistic vulnerability to the therapist's failure in perfect empathy."⁷⁸ Die Abwehr wird also nicht konfrontiert, sondern als Abwehr gegen narzißtischen Schmerz interpretiert. Der Fokus der Behandlung richtet sich demgemäß immer auf die narzißtische Vulnerabilität.

Aber auch hier besteht das Ziel darin, die "transference acting out" in ein Arbeitsbündnis zu transformieren.

Man kann die Rolle des Therapeuten bei schwer persönlichkeitsgestörten Patienten auch als die eines Übergangsobjekts (transitional object) deuten. Bei präödi-

⁷⁵ Vom einfachen Agieren unterscheidet sich "transference acting out" durch den unbewußten Sinn, ein produktives und damit bedrohliches Arbeitsbündnis mit dem Therapeuten zu verhindern.

⁷⁶ ebenda, p 4 f.

⁷⁷ ebenda p. 7

⁷⁸ ebenda, p. 9

gestörten Menschen waren die Eltern-Objekte nicht "gut genug", um jene Phasen der frühkindlichen Entwicklung zu "überleben", in denen die Selbst-Struktur durch Objekt-Internalisierung geformt wird. Um als Übergangsobjekt fungieren zu können, muß der Therapeut die infantile Wut der Patienten "überleben" und die aggressiven Attacken aushalten. Der Therapeut muß also die infantile Wut tolerieren, ohne der Versuchung zu erliegen, es dem Patienten heimzuzahlen oder sich von ihm zu trennen. Auf diese Weise kann er dem Patienten helfen, versäumte Entwicklungsaufgaben nachzuholen, d.h. er wird zum Übergangsobjekt. Wie einfühlsame Eltern muß er die Bedürfnisse und Ängste hinter der Wut des Patienten in eine verständliche Sprache übersetzen. Der Therapeut muß dem Patienten helfen, seinen fortwährenden unbewußten Kampf gegen das "böse Objekt" in einen lebendigen Affekt zu "konvertieren". Dann kann ein Trauerprozeß einsetzen, der für das nachzuholende psychische Wachstum unerlässlich ist.⁷⁹

"Preoedipally traumatized patients need a dialogue with an external object to sustain awareness of the good object experience so that the painful aspect of guilt and loss, often felt as devastating regret, can be tolerated. Since such characters have not securely internalized a whole object, they need an external object acting as a transitional object to allow the dialogue that leads to mourning to evolve."⁸⁰

Ohne diesen Trauer-Prozeß kann der Patient den Zwang nicht überwinden, infantile "böse Objekte" zu externalisieren und zu bekämpfen. Beim psychisch "gesunden" Menschen wird der zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit lebenslang notwendige Trauer-Prozeß durch innere Dialoge zwischen den psychischen Instanzen ausgelöst.⁸¹ Der schwer persönlichkeitsgestörte Mensch benötigt hierzu den Analytiker als Dialogpartner. Doch ohne Trauer gibt es keine Überwindung von Grandiosität und Spaltung.

Der hier geforderte innere Dialog beruht unter anderem auch auf der Fähigkeit, bei sich selbst und anderen unterschiedliche psychische Zustände zu unterscheiden und zu benennen. Die Wahrnehmung fremder innerer Zustände kann sich nur im Wechselspiel mit der Wahrnehmung eigener innerer Zustände entwickeln und

⁷⁹ Meine Ausführungen zum Übergangsobjekt beruhen auf Gedanken Winnicotts und wurden referiert von Susan Kavalier-Adler in: Object Relations Issues in the Treatment of the Preoedipal Character. The American Journal of Psychoanalysis, Vol. 53,1,p.19-35,1993

⁸⁰ ebenda, p.20

⁸¹ Selbst der Psychoanalyse wohlgesonnene Fachleute haben mitunter Schwierigkeiten, die Realität interner Dialoge zwischen psychischen Instanzen zu akzeptieren, da sie an - scheinbar obsolete - Homunkulus-Vorstellungen der menschlichen Psyche erinnern. Dank der Erkenntnisse neuester neurophysiologischer Forschungen können diese angeblich veralteten Vorstellungen heute als rehabilitiert betrachtet werden. Der menschliche Geist ist modular organisiert und die meisten Module besitzen eine relative Autonomie. Dies schließt eigene Intentionen ein. Die Module kommunizieren - meist "unbewußt" - miteinander, um die Koordination ihrer Aktivitäten "auszuhandeln"; mitunter konkurrieren sie auch gegeneinander. Dies wird Konflikt genannt. (Vgl. Ornstein, R.: Multimind. Paderborn (Junfermann) 1990. Die an neurophysiologischen Theorien und Fakten orientierte Vorstellung von "little minds" bestätigt nicht nur Freudsche Einsichten in die Natur des "psychischen Apparats"; sie ermöglicht auch eine Psychologie der Innenwelt ohne pseudo-scientistische Verrenkungen.

umgekehrt. Es bedarf kaum der Erwähnung, daß die Qualität der Mutter-Kind-Dyade für die Entwicklung dieser Wahrnehmungsfähigkeit entscheidend ist.

Die Fähigkeit, innere Zustände differenziert wahrzunehmen, ist auch die Voraussetzung für die sogenannten höheren Abwehrmechanismen nach dem Muster der Verdrängung. Psychische Zustände mit distinkten Merkmalen können nur dann aus dem Bewußtsein verbannt werden, wenn sie als solche identifiziert werden. Je primitiver der Abwehrmechanismus, desto geringere Anforderungen stellt er an die Fähigkeit zur Differenzierung mentaler Zustände. So erfordert die Verdrängung gewisser Aspekte eines Triebwunsches eine höhere kognitive Organisation als die Verleugnung des Triebwunsches insgesamt.

Die Fähigkeit, eine "Theorie" des eigenen und fremden Seelenlebens zu entwickeln, wird von Fonagy⁸² als "capacity to mentalize" bezeichnet. Trotz sprachlich motivierten Widerwillens möchte ich zur Vereinfachung diesen Begriff eindeutschen und im folgenden von "Mentalisieren" sprechen.

Nach allem, was wir über Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, und hier besonders über Borderline-Kranke wissen, überrascht es nicht, daß die Fähigkeit dieser Menschen zum Mentalisieren überaus eingeschränkt ist. Ihre Neigung zum Einsatz stereotyper, primitiver Manipulationstechniken dürfte auch eine Konsequenz ihrer begrenzten Möglichkeiten sein, sich in die Gedankenwelt anderer Menschen hineinzusetzen.

"We may expect deficits of mentalizing capacity in cases where traumatic events concerning one or other of the parents compel the child defensively to disregard perceptions and feelings of the primary object."⁸³ "The parents' abuse undermines the child's theory of mind, so that it is no longer safe for the child, for example, to think about wishing, if this implies the contemplation of the all too real wishes of the parents to harm the child. The secondary representations of mental events may thus become permanently inhibited. Such inhibition may turn out to have substantial benefits for the individual because it enables him to circumvent intolerable psychic pain."⁸⁴

Die Unfähigkeit, angemessen zu mentalisieren, muß zwangsläufig verzerrte Objektbeziehungen hervorbringen. Hier könnte man beispielsweise an Gewalthandlungen der Soziopathen, an die Manipulationsneigung der Borderline-Kranken, an die Fusionen der narzißtisch Gestörten und an die soziale Isolation der schizoiden Persönlichkeiten denken. In all diesen Fällen dürften Mentalisierungsdefizite für die spezifische Form der Objektbeziehung mitverantwortlich sein. Ohne eine entwickelte "Theorie der Psyche" müssen schwer persönlichkeitsgestörte Menschen auf die Gedanken und Gefühle anderer Menschen zwangsläufig verwirrt und erschreckt reagieren, weil sie nicht differenziert genug wahrgenommen werden können.

Die Unfähigkeit, fremde Gefühle und Gedanken zu verstehen, ist bei den schwer persönlichkeitsgestörten Menschen mit der Unfähigkeit gepaart, die eigene Gefühlswelt zu begreifen und den primärprozeßhaften Strom von Assoziationen auf

⁸² Fonagy, Peter: Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, in: International Journal of Psycho-Analysis, 1991, 72, 639, 639-656

⁸³ ebenda, p. 650

⁸⁴ ebenda

das Niveau von Gedanken und Ideen zu heben. Dies erklärt auch ein Phänomen, das wir bei manchen Ehepaaren finden. Hier hat dann ein unter Mentalisierungsdefekten leidender Partner A seinen Partner B derart in eine Fusion gezwungen, daß Partner B als A's Sprachrohr fungieren und dessen Innenwelt verbalisieren muß, wobei A von B erwartet, seine eigenen Gedanken und Gefühle zu verleugnen. Diese eigentümlichen Paare finden sich auch außerhalb des Hafens der Ehe, obwohl sie dort besonders häufig sind und Anlaß zu zahlreichen Witzen und Satiren geben.

Die Sprache vieler schwer persönlichkeitsgestörter Menschen und insbesondere der Borderline-Kranken "ist nicht geeignet, dem anderen die wirkliche innere Befindlichkeit zu vermitteln. Sie ist fassadär und kann das 'wahre Selbst' nicht kommunizieren. Stattdessen kommt ein Scheindialog zustande, der hilflos stockt, wenn ihm wirkliche Kommunikation abgefordert wird."⁸⁵ Die Sprache verkommt zum Sprachritual und zur stereotypen Wiederholung von Floskeln und "Sprechblasen". Der Borderline-Kranke steht häufig nicht zu dem, was er sagt; seine Äußerungen bleiben unverbindlich und können jederzeit widerrufen werden. Der Kommunikationspartner fühlt sich oftmals entwertet, nicht ernstgenommen und hintergangen.⁸⁶ Am Rande sei erwähnt, daß die Tendenz zur "transference acting out" ebenso mit den Mentalisierungsdefiziten zusammenhängt wie die Unfähigkeit zu trauern.

