

2.1 Borderline-Abwehrmechanismen

Das psychodynamische und gruppendynamische Verständnis kann uns helfen, die Natur der bekannten „primitiven“ Abwehrmechanismen der BPS-Patienten in ihrer doppelten Botschaft zu verstehen. Auf der einen Seite sind sie als Spätinszenierungen und Umkehr früh erlittener und traumatisch erlebter Umgangsweisen in ihrer Kindheit zu bewerten. So kann man die *projektive Identifikation* als Umkehr einer ausbeuterischen Kontrolle eines alten „Festhaltens“ für die eigenen narzisstischen Zwecke vonseiten wichtiger Kontaktpersonen verstehen, in der therapeutischen Situation umgekehrt und gegen den Therapeuten „verwendet“. Auf der anderen Seite dient sie dazu, den Therapeuten aus Not festzuhalten und ihm das Ausmaß der extremen existenziellen Angst mitzuteilen. So weist die projektive Identifikation einen doppelten Alarmsignal-Charakter auf.

Fallbeispiel

Eine junge Patientin zeigte ihrem Therapeuten gegenüber ein exzessives Kontrollverhalten; sie ließ ihn förmlich nicht aus den Augen. In seiner Supervision sprach der Therapeut über sein „Sklavengefühl“ und das Gefühl eines unerträglichen Ausgeliefertseins. Im Verlauf der weiteren Arbeit mit der Patientin wurde deutlich, dass der Vater seine inzwischen längst erwachsene Tochter als vitale Unterstützung seiner Person und lebenslangen „Partnerersatz“ verstand und auch in konkreten Alltagsaspekten nicht bereit war, sie loszulassen. Die Patientin war in der Tat „Sklavin“ des Vaters und teilte dies unbewusst in der Umkehrung dem Therapeuten mit, nach dem Motto „Um mich wirklich zu verstehen, müssen Sie das Gleiche fühlen wie ich“. Gleichzeitig machte sie den Therapeuten mit ihrem Anklammern auf ihre tiefe existenzielle Angst und ihre Not aufmerksam.

Wir können die Abwehrmechanismen der BPS-Patienten im Zusammenhang der interpersonellen Beziehungen der Primärgruppe betrachten, indem wir sie als Widerspiegelungen bzw. Reinszenierungen früherer – letztlich nicht gelungener – Kontakt- und Beziehungsversuche verstehen.

Zu den „primitiven“ Abwehrmechanismen von BPS-Patienten gehören außer den projektiven Mechanismen auch die primitive Ideali-

sierung, die Spaltung, Leugnung und die Omnipotenz und Entwertung (nach Kernberg 1991). Mit all diesen Abwehrmechanismen machen uns unsere Patienten unbewusst aufmerksam auf die früh erlittenen Traumatisierungen, sie teilen uns diese auf dramatische Weise mit und, wenn wir uns für die Gründe interessieren, geben uns einen Hinweis, wie wir diese Gründe verstehen und therapeutisch einsetzen können. Sie halten uns ein Bild ihres vergangenen Leids und ihres So-geworden-Seins vor Augen und hoffen, dass wir das Bild deuten und für sie nutzbar machen werden.

Primitive Idealisierung Die primitive Idealisierung ist in diesem Kontext als Versuch zu begreifen, den narzisstischen Therapeuten – als „Nachfolger“-Objekt der früheren wichtigen (narzisstischen) Bezugsperson oder -personen zu „verführen“. Sie kann als Reinszenierung eines solchen frühen Verführungsversuchs erkannt werden im Rahmen der Übertragung auf den Therapeuten, die „gelingt“, wenn der Therapeut die narzisstischen Züge aufweist, die – wie damals – einen besseren Kontakt versprochen. Dieser Mechanismus hatte ursprünglich eine Wirkung gegen die existenzielle Angst, die durch die Verlassenheit wichtiger Bezugspersonen ausgelöst wurde.

Entwertung Die Entwertung folgt dann konsequenterweise, wenn der Patient „erkennt“, dass die narzisstische Verführung und Verführbarkeit des Therapeuten, der zur *omnipotenten* Elternfigur erhöht wurde, nicht zu der erwünschten stabilen Beziehung geführt hat. Das Versagen der Idealisierung widerspiegelt das damalige Versagen, denn die gemeinte wichtige Bezugsperson war letztendlich durch den Verführungsversuch nicht richtig erreichbar, die vorübergehende Aufmerksamkeit und Liebe galten der Bezugsperson selbst, das Kind war nicht richtig *gemeint*. Nicht selten wird dieser Mechanismus vom Patienten „gewählt“ auch als Reinszenierung und Umkehr der in der Primärgruppe herrschenden Entwertung des Kindes durch wichtige Bezugspersonen oder der gesamten Familie. Sie wird dann sowohl gegen den Therapeuten als auch gegen sich gerichtet und kann den therapeutischen Prozess lähmen, so wie sie damals die Beziehungen und die Entwicklung eines gesunden Selbstbilds gelähmt haben.

Spaltung Der häufig beschriebene Abwehrmechanismus der Spaltung erfüllt in erster Linie eine protektive Wirkung; sie schützt als dissoziativer

Prozess vor der vernichtenden Angst des (beziehungs-)traumatisierten BPS-Patienten, die sich, wie damals in der Kindheit, auch im Rahmen der Therapie immer wieder bedrohlich manifestiert. Darüber hinaus widerspiegelt sie die innere Spaltung, Polarisierung und Rivalität der gesamten Familie (Fabian 2004).

Identitätsdiffusion Ähnlich dient die Identitätsdiffusion, die nach Kernberg (1991) als erstes diagnostisches Kriterium der Borderline-Störungen gilt, einerseits der Abwehr der Angst – denn Identität bedeutet auch innere Konfrontation mit der existenziellen Angst (G. Ammon 1979) –, andererseits stellt sie eine Widerspiegelung des Identitätsdefizits der gesamten Familie dar, die man aufgrund ihrer gespaltenen, oft insgesamt defizitären Identität als „Borderline-Familie“ bezeichnen kann (Burbiel et al. 1994).

