

Dr. Susanne Gerckens

Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Gesprächspsychotherapie hat eine lange Tradition in der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Störungen. Beginnen will ich mit Carl Rogers. Über mehrere Jahre arbeitete er mit schwerst gestörten traumatisierten Kindern und deren Eltern an der entwicklungspsychologischen Abteilung der „Society for the Prevention of Cruelty to Children“ in New York. Später untersuchte er in der sog. „Wisconsin-Studie“ (1967) die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von hospitalisierten, schizophren erkrankten Patienten. In Deutschland wurde seine Arbeit zunächst von dem Ehepaar Binder und Binder fortgeführt. Bereits 1979 formulierten diese ihre ersten klientenzentrierten Ansätze zu einer störungsspezifischen Behandlung für schizophrene erkrankte Patienten, nachzulesen in ihrem Buch: Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie (1991). Die Autoren versuchen anschaulich darzustellen, wie schizophrene Erkrankte erleben und handeln und welches psychotherapeutische Vorgehen sich daraus ergibt. Sie selbst nennen Psychotherapie einen Prozeß, der Geduld und komplexe Kleinarbeit bedeutet. Auch ihr Buch zu lesen erfordert Geduld und Kleinarbeit, sich durch die zahlreichen Einzelaspekte, illustriert durch konkrete Beispiele zu kämpfen. Es ist jedoch lohnenswert.

In Holland befaßte sich Swildens, der maßgebliche Vertreter der Gesprächspsychotherapie in den Niederlanden mit der Behandlung schwer gestörter Patienten. In seinem Buch: Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie (1991) ist ein Kapitel speziell der Behandlung von Klienten mit „Borderline“-Symptomatik und psychotischen Störungen gewidmet. In Deutschland sind es u. a. Finke, Teusch und Gastpar (1994), die sich mit der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von schwer gestörten Patienten beschäftigen und diese Arbeit wissenschaftlich begleiten und publizieren. Im Weiteren sind zu nennen die Arbeiten von Eckert und Biermann-Ratjen, die zahlreiche Publikationen zur Diagnostik und Behandlung von Borderline-Patienten, vorwiegend im ambulanten Setting, publiziert haben. Im Kommenden werde ich häufiger auf ihre Erfahrungen und Ergebnisse zurückgreifen. Neben den bis jetzt genannten wissenschaftlich und publizistisch tätigen Gesprächspsychotherapeuten gibt es zahlreiche Behandler, die in ihren psychotherapeutischen Praxen Patienten mit

Vortrag auf dem 3. Großen DPPG-Forum, Berlin 24./25.4.2004

Borderlinestörungen behandeln. Im Rahmen einer kassenärztlichen Tätigkeit ist dies offiziell nicht möglich, da die Krankenkassen bekanntlich nur die Kosten für Behandlungen übernehmen, die nach den sog. Richtlinienverfahren VT, TP und Analyse durchgeführt werden.

In den frühen Jahren der Gesprächspsychotherapie wurde in Deutschland die Diagnostik unterschiedlicher Krankheitsbilder vernachlässigt, dementsprechend gab es nur wenig Literatur zu störungsspezifischen Behandlungsansätzen. Heute haben sich Theorie und Praxis weiterentwickelt. Eine klare diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes gilt heute als unumgänglich. Ergänzend zu den übergreifenden Therapieprinzipien der Gesprächspsychotherapie wurden spezifische, auf das Störungsbild zugeschnittene Behandlungskonzepte entwickelt. Hier wäre z.B. zu nennen das von Finke und Mitarbeitern entwickelte Manual zur geschäftspsychotherapeutischen Behandlung von Angsterkrankungen (1995).