Die Mentalisierungsdefezite einerseits und die Tatsache, daß die für die Störung ursächlichen Traumatisierungen zumeist schon in der präverbalen Phase der kindlichen Entwicklung einsetzten, erzwingen eine vertiefte Auseinandersetzung mit den methodischen Problemen der Rekonstruktion.

Nach Arlow⁸⁷ gleicht die Rekonstruktion in der Psychoanalyse keineswegs der Tätigkeit eines Archäologen, der aus Artefakten ein schlüssiges Bild der Vergangenheit zu erschließen versucht. In der Psychoanalyse werden keine "historischen" Ereignisse rekonstruiert; sie werden vielmehr von ihren psychologischen Konsequenzen in der Gegenwart abgeleitet, wie sie sich in den Derivaten persistenter unbewußter Phantasie offenbaren. Es ist keineswegs erforderlich, sondern sogar irreführend, Modellszenen der frühkindlichen Entwicklung an das Material des Patienten heranzutragen - dies würde ja auch die Rekonstruktion in eine Konstruktion verwandeln.

"Essentially, what is required as evidence is a detailed record, given in context and in sequence, of what actually took place in the analytic situation, i.e., a dynamic record of the patient's productions. It is on the basis of such evidence that one can make inferences concerning pathogenesis or reconstruction. The principles employed constitute the basis of the psychoanalytic method, i.e., dynamic conflict and compromise formation."⁸⁸

Es zeigt sich also, daß aus diesem Blickwinkel auch Traumata rekonstruiert werden können, die der Patient in der präverbalen Phase erlitten hat und/oder die er infolge seines Mentalisierungsdefizits nicht angemessen zu verbalisieren vermag. Diese

⁸⁵ Rohde-Dachser, Christa: Das Borderline-Syndrom. Bern (Huber) 1979, Seite 58

⁸⁶ ebenda

⁸⁷ Arlow, Jacob B.: Methodology and Reconstruction, in: Psychoanalytic Quarterly, LX, 1991, p. 539-563

⁸⁸ ebenda, p. 545

"historischen" Ereignisse können dennoch rekonstruiert werden, weil sie ihre Spuren im aktuellen Material des Patienten hinterlassen. Der Psychoanalytiker gleicht hier also nicht dem Archäologen, sondern dem Kriminalisten, dem der "modus operandi" der "Tat" wesentliche Hinweise auf den möglichen "Täter" gibt. Der "modus operandi" ist aber kein aus theoretischen Szenarien frühkindlicher Entwicklung abgeleitetes Schema, sondern eine greifbare Konstellation im aktuellen Material. Dabei gilt die besondere Aufmerksamkeit natürlich Phänomenen wie "the contiguity of the elements in the patient's thoughts, and such special features as bizarre juxtapositions of elements, lapses in continuity, striking metaphors, unusual choices of words - the list can be extended at great length."⁸⁹ Rekonstruktion wird möglich, weil die Vergangenheit in die Gegenwart eingebettet ist.

In diesem Sinne können auch spezifische Muster eingeschränkter Mentalisierungs-Fähigkeit zur Erhellung frühkindlicher Traumata beitragen; insbesondere dürften Fortschritte und Widerstände bei dem Versuch, die Mentalisierungs-Fähigkeit des Patienten zu entwickeln, wichtige Aufschlüsse geben. Es kann also keine Rede davon sein, daß früh traumatisierte Patienten unanalysierbar seien; allerdings muß die Analyse bei ihnen andere Wege gehen als bei neurotischen Patienten.

⁸⁹ ebenda, p. 546

Behandlungsansätze

Vorbemerkung: Im folgenden sollen Behandlungsansätze diskutiert werden, die sich im Rahmen einer stationären Fokalbehandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten als hilfreich erweisen könnten. Es versteht sich von selbst, daß ich anlässlich von Vorüberlegungen zu einem Behandlungskonzept nicht mit detaillierten Therapieplänen für einzelne Störungsgruppen aufwarten kann.

Ähnlich wie in den vorangestellten "Marginalien" geht es mir darum, eine Orientierungsgrundlage für entsprechende Konkretisierungen zu schaffen, wobei hier aber, anders als in den "Marginalien", weniger grundsätzliche Behandlungsprobleme, sondern vielmehr technische Abläufe im Vordergrund stehen.

Psychoanalytische Ansätze

Freud konzipierte seine Behandlungsmethode in den Begriffen des Ödipuskonflikts und in einer der Erwachsenensprache angenäherten Terminologie. Es ist daher nicht weiter erstaunlich, daß Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, bei denen eine frühe, präödiopale Traumatisierung anzunehmen ist, zunächst für nicht analysierbar gehalten wurden. Als nach dem zweiten Weltkrieg das Problem der "frühen Störungen" das Augenmerk der Psychiater im allgemeinen und der Psychoanalytiker im besonderen affizierte, wurde für diesen Personenkreis überwiegend eine sog. supportive, eingeschränkte Behandlung vorgeschlagen. "The majority of early writers on the borderline... advised a supportive approach. They sought to limit regression, strengthen defenses, and prevent the transference from becoming too intense."⁹⁰

Dabei fühlte man sich nach Aronson⁹¹ mehrheitlich den folgenden Therapieprinzipien verpflichtet:

- Das Schwergewicht sollte stärker auf stützenden Interventionen und wenig auf Widerstands-Analysen liegen. Dies bedeutete Stärkung der Ich-Funktionen gegenüber instinktiven Impulsen durch Verstärkung von Abwehr und Anpassung.

- Die Regression sollte begrenzt werden. Dies hieß natürlich auch, eine Übertragungsneurose zu vermeiden. Man war davon überzeugt, daß die Patienten den damit verbundenen, intensiven Schmerz nicht auszuhalten in der Lage seien.

- Die Behandlung sollte strukturiert sein, da starke Strukturierung eine intensive Übertragungs-Situationen verhindert. Die Behandlung hat klare und überschaubare Ziele; sie konzentriert sich auf reale Probleme im "Hier und Jetzt". Auf die Couch wurde entsprechend verzichtet; Patient und Therapeut saßen sich gegenüber. Die Methode der freien Assoziation wurde nicht eingesetzt, um möglichst keine regressiven Tendenzen zu stimulieren. Der Therapeut griff viel stärker als in der klassischen Analyse in den Behandlungsverlauf ein; vor allem aber vermied er

⁹⁰ Aronson, Thomas A.: A Critical Review of Psychotherapeutic Treatments of the Borderline Personality. Historical Trends and Future Directions, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 177,9,1989, p.513

⁹¹ ebenda

Phasen des Schweigens, auch hier, um Regressionen möglichst auszuschließen. Die Therapiestunden waren nicht so häufig wie in der klassischen Couch-Behandlung.

- Der Theapeut sollte eher als reale Person handeln. Vor allem mußte der Therapeut vermeiden, als omnipotente Figur mit unerschöpflichen Ressourcen zu erscheinen. "The Therapist may otherwise arouse the patients paranoid fears, overstimulate infantile symbiotic needs, create unrealistic expectations of being rescued, and/or contribute to an overdemandingness and entitlement that will soon deplete the therapist's resources."⁹²

Eine warme, menschliche, wohlwollende Haltung schien wichtiger als die Äußerungen des Therapeuten. Seine Aufgabe bestand vor allem darin, eine positive Übertragung zu etablieren, zu nähren und zu bewahren.

Die bewußte Selbstdarstellung des Therapeuten ist auch darum erforderlich, weil Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen häufig aus chaotischen und desintegrierten Familien stammen und vielfach eine Vorgeschichte des sexuellen Mißbrauchs und/oder der körperlichen Mißhandlung aufweisen. Sie waren also oft Träger von Familien-Geheimnissen, Opfer einer doppelbödigen, heuchlerischen Familien-Atmosphäre; Leidtragende einer Familie, die sich hinter Fassaden der Lüge verbarg, für die ambivalent aggressive Überkreuz-Beziehungen kennzeichnend waren. Diese Patienten haben ein starkes Bedürfnis, die Glaubwürdigkeit, die Aufrichtigkeit eines Therapeuten zu testen.⁹³ Ein Analytiker, der hier aus grundsätzlichen Erwägungen auf der Neutralitäts-Regel beharrt, würden diesen Patienten einen sehr schlechten Dienst erweisen und überdies in vielen Fällen eine sehr negative, therapeutisch nicht mehr zu nutzende Übertragung stimulieren.

- Von Anfang an sollte ein emotionaler Kontakt hergestellt werden. Wichtiger als verbale Interpretationen waren die Erfahrungen des Patienten in der Therapie. Das Gefühl des Vertrauens, des Verstandenwerdens und Angenommenseins sollte frühe Therapieabbrüche verhindern.

- Interpretationen sollten eingeschränkt werden, da sie von diesen Patienten häufig als Angriff erlebt würden. Sie sollten sich, wenn überhaupt, auf das Leben des Patienten im "Hier und Jetzt" außerhalb der Therapie konzentrieren. "... an isolated transference interpretation, within a generally supportive framework, is unlikely to be helpful as the patient does not have the cognitive and emotional framework within which to make sense of such interventions. All authorities agree that this takes effort and time to establish reliably."⁹⁴

Die Schriften Kernbergs in den siebziger Jahren stellen, so Aronson⁹⁵, eine "Wasserscheide" in der Behandlung des Borderline-Syndroms dar. Nun wurde den aufdeckenden, interpretativen Verfahren wieder verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt. Das therapeutische Ziel beschränkte sich nicht mehr auf die Förderung

⁹² ebenda, p. 514

⁹³ vgl. Stone, Michael H.: Treatment of Borderline Patients: A Pragmatic Approach, in: Psychiatric Clinics of North America, 13,2,1990, p.273

⁹⁴ Higgitt, Anna & Peter Fonagy: Psychotherapy in Borderline and Narcissistic Personality Disorder, in: British Journal of Psychiatry, 161,1992, p. 34

⁹⁵ Aronson, a.a.O., p. 515

der Anpassung, sondern bezog sich auf einen grundlegenden Wandel der Persönlichkeitsstruktur. Die Therapie wurde intensiver, regressiver und extensiver (mehrere Sitzungen pro Woche). Dabei sollte die therapeutische Beziehung als Ersatz der Kernfamilie fungieren, die bei ihrer Aufgabe versagt hatte, eine Matrix der Individuation und des Wachstums bereitzustellen. Die Regression wird gefördert, toleriert und als essentiell für den Prozeß des Durcharbeitens eingeschätzt. Desgleichen wird die Interpretation des Widerstandes als notwendig für den Heilungsprozeß betrachtet.