Die mehrfach determinierte Funktion der primitiven Abwehrmechanismen, vor allem ihre Abwehr der existenziellen Verlassenheitsangst, ist also Ergebnis ihrer frühen Funktion als Sicherheitsmanöver innerhalb des Beziehungsgeflechts der gesamten Primärgruppe. Die so verstandenen Abwehrmechanismen öffnen wichtige Wege zum tieferen Verständnis der Entwicklungs- und Leidensgeschichte des Patienten und geben uns als Therapeuten wichtige Hinweise über die unbewusste Gestaltung unserer therapeutischen Beziehung zum BPS-Patienten.

Wie bereits betont, auch die durch die gesunden Ressourcen ausgelöste Gegenübertragung „erzählt“ uns eine Geschichte: die Geschichte der guten Erfahrungen durch positive Bezugspersonen bzw. durch positive Teilaspekte in Beziehungen, die sonst von Destruktion und Ausbeutung gekennzeichnet waren. Der Therapeut, der mit dem Patienten eine positive Gegenübertragungsbeziehung herstellt bzw. aufrechterhält, handelt als Vertreter oder Nachfolger derjenigen Personen oder Personenanteile, die in der frühen Geschichte des Patienten Träger positiver Beziehungsaspekte waren. Sie waren umso bedeutsamer, je destruktiver die Gesamtdynamik der Familie war – mit anderen Worten, je größer ihr Gegengewicht als Schutz vor der Verlassenheitsangst (durch Kontakt zu schützenden Personen) war. Darin besteht ihre Bedeutung für die Therapie von BPS-Patienten, denn sie setzen gewissermaßen die alten positiven Beziehungserfahrungen fort, stärken das Vertrauen in den Therapeuten und bessern dadurch die Gesamtprognose.

In den folgenden Tabellen wird versucht, einige negative und positive Gegenübertragungsvarianten und die ihnen entsprechenden „klassischen“ BPS-Abwehrstrategien (► Tab. 2-1) bzw. einige Ressourcen und die entsprechenden Gegenübertragungen (► Tab. 2-2) schematisch darzustellen.

Tab. 2-1 Wichtige Abwehrstrategien bei der BPS und dadurch ausgelöste Gegenübertragungsgefühle.

Klassische BPS-Abwehrmechanismen	Gegenübertragung
projektive Identifikation	Engegefühl, Wut
Idealisierung und Verführung	Misstrauen
Entwertung	narzisstische Kränkung, Wut
Spaltung	Wut, Entfremdung
Identitätsdiffusion	Konfusion, Unsicherheit

Tab. 2-2 Beispiele für Ressourcen und dadurch ausgelöste Gegenübertragungsgefühle.

Ressourcen	Gegenübertragung
Optimismus	Schätzung, Sympathie
Überlebenskraft	Anerkennung
Glaube, Philosophie	Schätzung, Respekt
Interessen	Interesse, Neugier
Kreativität	Kreativität, Interesse
Gerechtigkeitssinn, ethische Werte	Schätzung, Sympathie
Humor	Humor, Freude
Empathiefähigkeit	Kontakt, Beziehung

4.2.2 Einige expressive und Körpertherapien¹

Zu den expressiven Gruppentherapien zählen die Kunst-, Tanz-, Musik- und die Theatertherapie. Die Tanztherapie, teilweise auch die Theater- und die Musiktherapie, können gleichzeitig auch den Körpertherapien zugeordnet werden. Sie alle haben auch Gruppentherapiecharakter und gehören zu den nonverbalen Gruppentherapien. Sie nutzen die besondere Vielfalt primär nichtsprachlicher Ausdrucksmöglichkeiten; ihre Effizienz kann auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass die Genese der BPS – aller Frühstörungen – hauptsächlich in die vorsprachliche Entwicklungsphase zurückreicht. Nicht zuletzt deshalb klagen manche BPS-Patienten darüber, dass sie große Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle zu verbalisieren. Die durch Musik, Tanz und Bild entstehende Kommunikation ist in ihrem Wesen allgemeinverständlich und als „Ursprachen“ der Menschheit auch ohne kulturelle Grenzen.

Durch Verbalisierung wird das emotional Erlebte in den expressiven und Körpertherapien „verbindlich“ gemacht und die Symbolisierung gefördert. Deshalb ist die Kombination mit dem gesprochenen Wort bei all diesen Therapien wichtig. Deshalb soll auch neben einer nonverbalen Therapie immer eine verbale empfohlen werden.

In den nonverbalen Therapien kommt nicht nur dem individuellen künstlerischen Ausdruck, sondern auch – je nach therapeutischer Schule und Richtung – der Kommunikation mit den anderen Gruppenmitgliedern über das jeweilige spezifische Ausdrucksmedium therapeutische Bedeutung zu. Bei Patienten, denen aufgrund großer Gruppenangst die Teilnahme an einer verbalen Gruppentherapie (noch) nicht möglich ist, können vor allem Kunst- und Musiktherapie, teilweise auch Theater- oder Tanztherapie eingesetzt werden, da in diesen die Gruppenkontakte einerseits durch das jeweilige Medium eingegrenzt und kanalisiert werden, andererseits spielt sich das Geschehen hauptsächlich in der Gegenwart ab und wird auf den aktuellen Tanz, die gespielte Musik, das gemalte Bild oder die Rolle im Theaterstück bezogen und bleibt damit im Hier und Jetzt der aktuellen Gruppensituation. In diesem Sinne weisen sie deutliche Selbsterfahrungszüge auf; die darin gewonnenen Erfahrungen

1 Die in diesem Kapitel geschilderten expressiven und körperlichen Therapien sowie die stationäre Therapie im nachfolgenden Kapitel basieren auf den Erfahrungen des Autors in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige in München.

und Einsichten sollten in einer verbalen Therapie vertieft, ihre Übertragungsaspekte bewusst gemacht und integriert werden. Deshalb empfiehlt sich immer, neben der expressiven oder Körpertherapie auch eine verbale Therapie durchzuführen (► Kap. 4.6).