Rogers selbst hat in seiner Theorie zur Gesprächspsychotherapie keine spezifischen Aussagen zur Behandlung einzelner Krankheitsbilder gemacht. Die von ihm formulierten Therapieprinzipien Empathie, Kongruenz und eine nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung sind Grundlage jeder Gesprächspsychotherapie, d.h., für die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung gelten diese Therapieprinzipien genauso wie für die Behandlung eines depressiven Patienten. Erste Voraussetzung auf Seiten des Therapeuten für die Behandlung von Borderline-Patienten ist also, ein guter Gesprächspsychotherapeut zu sein, der sich um die Umsetzung der von Rogers genannten Therapieprinzipien bemüht. Im Weiteren notwendig ist das spezifische Wissen über ein Krankheitsbild, über die Symptomatik, darüber, worunter ein Patient leidet, wie er sich und seine Umwelt erlebt und wie er typischerweise handelt. Beim Bemühen um Empathie muß der Therapeut sich in die Gedanken- und Erlebniswelt des Klienten einfühlen können, und hierbei ist dieses Wissen, trotz aller Individualität des Leidens, eine große Hilfe. Speziell gilt dies in der Behandlung von Patienten mit frühen Störungen, da wir in der Regel die Symptomatik nicht aus eigener Erfahrung nachvollziehen können, uns manche Zustände fremd sind.

Die von Rogers postulierten Therapieprinzipien sind relativ abstrakt. Rogers selbst hatte es abgelehnt, eine Therapietechnik im Detail zu beschreiben, da er befürchtete, dass die schematische Ausführung von Handlungsanweisungen das Bemühen um z.B. empathisches Verstehen behindern oder gar unmöglich machen könnte. Um die Gesprächspsychotherapie jedoch lehrbar und überprüfbar zu machen, wird heute die Notwendigkeit betont, differenzierte Behandlungstechniken zu beschreiben. Diese Techniken entfernen sich z.T. weit von den ursprünglichen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Einige Autoren wie z.B. Sachse und Maus gehen so weit, das grundlegende Prinzip der Nicht-Direktivität einzuschränken, sie beschreiben die Rogerschen Therapieprinzipien als Haltungen, die der Therapeut zu verwirklichen habe, das konkrete Handeln müsse aber immer zielgerichtet sein.

Nach Höger (1989) kann die therapeutische Beziehung auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus beschrieben werden. Rogers Therapieprinzipien sind hier auf Stufe 2 der 4-stufigen Abstraktionsskala zu finden. Auf der Stufe 3 angesiedelt wäre z.B. für das Therapieprinzip Empathie die Konkretisierung und Umsetzung in Form von VEE, der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Auf Stufe 4 finden sich ganz konkrete Verhaltensanweisungen, z.B. was ein Therapeut in einer bestimmten Situation sagen kann. Auch Finke (1994) unterscheidet zwischen Therapieprinzipien und Therapietechniken.

Bei der Anwendung der Therapietechniken sei zu beachten, dass die konkreten Verhaltensanweisungen immer im Sinne der übergeordneten Therapieprinzipien stehen müssen.

Beispiel: Bei Vorhandensein von Empathie und Unbedingter Wertschätzung ist es im Rahmen der Gesprächspsychotherapie möglich, einem Patienten sein Verhalten aufzuzeigen, d.h. ihn damit zu konfrontieren. Der Pat. wird die Konfrontation unter den beschriebenen Bedingungen nicht als Verletzung erleben, muß sich nicht verteidigen. Wird das Konfrontieren jedoch dazu benutzt, den aufgestauten Ärger über das Verhalten des Patienten loszulassen, entspricht dies nicht einem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen. Die Einhaltung - hier v.a. der unbedingten Wertschätzung - wird nicht verwirklicht, die Intervention dient nicht der Selbstexploration des Patienten, sondern der Entlastung des Therapeuten von seinem Ärger. Diese Entlastung sollte er sich außerhalb der Therapiesitzung holen.

Die Übernahme erprobter, erfolgreicher Therapietechniken aus anderen Verfahren, vornehmlich der Verhaltenstherapie in eine Gesprächspsychotherapeutische Behandlung, ist meiner Meinung nach nur dann möglich, wenn sie nicht die Therapieprinzipien verletzt.

