



# Die psychoanalytisch begründete ambulante Behandlung von Borderline-Patienten

**Jochen Lellau**

Michael-Balint-Institut Hamburg

## *ZUSAMMENFASSUNG*

Seit den 1940-er Jahren beschäftigen sich Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker mit den zunächst als Grenzfälle, später als Borderline-Fälle bezeichneten psychopathologischen Strukturbildungen, die für theoretische Schwierigkeiten sorgten, weil sie weder unter der Perspektive einer neurotischen noch einer psychotischen Krankheitslehre angemessen zu erfassen waren. Verschiedene Autoren, insbesondere Herbert A. Rosenfeld, legten grundlegende Arbeiten zum besseren Verständnis dieser Fälle vor. Anfang der 1970-er Jahre versuchte Kernberg, die bis dahin veröffentlichten unterschiedlichen psychoanalytischen Beobachtungen und Theorieansätze unter einer umfassenden Perspektive zusammenzubringen, wobei er vor allem trieb-psychologische, ich-psychologische und objektbeziehungstheoretische Annahmen im Sinne der Kleinschen Schule aufeinander zu beziehen versuchte. In der Folge baute er seine Theoriebildung zum Thema Borderline weiter aus, während parallel zu seinen Untersuchungen sowohl ältere als auch neuere psychoanalytische Ansätze weiter verfolgt wurden. Heute ist die psychoanalytische Literatur zum Thema unübersehbar geworden. Im folgenden Aufsatz soll der Versuch unternommen werden, eine grobe Orientierung über die aktuell vertretenen und praktizierten psychoanalytisch begründeten therapeutischen Umgangsweisen mit dem Problem Borderline darzustellen.

Hierzu werden beispielhaft fünf verschiedene und in ihrer psychotherapeutisch-kulturellen Umgebung jeweils einflussreiche US-amerikanische, britische und deutsche Behandlungsansätze (Rosenfeld, Kernberg, Bateman u. Fonagy, Rohde-Dachser, Streeck u. Leichsenring) beschrieben und die Unterschiede in den Behandlungsverfahren auf die ihnen jeweils zugrunde liegenden theoretischen Grundannahmen zurückzuführen versucht. Die Arbeit geht von der These aus, dass es wichtig ist, sich nicht in Technik-Fixierungen zu verlieren, sondern als Psychoanalytiker "die für die Ich-Funktionen des Patienten günstigsten Bedingungen" (Freud 1937c, S. 96) zu schaffen; dazu sind alle hier vorgestellten Modelle auch bei kritischer Würdigung lehrreich. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Behandlungskonzepten wird um die Beschreibung eigener Erfahrungen in der Behandlung mit der Klientel ergänzt.

Seit Mitte der 1970er Jahre wurden auf der Grundlage psychoanalytischer Theoriebildungen spezialisierte Verfahren für die Behandlung von Borderline-Patienten entwickelt. Jedes dieser Verfahren begründet seine eigene Spezifität mit einer jeweils unterschiedlichen theoretischen Akzentuierung des Borderlinegeschehen. Ich möchte in meiner Arbeit einen – wie ich hoffe repräsentativen - Überblick über die Vielfalt der Behandlungsansätze geben. Dabei beziehe ich mich auf eigene Erfahrungen mit der Vielfalt des Borderline-Geschehens und vertrete die Auffassung, dass die Inhomogenität der Krankheitsbilder eine flexible technische Haltung und bei jedem neuen Fall die Suche nach der für den Patienten geeigneten Behandlungsweise fordert.

Ich schlage eine Aufteilung der verschiedenen psychoanalytisch begründeten therapeutischen Haltungen in zwei Gruppen vor, die Gruppe der offenen und die Gruppe der geschlossenen Behandlungsansätze (vgl. Volkan 2011, S.242). Unter „offen“ verstehe ich eine therapeutische Haltung, die sich dem Borderline-Patienten zunächst wie jedem anderen Patienten in der ambulanten psychoanalytischen Behandlung nähert und keine spezialisierte Behandlungstechnik für erforderlich hält. Die handlungsleitende Methode ist die abstinente Verwendung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und die Beobachtung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens, das sich im unmittelbaren Kontakt zwischen Patient und Analytiker entfaltet. Vertreter dieses Ansatzes sind z.B. Wurmser oder Green oder die kleinianischen und neo-kleinianischen Autoren, z.B. Rosenfeld und Steiner. Unter „geschlossen“ verstehe ich eine therapeutische Haltung, die den

Borderline-Patienten nicht nur als Patienten eigener Art betrachtet, sondern auch überzeugt ist, dass dieser Patient wegen seiner psychodynamischen Besonderheiten eine besondere Form der Behandlung benötigt, die sich mehr oder weniger deutlich von der klassischen psychoanalytischen Behandlungseinstellung unterscheidet. Vertreter dieses Ansatzes sind vor allem Kernberg, Rohde-Dachser oder in jüngerer Vergangenheit Fonagy und Mitarbeiter.

Ich will kurz meine Sicht auf das Problem umreißen. Ich spreche von Borderline dann, wenn ich im Patientenkontakt mit einer manifesten Strukturverwirrung konfrontiert werde, d.h. mit ständigen Stimmungsschwankungen, ständig wechselnden Charaktermasken, plötzlichen Dekompensationen, die schnell wieder scheinbar behoben sind, impulsiver Affektivität, Pseudo-Stabilität i. S. der Als-ob-Persönlichkeit nach H. Deutsch (1934), Wechsel zwischen Hypersexualität und Sexualekel. Ich spreche von Borderline, wenn es dem Patienten im Stundenverlauf nicht gelingt, zu mir eine konsistente Einstellung, Beziehung oder Kontakt herzustellen. Die Inkonsistenz kann offensichtlich oder subtil sein. Veränderungen in Richtung von Konsistenz sind Indikatoren für Therapieerfolg. Die Struktur ist eine latente, hinter dem Chaos liegende, und kann erst im Behandlungsverlauf allmählich erschlossen werden. Aber: Die Patienten haben eine Struktur. Green betont: „Die Erfahrung hat gelehrt, dass ... die Grenzfälle trotz oder wegen ihrer Instabilität paradoxerweise recht stabile Strukturen darstellen und dass es ganz ungewöhnlich ist, sie auf Dauer in noch schwerere psychopathologische Organisationen ableiten zu sehen. ... Der Bezug zwischen Hysterie und Grenzfällen ist intuitiv gerechtfertigter als der ursprünglich ins Spiel gebrachte zwischen Grenzfällen und erwiesener Psychose“ (Green 1997, S.1194).

## **Die Tolerierung von Libido und Destruktivität.**

Ich beginne mein Referat mit der Darstellung der offenen Behandlungshaltung. In der fast unüberschaubaren Fülle der psychoanalytischen Literatur zum Borderlineproblem kommt nach meiner Einschätzung einem Aufsatz von Rosenfeld aus dem Jahre 1971 besondere Bedeutung zu, in dem er seinen Begriff des destruktiven Narzissmus - in Fortführung des Kleinschen Begriffs der manischen Abwehr - erläutert. Diese Arbeit wirkte weit über den kleinianischen Kreis hinaus und beeinflusste insbesondere Kernbergs theoretische Konzeptualisierung des Borderlinebegriffes. Anklänge finden sich auch in Greens Arbeit über den

Todestrieb (Green, 1984, zitiert nach Rosenfeld, 1987, S. 36). Der Begriff des destruktiven Narzissmus ist wichtig, weil er die besonderen Schwierigkeiten, die sich bei der Behandlung von Borderline-Patienten ergeben, auf eine Besonderheit der psychischen Strukturbildung zurückführt und Erklärungsansätze für bestimmte typische Gegenübertragungsprobleme der Behandler anbietet. Rosenfeld beschreibt die Tragik von Menschen, die sich in Anwesenheit des Objektes vollständig allein fühlen und deren Lebensgefühl von einer umfassenden Angst bestimmt wird. Für die Patienten geht es um die Abwehr und Beherrschung dieser existentiellen Angst, die sie von innen zu zersprengen droht. Das „Agieren“ ist ein Versuch eines aktiven Handelns, mit Hilfe der Projektion eines Teiles der inneren Welt in die äußere. Die Angst ist furchtbar: „Liebe ist nichts, Angst ist alles, die Angst zu leben“ (Pär Lagerkvist, 1916). Das Agieren der undifferenzierten Affektzustände, die dieser Angst zu Grunde liegen, dient der vorübergehenden Stilllegung der erschütternden Konfusion, und ist zugleich immer auch ein Mittel der Kommunikation mit den wichtigen Objekten, die in infantiler Weise in Haftung genommen werden sollen, für den Patienten die unerträgliche Spannung zu lösen. Der Kranke selbst sieht sich dazu außerstande. Dostojewski beschrieb in seinem Spieler-Roman ein Borderlinepaar, den Spieler und dessen Freundin Polina, die nicht voneinander lassen und nicht miteinander leben können. An einer Stelle sagt sie zu ihm: „Sie sagten mir das letzte Mal auf dem Schlangenberg, Sie seien sogar bereit, sobald ich es nur wünschte, sich mit dem Kopf voran von der Terrasse drüben hinabzustürzen, die Terrasse ist aber dort, glaube ich, an tausend Fuß hoch. Nun, irgendwann einmal werde ich diesen Wunsch aussprechen, und zwar einzig um zu sehen, wie Sie ihn erfüllen. Und ich versichere Sie, dass ich charakterfest sein werde. Sie sind mir verhaßt, sind es mir eben deshalb, weil ich Ihnen so viel erlaubt habe, und sind mir noch verhaßter, weil ich Ihrer Hilfe so dringend bedarf“ (Piper, München, 1986, S.19f). Damit wird das Dilemma des Borderline-Patienten benannt, der seine Objekte nicht besetzen kann bzw. entstehende Objektbeziehungen, wie Rosenfeld darstellt, zerstören muss, weil die Objektbeziehung selbst Angst auslöst.