Für viele Patienten sind die jeweiligen Medien der expressiven Therapien vertraut oder stellen sogenannte „befreite Gebiete“ dar (► Kap. 3.1.3), sodass sie weniger Angst erzeugen als die verbale Gruppentherapie, in der die Kommunikation ungebundener, „freier“ ist. Freilich können in einzelnen Fällen auch negative Erfahrungen mit solchen Medien verbunden sein (wie im Fall eines Patienten, der die Musiktherapie ablehnte, weil er als Kind von seinem Vater zum Geigenspiel gezwungen wurde, bis Schweiß und Tränen über die Geige flossen); diese stellen dann relative Kontraindikationen dar. Die Erfahrung zeigt aber, dass Kontakt- und Gruppenängste deutlich besser in den expressiven und Körpertherapien toleriert werden (am besten in der Kunst- und der Musiktherapie, weniger auch in der Theater- und der Tanztherapie; vgl. Schmidts u. Fabian 1998) und die darin erlebten positiven Gruppenerfahrungen bei vielen als eine „Stufe“ hin zu einer späteren Gruppentherapie führen können.

Der Hauptgrund für die gute Akzeptanz der expressiven Therapien liegt aber darin, dass diese vornehmlich auf den *Ressourcen* der Patienten basieren. Alle nonverbalen Therapien, ob primär expressiv, körperlich oder auf sonstige Medien bezogen, sind *Ressourcentherapien par excellence*. Vielfältige Begabungen, Sensibilitäten, kreative Potenziale kommen in den expressiven Therapien zum Vorschein: frühere, inaktive, ja vergessene oder „verschüttete“ Talente, die manchmal für die Betroffenen und die Umgebung verborgenen Schätzen gleichen. Aber auch neue, kaum geahnte Fähigkeiten werden entdeckt, die ihre Träger selbst überraschen, mit neuer Kraft und Energie füllen und ihr Selbstvertrauen stärken können.

Fallbeispiel

Eine 45-jährige, aus Osteuropa stammende, in ihrer Kindheit und Jugend vielfach traumatisierte Patientin, die gezwungen war, ihre Heimat mehrmals zu wechseln, wurde mit einer schweren Depression in die Klinik aufgenommen. Lange Zeit stagnierte die Therapie, da die Patientin in den verbalen Therapien schwieg oder monoton über ihre Beschwerden klagte, ohne auf Kontaktangebote seitens der Therapeuten oder der Mitpatienten einzugehen. In der

Maltherapie aber entdeckte sie überraschende Fähigkeiten und entwickelte einen eigenen Stil im Sinne der „naiven Malerei“, der ihr die Anerkennung der Mitpatienten und Therapeuten, später auch die eigene Selbstschätzung erbrachte. Eine Ausstellung ihrer Bilder wurde in der Großgruppe der Klinik vom Chefarzt eröffnet und gewürdigt. Der Zustand der Patientin besserte sich dadurch erheblich, sie begann, auch für sich zu malen; ihre Kontaktfähigkeit nahm deutlich zu.

Fallbeispiel

Ein junger, psychosenaher BPS-Patient hatte aufgrund schwerer Traumatisierungen große Kontaktängste und blieb als Außenseiter der Klinik längere Zeit einsam und verschlossen – wie in seiner Kindheit „hoffte“ er, auch ohne sprachliche Äußerung von den wichtigen Bezugspersonen verstanden zu werden. In der Musiktherapie „entdeckte“ er das Flötenspiel. Erst experimentierte er auf der Blockflöte, später kaufte er sich eine Querflöte, da ihm deren Klang sehr gefiel. Die Mitpatienten zeigten Interesse für sein neu entdecktes Talent und nahmen ihn in der Gruppe mit besonderer Schätzung auf. Einige boten ihm ihre Freundschaft an. Im Laufe der stationären Therapie konnte er diese Erfahrungen allmählich von der Musiktherapie auf andere Gruppen ausdehnen. (Einige Jahre nach der Klinikentlassung erfuhren wir, dass er im Konservatorium das Fach Querflöte studierte.)

Fallbeispiel

Eine junge Frau wurde mit einem schweren depressiv-autistischen Krankheitsbild in die Klinik aufgenommen. Auch diese Patientin blieb innerlich und äußerlich aufgrund ihrer Kontakt- und Gruppenangst lange Zeit isoliert. Eines Tages verblüffte sie die Mitpatienten und Therapeuten, die sich in der Großgruppe versammelt hatten, mit einem kurzen, spontanen pantomimischen Sketch, der mit Begeisterung angenommen wurde. Nach einiger Zeit wiederholte und erweiterte sie die Darstellung, diesmal mit einer anderen Mitpatientin und mit ausgeprägten humoristischen Zügen. Ihre Popularität in der Klinik wuchs; sie konnte sich allmählich auch in den anderen Therapien öffnen. Nach der Entlassung gelang es ihr, in einer Clown-Schule unter Hunderten von Bewerbern aufgenommen zu werden. Einige Jahre später trat die nun berufliche „Clownin“ in der Klinik mit einem eigenen Programm auf.

Beide, die wiederbelebten und die neu entdeckten Talente, können einen Wendepunkt für die gesamte Therapie darstellen und in manchen Fällen sogar die zukünftigen beruflichen Pläne neu bestimmen.

Die verschiedenen expressiven und die Körper- oder Bewegungstherapien weisen freilich auch individuelle Züge bzw. spezifische Vorteile auf. Diese können je nach Interesse des jeweiligen Patienten nach vergangener (möglichst positiver) Erfahrung oder nach Empfehlung des Therapeuten eingesetzt werden. Die unterschiedlichen Profile der einzelnen Therapiearten stellen eine erhebliche Bereicherung der Ausdrucksmöglichkeiten der Patienten dar.

Tanztherapie So bietet die Tanztherapie besonders für emotional „unerreichte“ BPS-Patienten, die ihre Gefühle nicht spüren bzw. kommunizieren können, die ein gestörtes Körperschema haben bzw. deren Körpererleben oder Sexualität gestört ist, eine ausgezeichnete gruppenbezogene Therapiemöglichkeit (G. Ammon 1986; Reitz 1986, 1999; M. Ammon 1996a). Der Tanz stellt eine Ursprache der Menschheit dar, er war *„schon seit Urzeiten für die Menschen bedeutsam und steht im Schnittpunkt von Kult und Heilung, im Tanz ist das Göttliche mit dem Dämonischen verwoben“* (Reitz 2005, S. 42). Der geistigen Dimension kommt in der Tanztherapie eine besondere Bedeutung zu; sie verleiht der Tanztherapie Tiefe und heilsame Wirkung. Die Teilnehmer der Tanztherapie spüren intuitiv, dass es sich um mehr als eine Therapie im konventionellen Sinn handelt.