Die Gesprächspsychotherapeuten gehen – wie auch Kernberg – davon aus, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Selbststörung ist. Deshalb möchte ich kurz auf die Entwicklung des Selbstkonzeptes aus Sicht der Gesprächspsychotherapie eingehen.

Roger schrieb 1975: „Man kann es sich als eine strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt denken... Diese Gestalt ist zwar fließend und veränderlich, aber sie ist in jedem Augenblick eine Einheit“. Das Selbst des gesunden Menschen ist zusammenhängend und durch Kontinuität gekennzeichnet, ist eine organische Ganzheit.

Eine derartiges gesundes Selbst kann sich nur unter günstigen Bedingungen entwickeln. Diese Bedingungen sind ein empathisches Gegenüber, ein Objekt. Erfahrungen und ihre affektiven Bewertungen können nur unter der Bedingung in das bestehende Selbstkonzept integriert werden, dass sie von einer anderen Person gesehen und anerkannt werden. Reagiert die Bezugsperson nicht empathisch, sondern z.B. gleichgültig oder mit eigenen Affekten, kann die Erfahrung nicht als Selbsterfahrung ins Selbstkonzept integriert werden. Rogers nennt hier als notwendig ein empathisches, kongruentes Gegenüber, das das Kind ohne Bedingungen anerkennt.

Fehlt es bei der Entwicklung eines Menschen an Bezugspersonen, die empathisch auf das Kind eingehen, und wird Anerkennung nur unter bestimmten Bedingungen gegeben, entwickelt sich ein neurotisches Selbst. Dieses ist starr und rigide. Neue Erfahrungen dürfen nur insoweit gemacht werden, als sie in das Selbstkonzept passen, andere Erfahrungen müssen abgewehrt werden. Das bisher Erreichte muß verteidigt werden. Rogers bezeichnet dieses Selbst als abwehrendes Selbst.

Das Selbst von Menschen mit einer Borderlinestörung bzw. einer frühen Störung ist brüchig und inkonsistent. Das Selbst konnte sich nicht zu einer Ganzheitlichkeit entwickeln, wirkt widersprüchlich und zerrissen, die Störung liegt schon im Aufbau. Neue Erfahrungen können z.T. nicht symbolisiert und nicht dem Selbstkonzept angepasst werden, wodurch weiteres Wachstum und die Ausdifferenzierung des Selbstkonzeptes eingeschränkt sind. Das Selbst wird durch neue Erfahrungen bedroht und kann nicht verteidigt werden, wie es z.B. der neurotische Mensch mit Hilfe seiner Abwehrprozesse tut.

Anschaulich beschreibt Swildens (1991) das Selbstkonzept und das Erleben eines

Borderline-Patienten:

„Das Borderline-Selbstkonzept ermangelt Zusammenhang, Kontinuität und Sicherheit. Daher ist es stets verletzlich; neue Erfahrungen können nicht auf zielstrebige Weise dem Selbstkonzept angepaßt werden, weil dieses in sich selbst widersprüchlich ist, keine Kontinuität von ausreichendem Gewicht zeigt und deshalb nicht konsequent verteidigt werden kann. Man könnte von einem Kriegszustand sprechen, wobei die Fronten nicht klar sind: der Feind steht überall. So kann viel von dem absonderlichen Symptomverhalten erklärt werden als ein Adhoc-Verteidigungsmanöver gegen einen plötzlich in der Nähe oder in den eigenen Linien auftauchenden Feind. Zu einem derartigen Zustand nahezu permanenter Instabilität gehören auch die primitiven Gesetze des Kriegszustandes. Abspaltung, Idealisierung und Diabolisierung passen in dieses Muster wie auch Externalisierung und Projizieren. Zum Überleben ist es nötig, den Feind zu lokalisieren und zu wissen, auf wen man als Bundesgenossen setzen kann. Die Menschen werden deshalb in gute und schlechte eingeteilt, aber diese Entscheidung muss immer wieder korrigiert werden. Der Kriegszustand macht es nötig, die Guten fortwährend auf ihre Verlässlichkeit hin zu prüfen... Die psychotherapeutische Beziehung ist so ein Abschnitt der Front, und zwar u.U. ein sehr bedrohlicher Abschnitt. Es geht ja in diesem Kontakt um ihn selbst: der andere ist ganz nah und befaßt sich mit dem Wesentlichen und dem Verletzlichsten am Patienten, nämlich mit seiner Person. Die erfahrene Nähe des Anderen und die Instabilität des Selbstkonzeptes machen es schwierig, Konflikte zu vermeiden. Im Gespräch mit dem Psychotherapeuten können neue zwischenmenschliche Erfahrungen und das Selbstkonzept auf äußerst bedrängende und zugespitzte Weise miteinander konfrontiert werden.“