Freud (1940e) hatte in der Einführung des Narzissmus geschrieben: „Von hier aus mag man es...wagen, an die Frage heranzutreten, woher denn überhaupt die Nötigung für das Seelenleben rührt, über die Grenzen des Narzissmus hinauszugehen und die Libido auf Objekte zu setzen. Die...Antwort würde wiederum sagen, diese Nötigung trete ein, wenn die Ichbesetzung mit Libido ein gewisses Maß überschritten habe. Ein starker

Egoismus schützt vor Erkrankung, aber endlich muss man beginnen zu lieben, um nicht krank zu werden, und muss erkranken, wenn man infolge von Versagung nicht lieben kann“ (S.151f). Die Patienten, die uns hier interessieren, verweigern mit einem Teil ihrer Persönlichkeit diesen Wechsel in die Objektbeziehung. Sie versuchen eine narzisstische Position aufrechtzuerhalten, die Freud als „unangreifbare Libidoposition“ (a.a.O., S.155) bezeichnet hatte.

Rosenfeld beschreibt Patienten, die versuchen, über die Bildung einer gewalttätigen, überheblichen, verachtenden Phantasie in einer omnipotenten Weise ihre Abhängigkeit von den Objekten zu verleugnen. Die teilweise Zerstörung der Objekte verspricht einverleibenden Besitz und die Unmöglichkeit der Enttäuschung. Der Patient konstruiert sich eine differenzierte innere Welt, in der er der Diktator ist, sich über Objektbeziehungen hinwegsetzt und autark bleibt. Gelingt es ihnen nicht, unvermeidliche Objektbeziehungen unter ihre vollständige Kontrolle zu bringen, droht ihnen die pathologische Entgleisung. Diese Menschen haben nicht die Erfahrung gemacht, dass sich Objektbeziehungen für sie lohnen: Entweder, weil ihre innere Welt von Beziehungserfahrungen geprägt wurde, in denen sie sich von ihren Objekten an den Rand gedrängt, übersehen oder misshandelt fühlten und sich diese Erfahrungen zu oft wiederholten, oder, weil das Bedürfnis nach absoluter Verfügbarkeit über die lebensnotwendigen Befriedigungsmöglichkeiten so stark ausgeprägt war, dass der Neid jede beginnende positive Objektbeziehungserfahrung im Keim erstickte. Im konkreten Fall zeigt sich ein jeweils individuelles Mischungsverhältnis dieser beiden pathogenen Faktoren.

Der Patient versucht sich an einer Selbstidealisierung (Rosenfeld 1971, S.484), mit der er alles Gute, was er im Umgang mit Objekten erfährt, als Teil und Produkt der eigenen Person wahrnimmt. So gibt es nichts Gutes, das nicht vom Individuum selbst hergestellt wurde. In der Analyse zeigt sich dies z. B. dann, wenn der Patient die Phantasie entwickelt, der Analytiker selber zu sein bzw. sich in ihm zu befinden und ihn zu steuern (s. Rosenfeld 1987, S.115). Die destruktive Kraft dieser narzisstischen Einstellung wird in dem Moment aktiv, wenn der Patient spürt, dass der Analytiker von ihm unabhängig und getrennt ist. Therapeutische Entwicklung ist für diese Patienten Angst auslösend, da sie das Angewiesensein auf den Analytiker spürbar macht. Hans Fallada (1937, S.206) sprach in einem seiner Romane von dem „Urhass der Kinder auf ihre Eltern“ und brachte ihn mit dem Erleben der Abhängigkeit zusammen.

In diesen Behandlungen sind negative therapeutische Reaktionen die Regel und treten mit einer zermürbenden Penetranz auf. Es ist, als wollte eine eigenständige Kraft im Patienten die Unterlegenheit des Therapeuten demonstrieren. Wenn das Erleben von Kontakt zu intensiv wird, werden paranoide Tendenzen aktiviert, die wiederum idealisiert werden: „Ich darf niemals vertrauen“. Dem Patienten erscheint diese Tendenz, solange sie erfolgreich ist, als „Wohltäter“ (s. Rosenfeld 1987, S. 116 f). Man denke hier an die Idealisierung der Selbstverletzung oder den Rausch der Anorexie, die Patienten in einer den Therapeuten ad absurdum führenden Weise betreiben. Wenn die therapeutischen Fortschritte eine gewisse Grenze überschritten haben, das heißt die Befriedigungsmöglichkeiten einer Objektbeziehung zu deutlich und einflussreich werden, wird die narzisstisch-omnipotente Seite sadistisch und sabotiert den Therapeuten offen. Das Charakteristische am Borderliner ist, dass er in solchen Momenten die Behandlung nicht abbricht, sondern am Therapeuten die sadistischen Tendenzen agiert, die als Folge seines Neids auf das wichtige Objekt zu verstehen sind (s. Rosenfeld 1987, S. 117). Mit Abraham und Reich weist Rosenfeld auf das immer vorhandene, z. B. hinter einer manifest positiven Übertragung versteckte, geheim gehaltene Misstrauen des Patienten hin, das als Folge des Neides auf ein nicht omnipotent kontrollierbares Objekt interpretiert wird (s. a.a.O., S. 168 f). Wenn man, wie Melanie Klein, den frühen Neid als Repräsentanz des Todestriebes versteht, wird klar, warum das Individuum das Bewusstwerden des Neides so sehr fürchtet. Es würde dann mit seiner Angst vor den in ihm wirksamen tödlichen Kräften konfrontiert.

Der destruktive Narzissmus unterbindet also die libidinöse Beziehung zum Analytiker. Dies bedeutet die aktive Abtötung aller Selbstanteile, die auf Objektbeziehungen aus sind: „Der destruktiv-narzisstische Zustand erhält seine Herrschaft dadurch aufrecht, dass das libidinöse, kindliche (d. h. abhängige) Selbst ständig im Zustand des Todes oder sterbend gehalten wird“ (a.a.O., S. 148). Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, Zugang zu den Persönlichkeitsanteilen zu finden, die sich nicht für autark und tot halten. Die konsequente Deutung destruktiv-narzisstischer Gedanken ist ein wichtiger Teil der Behandlungstechnik, auch gegen den erklärten Widerstand des Patienten, der jede dieser destruktiven Tendenzen bei sich abstreitet. In bestimmten Zusammenhängen kommt es bei Berührung des Abhängigkeitskomplexes zur Entfaltung einer Übertragungspsychose, die sich in der Behandlung direkt manifestiert (Rosenfeld 1978. S.340f).

Diese Tendenzen dienen weniger der Besetzung des Objekts mit libidinösen und destruktiven Bedürfnissen, sondern vielmehr der

kompensatorischen Herstellung von Strukturen im und mit dem Objekt, durch die erst eine fragmentierte Form von Besetzungen möglich wird. Dies hängt mit dem Grundproblem des Borderline-Patienten zusammen, der sich nicht vom Primärobjekt trennen konnte und die Realität des Verlustes lebenslang verleugnen musste. Für das Agieren der Borderline-Patienten ist es gerade typisch, dass sie die Grenzen zwischen sich und dem Therapeuten aufzuheben versuchen und damit temporär einer Logik der paranoid-schizoiden Position folgen.

Die primärprozesshaften Tendenzen, man könnte auch sagen, die Verweigerung der Anerkennung der depressiven Position, zwingen ihn dazu, die Differenzen zwischen ihm und dem Therapeuten, die unvermeidlichen Begrenzungen, die sich aus der Realität der Patient-Therapeut-Beziehung ergeben, und die limitierten Befriedigungsmöglichkeiten des therapeutischen Settings zu verleugnen. Den Druck, den der Patient aufgrund dieser pathologischen Dynamik entwickelt, spürt der Therapeut in seiner Gegenübertragung. Der Therapeut hat z.B. das dringende Gefühl, er könne den Patienten nur angemessen behandeln, wenn er Veränderungen am Rahmen einführt, die dazu beitragen, die enormen inneren Spannungen des Patienten zu mildern und ihn damit überhaupt für die Behandlung zugänglich werden zu lassen. Rosenfeld plädiert dafür, diese Spannungen zu ertragen und als Produkt der Therapeut-Patient-Beziehung deutend zu bearbeiten.

Auf dem Hintergrund dieser theoretischen Betrachtungen über die Psychodynamik des Borderline-Patienten ergibt sich die technische Haltung von Rosenfeld und seinen Nachfolgern, unter denen ich besonders auf Steiner (1993) verweisen möchte, der das Konzept des destruktiven Narzissmus aufgegriffen und in seiner Begrifflichkeit des psychischen Rückzugs weiter ausgearbeitet hat. Rosenfeld begegnet seinen Patienten - unabhängig von der Art ihrer Erkrankung - im Wesentlichen in derselben therapeutischen Haltung, die von Abstinenz, Neutralität und Abwesenheit von eigenen Zielsetzungen bestimmt wird. Diese Haltung macht eine Konzentration auf bestimmte thematische Gebiete oder eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf bestimmte Aspekte der Patient-Therapeut-Interaktion unnötig. Die Deutungstechnik passt sich, nicht anders als in der Behandlung neurotischer Patienten, dem aktuellen Entwicklungsstand bzw. den aktuell in der Behandlung wirksamen regressiven Prozessen an. Das Übertragungsgeschehen wird sowohl in seinen neurotischen als auch psychotischen Anteilen als notwendige und unvermeidliche Manifestation der Psychopathologie des Patienten verstanden und nicht durch direktive Eingriffe ins

Behandlungsgeschehen zu kontrollieren, abzuschwächen, zu verhindern oder zu fördern versucht. Großer Wert wird auf die Sicherung der Behandlungsbeziehung, d. h. vor allem des Behandlungsarrangements gelegt: Die Termine sollen im verabredeten Rahmen stattfinden, und Versuche des Patienten, durch Veränderungswünsche am Rahmen pathogene Konflikte zu agieren, sollen deutend bearbeitet und nicht verwirklicht werden. Rosenfeld mutet den Patienten mit seiner Behandlungstechnik die Konfrontation mit ihrer inneren Realität zu, der Wahrheit über ihre Bedürfnisse, die sie in der Übertragung aktualisieren. Die äußere Realität, Beruf, Familie, Liebesbeziehungen, wird von ihm nach Art der Übertragung als Bühne der inneren Konflikte und Bedürfnisse betrachtet (s. Rosenfeld 1987, S. 99 f) – nicht als nachgeordnete oder gar störende Nebenübertragung. An dieser Haltung wird festgehalten, auch wenn der Patient protestiert oder es ihm schlechter geht. Das Durcharbeiten – die „Standhaftigkeit“, wie Rosenfeld es nennt –, heilt, nicht das Relativieren. Dazu benötigt der Therapeut ein hohes Maß an gerichteter innerer Aggression, um die Destruktivität des Patienten sowohl zu ertragen als auch deutend zu thematisieren.