Expressive Fähigkeiten zeigen sich im Tanz neben „Erzählungen“ – des Körpers, der Mimik und der Bewegungen – aus der Geschichte des Tänzers; sie werden von der umgebenden Gruppe verstanden, durch ihre Kommentare ins Verbale „übersetzt“ und dem Tänzer zur Verfügung gestellt. Das Verbale hilft bei der Integration des Erlebten. Tänzerische Begabungen, Verbindung zum Unbewussten durch die Körpersprache, die Möglichkeit, die Gruppenmitglieder emotional zu bewegen – all dies sind Ressourcen, die in der Tanztherapie zur Grundlage des Gruppenprozesses gehören und von den Einzelnen angenommen und verinnerlicht werden.

Musiktherapie Die Musiktherapie eignet sich für Patienten, die aufgrund ihrer Erfahrungen – besonders in der Kindheit – große Schwierigkeiten haben, Kontakte und Auseinandersetzungen in Gruppen zu „wagen“. In der Musiktherapie können die verschiedensten Gefühle allgemein



Abb. 4-1 Tanztherapie.

verständlich und für die Mitpatienten nachvollziehbar zum Ausdruck gebracht werden. Eine besondere Möglichkeit bietet die Musiktherapie für den Ausdruck von Aggression: Mit Musik kann der „Kontrahent“ nicht verletzt werden, was bei verbalen Therapien vielfach Anlass gibt für Hemmungen und Schuldgefühle („Ich kann ihn nicht angreifen, er kann ja nichts für meine Wut“). Auch Angst kann hier ihren Platz haben, da die Musiktherapie erfahrungsgemäß weniger Angst macht als z. B. die Theater- oder die Tanztherapie, die das Sichzeigen inmitten einer Gruppe beinhalten (Janssen 1982; Schmidts u. Fabian 1998). Der menschlichen Stimme kommt – als Indikator von innerer „Stimmung“ und angesichts der sehr frühen körperlichen Erfahrung mit der Stimme der Mutter – in der Musiktherapie eine besondere Bedeutung zu (Oberhoff 2005; Schmidts 2005; Spitzer 2009).

Auch die Musik stellt eine archaische Sprache der Menschheit dar; deshalb ist sie allgemein verständlich auch für Patienten, die aus ande-



Abb. 4-2 Musiktherapie.

ren Kulturen stammen. Die Kulturgeschichte des gemeinsamen Singens, Trommelns oder Musizierens (wie auch des damit verbundenen Tanzens) wiederholt sich eindrucksvoll in der Musiktherapie, wenn größere Gruppen sich durch die Erfahrung des gemeinsamen Spielens solidarisieren können.

Kunsttherapie Die Kunsttherapie ermöglicht einen einzigartigen Zugang zur Welt der kollektiven Symbole (Schmeer 1993; Tretter 1997; Nürnberger 2004) sowie zur Welt der Kindheitserfahrungen, die in abstrahierter, allgemeingültiger Form, nicht selten mit erstaunlichem künstlerischen Wert, ausgedrückt werden (Kress 1987; Kress u. Bihler 2004). Damit ist auch der direkte Zugang zum Unbewussten impliziert, der gerade bei emotional verschlossenen bzw. defizitären Patienten (unter ihnen häufig eher Patienten mit starren Ich-Grenzen, zwanghafte Patienten mit einer BPS, die sich hauptsächlich psychosomatisch „ausdrücken“) eine tiefergehende Psychotherapie deutlich erleichtert oder sogar erst möglich macht. Durch die Darstellung innerer Konflikte, nicht selten in der Traumsprache, kann eine Bearbeitung, die dem Traumprozess analoge Züge zeigt, erfolgen, gepaart mit einer Stärkung der inneren Abgrenzungsfähigkeit. Ferner

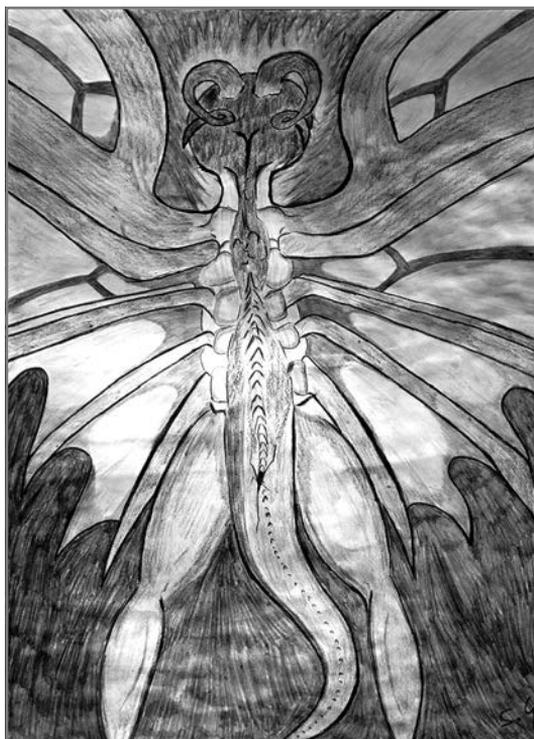


Abb. 4-3 Maltreatment, Bild eines Patienten: „Drache“.

beflügelt die Kunsttherapie in besonderem Maße die Imagination, die Gestaltungskraft und die Kreativität (Kress 1987; Kress u. Bihler 2000).

Theatertherapie Zu den Spezifika der Theatertherapie, die, wie die Tanz-, Musik- und Maltreatment, mit der Frühgeschichte der Menschheit verbunden ist und auf archaische Wurzeln zurückgreift, gehören das Ausagieren von inneren Konflikten und Identitätsaspekten in einem durch die Rolle und das Stück künstlerisch kontrollierbaren Rahmen, der Traum-Wirklichkeit-Charakter besitzt. Zu den Besonderheiten der Theatertherapie gehört auch die Kommunikation untereinander und mit dem Publikum, wodurch sich frühe gruppensdynamische Erinnerungen wie in einem „intermediären Spielplatz“ reaktualisieren und bearbeiten lassen (Urspruch 1993, 2005).