Von der klassischen Analyse unterscheiden sich diese expressiven Techniken vor allem durch die Rolle des Therapeuten: "There is fairly uniform agreement that therapists must play an active role in treatment. They are not opaque mirrors. They must carefully titrate the amount of support needed in any given moment, but in general try to interpret as much as the patient can tolerate or use."⁹⁶

Der Therapeut konfrontiert die Patienten mit destruktiven und selbstdestruktiven Verhaltensweisen, macht sie dafür verantwortlich, ermutigt sie zu Verbalisierungen anstelle des Ausagierens und er fokussiert charakteristische Themen wie Verlassenheitsgefühle (Depression, Wut, Angst, Schuld, Hilflosigkeit, Leere⁹⁷) und Spaltungs-Mechanismen.

Die expressiven Therapien beruhen nach Aronson auf folgenden Grundprinzipien:

- Sie betonen die Zentralität und Nützlichkeit der Gegenübertragung. Da Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen auch bei erfahrenen Therapeuten massive emotionale Reaktionen provozieren können, muß diesen in der Therapie besondere Beachtung geschenkt werden. Die Vergeltungswünsche des Therapeuten, sein Wunsch, sich aus der Therapie zurückzuziehen, gar den Patienten zu töten, seine Haßgefühle, seine Hilflosigkeit, Omnipotenz, sein Bedrohungserleben, sein Furcht vor dem Patienten - all dies sind elementare Motive, deren Einfluß auf die therapeutische Interaktion sorgsam reflektiert werden muß. Die Analyse der Gegenübertragung hilft dem Therapeuten auch zu verstehen, wie sich der Patient mit dem Therapeuten projektiv identifiziert. Die Analyse der Gegenübertragung soll vor allem auch verhindern, daß der Therapeut negative Gefühle gegenüber dem Patienten ausagiert.

- Die expressiven Therapien betonen die Notwendigkeit der Grenzziehung. Dies bezieht sich vor allem auf gefährliches Ausagieren.

- Die Notwendigkeit, die Wut der Patienten auszuhalten, wird hervorgehoben. Zu diesem Bereich habe ich mich bereits an anderer Stelle ausführlich geäußert.

- Die expressiven Therapien empfehlen einen ruhigen, objektiven und neutralen therapeutischen Stil. Der Therapeut sollte unerschütterlich und möglichst angstfrei sein, das Ausagieren und die primitiven Abwehrmechanismen mit Bestimmtheit interpretieren und die therapeutisch notwendige Distanz zum Patienten halten. Einen besonders starken Kontrast zu den supportiven Therapien setzt die Haltung Kernbergs: "Kernberg adheres more strictly to the ideal of technical neutrality. He

⁹⁶ ebenda, p. 516

⁹⁷ Masterson, James F.: Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Stuttgart (Klett-Cotta) 1980, S.46

maintains that only from a neutral position can a therapist maintain objectivity and interpret the patients distortions. He eschews praise, encouragement, suggestion, and environmental manipulation - in short, any supportive techniques that eliminate neutrality."⁹⁸

Obwohl sich die einzelnen Analytiker vielleicht stärker auf dem Papier als in der therapeutischen Praxis unterscheiden dürften, zeichnet allein eine Gegenüberstellung therapeutischer Ansätze in der Dimension "supportiv-expressiv" ein überaus widersprüchliches Bild der Behandlungsmethoden bei schwer persönlichkeitsgestörten Patienten. Dieses Bild wird noch verwirrender, wenn wir nicht psychoanalytisch orientierte Verfahren in die Betrachtung einbeziehen. Dies wird, allerdings eher kursorisch, in einem späteren Teil der Arbeit erfolgen. Um den weiteren Gedankengang nicht weiter zu komplizieren, möchte ich einen Versuch, die Widersprüche im technischen Bereich zu entschärfen, schon jetzt unternehmen, also bevor ich Material zu den nicht-analytischen Ansätzen präsentiere. Diese Ansätze werden dann anschließend aus einer integrativen Perspektive betrachtet.

Am Rande sei mir die Bemerkung erlaubt, daß psychotherapeutische Konzepte, die Ziele und Mittel verbindlich festschreiben, in etwa so sinnvoll sind wie Wanderkarten des Mondes. Es ist dann auch nicht weiter erstaunlich, daß derartige Konzepte zu- meist in keinem erkennbaren Zusammenhang mit der therapeutischen Realität stehen. Ein praktisch relevantes Konzept kann eigentlich nur den Rahmen abstecken, in dem sich die Reflexion des therapeutischen Prozesses bewegen sollte.

Die Tätigkeit eines Therapeuten ist eine Arbeitstätigkeit. Sie kann daher mit dem Instrumentarium der Arbeitspsychologie analysiert werden. Kein Arbeitspsychologe käme auf die Idee, die Arbeitstätigkeit eines Kunstmalers mit den gleichen Schemata zu erfassen wie die eines Fließbandarbeiters. Dafür sind einfach die Unterschiede in den Dimensionen des Handlungs- und Entscheidungsspielraums zu groß. Und so kann auch ein psychotherapeutisches Konzept nur so spezifisch sein, wie es der naturgemäß sehr große Handlungs- und Entscheidungsspielraum des Therapeuten erlaubt. Wer diesen Spielraum aus administrativen Erwägungen oder gar aus Machtgründen durch verbindliche konzeptionelle Vorgaben zu stark einschränkt, schadet den Patienten.

Dies ist kein Plädoyer für einen theoriefeindlichen Praktizismus. Dieser ist ebenso schädlich wie die Vergewaltigung der Patienten durch der Kritik entzogene theoretische Vorgaben. Es gibt weder einen Primat der Theorie, noch der Praxis, sondern nur mehr oder weniger gute bzw. schlechte Therapien. Nicht die stärker praktisch bzw. stärker theoretisch orientierten Therapeuten sind - je nach gusto - zu tadeln, sondern jene notorischen Besserwisser, die weder Theoretiker, noch Praktiker sind, aber dennoch auf beiden Gebieten im Irrlicht besinnungsloser "ewiger Wahrheiten" eitle Pirouetten drehen.

Diese "ewigen Wahrheiten" gibt es nämlich nicht. Ebenso wenig existiert die "ideale Methode" zur Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen: "Controversy concerning optimal treatment strategy for "borderline" patients has remained feverish since the term became popular 50 years ago, and has spawned a small library of

⁹⁸ Aronson, a.a.O., p. 518

books and articles advocating one or another ideal method. That we are scarcely closer to a resolution to the controversy now than in the beginning dismays many but should surprise no one."⁹⁹

Schließlich, so Stone¹⁰⁰, sei "Borderline" ein weites Feld, das, folgt man zum Beispiel Kernberg, Agoraphobiker, Bulimarektiker, Soziopathen, Alkoholiker, schizotypische Persönlichkeiten und viele andere einschließt und somit eine Diagnose darstellt, die 11 Prozent der us-amerikanischen Bevölkerung betrifft. Selbst enger gefaßte Definitionen des Krankheitsbildes erlauben eine beachtliche Variabilität von Störungsmustern. Diagnose-Schemata, die sich überwiegend auf der symptomatischen Ebene bewegen, erzeugen besonders schillernde Einordnungen, da bekanntlich das einzig Stabile bei Borderline-Patienten das Instabile ist. Sie leiden unter ständig wechselnden neurotischen Symptomen, multiplen Ängsten, mal trinken sie, mal rasen sie verkehrgefährdend mit ihren Fahrzeugen durch die Betonwüsten ihrer Seele, dann wieder verspielen sie Haus und Hof - eine punktuelle Diagnose auf der symptomatischen Ebene ist hier wenig hilfreich im Sinne einer durchdachten Therapieplanung.

Stone, der seit vielen Jahren die Behandlung des Borderline-Syndroms empirisch erforscht, gelangt daher zu dem Schluß: "No two psychotherapies, even if administered by the same therapist, are ever identical, especially where borderline patients are concerned."¹⁰¹

Stone listet eine große Zahl unterschiedlicher Methoden auf, die sich der Behandlung Borderline-Kranker widmen, und gelangt zu dem Schluß, daß keine den Anspruch erheben könne, generell effektiver zu sein als die anderen. Dieses Erkenntnis sei nicht das Ergebnis kontrollierter Therapie-Studien, die es nicht gibt, sondern beruhe auf der Tatsache, daß die Effektivität von einer Unzahl von Therapeuten- und Patienten-Variblen und den Myriaden Interaktionen zwischen diesen abhängt. Eine wissenschaftliche Entscheidung der Effektivitätsfrage ist daher unmöglich. Aber damit nicht genug: "To make matters worse, borderline patients have a way of reducing us to our final, common, human denominator, such that allegiance to a rigidly defined therapeutic system becomes difficult to maintain. They force a shift in us, as it were, from the dogmatic to the pragmatic."¹⁰²

Folgt man Stone, so ist die Pflicht zum Pragmatismus das einzige Dogma der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. Wir machen uns hier diese Auffassung zu eigen. Dies bedeutet keine technische Beliebigkeit, sondern im Gegenteil eine stringente Koppelung der Technik an die besonderen Bedingungen der jeweiligen therapeutischen Situation. Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Psychotherapie um eine spezifische Form sozialer Interaktion. Wenn wir zum Beispiel auf dem "diplomatischen Parkett" sozial interagieren, können wir uns an eine vorgegebene Etikette halten. Aber Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen sind, weiß Gott, keine Diplomaten...