## **Die Beherrschung der Aggressivität**

In der technischen Haltung zeigen sich die Unterschiede der geschlossenen Behandlungskonzepte gegenüber dem offenen Behandlungsansatz. Dem offenen Behandlungsansatz am nächsten steht Kernberg mit seiner modifizierten analytischen Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1975, 2011, Clarkin et al. 2006).

Kernberg stellte Mitte der siebziger Jahre seine Konzeptualisierung des Krankheitsbildes vor und beherrscht seitdem die Szene. Er nahm Gedanken Melanie Kleins und ihrer Nachfolger, vor allem Herbert Rosenfelds, auf, variierte sie und brachte sie in Verbindung mit v.a. auf Hartmann und Mahler gründenden ich-psychologischen Konzepten. Dadurch brachte er die Kleinianischen Gedanken einem weiteren Publikum näher und machte sie verdaulicher. Rosenfeld schrieb 1987 lakonisch: „Kernbergs Arbeit über die narzisstischen Persönlichkeitsstörungen beruht meines Erachtens hauptsächlich auf Melanie Kleins Auffassung der inneren Objekte“ (S. 35). Dem Rosenfeldschen Begriff des destruktiven Narzissmus folgend betont Kernberg in besonderer Weise die aggressiv ausgerichteten Persönlichkeitsanteile des Borderline-Patienten. Nach Kernbergs



Konzeptualisierung misslang aufgrund der frühen strukturellen, d. h. vor allem auf oralem Triebniveau fixierten und an den Konflikten des Übergangs von der paranoid-schizoiden zur depressiven Position haftenden Konflikte die hinreichende Mischung und Bindung der destruktiven mit den libidinösen Triebanteilen. Sowohl psychodynamisch wie auch symptomatisch sieht Kernberg die daraus folgenden frei flottierenden destruktiven Impulse des Borderline-Patienten als dessen Hauptproblem (s. Kernberg 1975, S.62-67). Er beschreibt die primitive Wut, mit der der Borderline-Patient den Therapeuten konfrontiert, so dass der Therapeut in die schwierige Lage geraten kann, auf schon überwunden geglaubte Formen der eigenen Charakterabwehr zurückzugreifen. Auch bei großer Erfahrung kommt es vor, dass der Therapeut sich dem Patienten gegenüber in eine masochistische Haltung der Unterwerfung begibt, um dessen Angriffe ertragen zu können. Ich bin mit Kernberg der Meinung, dass sich in Behandlungen, wenn man die Anzeichen nicht rechtzeitig erkennt und benennt, allmählich ein Terrorregime etablieren kann, in dem der Patient den Therapeuten sadistisch unterwirft.

Nach Kernberg (1975, S. 129ff) vertragen viele Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstruktur die Regression innerhalb einer psychoanalytisch hochfrequent geführten Behandlung nicht – wegen ihrer Ich-Schwächen, ihrer Neigung zur Ausbildung einer Übertragungspsychose und nicht zuletzt, weil sie durch Agieren ihrer Triebkonflikte in der Übertragung pathologische Bedürfnisse befriedigen und damit jeden weiteren Fortschritt des analytischen Prozesses blockieren. Was vordergründig als wiederholtes Durcharbeiten von Konflikten erscheint, ist in Wirklichkeit eine recht stabile pathologische Kompromissbildung, deren Kernstück das Ausagieren der Übertragung in der therapeutischen Beziehung ist (a.a.O., S. 90). Der Versuch einer stützenden Psychotherapie führt in der Regel nicht weit. Die Nicht-Thematisierung der destruktiven negativen Übertragungsanteile, wie in solchen Therapieformen üblich, führt nach Kernberg bei Borderline-Patienten eben nicht zur Abschwächung oder Kontrolle dieser Persönlichkeitsanteile, sondern fördert die Ausbildung der latenten negativen Übertragungsdispositionen, die dann im therapeutischen Kontakt verleugnet und umso mehr durch Agieren in der Realität ausgetragen werden. In den Behandlungsstunden bleibt eine flache Emotionalität zurück. Der Therapeut versucht dem Patienten Hilfe und Unterstützung anzubieten, die der Patient nicht zu integrieren weiß (a.a.O., S. 91).

Bei seiner Form der analytischen Psychotherapie legt Kernberg den Schwerpunkt der technischen Überlegungen auf den Umgang mit der latenten und manifesten Aggressivität der Patienten. Er fordert zum einen, die Aggression zu benennen, sobald sie erkennbar wird, und warnt zum anderen nachdrücklich vor dem Agieren der aggressiven Impulse durch den Patienten innerhalb der Behandlung. Er empfiehlt mit den Patienten zu vereinbaren, welche diesbezüglichen Grenzen sie in der Therapie einzuhalten haben (Kernberg 1975, S.215f, Yeomans u. Diamond 2011, S. 549).

Auch im Umgang mit dem Phänomen der Übertragungspsychose zeigt sich Kernberg deutlich vorsichtiger und besorgter als Rosenfeld (Kernberg 1975, S.205ff, Clarkin et al. 2006, S.265ff). Aufgrund des Fehlens von konsistenten Ich-Strukturen neigt der Borderline-Patient in der Übertragung auf den Therapeuten dazu, ganz unterschiedliche Übertragungsdispositionen zu reinszenieren. Diese können sich zu einer Intensität verdichten, die die schwachen Ich-Strukturen nicht mehr bewältigen. Es kommt dann zu einem ungesteuerten Impulsdurchbruch, der Angst und bedrohliches Phantasiematerial hervorruft. Diese Impulse sind nur noch durch Regression auf paranoid-schizoide Bewältigungsformen zu bannen, und eine vorübergehende Übertragungspsychose etabliert sich in der Behandlung. Der Therapeut wird nicht mehr als Übertragungsfigur, sondern als Realfigur erlebt. Der Therapeut wird z. B. mit einer elterlichen Imago identifiziert, und es entsteht eine wahnhafte Gewissheit, der Therapeut sei zum Vater geworden und wolle den Patienten beseitigen (Kernberg 1975, S. 105). Der Patient spricht nicht mehr über seine Gefühle dem Therapeuten gegenüber, sondern trägt sie ihm gegenüber direkt und offen aus, indem er ihn z. B. immer wieder anschreit. Manche Patienten ziehen aus diesem Übertragungsagieren ihrer pathologischen Bedürfnisse mehr Befriedigung bzw. Entlastung, als sie außerhalb der Behandlung jemals erreichen können. Es hat nichts mit Durcharbeiten zu tun, wenn man sich über längere Zeiträume von seinem Patienten drangsaliert lässt, ohne ihm deutlich zu machen, dass er sich auf diese Weise eine momentane Befriedigung und vorübergehende Stabilisierung verschafft, die seine therapeutische Auseinandersetzung unterlaufen (Clarkin et al. 2006, S.60). Die Kernbergsche analytische Psychotherapie der Borderline-Patienten lässt es nicht zur Entfaltung einer vollständigen Übertragungspsychose kommen und löst die Übertragung auch nicht allein mit den Mitteln der Deutungstechnik auf. Die Regeln innerhalb des Behandlungssettings und des Umgangs zwischen Patient und Therapeut werden individuell nach

den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten vereinbart und evtl. im Behandlungsverlauf modifiziert (s. Clarkin et al. 2006, S.95f). Direkte Empfehlungen für das Handeln in der äußeren Realität können notwendig werden. Ich-Stärkung ist eines der Ziele, auf die dieses Aufdecken der Übertragungsdynamik ausgerichtet ist. Dafür ist eine konsequente Bearbeitung der pathologischen und primitiven Abwehrvorgänge notwendig (Kernberg 1975, S.129 f). Kernberg beschäftigt sich in diesem Zusammenhang vor allem mit projektiver Identifizierung und Verleugnung und ordnet sie den pathologischen Spaltungsvorgängen zu.

Am Anfang einer jeden von Kernberg inspirierten Borderline-Behandlung steht eine gründliche Diagnostik (Kernberg 1975, S.133-197, Clarkin et al. 2006, S.124-131). Kernberg betreibt einen hohen Aufwand, um Borderline-Erkrankungen von psychotischen und neurotischen Zuständen zu differenzieren. Hier unterscheidet er sich deutlich von den Behandlern, die sich auf Rosenfeld beziehen, aber auch von Green, der in seiner Arbeit über den „Chiasmus“ (1997) nicht nur die Unterschiede zwischen Hysterie und Grenzfall, sondern auch die zum Teil breiten Überschneidungsflächen dieser Störungsbilder betonte. Für Kernberg ist es nur durch die gründliche diagnostische Abklärung möglich, die besonderen Schwierigkeiten bei der Behandlung von Borderline-Patienten vorherzusehen und sich in seiner technischen Haltung entsprechend darauf einzustellen.

Wenn man die Schriften Kernbergs und seiner Mitarbeiter liest, glaubt man, die Psychoanalyse sei eine exakte Wissenschaft geworden. Präzise definierte Begriffe, die sorgfältig ineinander greifen und in sich widerspruchsfrei sind, vielfältige praktische Erfahrungen mit dem Störungsbild und eine umfassende Berücksichtigung aller innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse relevanten Erkenntnisse (z.B. Hirnphysiologie, s. Yeomans 2011, S.545f) führten zu einem in gewachsener Selbstgewissheit ruhenden Selbstbewusstsein, das auch das Rätsel des Triebes unter Verwendung des Affektbegriffs und neuerer neurophysiologischer Forschungsergebnisse zu lösen vermag (s. Clarkin et al. 2006, S.5, zur endogenen Aggression a.a.O., S. 17). Alle in der Diskussion befindlichen psychoanalytischen Konzepte werden berücksichtigt und verwertet.