Auch in der Theatertherapie zeigen sich oft alte oder neu entdeckte schauspielerische Fähigkeiten, die durch ihre unmittelbare Kraft und Au-

4.3 Stationäre Therapie

In Kliniken ist die negative Reaktion des therapeutischen Teams auf BPS-Patienten, meist in Form von Spaltung und unkontrollierter Gegenübertragung, ausreichend bekannt (Adler 1973; Lohmer 2002; Dulz u. Schneider 2004). Sie stellt eine Widerspiegelung der Gruppendynamik in der Primärgruppe und anderen wichtigen Gruppen des Patienten dar und kann, wenn nicht bearbeitet, Ursache eines Therapieabbruchs werden. Zu den häufigsten Formen des Mitagierens durch unkontrollierte Gegenübertragung des Klinik-Teams angesichts des Ausagierens der Borderline-Patienten gehört die *ausschließliche* Beschäftigung mit deren Pathologie (Fabian 2006b). Damit stellt die kollektive Gegenübertragung, wie bereits erwähnt, eine Wiederholung der Situation des Patienten in seiner Familie dar, in der nur das Negative und das Krankhafte gesehen wurden.

Auch im Fall der stationären Therapie spielt die Arbeit an der positiven Gegenübertragung der Mitarbeiter eine wichtige Rolle. Sie erzeugt eine ähnliche Einstellung bei den Patienten zueinander; dies kann zu einer wichtigen Tradition und zu einem Faktor der Effizienz einer stationären Therapie werden. Die gesamte Einstellung des Therapeuten beeinflusst die Art des Umgangs der Patienten miteinander, da in der Tiefe trotz häufiger „Opposition“ parallel auch Identifikationsvorgänge aktiv sind. Dieser identifikatorische Prozess verläuft analog zu demjenigen, der in der Interaktion von Eltern zu ihren Kindern stattfindet.

Es liegt auf der Hand, dass die besondere Frequenz und Intensität der einzelnen Therapien, die im stationären Setting angeboten werden, die Dichte der Kontakte und Beziehungen, die vielfältigen Gruppen und Übertragungsmöglichkeiten, die unter stationären Bedingungen diejenigen der ambulanten Behandlung weit übertreffen, eine besondere Wirksamkeit der stationären Therapie auch bei Patienten mit einer BPS bedingen können (Burbiel u. Barrera 2013).

In den verschiedenen Therapien, die im klinischen Milieu angeboten werden, kann der Patient auch seine gesunden Seiten auf unterschiedlicher Weise einbringen. Gerade die Kombination von verbalen, körperlichen und gruppenbezogenen Therapien zeigt eine starke therapeutische Wirkung. In diesem Rahmen können auf den verschiedensten Gebieten Talente und besondere Begabungen entdeckt bzw. wiederentdeckt werden.

Fallbeispiel

Ein junger Mann war längere Zeit in stationärer Therapie, bis der Therapeut zufällig „entdeckte“, dass er an Literatur interessiert und sehr belesen war. Er zeigte in der Literaturgruppe besonderes Wissen, Engagement und Begeisterung und übernahm schließlich die Leitung der Gruppe als „Projektleiter“. Damit konnte er zum ersten Mal die Anerkennung anderer bekommen und erlebte sich – anders als im Elternhaus – gesehen und ernst genommen. Diese Erfahrung öffnete neue Kontaktflächen für die Therapie; er konnte sich zunehmend auch auf anderen Gebieten öffnen und mit anderen kommunizieren.

Fallbeispiel

Zwei junge mutistische Zwillingsschwwestern wurden zusammen in die Klinik aufgenommen. Lange Zeit zogen sie sich aus dem Klinikgeschehen heraus, waren nur aufeinander bezogen und zeigten große Angst vor Kontakten zu anderen. Nach einigen Wochen berichtete die Sporttherapeutin, dass die eine der Schwestern eine besonders begabte Schwimmerin sei. Die besondere Anerkennung auf diesem Gebiet führte dazu, dass die Patientin „anfang“, zu sprechen, und sie wurde auch in anderen Gruppen allmählich gesprächiger. Ihre Zwillingsschwester fühlte sich dadurch zurückgesetzt, hatte das Gefühl, dass ihre Schwester untreu wurde, und zog sich zunächst noch mehr in ihrer Kränkung zurück. Da „entdeckte“ sie im Rahmen des Milieuprojekts ihrer Gruppe (diese arbeitete an einem Schachfeld im Freien, die Figuren wurden gerade geschnitzt) eine Leidenschaft für das Holzschnitzen. Sie fing an, mit großem Engagement an der selbst gewählten Figur (der schwarzen Königin!) zu arbeiten, verweilte auch abends auf dem Schachfeld, nachdem die anderen Mitpatienten ihre Arbeit längst beendet hatten. Nun hatte sie auch ihr „eigenes“ Gebiet in der Rivalität mit der Schwester, und auch sie fing an, zu sprechen. Die Therapie beider Schwestern bekam einen neuen Impetus und konnte später erfolgreich abgeschlossen werden.

Die spezifische Weise, auf die sich die einzelnen Dynamiken in den verschiedenen Gruppen – darunter auch der Gruppe der therapeutischen Mitarbeiter bzw. der Klinikleitung – zu einer Gesamtgruppendynamik der Klinik verflechten und prozesshaft integrieren lassen (Burbiel u.

Barrera 2013), trägt wesentlich zur hohen Effizienz stationärer Therapie bei BPS-Patienten bei. Vielfach werden Spiegelphänomene zwischen der Gruppe der Mitarbeiter und der Patienten aufgedeckt und therapeutisch genutzt. Dabei muss immer ein besonderer Augenmerk auf die Arbeit mit den Gruppen und deren jeweiligen Dynamik, insbesondere der Abgrenzung destruktiver und Förderung konstruktiver Dynamiken und schließlich deren Integration auf der Gesamtklinik-Ebene gerichtet wird.