⁹⁹ Stone, Michael H.: Treatment of Borderline Patients: A Pragmatic Approach, in: Psychiatric Clinics of North America, Vol. 13,2,1990,p.265

¹⁰⁰ ebenda

¹⁰¹ ebenda, p. 266

¹⁰² ebenda, p. 267

Stones Plädoyer für einen pragmatischen bzw. eklektischen Ansatz trägt der offensichtlichen Instabilität von Borderline-Patienten Rechnung. Zur Behandlung dieser Patienten benötigt der Therapeut gleichsam ein Baukasten-System, das aus Ziel- und Mittel-Schemata besteht, die aus den unterschiedlichsten Theorien und therapeutischen Ansätzen stammen. Mit diesem Baukasten ist er in der Lage, ein möglichst effektives therapeutisches Set in wechselnden Situationen für Patienten mit heftig fluktuierender Innenwelt zusammenzustellen.

Natürlich geht es hier nicht um ein willkürliches Zusammenwürfeln disparater Therapie-Elemente, wenn diese in der jeweiligen Situation zum Beispiel ein "Aha-Erlebnis" oder andere Pseudo-Fortschritte zu ermöglichen scheinen. Wie erwähnt wäre es wenig sinnvoll, in einer bisher überwiegend supportiven Therapie nun isoliert eine differenzierte Übertragungsdeutung anzubieten oder ähnliches. Entscheidend ist eine psychologisch sinnvolle, harmonisch zusammenklingende Komposition der einzelnen Bausteine. Der Therapeut gleicht hier weniger dem Komponisten, der in klassischer Strenge Töne setzt, sondern eher dem Jazz-Fusion-Musiker, der tonale Elemente aus unterschiedlichsten Musikkulturen zu einem faszinierenden Klangerlebnis verschmilzt. Dies ist Improvisation, aber jenseits jeder Willkür. Weder der Therapeut, noch der Musiker lassen sich von spontanen Einfällen mitreißen; sie nutzen die Einfälle vielmehr im Sinne eines übergeordneten, flexiblen Plans, der teilweise natürlich unbewußt ist.

Bei sehr schwer persönlichkeitsgestörten Patienten ist ein einzelner Therapeut allerdings oftmals nicht in der Lage, diese Aufgabe zu erfüllen. Schon von daher wird es in vielen Fällen unerläßlich sein, derartige Patienten stationär zu behandeln: "The most dysfunctional borderlines, especially those with marked impulsivity and hostility, often present with a multiplicity of syndromes, let alone symptoms, such that one therapist could not possibly be expected to address all the issues adequately. Here the therapist must serve as a coordinator of a team, that may include half a dozen specialists. In overwhelming situations of this sort, residential treatment will usually be necessary at some point."¹⁰³

Nicht-psychoanalytische Ansätze

Schwer persönlichkeitsgestörte Patienten vereinen oft die unterschiedlichsten Krankheitsbilder in einer Person, dies zeigt sich am dramatischsten bei der sog. Multiple Personality Disorder. Hier mag sich dann der gelehrte, ein wenig neurotische Dr. Jekyll hervorragend für eine Couch-Behandlung eignen, wohingegen der den gleichen Körper bewohnende Soziopath Mr. Hyde vermutlich, wenn überhaupt, nur durch eine medikamentöse Behandlung in Verbindung mit behavioralen Korrekturen gebessert werden könnte.¹⁰⁴

¹⁰³ ebenda, p. 269

¹⁰⁴ Aber es ist wohl noch verwickelter. Ornstein berichtet in seinem Buch "Multimind" folgenden Dialog zwischen einem Psychologen und einem jungen Mann namens Billy Milligan, der wegen einer Vergewaltigung inhaftiert war. Der Psychologe fragte Billy nach seiner Sozialversicherungsnummer.

Er zuckte die Schultern. "Keine Ahnung."

Der Psychologe las ihm die Nummer vor.

... "Das ist nicht meine, das ist wohl Billys."

... "Nun, bist du nicht Billy?"

"Ich bin David."

Es zeigt sich also an diesem extremen Beispiel, daß auch ein auf der theoretischen Ebene psychoanalytisch fundiertes Behandlungskonzept Methoden einbeziehen muß, die mitunter sehr weit von der orthodoxen Psychoanalyse abweichen.

Wenn ich im folgenden einige dieser potentiell geeigneten Verfahren nur sehr kursorisch abhandle, so geschieht dies nicht, weil ich sie für weniger wertvoll halte als psychoanalytisch orientierte Methoden. Neben meiner geringeren Vertrautheit mit diesen Verfahren spielt hier auch die Tatsache eine Rolle, daß die vorangestellte Skizze von Therapieproblemen aus psychoanalytischer Sicht im Grunde sehr viele Themen angesprochen hat, die nun aus der Perspektive anderer Verfahren zwar variiert werden können, wobei ich allerdings nicht glaube, daß sich im Rahmen eines Übersichtsreferates wesentliche neue Gesichtspunkte ergeben könnten. Überdies läßt sich ja ohnehin nicht präjudizieren, welche Methoden aus dem breiten Spektrum nicht-analytischer Therapien der jeweils behandelnde Psychotherapeut favorisiert.

Vorab sei erwähnt, daß der sozialarbeiterische, sozialpädagogische Aspekt der Hilfe für schwer persönlichkeitsgestörte Patienten auf keinen Fall unterschätzt werden darf. "Borderline-Persönlichkeiten haben sehr oft große soziale Probleme. Häufig haben sie keine feste Anstellung. Wegen ihrer Bindungsängste sind Stellenwechsel und temporäre Arbeit häufig. Nicht selten sind die Patienten erheblich verschuldet, unter anderem wegen der gelegentlich anzutreffenden Neigung zum Renommieren und der stark beeinträchtigten Fähigkeit, das Leben selbständig zu strukturieren. Deshalb steht bei vielen Patienten die berufliche Rehabilitation ganz im Vordergrund, zum Beispiel im Sinne einer Schuldensanierung und Unterstützung bei der Wohnungssuche oder der Vermittlung einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Für den Helfer, in der Regel für den beigezogenen Sozialarbeiter, ist dies aber keine leichte Aufgabe, da der Patient derartige helfende Interventionen oft als kränkend empfindet und ablehnt. Trotzdem erscheint gerade bei diesen Patienten eine Zusammenarbeit mit einem Sozialarbeiter als sehr sinnvoll und nötig. Ja, ich möchte sogar soweit gehen und sagen, daß es die Aufgabe des Therapeuten ist, den Patienten für solche Maßnahmen zu motivieren und zu gewinnen."¹⁰⁵

Auch Stone¹⁰⁶ schildert ein eindrucksvolles Beispiel, wie erst durch derartige Maßnahmen, die sich weit über ein Jahr hinzogen, die Voraussetzungen für eine einsichtsorientierte Therapie geschaffen werden konnten. Generell hat sich ja jede Psychotherapie an den realen Lebensproblemen der Patienten zu orientieren und nicht an theoretischen Problemen oder Kontroversen und erst recht nicht an standespolitisch orientierten Bewertungen von Helferrollen.

"Und wo ist Billy?"

"Der schläft."

"Schläft wo?"

Er zeigt auf seinen Brustkorb. "Hier drin. Er schläft."

... "Ich muß mit Billy reden."

"Das wird nichts werden. Arthur wird Sie nicht lassen. Billy schläft. Arthur wird ihn nicht aufwecken, denn wenn er's tut, wird Billy sich umbringen."

(Aus: Ornstein, Robert: Multimind. Ein neues Modell des menschlichen Geistes. Paderborn (Junfermann) 1990, Seite 20)

¹⁰⁵ Steiner, St.: Zur Therapie der Borderline-Persönlichkeit, in: Schweizerische Rundschau der Medizin (Praxis), 80,8,1991, Seite 165

¹⁰⁶ a.a.O. p. 272

Insofern gehören die sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Ziele und die entsprechenden Mittel zur Zielerreichung mit gleicher Wertigkeit in den individuellen Therapieplan wie die psychotherapeutischen Interventionen.