Die Gruppe um Kernberg ist schon lange keine bloße psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft mehr, sondern ein Wissenschafts-, Psychoanalyse- und Borderlinetherapie-Konzern, der weltweit aktiv ist und Einfluss nimmt. Wer sich mit psychoanalytischen Ansätzen zum Borderlineproblem beschäftigen will, kommt nicht darum herum, auch für

sich selbst die Lizenzen dieser Firma zu erwerben, d.h. Position zu ihren Standpunkten zu beziehen. Und ihnen ist schwer beizukommen. Die beschriebene theoretische und methodische Perfektionierung schafft eine Hermeneutik, an der man abprallt, weil der Kernbergianer schon alles bedacht hat, bevor man selbst darauf kommt.

Aber genau hier liegt das Problem: die Perfektionierung des Systems ist auch Folge einer Angst vor dem Borderline-Syndrom, das man am liebsten omnipotent kontrollieren will. Dazu werden viele technische Regeln aufgestellt, und der Behandlungsverlauf wird in viele idealtypische Einzelschritte zerlegt (s. Clarkin et al. 2006, Kapitel 2-4). Die Unberechenbarkeit des Borderliners soll durch Systematisierung unter Kontrolle gebracht werden – und die Angst der Therapeuten noch mit dazu. Was tut man, wenn doch Unerwartetes geschieht? Dann muss der Therapeut in seinem Manual nach einer Antwort suchen, bis er sie gefunden hat (und es gibt auf alles eine Antwort). Die Aufforderung an den Patienten, alles zu sagen, was ihm einfällt, hat keine Entsprechung mehr in der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Therapeuten, der ständig alle möglichen Eventualitäten, die bei der Behandlung von Borderline-Patienten auftreten können, im Auge behalten muss. Daher auch das Übergewicht, das die Kernbergianer auf die Diagnostik, die Unterscheidung von Borderline und Neurose, legen.

### **Die Beschwichtigung der Triebhaftigkeit**

Rohde-Dachser, die bereits 1979, vier Jahre nach Kernberg, ihr Borderline-Behandlungskonzept vorstellte, bezieht sich ausdrücklich auf Kernberg und teilt sein Bedürfnis nach diagnostischer Genauigkeit. Noch akzentuierter als Kernberg betont sie, dass eine rezeptiv-abstinente psychoanalytische Haltung den bereits akut regredierten Zustand des Patienten verstärkt und zu Prozessen führt, die das therapeutisch noch nicht positiv beeinflusste schwache Ich überlasten. Nach Rohde-Dachser ist das Agieren die Darstellungs- und Lebensform, die der Wucht der Affekte und der Schwäche des Ichs angemessen ist, und mit der der Patient sich in der Therapie präsentiert. Das Agieren ist die Sprache des Patienten. Die Dissoziation dient der Stilllegung der Heftigkeit und bedeutet die affektive Entleerung der Therapie. Der Patient tut dann nur so, als würde er mit dem Therapeuten sprechen (Rohde-Dachser 1979, S.44f).

Die Welt des Patienten lässt sich nur durch Bewegung und Aktion in einem labilen Gleichgewicht halten, weil er keine innere Basis von positiven Erinnerungs- und Empfindungsspuren hat. Er lebt im Augenblick, weitgehend primärprozesshaft organisiert. Der Therapeut

aber verlangt von ihm, inne zu halten und das Agieren zu hinterfragen. Dies erlebt der Patient als akute Gefahr. Rohde-Dachser arbeitet daher mit Bestätigung des Patienten, Ich-Stärkung und direkter Zuwendung. Sie ist an den Ressourcen des Patienten interessiert, fördert die positive Übertragung, nimmt eine schonende Haltung ein und legt Wert darauf, durch die Präsenz des Therapeuten in der Behandlung diesen als eigenständige Person deutlich erkennbar werden zu lassen. Die Interpretation dient der Verbesserung des Realitätsbezuges und weniger der Förderung unbewussten Materials (a.a.O., S. 164-182). Dem Patienten wird eine therapeutische Atmosphäre angeboten, in der er für sich und seine Befindlichkeit einen neuen und für ihn nachvollziehbaren Bezugs- und Erklärungsrahmen vorfindet (a.a.O., S. 172). Bei der Arbeit an Träumen wird eine Oberflächendeutung vorgeschlagen (a.a.O., S. 173), und es wird zum Ausdruck gebracht, dass man insgesamt die „Tiefen“deutungen scheut, weil man dadurch ein Aufreißen der Destruktivität des Patienten und eine Unterstützung psychotischer Übertragungsprozesse fürchtet (a.a.O., S.182). Im therapeutischen Geschehen macht sich Rohde-Dachser viele Gedanken darum, was der Patient aktuell verträgt und verdauen kann, und nimmt eine mütterlichhaltende Gegenübertragungsposition ein, behandelt den Patienten mit Techniken, Kunstgriffen und in einer distanziert dritten Position, mit viel innerem Abstand, als sollte das unmittelbare Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen vermieden werden (a.a.O., S.165f).

Das heftige Agieren der Patienten zwingt nach Rohde-Dachser zu Grenzsetzungen. Dies ist ein schwieriges Kapitel, weil das Setzen von Grenzen selbst ein Agieren des Therapeuten darstellt, das kontrolliert werden muss. Es ließe sich einwenden, die Grenzsetzung sei eine Mitteilung an den Patienten, dass man ihn nicht für so krank und verrückt hält, wie er sich darstellt. Hier wird dem Patienten erstaunlich viel Selbstverantwortung zugemutet, viel mehr als man ihm dies in der deutenden therapeutischen Situation zubilligt (a.a.O., S. 178). Die Diskrepanz zwischen dem Respekt, den man den pathologischen Verhältnissen im Patienten zollt, und der relativen Rigidität, mit der dem Patienten Einhalt beim Agieren geboten werden soll, ist auffällig. Kernberg würde anmerken, dass der Patient, je mehr man sein Agieren eingrenzt, umso mehr sein Agieren außerhalb der Behandlung verstärken wird. Entsprechend ist Rohde-Dachser dafür, die Übertragungspsychose, wenn möglich, zu vermeiden. Sie betrachtet sie nicht als Phänomen, mit dem man in jeder Behandlung regelhaft zu rechnen habe (a.a.O. S. 183). Wenn die Übertragungspsychose trotz aller Sorgfalt (a.a.O., S.182) doch

ausbricht, muss sie akzeptiert und mit der inneren Gelassenheit des Therapeuten interpretierend begleitet und ausgehalten werden, weil es wichtig für den Patienten ist zu erfahren, dass sein Therapeut die psychotische Verfassung in der Behandlungssituation erträgt.

Rohde-Dachser äußert sich explizit zur Ätiologie: Der sexuelle Missbrauch erzwingt bei der Patientin Spaltungen, Realerlebnisse bestimmen die Psychopathologie, nicht Phantasien. Damit unterscheidet sie sich deutlich von Kernberg. Das überwältigende von außen zugefügte traumatische Geschehen ist durch Abspaltung bewältigt worden. Die abgespaltenen Aspekte, z. B. das Verhalten des Vaters der Tochter gegenüber, werden zu unintegrierten Introjekten, die die Patientin wie den Vater handeln lassen. Rohde-Dachser übernimmt den Konkretismus der Patienten in ihrer Theoriebildung. Sie folgt einer therapeutischen Grundhaltung, nach der das Pathologische von außen in den Menschen hineinkommt (a.a.O., S.141-146).

## **Die Förderung des Gemeinschaftsgefühls**

Ich möchte Streeck und Leichsenring (2009) als Beispiel für einen pragmatischen, zunächst vor allem auf stationäres Behandeln entwickelten, dann auch für die ambulante Therapie empfohlenen Behandlungsansatz vorstellen. „Der Schwerpunkt liegt in der Behandlung nicht vorrangig auf der intrapsychischen Welt des Patienten und auf unbewusstem Erleben, sondern im Vordergrund stehen die Schwierigkeiten des Patienten, sich selbst und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu regulieren und zu gestalten“ (Streeck u. Leichsenring 2009, S.13). Die Autoren vertreten ein Therapieverfahren, das sich in seinen Grundzügen auf die psychoanalytisch begründeten Therapieansätze bezieht, die in Göttingen von der Gruppe um Heigl und Heigl-Evers, beeinflusst von der Individualpsychologie Alfred Adlers, in den siebziger und achtziger Jahren entwickelt wurden.

Dem interaktionellen Modell der Göttinger Schule folgend gründet sich die Therapie auf eine Analyse des Beziehungsverhaltens der Patienten, das als egozentrisch und wenig fähig zur wechselseitigen Beziehungsgestaltung beschrieben wird. Andere Menschen dienen der Aufrechterhaltung der Selbstregulation. Die Beziehungspathologie führt zu Krisen, wenn Personen nicht oder nicht in der vom Patienten benötigten Weise zur Verfügung stehen. Bis in Einzelheiten hinein wird ein ausgearbeiteter Behandlungsleitfaden vorgestellt, der weniger eine

therapeutische Haltung als vielmehr konkrete Handlungsrichtlinien und Handlungsanweisungen vorstellt (a.a.O., S.95-113). Die Therapie setzt auf einen an Vernunft, Einsicht und Verständnis orientierten Umgangsstil mit dem Patienten, einen ständigen Appell an seine rationalen Fähigkeiten. Dies schließt detaillierte Erklärungen des individuellen Krankheitsbildes mit biographischen Hintergründen und funktionalen Zusammenhängen ein. Das reale Beziehungsgeschehen in den sozialen Bezügen der Patienten soll so genau wie möglich erfasst werden. Man legt viel Wert darauf, konkrete Absprachen über Verhaltensweisen außerhalb und innerhalb der Therapie zu treffen (a.a.O., S.28-68).

Insbesondere im direkten Umgang zwischen Patient und Therapeut soll dem Patienten deutlich gemacht werden, wie er Beziehungen gestaltet, welche Verhaltensweisen er manifest und subtil anwendet, wie er dadurch sein Gegenüber zu beeinflussen versucht und oft aversive Gefühle beim Anderen hervorruft. Der Patient soll erkennen, was er beim Anderen bewirkt. Dies teilt ihm der Therapeut direkt mit (a.a.O. S. 114-119). Es geht nicht um Selbstreflexion, sondern um die Wahrnehmung des Anderen, also ein soziales Lernprogramm („antwortender Modus“, a.a.O. S. 96f). Der Patient soll lernen, den Anderen nicht mehr als Selbstobjekt, sondern als eigenständige Person, die anders ist als er, wahrzunehmen und anzuerkennen. Das „implizite Beziehungswissen“ (a.a.O., S.24) des Patienten soll erweitert werden.