4.4 Humor als Ressource: „eine köstliche und seltene Begabung“

Humorsinn, wenn gepaart mit der Fähigkeit, ihn auch in widrigen Lebenslagen einzusetzen, ist der König der Ressourcen. Humor ist eine göttliche Gabe, ein „genuiner Ausdruck spezifisch menschlicher Gefühlswelt und Lebensbewältigung“ (Weeber 1991, S. 9). Freud nannte ihn „eine köstliche und seltene Begabung“ (Freud 1928, S. 389).

Denkt man an die „seltene Begabung“, Missstände zu relativieren, Krisen und Katastrophen mit einem „lachenden Auge“ aus der Distanz zu sehen, fällt Alexis Sorbas ein, der Prototyp des weisen Griechen, der das verspielte Kind mit dem lebensbejahenden Erwachsenen in sich vereint. Er lacht über sich, über den Ernst des Lebens, und genießt verschwenderisch dessen Freuden. Seine Vorfahren findet man in vielen alten Kulturen in Gestalt weiser Menschen, die über die Vergänglichkeit weltlicher Dinge – und damit auch über sich – lachen konnten.

Etliche Vertreter einer solchen „südlichen“ Lebenseinstellung, die sich um das Jetzt, den gegenwärtigen Augenblick des Lebens, mehr kümmern als um die Vorbereitung auf eine unsichere Zukunft, kann man z. B. in den „Maghrebinischen Geschichten“ von Gregor von Rezzori (1958) finden:

„Auf dem Wege zum Palast kam seine Majestät [König Nikifor XIV] an einer Hütte vorbei, die sich ein Zigeuner neu erbaut hatte. Um es im Winter warm zu haben, hatte er den Boden tief ausgehoben. Vor der Tür der Hütte war darum ein großer Erdhaufen aufgeschichtet.

„Was aber wirst du mit der Erde hier tun?“, fragte ihn der Herrscher.

„Ich werde eine Grube machen und sie hineinwerfen“, entgegnete der Zigeuner.

5 Grenzen und Risiken der therapeutischen Arbeit mit Ressourcen

Freud schreibt in seinen „Vorlesungen“ von 1917:

„Wir bemerken also, dass der Patient, der nichts anderes suchen soll als einen Ausweg aus seinen Leidenskonflikten, ein besonderes Interesse für die Person des Arztes entwickelt. Alles, was mit dieser Person zusammenhängt, scheint ihm bedeutungsvoller zu sein als seine eigenen Angelegenheiten und ihn von seinem Kranksein abzulenken. Der Verkehr mit ihm gestaltet sich demnach für eine Weile sehr angenehm. [...] Der Arzt fasst dann auch eine günstige Meinung vom Patienten und preist den Zufall, der ihm gestattet hat, gerade einer besonders wertvollen Persönlichkeit Hilfe zu leisten [...]. Der Patient wird zuhause nicht müde, den Arzt zu loben, immer neue Vorzüge an ihm zu rühmen. [...] Wir wollen hoffen, dass der Arzt bescheiden genug ist, diese Schätzung seiner Persönlichkeit durch den Patienten auf die Hoffnungen zurückzuführen, die er ihm machen kann. [...] So schönes Wetter kann es aber nicht immer geben. Eines Tages trübt es sich.“

(Freud 1917, S. 456 f.)

Mit diesen gütig-ironischen Worten warnte Freud seine jüngeren Analytiker-Kollegen vor der Verführung einer unreflektierten Gegenübertragung, die als Reaktion auf die Übertragungsliebe und -bewunderung ihrer Patienten, besonders in der Anfangszeit der Analyse, den therapeutischen „Flitterwochen“, entstehen kann. Seine Warnung behält bis heute ihre Gültigkeit; vor allem deshalb, weil viele Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) diese Verführungsmanöver besonders bei unerfahrenen Therapeuten oder solchen, die ihre narzisstischen Persönlichkeitsanteile nicht ausreichend analysiert haben, „erfolgreich“ einsetzen.

Eine deutliche Gefahr ist die Neigung der (vor allem jungen oder narzisstischen) Therapeuten, die anfangs „schöne“, positiv erlebte Phase

der „Flitterwochen“ verlängern zu wollen. Nicht wenige Psychotherapeuten hoffen schon durch ihre Berufswahl eigene Verletzungen und Traumata zu „bearbeiten“ (Schmidbauer 1977), denn einige von ihnen sind „verwundete Heiler“ (Gathman u. Semrau-Lininger 1996, S. 97) mit einem hohen Potenzial an „Bedürftigkeit nach Akzeptanz und Zuwendung“ (Reimer 2005, S. 97). In solchen Fällen können

„eigene narzisstische Frustrationen durch insuffiziente frühe Bezugspersonen und frühe Traumatisierungen [...] beim Therapeuten einen ‚Nachholbedarf‘ an liebevoller Anerkennung hinterlassen haben“, sodass er seine eigenen „narzisstischen Defizite über liebevolle Identifizierung mit dem Patienten positiv zu verarbeiten“ versucht und sich „von der narzisstischen Fütterung durch den Patienten verführen“ lassen wird.

(Völkel 2005)

Die damit verbundene Gefahr ist, dass der Therapeut die Arbeit mit Aggression, Rivalität und den Konflikten der Übertragung vermeidet.

Die Faszination des Therapeuten angesichts der außergewöhnlichen Begabungen und der Brillanz mancher BPS-Patienten (die erfolgreich sind in der Domäne der Kunst, Politik, Wirtschaft oder der Wissenschaft) wird von diesen als Verführungsstrategie eingesetzt mit der Folge, dass der Therapeut versucht ist, gegen seine Person gerichtete Gefühle von Aggression und Rivalität in seiner Gegenübertragung zu „temperieren“. Diese Gefahr droht in besonderem Maße, wenn der Therapeut unreflektiert – z. B. nach einer erlernten Methode oder einem Manual – arbeitet. Das Ausbleiben der Arbeit mit der *unter* den Ressourcen liegenden Aggression – und anderen „unangenehmen“ Gefühlen wie Scham, Rivalität, Neid, Eifersucht, Angst – führt zwar zunächst vielleicht zur Zufriedenheit von Patient und Therapeut, der Patient kann jedoch nicht innerlich wachsen, und seine Konflikte werden nicht in der Übertragung bearbeitet, sondern „stillgelegt“. Statt Partner zu sein in der ernsthaften therapeutischen Arbeit, deren Klippen nicht oberflächlich umgangen werden dürfen, trägt in solchen Fällen der Narzissmus des Therapeuten unbewusst zu einer „Kumpelschaft“ bei. Dies passiert auch bei therapeutischen Methoden, die nicht an das Unbewusste gerichtet sind und die dort vorhandenen tiefen Konflikte „ruhen“ lassen.