Kognitiv-behaviorale Verfahren

Die kognitiv-behavioralen Verfahren stellen bei der Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Menschen - anders als bei anderen psychischen Erkrankungen - keine Alternative zur psychoanalytischen Therapie, sondern in vielen Fällen eine notwendige Ergänzung dar. Dies liegt unter anderem daran, daß die für diesen Patientenkreis charakteristische Tendenz zum Agieren Verhaltensmuster mit höchstem Verstärkerwert etabliert - und dies vor allem dann, wenn es dem Erkrankten gelungen ist, sich eine seiner pathologischen Persönlichkeitsorganisation entsprechende ökologische Nische zu schaffen. Derartige Verhaltensmuster können eine Eigendynamik gewinnen, die eine direktes, direktives Vorgehen erforderlich macht.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Ein instruktives Beispiel, wie ökologischen Nischen für soziopathisches Verhalten entstehen können, bildet die Verwandlung der amerikanischen Suchthilfeorganisation Synanon in eine soziale Sekte. Es begann damit, daß die ursprünglich strikt gewaltfreie Gruppe körperliche Übergriffe zuließ. Älteren Synanon-Mitgliedern wurde erlaubt, junge Delinquente zu schlagen, wenn sie dies für erforderlich erachteten. Die führenden Mitglieder der Gemeinschaft entwickelten Neigungen zu unbegründeten Verdächtigungen und andere paranoide Ideen. An den Toren der Gemeinschaft wurden bewaffnete Wächter postiert. Dederich, der damalige Führer Synanons, zwang alle verheirateten Mitglieder, sich scheiden zu lassen und sich für dreijährige sog. love-matches mit neuen Partnern zu liieren. Alle Männer über 18 mußten sich einer Vasektomie unterziehen. Synanon erklärte sich für unabhängig von den Vereinigten Staaten und versuchte, eine Botschaft in Washington zu eröffnen. Nachdem ein Anwalt, der sich erfolgreich für ehemalige Sektenmitglieder eingesetzt hatte, beinahe von einer Klapperschlagge getötet worden wäre, die man in seinen Briefkasten gesperrt hatte, wurde Dederich verhaftet. Er wurde wegen Anstiftung zum Mord angeklagt. Als Beweismaterial wurde ein Tonband vorgelegt, auf dem Dederich mit Bezug auf den Anwalt geschrien hatte: Tötet den Mann! In den auf diese Tonband-Aufzeichnung folgenden Tagen hatten zwei Synanon-Bewohner die Giftschlange in den Briefkasten des Anwalts plaziert. Ist es möglich, daß der Führer einer Suchthilfeorganisation soziopathische Züge entwickelt oder vielleicht immer schon ein Soziopath war, der sich eine entsprechende ökologische Nische geschaffen hat? Im Falle Dederichs hat sich der Richter offenbar zu dieser Auffassung durchgerungen. Dederich wurde zu einer Gefängnisstrafe verurteilt. Er erhielt die Auflage, sich von Synanon oder anderen Organisationen, die Drogenabhängige rehabilitieren, fernzuhalten. (Vgl. Koyman, Martien: *The Therapeutic Community for Addicts*. Rotterdam, 1992, p. 92 f.)
 Noch Schlimmeres ereignete sich in dem Drogentherapie-Zentrum San Patrignano bei Rimini. Dessen Leiter, Vincenzo Muccioli stand zu Beginn der achtziger Jahre wegen seiner brutalen "Behandlungsmethoden" vor Gericht. Dort räumte er ein, die Patienten "in hartnäckigen Fällen" hin und wieder mit dem Rohrstock zu traktieren oder festzubinden; anders sei gewissen Drogensüchtigen nicht zu helfen. Im März 1993 kam heraus, daß ein Patient, der sich gegen die harten Arbeitsbedingungen in San Patrignano zur Wehr gesetzt hatte, von Muccioli-Helfern zu Tode geprügelt

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen allein, ohne zusätzliche psychoanalytische Behandlung, würden andererseits in vielen Fällen zu einer Perfektionierung der pathologischen Handlungsstrukturen führen, da die Grundstörung nicht angetastet wird. Es müßte damit gerechnet werden, daß die Patienten während der Therapiestunden eine fassadäre pseudo-gesunde Als-ob-Persönlichkeit entwickeln, außerhalb der Behandlung aber weiterhin pathologisch agieren. Daher scheint eine Kombination psychoanalytischer und kognitiv-behavioraler Verfahren das Mittel der Wahl zu sein. Ein ausgezeichneter Überblick zum Einsatz kognitiv-behavioraler Verfahren im Rahmen psychoanalytischer Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen findet sich bei Westen.¹⁰⁸

Pars pro toto möchte ich mich im folgenden auf den Ansatz von Linehan konzentrieren, der im Grunde den "common final pathway" dieser Methoden-Familie markiert:

Linehan hat eine kognitiv-behaviorale Therapie speziell für Menschen mit Borderline-Syndrom entwickelt.¹⁰⁹ Ihre "Dialektische Verhaltenstherapie" (dialectical behavior therapy) ruht auf der theoretischen Voraussetzung, daß Borderline-Persönlichkeiten durch drei zentrale Dichotomien gekennzeichnet sind:

1. Verletzlichkeit versus Verleugnung von Verletzungen;
2. aktive Passivität versus offensichtliche Kompetenz;
3. Überwältigende Krisenstimmung versus gehemmter Groll.

ad 1: Borderline-Patienten neigen einerseits zum hypersensiblen Reagieren auf winzigsten Anzeichen möglicher Kränkungen, andererseits zum Entwerten dieser hypersensiblen Reaktionen.

worden war. Dieser Mord wurde vertuscht, aber nach vier Jahren kam die Wahrheit ans Licht. Zunächst leugnete Muccioli, von dem Vorfall gewußt zu haben, mußte dann aber einräumen, informiert worden zu sein. Insider vermuten, daß es sich hier nicht um einen Einzelfall gehandelt hat. (Vgl. Tagesspiegel, 21. März 1993; Frankfurter Rundschau, 19. März 1993)

Wir wissen, daß viele Drogensüchtige eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur besitzen; gewaltförmige, phantasierte oder agierte Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehungen können demgemäß nicht ausgeschlossen werden. Daß niemand, der zur Projektion sadistischer Überich-Vorläufer neigt, an irgend einer Stelle der Drogentherapie Verantwortung tragen darf, sollte eigentlich selbstverständlich sein. Doch dies ist leider nicht immer selbstverständlich. Vielleicht übt die "ökologische Nische Suchttherapie" auf bestimmte Persönlichkeiten - und hier denke ich nicht nur an aktive Therapeuten - sogar eine Sogwirkung aus. Derartige fügt der Drogentherapie, die insgesamt weltweit mit hervorragenden Ergebnissen aufwarten kann, schwersten Schaden zu, der überhaupt nicht wiedergutzumachen ist. Besonders schlimm ist es, wenn Fachleute, die soziopathische Züge zu erkennen vermögen, dennoch schweigen und warten, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist.

¹⁰⁸ Westen, D.: Cognitive-behavioural interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders, in: Clinical Psychology Review, 11,211-230,1991

¹⁰⁹ Linehan, M.M.: Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method, in: Bulletins of the Memminger Clinic,51,261-276,1987

ad 2: Borderline-Patienten verhalten sich in komplizierten Situationen extem hilflos, erwecken ansonsten aber den Eindruck von Kompetenz.

ad 3: Kleinste Hinweise auf mögliche Bedrohungen können Borderline-Patienten in schreckliche Krisenstimmungen versetzen. Doch wenn diese Stimmung einmal verraucht ist, verhalten sie sich, als sei überhaupt nichts geschehen. Sie sind nicht in der Lage, ihrem Groll über die Bedrohung Ausdruck zu verleihen. (Im übrigen ist dies ein Reaktionsmuster, das für die Opfer sexuellen Mißbrauchs und/oder körperlicher Mißhandlung charakteristisch ist.)

Diesen drei zentralen Dichotomien entsprechen drei Behandlungsstrategien:

1. Die Validierungsstrategie;
2. die Strategie der "geringschätzigen" (irreverent) Kommunikation;
3. die Problemlösungsstrategie.

ad 1: Diese Strategie zielt auf die erste Dichotomie und impliziert ein empathisches Einfühlen in die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung des Patienten.

ad 2: Diese Strategie bezieht sich auf die zweite zentrale Dichotomie und die damit verbundene Tendenz zum Agieren. Der Therapeut muß vermeiden, daß Agieren durch zuviel Aufmerksamkeit zu verstärken. Er ist gehalten, damit "geschäftsmäßig" umzugehen. Wenn sich zum Beispiel ein Patient selbst verletzt, so muß das Pflegepersonal sicherstellen, daß die Verletzung angemessen behandelt wird, ohne die Ursachen dieses Verhaltens zu diskutieren, was dem Patienten einen sekundären Krankheitsgewinn verschaffen würde.

ad 3: Diese Strategie soll den Patienten helfen, sinnvolle Handlungsalternativen zum Ausagieren zu entwickeln. Eine mögliche Methode besteht zum Beispiel darin, die Patienten anzuleiten, sich ihre inneren Monologe in Krisensituationen bewußt zu machen, da diese inneren Monologe ihre Gefühle modulieren.

Das Behandlungsprogramm dauert ein Jahr. Einmal wöchentlich findet eine Einzeltherapie-Sitzung und zweimal wöchentlich Gruppentherapie statt. Die Behandlung ist in 16-wöchige "Module" aufgeteilt. "These modules place a heavy emphasis on experiential learning through formal instruction, modeling, behavioral and cognitive rehearsal, cognitive restructuring, interpersonal feedback, reinforcement, and homework assignment. Each session has a specific focus and goal."¹¹⁰

Im "Modul" zur Entwicklung der Streß-Toleranz zum Beispiel lernen die Patienten, sich selbst durch positive "statements" zu verstärken, ihre Aufmerksamkeit von Streßsituationen abzulenken, stattdessen langfristige Ziele in den Brennpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken, sich auf die positiven Aspekte negativer Situationen zu konzentrieren, den Sinn ihres Leidens zu erkennen, das Leiden als Teil des Lebens zu akzeptieren, zu meditieren, Katastrophen-Gedanken zu reduzieren und auf Vermeidungsverhalten zu verzichten.

¹¹⁰ Aronson, a.a.O., p. 522

Das Behandlungsmanual enthält differenzierte therapeutische Prinzipien für typische Behandlungs-Situationen. "Krisen-Sitzungen" soll der Therapeut zum Beispiel wie folgt bewältigen: Achte mehr auf den Affekt als auf den Inhalt - erforsche das Problem sofort - konzentriere dich auf die Zeit seit dem letzten therapeutischen Kontakt - versuche Schlüsselereignisse zu identifizieren, die die momentane emotionale Reaktion ausgelöst haben - formuliere gemeinsam mit dem Patienten die Problemsituation und fasse sie zusammen - rücke die Problemlösung in den Brennpunkt - gib Ratschläge und unterbreite direkte Vorschläge - sage die Konsequenzen möglicher Handlungsalternativen vorher - konfrontiere den Patienten mit seinen Gedanken bzw. seinem Verhalten - identifiziere die Faktoren, die konstruktive Handlungspläne beeinträchtigen - fokussiere die Affekt-Toleranz - schätze die Suizid-Gefahr ein - usw.¹¹¹

Zusammengefaßt stellt die Dialektische Verhaltenstherapie eine hochstrukturierte, direktive Behandlungsform dar, die den Patienten Problemlösungsstrategien, Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang und Methoden der Gefühlskontrolle vermittelt sowie ihre Strebtoleranz steigert. Eine Kombination dieses Verfahrens mit psychoanalytisch orientierter Psychotherapie dürfte weitgehend problemlos möglich sein. Hier ergeben sich sicher zahlreiche Berührungspunkte, die therapeutisch sinnvoll genutzt werden können. Man denke zum Beispiel an die Verbalisierung gefühlsbezogener innerer Monologe, die einerseits integraler Bestandteil der Dialektischen Verhaltenstherapie ist und andererseits Material ans Licht bringt, daß sinnvoll in die psychoanalytische Behandlung einbezogen werden kann.