Zur Behandlungstechnik: Der Therapeut steht im unmittelbaren Gesprächskontakt mit dem Patienten und beobachtet dessen Interaktion mit ihm. Der Therapeut zeigt dem Patienten, wie dieser mit dem Therapeuten umgeht. Der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass er beim Therapeuten Reaktionen unterschiedlicher Art hervorruft. Dieses Verfahren wird als „interpersonell und interaktionell“ bezeichnet. Aggressives Verhalten des Patienten dem Therapeuten gegenüber wird auch als solches bezeichnet, auch, dass dies beim Therapeuten Ärger hervorruft (a.a.O., S. 101). Die Behandlung unterstützt ausdrücklich regressive Prozesse nicht, sondern fördert und bestätigt die progressiven (a.a.O., S. 112).

Die Patienten haben oft kein Wissen über ihre differenzierten Gefühlsqualitäten und –quantitäten. Sie verfügen nur über ein grobes Affektwissen, vor allem destruktiver Art. Durch die ständige Benennung und Thematisierung der aktuellen Gefühlszustände, die der Therapeut beim Patienten wahrnimmt, wird dem Patienten allmählich ein Zugang zu anderen Gefühlsbereichen vermittelt. Oft verwenden Patienten Begriffe für Gefühle, z. B. „gekränkt, enttäuscht, ärgerlich“, die sie nur diffus

körperlich erleben. Hier nützt es nichts, Begriffe zu erlernen, sondern zunächst müssen Gefühle psychisch erfahrbar werden (hier finden sich Berührungspunkte zur Mentalisierungs-basierten Therapie, s.u.). In der Regel kennen die Patienten Affekte nur als massive Spannungen, die auf Abfuhr drängen (a.a.O., S.83). Was diese Impulsivität für das Beziehungsgeschehen des Patienten bedeutet, wird mit ihm in der Therapie erörtert.

Mit negativer Übertragung wird nicht deutend umgegangen, sondern sie wird angesprochen, der Eigenanteil des Therapeuten anerkannt und die affektive Reaktion des Patienten ernst genommen. Die negative Übertragung wird in ihrer Auswirkung auf die aktuelle Behandlungssituation besprochen, um einen Therapieabbruch zu vermeiden. „Deutungen der negativen Übertragung führen kaum jemals zu deren Auflösung“ (a.a.O., S. 133). Warum dies im Text so strikt postuliert wird, wird nicht erläutert. Träume werden ausdrücklich nur auf ihren manifesten Inhalt hin besprochen. Die Therapie bespricht die Oberfläche des Patienten, das, was sichtbar, auch spürbar ist, was sich direkt auf die Interaktion mit Anderen auswirkt. Das Abtauchen in innere Welten wird vermieden – aber dies tun Borderliner ja von sich aus schon kaum. Man stellt sich also auf das Kontaktangebot des Patienten ein und versucht auf dieser Grundlage so viel wie möglich zu erreichen. Die pathogenen Konfliktbereiche werden nicht thematisiert. Der Patient soll durch Konfrontation mit seinem Verhalten andere Beziehungsqualitäten kennen lernen. Die Scheu vor dem Destruktiv-Konflikthaften im Patienten ist auffällig (a.a.O., S.132f). Es könnte sich um eine Behandlungsstrategie für Patienten handeln, die durch reflektierende Methoden nicht erreichbar sind, für die Verhaltenstherapie aber nicht ausreicht.

## **Lernen, Denken und Spracherwerb**

Ein ähnlicher Ansatz (Mentalisierungs-basierte Therapie, MBT) wurde von der Gruppe um Fonagy und Bateman entwickelt. Reinke (in: Fonagy, P u. Target, M, 2003, S. 10) führt zur Charakterisierung der Mentalisierungstheorie, die der MBT zugrunde liegt, aus: „Im Rahmen der vielfältigen psychischen Prozesse legt die Forschergruppe ... den Schwerpunkt auf die metakognitiven Kompetenzen der Subjekte, und grenzt sich damit auch von der klassisch-psychoanalytischen Forschung und Theoriebildung ab, die ihren zentralen Forschungsgegenstand im Unbewußten sieht und das Unbewußte mit hermeneutischen Methoden erforscht. In diesem Sinne ist der Ansatz der Forschungsgruppe um



Fonagy eine Ergänzung der psychoanalytischen Forschung im Bereich der kognitiven – und unter einer speziellen Perspektive der affektiven psychischen Funktionen. Das von Freud so genannte „dynamisch Unbewußte“ berührt nur insoweit den Bereich dieser Forschung, als es sich in den mentalen Repräsentanzen niederschlägt und mit den empirischen Methoden der Forschergruppe erfassen lässt.“ „Der methodische Ansatz ... kann am besten als „psychoanalytisch begründete empirisch-psychologische Feldforschung“ bezeichnet werden.“

Nach dieser Theoriebildung überwiegen bei Borderline-Patienten ängstlich-unsichere Bindungsstrategien. Sie entwickeln ein charakteristisches Muster von Bindungsangst und Bindungsvermeidung, schmerzvoller Intoleranz gegenüber Alleinsein, Hyperempfindlichkeit im Sozialleben, Erwartung einer feindseligen Haltung bei anderen Menschen und eine starke Reduzierung positiver Erinnerungen an dyadische Interaktionen (Bateman u. Fonagy 2011, S. 567 f). Dies wird auf gestörte Bindungserfahrungen auf dem Hintergrund von traumatischen Erfahrungen zurückgeführt. Durch Misshandlungen entsteht demnach eine desorganisierte Beziehung des Kindes zur Betreuungsperson. Das Kind gerät in einen unlösbaren inneren Konflikt, wenn das Bedürfnis nach Sicherheit von der Person befriedigt werden soll, die die Erfahrung von Unsicherheit bewirkt hat (a.a.O., S. 568). Hinzu kommen frühe Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen (Neglect), die das Verständnis von Emotionen stören und im Zusammenwirken mit später erlebten traumatischen Situationen das Bindungssystem chronisch aktivieren (a.a.O., S. 568). So kommt es zu einer Überfunktion der Mentalisierung („die Fähigkeit, mentale Zustände zu verstehen“, a.a.O., S.566), die zu einem Versagen der Prozesse führt. Die Patienten versuchen zu mentalisieren, ohne Kognition und Affekt erfolgreich miteinander in Einklang bringen zu können.

Das Mentalisierungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung besagt: Wenn die Eltern des Kindes nicht im Stande sind, in geeigneter Weise die kognitiven und affektiven Äußerungen des Kindes zu spiegeln, so dass das Kind Repräsentanzen seiner inneren Welt und Repräsentanzen der äußeren Bezugspersonen entwickeln kann, kommt es zu einer Reihe von Störungen und Fehlanpassungen. Bei den Spiegelungsprozessen entstehen im Kind immer auch Repräsentanzen des „fremden Selbst“ (a.a.O., S.570), die unvermeidlich und normal sind, da die Eltern das Verhalten ihres Kindes nie perfekt spiegeln. Überschreitet dieser Prozess aber ein gewisses Maß, bildet das Kind ein Zuviel an fremdem Selbst, das zu einer pathologischen Desorganisation der eigenen inneren Strukturen führt. Das so geschädigte

Kind entwickelt dann die Tendenz, die fremden Selbstanteile zu externalisieren (projektive Identifizierung). Dadurch werden die Grundlagen für die Entwicklung von Mentalisierung gestört. Bei den Patienten fehlt oft jeglicher realer physischer oder mentaler Kontext, weswegen ihre Psychotherapie dann in langwierigen, aber irrelevanten Diskussionen innerer Erfahrungen ausarten kann, die nichts mit wirklichen Erfahrungen zu tun haben. Das Physische herrscht vor, Erfahrung wird nur dann als valide empfunden, wenn ihre Folgen für alle erkennbar sind. Zuneigung beispielsweise wird nur als echt empfunden, wenn sie körperlich ausgedrückt wird (a.a.O., S. 570 f).

Borderliner sind unfähig, das Verhalten ihres Gegenübers, z. B. des Therapeuten, angemessen zu interpretieren. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie das Verhalten des Gegenübers besonders intensiv interpretieren: „Jede Bewegung des Therapeuten kann eine Reaktion auslösen. Ein Blick aus dem Fenster ... kann zu einer Bemerkung führen, dass der Therapeut offensichtlich nicht zuhört, worauf sich der Patient genötigt sieht zu gehen“ (a.a.O. S., 568 f). Dies führt dazu, dass „Therapeuten, die mit Borderline-Patienten arbeiten, das Risiko eingehen, der Therapeut zu werden, den die Patienten in ihnen sehen und angreifen“ (a.a.O., S. 569). Umgekehrt kann der Patient versuchen, durch intensive Interpretation des Verhaltens seines Therapeuten herauszufinden, was dieser von ihm will, um dann zu dem Patienten zu werden, den der Therapeut sich nach der Wahrnehmung des Patienten wünscht. Borderline-Patienten sind insbesondere unfähig, mit der eigenen Affektivität umzugehen, diese zu verstehen, in Formen zu bringen und bewältigen zu können (a.a.O., S.569).

Das Ziel dieser Therapieform ist es, die Fähigkeit des Patienten zur Mentalisierung zu verbessern. Der Therapeut bietet dem Patienten seine Mentalisierungsfähigkeiten an, damit sich der Patient mit dem Therapeuten identifizieren kann. Dabei ist es wichtig, die Gegenwart zu fokussieren und die Vergangenheit zu vernachlässigen und die therapeutische Beziehung nicht zu sehr als eigenes Thema in den Mittelpunkt zu stellen. Emotionale Ausbrüche führen zum Agieren und verhindern Mentalisierung, daher sind sie, soweit möglich, vom Therapeuten einzuhegen, wenn sie auftreten, und prophylaktisch aufzufangen, wenn sie sich andeuten.