3 Psychodynamische und gruppen-dynamische Aspekte von Ressourcen

3.1 Einflüsse auf die Entwicklung von Ressourcen

Ressourcen werden nicht nur von der Dynamik der Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen in der frühen und späteren Kindheit maßgebend bestimmt; die gesamte Primärgruppe mit ihrer eigenen spezifischen (bewussten und unbewussten) Dynamik beeinflusst und moduliert die spätere Entwicklung der Ressourcen auf vielfältige Weise. Zu den wichtigen Einflüssen gehören Spaltungen in der Familie, der Umgang der Erwachsenen miteinander und die Untergruppen, die ihre eigenen Interessen durchsetzen wollen – mit entsprechenden Rivalitäts-, Eifersuchts- und Neiddynamiken.

Fallbeispiel

In der Familie einer 40-jährigen Patientin durfte nur der Vater, ein Lehrer, aggressiv sein; ärgerliches oder nur kritisches Verhalten der Kinder wurde sofort bestraft. Die Mutter „mischte sich nicht ein“, sondern duldete die aggressiven Ausbrüche ihres Mannes und wartete, bis diese abgeklungen waren. Im Übrigen hatte sie auch sonst „nicht viel zu sagen“ und „durfte“ sich nur um den Haushalt kümmern. Sie hatte auch ohne Protest hingenommen, dass der Vater der Patientin bei deren Geburt den Vornamen einer früheren Geliebten gab. Die Patientin wuchs auf zu einer angepassten Frau, die – aufgrund mangelnder weiblicher Identifikationsfiguren – ihre eigene Erotik und Sexualität nie hat ausleben können.

Rivalitätsdynamiken zwischen den Geschwistern können die Ausbildung von Ressourcen und damit auch die Identitätsbildung wesentlich beeinflussen, wie schon Freud am Beispiel von Zwillingen feststellte (Freud 1920).

Fallbeispiel

Die ältere Tochter eines an Literatur interessierten Ehepaares lehnte es ab – im Zuge ihrer Bestrebung, sich vom Einfluss der Eltern abzugrenzen –, Bücher zu lesen. Die jüngere, die sonst in der Rivalität mit der älteren auf vielen Gebieten eher unterlegen war, „nutzte ihre Chance“ und begann, intensiv zu lesen. Damit „sicherte“ sie sich die Schätzung der Eltern auf einem Gebiet, das sie als Nische „erobern“ konnte.

Ebenso spielen Rollenklischees und familiäre Wertesysteme, Legenden und Mythen in vielen Familien eine wichtige Rolle und werden nicht selten transgenerational weitergegeben. Man könnte manche Familien nach ihrem herrschenden „Motto“, ihrem dominierenden Grundprinzip benennen. Zum Beispiel: „Dem Verlangen des Vaters nach Ruhm alles unterordnen“ (Familie von Thomas Mann); „Wir bleiben zusammen trotz mörderischer Rivalität“; „Du darfst nicht glücklicher sein als ich“ oder „Du musst glücklicher sein als ich“ und viele andere. Ähnlich charakterisiert M. Ammon (2002) Familien schizophrener Patienten nach ihrer vorherrschenden Dynamik als „Heileweltfamilie“, „Leistungsfamilie“, „Wallenstein-Familie“ oder „Festungsfamilie“.

Traditionelle Feindschaften, Rivalitäten, Spaltungen, Rachemotive ebenso wie Schuld, Geheimnisse, erlittene Ungerechtigkeiten und Demütigungen oder Überlegenheits- und Unterlegenheitsgefühle – wie übrigens auch positive Züge wie Streben nach Freundschaften, Treue, Hilfsbereitschaft oder nach Wahrheit und Gerechtigkeit – prägen manche Familien und gehören zu deren ungeschriebenen und unbestrittenen Moralkodizes. Es kommt nicht selten vor, dass nicht nur einzelne Familien, sondern ganze Clans, ganze Dörfer durch solche Kodizes zusammengehalten werden. In manchen Gegenden zieht sich die Feindschaft zwischen zwei Siedlungen, ausgelöst etwa durch einen alten Verrat, als Hauptmotiv durch mehrere Generationen. In einem noch größeren Maßstab, zwischen einzelnen Nationen oder Teilen davon, sind Misstrauen, Feindschaft, Hass und Vorurteile angesiedelt. Beispiele sind die Animositäten zwischen Griechen und Türken, Arabern und Israelis oder zwischen den religiösen Bevölkerungsgruppen in Nord-Irland. Dazu gehören auch Rassismus und Antisemitismus, die sich hartnäckig auch ohne direkte Auslöser oder rationale Gründe lange halten können.

All diese Einflüsse modulieren auf vielfache Weise die Ressourcen des Kindes, bleiben aber im Wesentlichen unbewusst und sorgen für „geheime“ Identifikationen auch dann noch, wenn sie bewusst schon lange in ihr Gegenteil umgemünzt wurden.

Fallbeispiel

Ein amerikanischer Offizier war in einer europäischen Stadt im Gespräch mit Jugendlichen, die sich nach der „Wahrheit“ über den Rassismus in den USA erkundigten. Er behauptete fest, dass er, wie die meisten seiner Landsleute, keinerlei Vorurteile gegen Schwarze hegte; diese seien Sache der Vergangenheit. Auf die unerwartet gestellte Frage eines Jugendlichen, was er wohl tun würde, wenn seine junge Tochter einen Schwarzen heiraten würde, erwiderte er spontan: „Ich würde ihn erschießen.“

Es ist aber immer die Familie, die die soziokulturellen Einflüsse und die Einflüsse der Schule, der Freunde etc. filtert und moduliert (► Abb. 3-1).