Der bei Swildens genannte Kriegsschauplatz bezieht sich auf die intrapsychischen Situationen und ambivalenzgeladenen Beziehungen, in denen Selbstkonzept und neue Erfahrungen miteinander konfrontiert werden. In vielen Funktionsbereichen sind Borderline-Patienten leistungsfähige, sozial kompetente und selbstständige Personen, manchmal sind zusätzlich neurotische Symptome zu sehen.

In der Therapie übernimmt der Therapeut die Rolle des Anderen, des Objektes. Der Therapeut teilt dem Patienten mit, was er an dessen Erleben verstanden hat – wir nennen es Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte – und hilft dem Pat. dabei, neue Erfahrungen zu machen und zu integrieren. Schwierig ist dies jedoch bei Borderline-Patienten. Bestimmte Gefühle werden von ihnen nicht wahrgenommen, das Ansprechen ist von daher nicht möglich. In diesem Falle kann der Therapeut den Patienten auf die Gefühle hinweisen, die üblicherweise in vergleichbaren Situationen auftreten. Der Patient spürt sie nicht, kann jedoch sehen, dass sie erlaubt und möglich sind.

In der Behandlung von Borderline-Patienten fällt auf, dass sie manchmal den Ausdruck empathischen Verstehens verunmöglichen, auch wenn sie vom Therapeuten wahrscheinlich korrekt verstanden wurden. Die Patienten fühlen sich unverstanden, in ihrem Innersten angegriffen und bedroht. Hier sollte auf eine Verbalisierung verzichtet werden.

In der Biographie von Borderline-Patienten findet man häufig, dass sie von ihren Bezugspersonen für deren Interessen benutzt, manipuliert oder gar mißbraucht wurden. Aufgrund dieser Erfahrung fürchten sie Mißbrauch durch Andere, auch durch den Therapeuten. Das Verhalten des Therapeuten wird genauestens beobachtet, auf

seine Absichten hin überprüft. Häufig werden dem Therapeuten auch bestimmte Beurteilungen und Absichten unterstellt. Unklarheiten und inkongruentes Verhalten des Therapeuten werden schnell erkannt und können beziehungsgefährdend wirken. Die Verwirklichung der gesprächspsychotherapeutischen Prinzipien ist hier von besonderer Wichtigkeit: das nicht-direktive, nicht-zielorientierte Verhalten des Therapeuten, seine Kongruenz sowie seine unbedingte Wertschätzung. Kommt es zu Ängsten, Unterstellungen oder Entwertungen von Seiten des Patienten, hat der Therapeut zu klären, auf was in ihm oder an seinem Verhalten der Patient reagieren muß, d.h. es muß für beide in einer nicht wertenden Atmosphäre verstehbar werden, wie es zu diesem Gefühl bzw. Verhalten kam.

Borderline-Patienten erwarten häufig Ratschläge, direktives Verhalten, Kontrolle und Führung. Dies ist zu erklären aus ihrem instabilen Selbstkonzept und der damit einhergehenden Selbstunsicherheit. Diesen Wunsch nach Anleitung und Kontrolle gilt es zu verstehen und anzuerkennen, in den seltensten Fällen jedoch zu erfüllen. So gibt es in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Borderline-Patienten – ganz im Gegensatz zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen - keine Abkommen, keine Verträge, Aufgaben, Strafen oder Belohnungen.