Die Therapeuten müssen den Stil ihrer Interventionen der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten anpassen. Übertragungsbezogene Interventionen werden eher Verwirrung als Fortschritt bringen. Erst im Behandlungsverlauf werden diese Formen von Interventionen einsetzbar

werden. Generell gilt: „Je größer die emotionale Erregung der Patienten ist, desto weniger komplex sollte die Intervention sein“ (a.a.O., S. 573). Dann sind eher unterstützende Bemerkungen, das vorsichtige Explorieren eines Problems sowie Klärung hilfreiche Interventionstechniken. Eine „Mentalisierung der Übertragung“ (a.a.O., S. 573) wird die Erregung eher steigern. Der Therapeut muss immer damit rechnen, dass sein Verständnis und seine Mentalisierungen die Fähigkeiten des Patienten weit überschreiten und ihn, wenn der Therapeut dem Patienten sein Wissen mitteilt, weit überfordern. Der Patient wird dann kurzschlussartig eine Pseudo-Identifikation mit dem Therapeuten herstellen, dessen Mentalisierung ungeprüft als Schablone übernehmen, mit der er in der äußeren Realität nichts anfangen kann und die lediglich dazu dient, den formalen Kontakt in der Therapiesitzung aufrechtzuerhalten.

Der Patient weiß nicht, was im Therapeuten vorgeht. Damit seine Fähigkeit zur Mentalisierung gefördert wird, ist es aber notwendig, dass er die Vorgänge im Therapeuten nachvollziehen kann. „Das kann er tun, indem er laut überlegt und dabei seine Kommentare vorsichtig markiert ... Dies erfordert Direktheit, Ehrlichkeit und das Eingestehen eigener Gefühle, was wegen der Gefahr von Grenzverletzungen in der Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung teilweise problematisch ist. ... Wenn der Therapeut sich tatsächlich langweilt, ist es wichtig, dass er dies mitteilt und damit zu einer Exploration dessen, was in der Interaktion zwischen Patient und Therapeut langweilig ist, anregt: ... Jetzt, da Sie das sagen, habe ich mich tatsächlich gerade ein wenig gelangweilt, und ich bin mir nicht sicher, woher das kommt. Hat es mit dem zu tun, worüber Sie gerade reden oder wie Sie es sagen, oder hat es mehr mit mir und meiner augenblicklichen Verfassung zu tun. Wissen Sie, ich bin mir da gar nicht so sicher“ (a.a.O., S. 573).

## **Zusammenfassung**

Die verschiedenen Behandlungsansätze bieten zur Bewältigung der therapeutischen Aufgaben unterschiedliche Haltungen und Techniken an. Diese unterscheiden sich im Ausmaß der Freiheit, die sie dem Therapeuten im Umgang mit dem Patienten zubilligen bzw. zumuten. Devereux (1967) folgend könnte man diesen Befund mit der Gegenübertragung der Behandler in Verbindung bringen. Die Abwehr von Angst kann durch die Standardisierung der Behandlungstechnik, aber auch eben so gut durch die Ausformulierung einer kryptischen Begrifflichkeit,

die den unmittelbaren Kontakt zum Patienten verstellt, erreicht werden (Devereux, 1967, S. 186 und 334). Andererseits kann Respekt vor dem Risiko bei der Behandlung von Borderline-Patienten und Einsicht in die Begrenztheit der Behandler fälschlich mit Angst verwechselt werden; und eine schwer zugängliche und komplexe Konzeptualisierung kann der Schwierigkeit und der Komplexität des psychischen Untersuchungsgegenstandes geschuldet und damit angemessen sein.

Wie auch immer - die Differenzierung der Behandlungsansätze hat einen klinisch zu begründenden Sinn. Wie bei allen nosologischen Einheiten fällt auch die Behandelbarkeit der Borderline-Patienten unterschiedlich aus. Dieser Differenz der Patienten folgen die Ausdifferenzierungen der Behandlungsansätze. Problematisch wird es, wenn die Vertreter eines bestimmten Behandlungsansatzes darauf bestehen, ihr Verfahren sei das einzige oder überlegene für die Behandlung aller Borderlinefälle. Es wäre falsch, wenn ein Therapeut, der vor allem mit einem hoch strukturierten Verfahren arbeitet, dies einem Patienten anböte, dessen Persönlichkeit nach einem offenen und abstinenteren Behandlungsansatz verlangt. Dasselbe würde für den umgekehrten Fall gelten.

An dem einen Ende der Reihe stehen die Verfahren von Bateman und Fonagy und die aus der Göttinger Schule hervorgegangenen. Am anderen Ende der Reihe stehen die von mir „offen“ genannten Behandlungsansätze, insbesondere die psychoanalytische Haltung, die Rosenfeld repräsentiert. Jedes dieser Verfahren hat seine eigene Klientel, und nicht jeder Patient ist angemessen mit jedem Verfahren zu behandeln. Wie in jeder anderen psychotherapeutischen Behandlung muss zu Beginn der gemeinsamen Arbeit, wenn die diagnostische Einordnung in eine bestimmte Richtung weist, eine Indikation für das zunächst geeignete Behandlungsverfahren gestellt werden. Bei der Behandlung unserer durchschnittlichen neurotischen Patienten ist dieses Vorgehen selbstverständlich – befremdlich wirkt, dass alle hier vorgestellten Behandlungsansätze mal mehr mal weniger explizit einen Ausschließlichkeitsanspruch formulieren, der die eigene Behandlungsplanung schlüssig aus den Besonderheiten des Borderline-Syndroms ableitet und abweichende Auffassungen von Borderline-Behandlung für ungeeignet erklärt, weil diese die genannten Eigenarten des Borderline-Patienten nicht ausreichend berücksichtigen würden. Diese Kritik richtet sich insbesondere von Seiten der Vertreter geschlossener Behandlungskonzepte gegen die offenen therapeutischen Haltungen. Innerhalb der geschlossenen Behandlungsansätze zeigen sich ebenfalls Konflikte über den richtigen Weg, und die Anerkennung der Pluralität der

Behandlungsverfahren bleibt schwierig (s. Kernberg 2011, Rosenfeld 1978).

Natürlich macht es einen wichtigen Unterschied, von welcher theoretisch-klinischen Grundhaltung aus man sich der Behandlung von Borderline-Patienten nähert. Die offene psychoanalytische Haltung ermöglicht einen weiten Blick auf das Problem und beugt im Einzelfall zu frühen Festlegungen vor. Andere Verfahren bieten eine Spezialausbildung an, die zu einer Einengung des Blickfeldes führen kann und die Vielfalt des Borderlinebildes zu sehr entsprechend den vorgegebenen Behandlungsleitlinien schematisiert. Dennoch können auch die so arbeitenden Therapeutinnen für die Patienten, zu denen dieser Behandlungsansatz passt, hilfreich sein und gute Resultate erzielen, die mit einem offenen psychoanalytischen Behandlungsansatz nicht zu erreichen wären. Für die meisten von uns ist es bei der Behandlung unserer Patienten selbstverständlich, dass wir sowohl Psychoanalysen, analytische Psychotherapie als auch tiefenpsychologisch fundierte Therapien nebeneinander anbieten. Es ist angemessen, wenn wir dies auch bei der Behandlung der Borderline-Patienten tun.

## **Eigene Erfahrungen und Standpunkte**

Ich bemühe mich, zu Beginn der Behandlung eines Borderline-Patienten bei der Gestaltung des Behandlungsrahmens unvoreingenommen zu sein und mich, wie bei der Behandlung anderer Patienten auch, nach dem zu richten, was der Patient verträgt und braucht. Der Patient sieht in mir, wenn er mir zum ersten Mal begegnet, ein bizarres Objekt, das er zugleich mit den unterschiedlichsten Impulsen besetzen und fliehen will. Wenn er bleibt, wird er versuchen, seine Ambivalenz durch die Kontrolle meiner Person zu neutralisieren. Ich lasse dies geschehen, kommentiere aber sofort, wenn ich etwas in dieser Art wahrnehme. Ich versuche eine Ahnung davon zu bekommen, wozu der Patient mich brauchen könnte, wozu er mich bringen will, welche Affekte er bei mir provozieren muss, und wie er mein Denken zu beeinflussen versuchen wird. Dabei bin ich mir bewusst, dass der Patient keine Rechenschaft über das ablegen kann, was er in der Beziehung zu mir geschehen lässt. Ich beachte auch, dass die Grenze zwischen Bewusstem und Unbewussten, auf die ich mich beim neurotischen Patienten verlassen kann, hier ganz anders und flüssig ausgestaltet ist. Ich bin mir bewusst, dass die destruktive Seite des Patienten meine psychischen Strukturen angreifen oder mich vampiristisch

einzuverleiben versuchen wird, um mich den eigenen Strukturen tendenziell anzugleichen. Dann könnte er das unerträgliche Gefühl der Unterlegenheit leichter verleugnen. Aber ich weiß auch, dass der Patient grenzenlos bedürftig ist und sich jenseits seines Misstrauens ganz und gar meiner Obhut überlassen will. Ich weiß, dass diese Patienten viel zu widersprüchlich sind, als dass ich ihnen unmittelbar helfen könnte – dieses Denken macht mich gelassen und ermöglicht mir, tatsächlich vom Heilungseifer freier zu werden, ihnen zuzuhören und wahrzunehmen, an welchen Stellen unseres Kontakts Berührung und damit doch Veränderung möglich wird.

Ich behandle meine Patienten in unterschiedlicher Frequenz, manche auch hochfrequent. Empfehlungen zur Zurückhaltung in Deutungstechnik, Beeinflussung der Übertragungsentwicklung und Themenauswahl helfen mir nicht. Ich versuche mit den Patienten so schnell wie möglich in direkten Kontakt zu treten. Damit folge ich der Tendenz des Borderline-Patienten, durch Fragen, Kritik, Lob usw. einen möglichst ungetrennten und kontrollierenden Kontakt zum Therapeuten herzustellen. Borderliner hören kaum auf die Worte und sehr aufmerksam auf die Stimme ihres Therapeuten. Alle Ereignisse, die sich in der Interaktion zwischen mir und den Patienten einstellen, versuche ich in den therapeutischen Dialog zu ziehen. Nur so glaube ich, das ständige Spaltungsbemühen der Patienten thematisieren zu können.