Familientherapie

Die Bedeutung der Familientherapie bei der Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten sollte eigentlich "Eulen nach Athen tragen heißen", denn die rein auf den "Symptomträger" bezogene Behandlung psychischer Störungen sollte angesichts unseres Wissens über Handlungssysteme längst obsolet sein. Da die Auswirkungen primitiver Spaltungen auf die Sozialbeziehungen offensichtlich sind, mutet es als Kunstfehler an, wenn die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen darauf verzichtet, das engere soziale Umfeld der Patienten, und hier besonders die Familie, in die Behandlung einzubeziehen. "Diesen Spaltungsvorgängen wird meines Erachtens vor allem im Dreieck Patient-Familie-Arzt viel zu wenig Beachtung geschenkt. Allzuoft erfolgt nämlich die Spaltung derart, daß der Therapeut idealisiert und zum guten Objekt wird, während die Eltern die Bösen sind oder gar verteufelt werden. Wenn diese Spaltung in der Therapie nicht aufgelöst werden kann, ist der therapeutische Mißerfolg sicher, und die Therapie kann unter Umständen äußerst dramatisch, zum Beispiel mit einem Suizid, enden. Denn wie kann ein Patient nach einer Behandlung zu jenen Menschen zurückkehren, von denen er innerlich noch abhängig ist, wenn er sie verteufelt hat."¹¹²

¹¹¹ Linehan, M.M.: Dialectical behavioral therapy for treatment of parasuicidal woman. Treatment manual. Unveröffentlichtes Manuskript. University of Seattle, 1984, p. 27-34

¹¹² Steiner, St.: Zur Therapie der Borderline-Persönlichkeit, in: Schweizerische Rundschau der Medizin (Praxis), 80,8, 1991, Seite 165

Aber auch die Angehörigen müssen mit den Eigenarten des Symptomträger leben lernen. Besonders wichtig ist es, Verteufelungen und Idealisierungen richtig einzuordnen und nicht verstärkend auf sie zu reagieren.

In Familie und Ehe entwickeln sich natürlich nur zu oft interpersonelle, sozusagen institutionalisierte Formen der Abwehr, die sich in der Interaktion der Partner wechselseitig stabilisieren.¹¹³ Was also nützt es, die Neigung des Patienten zu primitiver Abwehr zu bearbeiten, wenn eben diese Tendenz daheim durch Ehepartner bzw. Familienmitglieder reaktiviert wird?

Es geht also darum, "die interaktionell organisierte Abwehr für alle Beteiligten durchsichtig zu machen."¹¹⁴

Bei Patienten mit soziopathischen Zügen bzw. bei echten Soziopathen sind die Familienangehörigen oftmals nicht nur in das Gefüge pathogener Wechselwirkungen verstrickt, sie sind vielmehr auch Opfer ihres kranken Familienmitglieds. Hier denke ich zum Beispiel an körperlich mißhandelte und/oder sexuell mißbrauchte Kinder, verprügelte bzw. vergewaltigte Ehefrauen oder auch nur an die ihrer Eigenwelt beraubten Objekte narzißtischer Fusionen. Derartige Täter-Opfer-Beziehungen erfordern besonderes therapeutisches Fingerspitzengefühl, und dies nicht nur, weil es sich hier um ein Ausagieren handelt, das unter Umständen auch strafrechtlich gewürdigt werden muß.

Es ist durchaus denkbar, daß der therapeutische Prozeß, zumal in stark regressiven Phasen, Ausagieren im Sinne einer Gefährdung der Angehörigen stimuliert.

Andererseits sind Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen häufig selbst Opfer familiärer Gewalt oder sexuellen Mißbrauchs durch Familienangehörige. Ob nun Täter oder Opfer, in jedem Fall gilt: "... it is clear that one of the least useful interventions is to ignore the issue of abuse."¹¹⁵

Leider ist die familientherapeutische Literatur doch sehr arm an expliziten Arbeiten zur Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen; andererseits können die familientherapeutischen Standardmethoden natürlich sehr gut auch für diesen Patientenkreis genutzt werden. Eine auch nur cursorische Darstellung dieser Verfahren verbietet sich in diesem Zusammenhang; sie werden als bekannt vorausgesetzt.

Psychopharmakologische Behandlung

Wer, besonders im Rahmen einer psychoanalytisch orientierten Therapie schwer persönlichkeitsgestörter Menschen, Psychopharmaka einsetzt, muß sich natürlich fragen, welche Auswirkungen die Medikation auf die Übertragung haben könnte. Getreu einem "mainstream" des psychoanalytischen Denkens über Borderliner konzipiert Brockman den Psychotherapeuten als "container" der Aggression und Wut des Patienten und folgert: "In a situation where intense rage and paranoia are being contained, gross distortion is probable. And thus the physician's instructions to the

¹¹³ vgl. Mentzos, Stavros: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1976

¹¹⁴ ebenda, Seite 108

¹¹⁵ Nehls, Nadine & Ronald J. Diamond: Developing a Systems Approach to Caring for Persons with Borderline Personality Disorder, in: Community Mental Health Journal, 29,2,1993, p. 166

patient to take medication can be experienced by the patient as a sadistic assault by someone who is ambivalently valued and loved, and therefore an assault that must be defended again in nonobvious ways. A transference meaning is given to medication, and this effect may be crucial."¹¹⁶

Entlang den Traditionslinien einer biologischen Psychiatrie könnte man diese "transference meaning" ignorieren und die Medikation der jeweiligen Symptomatik des Patienten anpassen; im Rahmen einer psychoanalytisch orientierten Therapie ist die Auswirkung der Medikation auf die Übertragung entscheidender als die Symptom-Linderung. Daraus darf nicht der Schluß gezogen werden, es sei besser, in jedem Fall auf eine begleitende psychopharmakologische Behandlung zu verzichten - was sich weder theoretisch, noch empirisch rechtfertigen ließe. Der analytische Therapeut darf aber die Medikation nicht "naiv" an den "zuständigen" Psychiater delegieren - in der wohlmeinenden Überzeugung, diese schaffe in dem einen oder anderen Fall zwar die Voraussetzung für die Behandlungsfähigkeit der Patienten, sei ansonsten aber kein zentrales Thema des analytischen Prozesses.

Generell tendieren Borderline-Patienten dazu, Medikamente entweder als Angriff zu interpretieren oder mit ihnen unrealistische Hoffnungen zu verbinden - dabei kann die eine Fehlhaltung durchaus im raschen Wechsel durch die andere abgelöst werden. Wir erkennen hier natürlich den primitiven Abwehrmechanismus der Idealisierung/Verteufelung, so daß der Einsatz von Psychopharmaka einerseits die Ich-Funktionen stärken (erwünschte, "biologische" Hauptwirkung), andererseits aber auch extrem regressive Entwicklungen auslösen kann (unerwünschte, psychodynamische Nebenwirkung). Es versteht sich von selbst, daß diese Nebenwirkungen auch das Erleben der physischen und psychosomatischen Nebenwirkungen beeinflußt.

Für den stationären Rahmen empfehlen Swenson und Wood folgendes Vorgehen bei der kombinierten psychotherapeutisch/psychopharmakologischen Behandlung von Borderline-Patienten:

1. Die diagnostische Phase sollte klar von der Behandlungsphase getrennt werden. Eventuellen Versuchen des Patienten, die diagnostische Phase durch provozierendes Verhalten zu beeinflussen, sollte das Team Widerstand entgegensetzen. Dem Patienten muß unmißverständlich klargemacht werden, daß nun die Diagnostik und nur die Diagnostik auf der Tagesordnung steht. Das Ende der diagnostischen Phase sollte exakt bestimmt und dem Patienten mitgeteilt werden.
2. Das Ergebnis der Diagnose sollte einen Therapieplan mit überschaubaren Zielen und "Verträgen" begründen.
3. Während der diagnostischen Phase dürfen keine Medikamente verabreicht werden; ebenfalls darf in dieser Zeit keine psychotherapeutische Behandlung erfolgen.

¹¹⁶ Brockman, Richard: Medication and Transference in Psychoanalytically Oriented Psychotherapy of the Borderline Patient, in: Psychiatric Clinics of North America, 13,2,1990, p.290

4. Falls keine Indikatoren für starke biologische Faktoren vorliegen, sollten Medikamente, wenn überhaupt, nur als begleitende Maßnahme eingesetzt werden, um die Behandlung zu erleichtern.

5. "If the biologic factor ist weighted more heavily, the team should plan on systematic, vigorous, sequential medication trials. The psychotherapy and the milieu treatment should be devoted to this task, should be 100 percent behind it, and should support and encourage the patient to stay the course, maintain hope, be compliant about taking medication, try to endure and manage side effects, and learn about the manifestations and management of the disorder."¹¹⁷

Swenson & Wood empfehlen also, bei der Behandlung von Borderline-Patienten, je nach Diagnose, entweder einen überwiegend psychotherapeutischen oder einen überwiegend pharmakologischen Ansatz zu verfolgen und nicht beides zu vermischen. Wengleich diese Empfehlung der Plausibilität nicht entbehrt, dürfte sie in der Praxis nicht leicht zu realisieren sein.