Das instabile Selbstkonzept des Borderline-Patienten führt dazu, dass seine Einstellungen zu Anderen sehr wechselhaft sein können. Wer heute als idealer Partner dasteht, kann morgen entwertet sein und umgekehrt. Der Andere ist entweder gut oder böse. Der Patient kann nicht verschiedene Anteile des Anderen gleichzeitig bestehen lassen, z.B. „Mein Vater war heute so gemein und verletzend, ein richtiges Ekel, aber ich weiß ja, dass er nicht immer so ist.“

Mit dieser Spaltungstendenz des Borderline-Patienten muß im Gespräch immer gerechnet werden. Wird ein Spaltungsverhalten erkannt, sollte darauf hingewiesen werden, wenn möglich sollte die Bedeutung des Spaltungsvorganges gemeinsam erkundet werden. In seinen verbalen Interventionen sollte der Therapeut immer auf beide Seiten hinweisen, d.h. auch den abgespaltenen Teil, den er von den sonstigen Erzählungen des Patienten kennt, benennen, z.B. dass er für den Vater, an dem er im Moment nur Verletzendes und Negatives sieht, manchmal auch andere Gefühle hat, die er im Moment jedoch ganz aus den Augen verloren hat. Rohde-Dachser (1986) nennt diese von ihr als hilfreich empfohlene Form der Intervention „Sowohl als auch“. Sie soll dabei helfen, die Brüche zu überwinden, die Integration von Gut und Böse zu fördern.

Diese Form der Intervention gilt natürlich nicht nur für die aktuellen Beziehungen des Patienten sondern auch für die Beschäftigung mit den frühen Bezugspersonen, d.h. vorwiegend mit den Eltern. Ziel ist hierbei, dass die Patienten zunehmend Seiten an ihren Eltern sehen können, die sie abwehren mußten, sodaß ein realistischeres, vollständigeres Bild der Eltern entstehen kann.

Ist der Therapeut selbst von der Spaltungstendenz des Borderline-Patienten betroffen, ist ein relativ hohes Ausmaß an psychischer Stabilität und Abgegrenztheit erforderlich, um eine konstante Beziehung zum Patienten aufrechterhalten zu können.

Borderline-Patienten zeigen vielfältige und oft wechselnde Symptome.

Swildens (1991) weist auf die doppelte Funktion der Symptome hin. Sie signalisieren einerseits Bedrohung, andererseits schirmen sie gegenüber der Bedrohung ab. Setzt der Therapeut an der derzeitigen im Vordergrund stehenden Symptomatik an, geht er

das Risiko ein, dem Klienten den Schutz des Symptoms zu nehmen, was für den Patienten zu katastrophalen Folgen führen kann. Im Weiteren kann es zur Gefährdung der Therapeut-Patient-Beziehung kommen bis hin zum Abbruch. Gerade zu Beginn der Behandlung sei vom Therapeuten darauf zu achten, keine konfrontierenden Interventionen einzusetzen, welche die Innere Inkonsistenz des Patienten berühren und offenkundig machen. Zu empfehlen ist hier ein realitätsorientiertes Vorgehen. Wähnt der Patient z.B. Manipulation durch die Äußerungen eines Mitpatienten, ist es ratsam, sich die Situation möglichst genau schildern zu lassen. Durch die konkrete Beschreibung kann das Ereignis differenziert und realitätsnah beleuchtet werden.