Borderliner spalten ihr Leben, ihren Alltag, ihre Objektbeziehungen, ihre Therapieerfahrungen ständig (Rosenfeld 1966, S.27ff). Das „Schreiben in Wasser“ (Shakespeare, 1612, 4.A., 2. S.) ist für Borderlinebehandlungen normal, und man benötigt langfristige Strategien, um in der Zeit Veränderungen zu erreichen. Für den Behandler sind die unaufhörlich auftretenden Rückschläge schwer zu ertragen. Die Patienten wiederholen die immer gleichen pathologischen Phänomene und Verhaltensweisen, ohne eine sichtbare Reaktion auf Behandlung und Interventionen zu zeigen. Nur durch ständiges Ansprechen und Bearbeiten der Spaltungsvorgänge auf allen Ebenen kann allmählich eine Vereinheitlichung und Integration der dissoziierten Ich-Anteile erreicht und die Angst vor der Objektbeziehung deutlicher und schließlich ich-dyston werden. Es ist bemerkenswert zu erleben, wie jahrelang scheinbar nichts geschieht und der Patient dann unvermittelt zu Erkenntnissen kommt, die ihn erschüttern und der Behandlung eine Wendung ins Produktive geben. Manifest hat ein Kampf zwischen dem Bemühen des Therapeuten um Verständnis und Integration und dem Ansinnen des Patienten, die Spaltungen und die Beziehungsvermeidung aufrecht zu

erhalten, stattgefunden. In diesem Kampf schien die Abwehr immer die Oberhand behalten zu haben. Tatsächlich aber vollziehen sich an gewissen Punkten, die der Patient bisweilen nachträglich als bewusstes Erleben beschreiben kann, Verschiebungen der Spaltungsebenen, die zu einer Berührung und zur Herstellung eines partiellen Zusammenhangs und vor allem einer allmählichen Besetzung des Therapeuten als wichtigem Objekt führen. Die Patienten quälen uns mit der offen oder latent mitgeteilten Botschaft, dass wir für sie austauschbar sein müssen, eben weil sie keine Beziehung mit dem Risiko der Trennung zulassen können.

Durch das Ansprechen der Spaltung werden allmählich der abgewehrte Affekt und die Sehnsucht nach einem beschützenden und versorgenden Objekt erlebbar. Dies führt zu einer längeren Phase schwerer Irritation und Regression, Verschlechterung des Zustandes und Rückfall in alte Symptomatik. Denn durch die Berührung wird die Dynamik manifest, die durch die Spaltungsprozesse abgewehrt bleiben sollte. Gefühle des Selbstverlusts und Impulse destruktiver Wut sind die Folge. Auf Fortschritte folgen also regelhaft negative therapeutische Reaktionen, die die alten Spaltungsverhältnisse und die scheinbare Objektunabhängigkeit wiederherzustellen versuchen, aber eben nicht jeden auf Herstellung von Zusammenhang und Bindung gründenden Fortschritt wieder aufheben. Gleichwohl sind diese Phasen der Behandlung die für den Therapeuten belastendsten. Er fühlt sich gequält und in eine erstickende Haftung genommen: Der Patient presst seine unstrukturierte und ihn selbst fast vernichtende Affektivität in den Therapeuten und fühlt sich berechtigt, von ihm volle Verantwortungsübernahme zu erwarten. Dies sind die Behandlungsphasen, in denen sich der Therapeut vom Patienten aufgezehrt fühlt.

Ich glaube mit den Autoren, dass diese spezifischen Schwierigkeiten der überwertigen Bedeutung geschuldet sind, die das Aggressive in der Behandlung einnimmt. Die mit der pathologischen Aggression verbundenen Phänomene speisen sich aus zwei verschiedenen Quellen: zum einen folgen sie einem libidinösen Bedürfnis nach Einswerden mit dem Objekt, das verschlungen werden soll. Die orale Libido geht bei diesen Vorgängen im oralen Sadismus auf. Diese Aggression ist lustvoll, bewahrt und vernichtet das Objekt gleichermaßen, und zieht seine Erotik aus dem Sadismus. Die zweite Quelle der Aggression stammt aus dem Destruktiven Narzissmus, einer primären Tendenz zur Zerstörung, die gegen das Objekt, die Beziehung mit ihm und das Leben an sich gerichtet ist. Die Hintergründe dieser Tendenzen liegen jenseits des Lustprinzips; man kann sich zu ihrer Erklärung einen primären Todestrieb vorstellen,

der sich entmischt und als psychische Repräsentanz eine schwere Form des Neides erzeugt; man kann an sehr frühe Erfahrungen der Wertlosigkeit von Beziehung denken, die sich verselbständigt haben; man kann eine Erfahrung emotional kalter Ablehnung annehmen, oder auch anderes. Jede dieser Annahmen scheint mir sinnvoll, ich würde keine ausschließen wollen.

In grober Zuspitzung kann man diese Aspekte des Destruktiven Narzissmus als faschistisch bezeichnen – im Sinne eines Drangs, definitiv alles auszumerzen, was nicht so ist, wie das Subjekt selbst, und einer Weigerung, die Existenz eines Anderen zu akzeptieren. Diese Tendenz kann, wenn sie nicht neurotisch gebunden ist, ein Potential von realer Gefahr für die Objekte ausbilden. Die Borderlinestruktur aber, und hier folge ich der Begriffsbildung Greens (1997, S.1194), ist im Kern, bei allen übrigen Unterschieden, doch eine neurotische, d.h. triebgehemmte. Anders sieht das Bild bei den dissozialen oder psychopathischen Persönlichkeiten aus.

Ein Beispiel für die libidinös-sadistische Aggression ist die Patientin, die den Therapeuten nach langjähriger engagierter Arbeit in bitterem Ton und mit tiefem Vorwurf anklagt, sie lästig zu finden und nur darauf aus zu sein, einen Vorwand für die Beendigung der Behandlung zu finden. Auf ihren Zorn und ihre Enttäuschung angesprochen, zeigt sich die Patientin fast spöttisch und lässt ihre Freunde erkennen, den Therapeuten verunsichert zu haben. Oder ein anderer Patient, der sich während der Behandlungssitzung in eine großenhafte, sein Leid völlig verleugnende, vom Therapeuten maximal distanzierte Haltung begibt und ihn als lächerlichen Quacksalber bezeichnet, dessen Hilflosigkeit bei der Behandlung dieses Patienten noch offenbar werden wird. Auf die Entwertung angesprochen, fährt er weiter fort, den Therapeuten von oben herab zu kommentieren und ihm seine Überlegenheit zu demonstrieren. Beide Patienten haben in sadistischer Weise ihre Kontaktbedürfnisse zum Ausdruck gebracht und eine Form der Befriedigung erreicht, die ihre Angst vor dem Selbstverlust nicht weiter verstärkt.

Der Destruktive Narzissmus zeigt sich in ganz anderer Weise: Zunächst erfährt man von ihm nichts in der Behandlungssituation, sondern hört von bestimmten Zuständen, die der Patient herstellt oder in die er hineingerät, wenn er allein mit sich und zeitlich und räumlich vor Kontakt mit anderen Menschen geschützt ist. In diesen Verfassungen, die an den von Steiner (1993) beschriebenen Psychischen Rückzug erinnern, gibt sich der Patient zunächst ausschweifenden Phantasien über immer spezifischer ausgestaltete selbstschädigende Handlungen hin und führt sie schließlich,



oft mit einem Vorlauf von Tagen oder Wochen, in der Realität aus. Offensichtlich haben die Phantasien keine befriedigende und vor Realisierung schützende, sondern eine ausschließlich vorbereitende Funktion – die Handlung muss unbedingt ausgeführt werden. Diese Handlungen sind eindeutig para-suizidal und mit einem enormen Risiko für den Patienten verbunden. Dieses Risiko ist ebenfalls unabdingbar. Hier werden an der eigenen Person die Handlungen vollzogen, die auf die Beseitigung des wichtigen Objekts gerichtet sind.

Beide aggressiven Haltungen stehen in einem funktionalen Zusammenhang und bilden den Widerspruch zwischen einem Kontaktbedürfnis unter der Kontrolle des Patienten und einer Tendenz zur Beseitigung des Objekts ab. Beide Seiten müssen im Bewusstsein des Patienten sorgfältig voneinander getrennt gehalten werden. Die Spaltung soll eine Realisierung einer der beiden Tendenzen verhindern.

Die Behandlung wird dann interessant, wenn die Spaltung brüchig wird und die Ambivalenz nicht daran gehindert werden kann, direkt in der Behandlung wirksam zu werden. Jetzt entstehen die Phänomene, die Rosenfeld als Übertragungspsychose beschrieben hat. Diese Entwicklungsschritte, die die Spaltung zwischen Behandlungsgeschehen und privaten Geschehen relativieren, verlaufen nicht kontinuierlich. Der Einbruch der Ambivalenz in die Behandlung erfolgt, wenn durch die therapeutische Arbeit die Spaltung geschwächt wurde. Über lange Zeiträume der Behandlung ist der Schock des Erlebens, das eintritt, wenn die Spaltungsfunktion infragegestellt ist, so mächtig, dass die Abwehr rasch restrukturiert wird. Trotzdem ist jede dieser Sensationen ein Ereignis, das die Mauer der Spaltung angreift und in ihrer Wirksamkeit verringert. Auf lange Sicht verläuft der Behandlungsprozeß also nach dem Muster der Echternacher Springprozeßion.