Da manche Psychoanalytiker bzw. Psychotherapeuten Psychopharmaka aus ideologischen Gründen ablehnen, sind manche Patienten mit derartigen Vorerfahrungen entsprechend konditioniert: "Their patients, having been programmed by this mode of therapy, had grown hostile to the very idea of using medications, as though that meant they were crazy or unsophisticated or low class."¹¹⁸

Dies als "Übertragung" zu deuten, wäre in der Regel sicher falsch. Wahrscheinlich ist es in einer derartigen Situation das beste, die Vor- und Nachteile einer medikamentösen Behandlung offen mit den Patienten zu besprechen und auch die mitunter gegebene Gefahr irreversibler Folgeschäden ebenso wenig zu verschweigen wie die Risiken eines Verzichts auf die Medikation. Dieses Gespräch muß unbedingt außerhalb eines psychotherapeutischen Bezugsrahmens in einer nüchtern-informativen Atmosphäre stattfinden. Falls dieser Weg der Überzeugung nicht zum Erfolg führt, ist es in der Regel besser, die Symptomatik, gegen die Medikamente eingesetzt werden sollten, mit verhaltenstherapeutischen Mitteln zu behandeln.

¹¹⁷ Swenson, Charles R. & Marcia Johnson Wood: Issues Involved in Combining Drugs with Psychotherapy for the Borderline Inpatient, in: Psychiatric Clinics of North America, 13,2,1990, p.304

¹¹⁸ Stone, Michael H.: Treatment of Borderline Patients: A Pragmatic Approach, in: Psychiatric Clinics of North America, 13,2,1990, p.282

Probleme der Diagnostik

Es mag überraschen, daß die Probleme der Diagnostik am Schluß dieser konzeptionellen Vorüberlegungen thematisiert werden. Dies hat jedoch, wie ich meine, einen einleuchtenden Grund. Allein schon die Begriffe "schwere Persönlichkeitsstörungen" oder "frühe Störungen" lassen ihre Herkunft aus der psychoanalytischen Gedankenwelt erkennen. Andererseits würden sich wohl die meisten verhaltenstherapeutisch orientierten Forscher vermutlich weigern, mit einem derart diffusen Konzept wie "Borderline" überhaupt zu arbeiten.

Zwar existieren psychiatrische Klassifikationssysteme, die verschiedene Syndrome aus dem Bereich der schweren Persönlichkeitsstörungen relativ präzise abgrenzen; dies geschieht jedoch überwiegend auf der symptomatischen Ebene. Wer aber die Fluktuation der Symptome, die für diese Störungen charakteristisch sind, angemessen berücksichtigt, mag den Wert einer rein symptomorientierten Diagnostik bezweifeln.

Aus diesen Gründen erschien es mir sinnvoll, zunächst das Spektrum der schweren Persönlichkeitsstörungen und ihrer Therapie anhand meist neuerer Literatur - akzentuierend und überwiegend aus psychoanalytischer Sicht - darzustellen, um so einen Begriffsapparat zu erarbeiten, der diagnostische Formalismen mit psychologischem Inhalt zu erfüllen vermag.

Bereits in den einführenden Passagen zu diesem Text habe ich mit Modestin die begrifflich-definitiven Schwierigkeiten im Bereich der Diagnose schwerer Persönlichkeitsstörungen am Beispiel des Borderline-Syndroms demonstriert. Die Diagnostik wird aber nicht nur durch die Vagheit und Theorie-Abhängigkeit der einzelnen Syndrome, sondern auch durch zahllose Überschneidungen und Mischformen kompliziert.

Die in unserem Zusammenhang vordringliche Frage aber, ob nämlich ein Patient stationär behandelt werden sollte, dürfte auch ohne besondere diagnostische Raffinesse mit Frieda Fromm-Reichmann in etwa wie folgt zu beantworten sein: Wenn ein Patient aufgrund schwerer selbst- bzw. fremdschädigender Verhaltenstendenzen kontinuierlich ärztlich beaufsichtigt werden muß, dann ist er in jedem Fall stationär zu behandeln. Wenn ein Patient ohne derartige Neigungen von einer stationären Behandlung zwar profitieren könnte, sich durch diese jedoch stigmatisiert fühlt, dann ist eine ambulante Behandlung angezeigt. Bei Patienten aber, die von sich aus in eine stationäre Behandlung drängen, ohne daß dies unzweifelhaft indiziert wäre, muß der Arzt im Einzelfall Vor- und Nachteile abwägen und im Einvernehmen mit dem Patienten eine optimale Lösung suchen.¹¹⁹

Wenn diese grundlegende Fragen der Indikation stationärer Psychotherapie beantwortet sind, muß nach "Verdachtsmomenten" geforscht werden, ob eine schwere Persönlichkeitsstörung gegeben ist, und wenn ja, durch welche Besonderheiten sie sich auszeichnet. Dabei ist zu bedenken, daß Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und hier besonders Borderline-Patienten oftmals durch eine Vielzahl fluktuierender neurotischer Symptome gekennzeichnet sind, die leicht zu einer Fehldiagnose verführen können. "Die endgültige Diagnose hängt in

¹¹⁹ vgl. Fromm-Reichmann, Frieda: Principles of intensive psychotherapy. The University of Chicago Press, 1950

jedem Fall nicht von der deskriptiven Symptomatik ab, sondern vom Nachweis der charakteristischen Ich-Störung."¹²⁰

Kernberg¹²¹ benennt die folgenden "borderline-verdächtigen" Indikatoren:

- chronische, diffuse, frei flottierende Angst;
- Polyphobien;
- ichtontone Zwangssymptome mit der Qualität überwertiger Ideen oder Handlungen;
- multiple, besonders ausgestaltete oder bizarre Konversionssymptome;
- dissoziative Reaktionen (hysterische Dämmerzustände, Fugue-Zustände sowie Amnesien in Verbindung mit Bewußtseinstörungen;
- Hypochondrie;
- polymorph-perverse Tendenzen im Sexualverhalten;
- paranoide und hypochondrische Züge bei ansonsten symptomneurotischen Zustandsbildern;
- paranoide, schizoide, hypomanische Persönlichkeitszüge;
- Impulsneurosen und Suchten;
- Infantilität;
- bestimmte narzißtische Störungen;
- antisoziale Persönlichkeitszüge;
- triebhafte Charakterzüge sensu Reich;
- Als-Ob-Persönlichkeiten (Deutsch);
- sich selbst verstümmelnde Persönlichkeiten;
- ein bestimmter Typ der Depression, der mit ohnmächtiger Wut oder Gefühlen der Hilflosigkeit beim Zusammenbruch eines idealisierten Selbstkonzepts verbunden ist.

Folgt man Kernberg, so erstreckt sich das Borderline-Syndrom über ein sehr weites Feld im Übergangsbereich zwischen Neurose und Psychose.

Leichsenring und Ardjomani konnten empirisch nachweisen, daß die diagnostische Validität dieser "Verdachtsmomente" sehr hoch liegt, wenn ein Patient als Borderline diagnostiziert wird, sofern mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sind. Die diagnostische Validität ist dann mit anderen gängigen Verfahren wie zum Beispiel dem DSM-III vergleichbar und liegt zwischen 76 bis 89 Prozent.¹²²

Das DSM-III unterscheidet zwei Typen der "Borderline-Disorder", nämlich die Borderline-Personality-Disorder" sowie die "Schizotypal Disorder". Rosenberger & Miller konnten empirisch belegen, daß es sich bei diesen Subtypen in der Tat um statistisch distinkte Subtypen der Borderline-Erkrankung handelt, die aber dennoch wichtige Überschneidungen aufweisen: "... the presence of cognitive and perceptual distortion is common to all borderline definitions."¹²³

Auch andere Forscher fanden mehr oder weniger subtile Unterschiede zwischen diesen Subtypen:

¹²⁰ Kernberg, Otto F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt a.M. (Suhrkamp), 1983, S. 25

¹²¹ vgl. Leichsenring, Falk & Mohammad E. Ardjomandi: Gibt es borderline-verdächtige Symptome?, in: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik, 28,29-39, 1992

¹²² ebenda

¹²³ Rosenberger, Patricia H. & Gregory A. Miller: Comparing Borderline Definitions: DSM-III Borderline and Schizotypal Personality Disorders, in: Journal of Abnormal Psychology, 1989, 98, 2, 161-169, Zitat p. 168

"The study has shown that female alcoholic patients with the comorbidity of DSM-III borderline and schizotypal disorders seem to differ from patients with pure DSM-III borderline personality disorder, both in family background, life history, working capacity, degree of psychopathology, additional axis I disorders, relationship to affective disorders, and social network. They also differ somewhat in their drinking career."¹²⁴

Es ist hier nicht der Ort, nuancierte Studien zur Diagnostik der verschiedenen Syndrome im Bereich der schweren Persönlichkeitsstörungen zu referieren. Das mir vorliegende Material erlaubt den Schluß, daß die schweren Persönlichkeitsstörungen mit den vorhandenen Hilfsmitteln recht gut von den Neurosen und Psychosen abgegrenzt werden können, wohingegen die interne Differenzierung oftmals schwierig ist und die Unterschiede nicht selten praktisch weniger bedeutsam sind, also eher akademische Interessen befriedigen.

Für die Praxis dürften, sofern eine schwere Persönlichkeitsstörung vorliegt, vor allem folgende Fragen relevant sein:

- Weist der Patient soziopathische Züge auf, neigt er zu fremdschädigendem Verhalten?
- Neigt der Patient zu selbstschädigendem Verhalten, ist er suizidal?
- Ist der Patient rauschmittelabhängig oder tendiert er zum Substanzmißbrauch?
- Benötigt der Patient eine medikamentöse Therapie?
- Welche Form der Ich-Störung liegt vor?
- Wie ist die Ich-Stärke des Patienten zu beurteilen?
- Durch welche Merkmale zeichnen sich die Objektbeziehungen des Patienten aus?
- In welcher Weise wirkt sich das soziale Umfeld auf den Krankheitsverlauf aus?
- Wie können Eltern/Partner in die Behandlung einbezogen werden?
- In welchem Ausmaß ist der Patient gruppentherapie-fähig?

Dies ist natürlich keine vollständige Liste der relevanten Fragen; eine derartige Liste muß vielmehr fallspezifisch ergänzt werden.