Die Neigung von Borderline-Patienten zu Selbstverletzungen, suizidalen Handlungen, unkontrollierten affektiven Ausbrüchen, Drogengebrauch u.a. bedroht uns Therapeuten. Diese Verhaltensweisen ziehen viel Aufmerksamkeit auf sich, können starke, v.a. negative Gefühle beim Therapeuten auslösen: Enttäuschung, Ungeduld, Ärger, Verletztheit, Sorge bis hin zu Ängsten. Der Therapeut sollte sich von daher ständig über sein Selbsterleben im Klaren sein und besonders darauf achten, inwieweit er dem Prinzip der Unbedingten Wertschätzung noch gerecht werden kann. Muß er feststellen, dass dies nicht mehr möglich ist, gilt es zu verstehen, möglicherweise auch mit Hilfe von Supervisionsgesprächen, welche Ursache, welche Funktion, welche Bedeutung das Verhalten des Patienten hat, v.a. für die Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Häufig muß der Therapeut sich eingestehen, dass er - möglicherweise verführt durch das in vielen Lebensbereichen funktionsfähige Verhalten des Patienten - dessen innere Not, seine Gespaltenheit, seine Unfähigkeit bestimmte Gefühle zu empfinden aus den Augen verloren hat, d.h. die Schwere der Störung unterschätzt hat. Gelingt es dem Therapeuten zu verstehen, dass der Patient um sich zu retten, nur diese agierende Handlungsmöglichkeit zur Verfügung hatte, lösen sich in der Regel die negativen Gefühle beim Therapeuten auf.

Wut und die Abwehr von Wut sind häufig Thema in der Behandlung von Borderline-Patienten. In der Gesprächstherapie wird die Wut des Pat. verstanden als eine Reaktion auf die existentielle Bedrohung des Patienten, die Bedrohung seines Selbstkonzeptes. Dies steht im Gegensatz zu der Anschauung Kernbergs, der die Aggression des Patienten als eine genetisch bedingte, exzessive Reaktion auf mangelnde Bedürfnisbefriedigung sieht. Der Patient reagiere auf den Verlust des notwendigen Objektes aggressiv. Entsprechend der gesprächspsychotherapeutischen Ansicht, dass die Wut eine existenzielle Bedrohung des Borderline-Patienten anzeigt, muß der Gesprächspsychotherapeut dem Patienten ermöglichen, sich seines existentiellen Bedrohtseins bewußt zu werden und die damit verbundene Wut, den Haß und die Aggression in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Werden Wutgefühle erkannt, so sind sie in ihrer Bedeutung für den Patienten und den Therapeuten zu reflektieren, wenn möglich, zu verbalisieren. Wird die Wut vom Patienten vermieden, soll auf keinen Fall der Ausdruck von Wut gefördert werden, wie z.B. durch ein erlebnisaktivierendes Vorgehen. Viel mehr geht es darum zu klären, was es bedeutet, Wut zu haben. Häufig wird das Vorhandensein von Wut verbunden mit der Angst, böse zu sein, weggeschickt zu werden, keine Existenzberechtigung mehr zu haben („Geh in dein Zimmer, so ein Teufelchen will ich nicht haben“). Eckert (1996) führt an, dass es u.U. hilfreich sein kann, über Aggression und ihr Auftreten in sachlicher Form aufzuklären. Dies könnte zur Entlastung des Patienten beitragen.

„Wut ist das ursprünglichste Ich-Gefühl, das wir Menschen haben. Es ist die Reaktion auf einen Schmerz, z.B. auf eine Versagung, auf ungestillten Hunger.

Ein Schmerz, den viele Kinder erfahren, ist der, von den Eltern nicht verstanden zu werden. Viele Eltern – aus welchen Gründen auch immer – verkennen das Erleben ihrer Kinder, übersehen es oder interpretieren es um. Ganz kleine Kinder können auf diesen Schmerz .. noch nicht mit Wut reagieren. Sie erleben sich dann auch nicht als verletzt, sondern als „nicht“ und später als nichts wert und dann als böse.

Ein kleines Kind kann nicht denken: Ich habe Eltern, die nicht wirklich an mir interessiert sind. Es kann nur die Erfahrung abspeichern: „Irgendetwas an mir ist falsch, sonst würden meine Eltern liebevoller mit mir umgehen.“

Nun noch einige Worte zum Setting und zu den Rahmenbedingungen einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Borderline-Patienten.

Bezüglich der Behandlungsdauer gehen die meisten Autoren von mehreren Jahren aus. Die Behandlung kan