Die Qualität der Schuldgefühle, die der Borderline-Patient in die therapeutische Beziehung trägt, hat eine besondere dynamische Bedeutung für den Gang der Behandlung. Die Schuld des Borderliners hat etwas Bindungsloses und in hohem Maße Projektives: Die Schuldvorwürfe sind nicht an moralischen Kategorien orientiert, sondern haben phantastische und groteske Ausdrucksformen, die auf kein Mitgefühl beim Therapeuten stoßen und sein Unverständnis provozieren. Man wird mit einem primitiven Über-Ich konfrontiert, das noch ganz in der Logik der Es-Ansprüche funktioniert, aus denen stammend es sich, kaum entwickelt, erhalten hat. Der Schuldvorwurf an die eigene Person wirkt im Ohr des Therapeuten wie ein an ihn gerichteter Vorwurf, den der Patient am eigenen Körper und der eigenen Seele exekutiert. Der Therapeut fühlt sich

schuldig oder entwickelt schwer zu beherrschende Wut auf den Patienten. Beide verstehen nicht mehr, was emotional in ihnen und zwischen ihnen vorgeht. In diesen Situationen spürt der Therapeut den Impuls, die Behandlung dem Patienten und seiner momentanen Not anzupassen. So führt zum Beispiel Green aus: „Es soll natürlich nicht empfohlen werden, vor eventuellen Manipulationen seitens des Patienten die Augen zu verschließen, ... aber es scheint mir doch unverzichtbar, eine Möglichkeit der Verbindungsaufnahme mit dem Objekt anzubieten (beispielsweise in Form einer Telefonnummer, über die der Analytiker kontaktiert werden kann). Meiner Erfahrung nach habe ich auf diese Weise schwere Regressionen während besonders langer Trennungen immer verhindern können, im Sommer beispielsweise“ (Green 1997, S. 1211 f). – Ich teile meine private Telefonnummer keinem Patienten mit, gleichgültig, in welcher Verfassung er sich befindet, weder während der Behandlungszeiten noch für die Zeit meines Urlaubs. Die Patienten vertragen dieses Vorgehen nach meiner Erfahrung gut, weil die Haltung des Therapeuten ihnen mehr Sicherheit gibt als die Aussicht, ihre Impulse von ihm sanktioniert agieren zu können. Denn hinter dem Wunsch der Patienten, „für den Notfall“ die Privatnummer des Therapeuten zu erhalten, steckt nach meiner Erfahrung nicht nur eine katastrophische Angst, sondern auch ein grenzenloser oraler Sadismus, der als Problem benannt und nicht bedient werden sollte.

Für das Agieren der Borderline-Patienten ist es gerade typisch, dass sie die Grenzen zwischen sich und dem Therapeuten aufheben und damit einer Logik folgen, die mit ihrer Verhaftung in der paranoid-schizoiden Position zu tun hat. Die Angst vor der Bedrohung von innen zwingt zu ständigen Ausweichmanövern, die nur zum Teil als Projektionen möglich sind. Oft bleiben nur Dissoziation und die Herstellung einer Traumwelt ohne Bezug zur Realität. Gelingt die Abwehr nicht, entsteht die unerträgliche Angst vor der inneren Bedrohung. Wir müssen also anerkennen, dass die Patienten in vielen Situationen ihren inneren Impulsen ausgeliefert sind und in dieser Verfassung nicht anders können, als sie unmittelbar zu agieren, um von der inneren Spannung nicht zerrissen zu werden. Was auf den Beobachter oft wie ein Erzwingen von Aufmerksamkeit oder ein Versuch, die Belastbarkeit des Therapeuten auszureizen, wirkt, ist in der Regel eine dem Wiederholungszwang folgende Abfuhrhandlung. Eine Patientin, die in der ersten Phase der Behandlung unter Hinweis auf die Vorgehensweise von Therapeutinnen ihrer Bekannten entsprechende Informationen über meine Privatnummer von mir verlangt, aber nicht erhalten hatte, sagte mir Jahre später: „Ich wollte, dass Sie auch so

reagieren sollten wie die anderen Menschen, mit denen ich damals zu tun hatte. Ich war wütend, dass Sie es nicht taten. Aber es war wichtig, dass ich eine Grenze von außen erfahren habe, weil ich mich selbst nicht begrenzen konnte“.

Welche Hilfestellung können wir nun von den Arbeiten der verschiedenen Autoren für unsere tägliche Arbeit mit Borderline-Patienten erwarten? Wie immer in der psychoanalytischen Literatur über die Technik wohl mehr eine indirekte als eine direkte. Die Arbeit mit dieser Klientel erfordert ein hohes Maß an Flexibilität, die Fähigkeit und Bereitschaft, den ständig wechselnden Bewusstseins-Zuständen der Patienten folgen und den Überblick über die therapeutische Gesamtsituation behalten zu können. Die Abwehr ist beweglich und unstet und setzt ihre Taktiken ohne Rücksicht auf eigene und fremde Verluste ein. Da Borderline-Patienten immer aufs Ganze gehen und Regeln und regelhaftes Verhalten grundsätzlich ignorieren müssen, werden strenge Behandlungskonzepte im ambulanten Setting über kurz oder lang scheitern. Der Patient wird die Behandlung anhand ihrer Regeln und des Versuches des Therapeuten, sich an sie zu halten, ad absurdum führen. Wichtiger als ein Behandlungsmanual im Kopf des Therapeuten ist die wache und neugierige Haltung und das Wissen, dass der Patient, gleichgültig, was er mit dem Therapeuten veranstaltet, die Behandlung und den Behandler mehr braucht als der Therapeut den Patienten. Eine theoretische Fundierung des eigenen Handelns ist notwendig, um in groben Umrissen Ordnung in das chaotische Bild bringen zu können, das der Patient dem Therapeuten Stunde für Stunde bietet. Der Therapeut braucht einen weiten Blick und ein großes Herz, wenn er die zentralen Problembereiche des Patienten ernsthaft erreichen will und sich nicht auf eine stützende Behandlung beschränkt, die nur so lange wirksam ist, wie sie andauert. Sicherlich braucht man ein Maß an innerer Abgegrenztheit und Unabhängigkeit und eine geringe Beeinflussbarkeit durch Verführung und Manipulation. Zugleich braucht man eine innere Offenheit für die Verführungen, die von Seiten der Patienten ausgehen, muss sie in sich aufnehmen können und ein Verständnis dafür entwickeln, was durch die Verführung in die eigene Person projiziert werden soll. Man braucht phasenweise Standhaftigkeit, wenn die Patienten ihre extremen psychischen Spannungen mittels projektiver Identifizierung bei ihrem Therapeuten unterzubringen versuchen und damit beim Therapeuten Ängste wecken, von denen der Patient sich selbst in der aktuellen Situation durch sein Agieren bereits entlastet hat. Man muss für schwer aushaltbare Gefühlszustände von Schmerz, Depression und ungerichtetem

Hass zugänglich sein, man braucht die Fähigkeit, sich erschrecken und berühren zu lassen, und sich gleichzeitig das Bewusstsein dafür zu erhalten, Objekt heftiger Projektionen zu sein, deren Sinn es ist, dem Patienten Identifizierungsmöglichkeiten außerhalb seiner eigenen Person zu schaffen. Allmählich wird es gelingen, die strukturelle Instabilität der Patienten zu einer gewissen Ruhe, einer eigenen Gestaltung zu bringen. In der Regel wird man das Konfliktniveau selbst nicht qualitativ verändern können; die Störbarkeit bleibt eine Funktion der Virulenz von Konflikten, die sich um die Anerkennung der depressiven Position zentrieren und bei akuten Belastungssituationen eine Regression auf das paranoid-schizoide Niveau auslösen. Aber die Anfälligkeit für Belastungen kann deutlich reduziert werden, und die Einsicht in die typischen Abläufe und Muster kann so weit vertieft werden, dass der Patient eine relative Gelassenheit sich selbst gegenüber und dem, was in ihm stattfindet, entwickelt.

## Literatur

Bateman, A u. Fonagy, P (2011) Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). In: Dulz, B et al. (2011) Handbuch der Borderline-Störungen. S.566-575, Schattauer, Stuttgart, 2011

Clarkin, J F, Yeomans, F E, Kernberg, O F (2006) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart, 2008

Devereux, G (1967) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Suhrkamp TB, Frankfurt/M, 1984

Deutsch, H (1934) Über einen Typus der Pseudoaffektivität. Intern Z f Psa 20, S. 323-335

Dostojewski, F M (1866) Der Spieler. Piper, München, 1986

Fallada, H (1937) Wolf unter Wölfen. Aufbau-Verlag, Berlin, 2011

Freud, S (1914c) Zur Einführung des Narzissmus. GW 10, S. 138-170

Freud, S (1940e) Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. GW 17, S. 69 – 72

Fonagy, P u. Target, M (2003) Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2003

Green, A (1997) Chiasmus. Prospektiv: Die Grenzfälle aus der Sicht der Hysterie; retrospektiv: Die Hysterie aus der Sicht der Grenzfälle. Psyche, 54. Jg., Dezember 2000, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 1191 - 1221

Kernberg, O F (1975) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp TB, Frankfurt/M, 10. Auflage 1998

Kernberg, O F (2011) Mentalisierung, Einsicht, Empathie und Deutung – eine vorläufige Mitteilung. In: Nedelmann (Hg) Phantasie und Realität. Kohlhammer, Stuttgart, 2011

Lagerkvist, P (1916) Angst ist mein Erbe (Angest är min arvedel). In: Gustafsson, L (Hg) Svenskt Dikt. Wahlström und Widstrand, Stockholm, 1978

Rohde-Dachser, C (1979) Das Borderline-Syndrom. Hans Huber, Bern, 6.Auflage, 2000

Rosenfeld, H (1966) Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Suhrkamp, Frankfurt/M, 1981

Rosenfeld, H (1971) Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens- und Todestriebs aus klinischer Sicht: Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzissmus. Psyche 25, 1971, S. 476-493

Rosenfeld, H (1978) Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung einiger Borderline-Patienten. Psyche 35, 1981, S. 338-352

Rosenfeld, H (1987) Sackgassen und Deutungen. Verlag Internationale Psychoanalyse, Weinheim, 1990

Shakespeare, W (1612) Heinrich VIII. Sämtliche Werke in 4 Bänden, Aufbau-Verlag, Berlin, 2000

Steiner, J (1993) Orte des seelischen Rückzugs. Klett-Cotta, Stuttgart, 3.Auflage 2006

Streek, U u. Leichsenring, F (2009) Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Volkan, V D (2011) Die Identität von Individuen und von Großgruppen. In: Dulz, B et al. (2011): Handbuch der Borderline-Störungen. S.235-250, Schattauer, Stuttgart, 2011

Weiß, H (2009) Das Labyrinth der Borderline-Kommunikation. Klett-Cotta, Stuttgart

Yeomans, F E u. Diamond, D (2011) Übertragungsfokussierte Psychotherapie. In: Dulz, B, et al. (2011): Handbuch der Borderline-Störungen. S.543-558, Schattauer, Stuttgart, 2011

Jochen Lellau, Jg.1958, Dipl.-Psych., lebt als niedergelassener Psychoanalytiker (DPV) in Hamburg.