¹²⁴ Vaglum, Sonja & Per Vaglum: Comorbidity for Borderline and Schizotypal Disorders, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1989, 177, 5, 79-84, Zitat p. 83

Literaturverzeichnis

- Arlow, Jacob A. & Charles Brenner: Grundbegriffe der Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1976
- Arlow, Jacob B.: Methodology and Reconstruction, in: *Psychoanalytic Quarterly*, LX, 1991, p. 539-563
- Aronson, Thomas A.: A Critical Review of Psychotherapeutic Treatments of the Borderline Personality. Historical Trends and Future Directions, in: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 9, 1989, p.511-528
- Balint, Michael: *Therapeutische Aspekte der Regression*. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1973
- Battegay, Raymond: *Die Hungerkrankheiten*. Frankfurt am Main (Fischer) 1989
- Blos, P.: The concept of acting out in relation to the adolescent process, in: *Journal of Academical Child Psychiatry*, 2, 118-143, 1963
- Brockman, Richard: Medication and Transference in Psychoanalytically Oriented Psychotherapy of the Borderline Patient, in: *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 2, 1990, p. 287-295
- Bryer, Jeffrey B. et al.: Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness, in: *American Journal of Psychiatry*, 144:11, 1987, p.1426-30
- Castaneda, Carlos: *Das Feuer von innen*. Frankfurt a.M. (Fischer) 1986
- Deutsch, H.: Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia, in: *Psychoanalytical Quarterly*, 1942, 11, 310-321
- Dulit, Rebecca A. et al.: Substance Use in Borderline Personality Disorder, in: *American Journal of Psychiatry*, 147, 8, 199, p. 12-7
- Edwards, Alan: Borderline states - Disorders of the self, in: *Journal of Analytical Psychology*, 1993, 38, 87-91
- Erikson, Erik H.: *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1991
- Fast, Irene: Multiple identities in borderline personality organization, in: *British Journal of Medical Psychology*, 1974, 47, 291-3
- Fingarette, H.: *Self-deception*, London (Routledge & Kegan), 1977
- Fonagy, Peter: Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, in: *International Journal of Psychoanalysis*, 1991, 72, p. 639-56
- Fonagy, Peter: Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, in: *International Journal of Psycho-Analysis*, 1991, 72, 639, 639-656
- Frankfurter Rundschau, 19. März 1993, Horst Schlitter: Ein Mord schreckt das Therapiezentrum auf
- Freud, S.: *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*, in: *GW Bd. 1*, S.125-136
- Fromm-Reichmann, Frieda: *Principles of intensive psychotherapy*. The University of Chicago Press, 1950
- Gunderson, John G. et al.: Early Discontinuance of Borderline Patients from Psychotherapy, in: *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 177, 1, 38-42, 1989
- Gutheil, Thomas G.: Borderline Personality Disorder, Boundary Violations, and Patient-Therapist Sex: Medicolegal Pitfalls, in: *American Journal of Psychiatry*, 146, 5, 1989, p.597-62
- Hellman, Jesse M.: Alcohol Abuse and the Borderline Patient, in: *Psychiatry*, Vol. 44, Nov. 1981, p. 307-317

- Higgit, Anna & Peter Fonagy: Psychotherapy in Borderline and Narcissistic Personality Disorder, in: *British Journal of Psychiatry*, 161, 1992, p. 23-43
- Hilpert, H.: Über den Beitrag der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie, *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 29, 28-36, 1983
- Hoffmann, S.O. & G. Hochapfel: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. Stuttgart (Schattauer) 1991
- Hoffmann, S.O. & G. Hochapfel: Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart (Schattauer), 1991
- Janssen, P.L.: Dissozialität als Symptom bei Patienten mit Borderlinestruktur, in: Payk, Th.R. (Hrsg.): Dissozialität. Psychiatrische und forensische Aspekte. Stuttgart (Schattauer), 1992
- Jeanneau, M. & Bengt-Ake Armelius: Linguistic characteristics of neurotic, borderline and psychotic personality organization, in: *Scandinavian Journal of Psychology*, 1993, 34, p. 64-75
- Kavaler-Adler, Susan: Object Relations Issues in the Treatment of the Preoedipal Character. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 53, 1, p.19-35, 1993
- Kernberg, Otto F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt (Suhrkamp), 1978
- Kernberg, Otto F.: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart (Clett-Cotta) 1988
- Koyman, Martien: The Therapeutic Community for Addicts. Rotterdam, 1992
- Laplanche, J & Pontalis, J.B.: Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a.M., 1972
- Leichsenring, Falk & Mohammad E. Arjomandi: Gibt es borderline-verdächtige Symptome?, in: *Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik*, 28, 29-39, 1992
- Linehan, M.M.: Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method, in: *Bulletins of the Memminger Clinic*, 51, 261-276, 1987
- Linehan, M.M.: Dialectical behavioral therapy for treatment of parasuicidal woman. Treatment manual. Unveröffentlichtes Manuskript. University of Seattle, 1984, p. 27-34
- Lorenzer, Alfred: Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1972
- Masterson, James F., John Baiardi, Richard Fischer & Candace Orcutt: Psychotherapy of Borderline and Narcissic Disorders in the Adolescent: Establishing a Therapeutic Alliance, in: *Adolescent Psychiatry*, 18, 3-25, 1992, p. 3-25
- Masterson, James F.: Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Stuttgart (Klett-Cotta) 1980
- Mende, W.: Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen, in: *Nervenarzt*, 38, 546, 1967
- Mentzos, Stavros: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1976
- Meyer, A.E., R. Richter, K. Grawe, J.M. Graf v.d. Schulenburg, B. Schulte: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg 1991
- Mitscherlich, Alexander: Aggression und Anpassung, in: Marcuse, Herbert u.a.: Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1968, Seite 91-127
- Modestin, J.: Nosologische Konzepte von Borderline-Störungen, in: *Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS)*, 8, Nr. 8, 1991, p. 169-172
- Nace, Edgar P., James J. Saxon & Neal Shore: A Comparison of Borderline and Nonborderline Alcoholic Patients, in: *Archives of General Psychiatry*, Vol 4, Jan. 1983, p. 54-56

- Kolb JE & Gunderson JG: Diagnosing borderline patients with a semistructured interview, in *Archives of General Psychiatry*, 198, 37, p. 37-41
- Nehls, Nadine & Ronald J. Diamond: Developing a Systems Approach to Caring for Persons with Borderline Personality Disorder, in: *Community Mental Health Journal*, 29, 2, 1993, p. 161-72
- Ornstein, R.: *Multimind*. Paderborn (Junfermann) 1990
- Ploeger, Andreas: *Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie*. Stuttgart (Thieme) 1972
- Poldrugo, Flavio & Bruno Forti: Personality disorders and alcoholism treatment outcome, in: *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 1988, 171-176
- Rauchfleisch, Udo: Zur Entwicklung und Struktur des Überich bei dissozialen Persönlichkeiten, in: Battegay, Raymond (Hrsg.): *Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie*. Bern (Huber) 1981, Seite 210-228
- Report of Study-Tour on DAYTOP Village Inc., New York, U.S.A. NGO-ANCC, Bangkok, Thailand, 1989
- Rohde-Dachser, Christa: *Das Borderline-Syndrom*. Bern (Huber) 1979
- Rosenberger, Patricia H. & Gregory A. Miller: Comparing Borderline Definitions: DSM-III Borderline and Schizotypal Personality Disorders, in: *Journal of Abnormal Psychology*, 1989, 98, 2, 161-169
- Salvendy, John T.: Der Borderline-Patient in der Gruppe: Grundsätzliche Erkenntnisse, in: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 28, 349-355, 1992
- Sandler, Joseph mit Anna Freud: *Die Analyse der Abwehr*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1989
- Saunders, Eleanor A. & Frances Arnold: A Critique of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline Psychopathology in Light of Findings about Childhood Abuse, in: *Psychiatry*, Vol. 56, May 1993, p. 188-23
- Skodol, A., Buckley, P. & Charles, E.: Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality?, in: *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171,45-51,1983
- Steiner, St.: Zur Therapie der Borderline-Persönlichkeit, in: *Schweizerische Rundschau der Medizin (Praxis)*, 8, 8, 1991, Seite 162-68
- Stone, Michael H.: Treatment of Borderline Patients: A Pragmatic Approach, in: *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 2, 1990, p.265-85
- Streeck, Ulrich: Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung, in: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 37, 3-13, 1991
- Swenson, Charles R. & Marcia Johnson Wood: Issues Involved in Combining Drugs with Psychotherapy for the Borderline Inpatient, in: *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 2, 1990, p. 297-306
- Swirsky-Sacchetti, Th., Gregg Gorton, Steven Samuel, Richard Sobel, Ann Genetta-Wadley & Barbara Burleigh: Neuropsychological Function in Borderline Personality Disorder, in: *Journal of Clinical Psychology*, May 1993, Vol. 49, No. 3, p. 385-96
- Tagesspiegel, 21. März 1993: Leiter eines angesehenen Drogenzentrums im Zwielficht
- Thomä, Helmut & Horst Kächele: *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. I. Berlin (Springer-Verlag) 1985
- Tousignant, M. & Viviane Kovess: Borderline Traits Among Community Alcoholics and Problem-Drinkers: Rural-Urban Differences, in: *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 34, Nov. 1989, p. 796-9
- Vaglun, Sonja & Per Vaglun: Comorbidity for Borderline and Schizotypal Disorders, in: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989, 177, 5, 79-84
- Westen, D.: Cognitive-behavioural interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders, in: *Clinical Psychology Review*, 11, 211-23, 1991

Wöller, Hildegunde: Vom Vater verwundet. Töchter der Bibel. Stuttgart (Kreuz-Verlag) 1991,
Zanarini, Mary C., John G. Gunderson & Frances R. Frankenburg: Cognitive Features of Borderline Personality Disorder, in: American Journal of Psychiatry, Januar 1990, p. 57-62