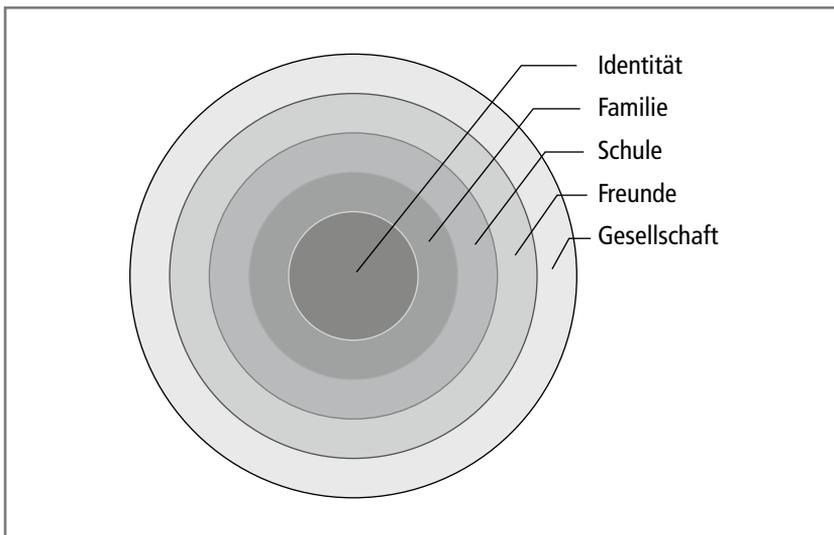


Abb. 3-1 Gesellschaftliche und sonstige Einflüsse auf die Identität des Kindes, die durch die Dynamik der Familie „gefiltert“ und moduliert werden.

3.2 Einige gruppodynamische Varianten

Wir kennen durch die tägliche Arbeit mit den Patienten zahlreiche Biografien, bei denen ein hervorstechendes Merkmal die geringe oder fehlende Schätzung der gesamten Familie für die Interessen oder Talente eines Kindes war. Oft hört man, dass künstlerische Interessen und Begabungen gering geschätzt, vernachlässigt oder sogar belächelt wurden; Argumente gegen eine „brotlose Kunst“ wurden ins Feld geführt, um die Wertlosigkeit einer kreativen Fähigkeit des Kindes zu demonstrieren, wobei damit in Wirklichkeit auch die Wertlosigkeit des Kindes gemeint bzw. von diesem als solche erlebt wurde. Die Indifferenz gegenüber der kreativen Leistung des Kindes mag aus realer Gleichgültigkeit, aus ideologischen Überzeugungen, aber auch aus Neid, Rivalität oder vermitteltem Lebensverbot stammen – der Effekt ist derselbe. Eine solche Unterdrückung kann die Entwicklung der Begabung beim Kind erheblich hemmen oder sogar vernichten, denn sie verfehlt ihre kommunikative Aufgabe den wichtigen Personen der Primärgruppe gegenüber – es sei denn, ein anderer Förderer tritt an deren Stelle und bringt Schätzung und Achtung dorthin, wo vorher ein „Loch“ in der Beziehung war.

In anderen Fällen jedoch beachtet die Familie wohl die Begabung des Kindes, aber die Beachtung ist durch sehr unterschiedliche Motive begründet. Dem Kind wird dann „nahegelegt“, sich mit bestimmten vorteilhaften Zügen oder Begabungen eines Vorbilds aus der Primärgruppe zu identifizieren, sie antiidentifikatorisch zu bekämpfen oder als „freies Gebiet“ zur „erlaubten“ Abgrenzung von einer pathologischen Familiendynamik zu nutzen. Einige dieser Varianten werden im Folgenden näher untersucht.

3.2.1 Die identifikatorische Variante

Unter dem Beziehungsaspekt betrachtet erscheint es nachvollziehbar, dass das Kind intuitiv diejenigen Eigenschaften übernimmt, die den Kontakt zu den wichtigen Bezugspersonen stärken oder verbessern können. Wie schon weiter oben betont, ist dies besonders dann der Fall, wenn das Beziehungsgeflecht der Primärgruppe „verdünnt“ ist, die Bindung gestört und das Kind permanent mit drohender Verlassenheit, gepaart mit Todesangst, zu kämpfen hat. Der Erfolg dieser Bemühungen kann bei sehr kontaktdefizitären oder destruktiven Familien lebensrettend sein.

Geleitwort

Die Ressourcenorientierung ist ein Charakteristikum der „Allgemeinen Psychotherapie“ seit Grawe (2004) – und sie hat als Wirkfaktor Eingang in alle psychotherapeutischen Ansätze gefunden. In der Medizin wurde diese Orientierung an gesunden Faktoren vor allem durch die Forschungen von Antonovsky zur Salutogenese begründet. Dieser „salutogenetische Blickwinkel“ durchzieht heute von Burnout-Beratungen bis hin zur Traumatherapie die therapeutische Arbeit als „Orientierung an den sogenannten gesunden Persönlichkeitsanteilen“ und stellt auch ein Standbein jeder heutigen Psychotherapieausbildung dar.

Egon Fabian schildert in seinem Buch, wie es in schwierigen Therapieprozessen mit Borderline-Patienten und bei Patienten mit destruktivem Narzissmus gelingen kann, Kontakt mit den Heilungskräften hinter der Krankheitssymptomatik aufzunehmen. Eine gute Beziehungserfahrung macht es möglich, mit dissoziierten, abgewehrten Beziehungswünschen in Berührung zu kommen. In anregenden klinischen Falldarstellungen, unter kulturellen Aspekten und mit Bezügen zur Mythologie nimmt uns Fabian mit auf eine Reise durch vielfältige Betrachtungsebenen, wobei er den Fokus immer auf die Verarbeitung tief verletzter Kindheiten richtet. Die sich in Übertragungsprozessen spiegelnden, sehr diffizilen Verwicklungen von Ausgrenzung, Verachtung, Entwertung, verbunden mit vernichtenden Ängsten und Leeregefühlen, stellen den Kontext dar, in dem es ihm gelingt, die verborgene Hoffnung und die vorhandenen tiefen Sehnsüchte zu erreichen. Ressourcen sind hier verbunden mit der Suche nach Nischen der Befreiung von destruktiven Kräften, der Suche nach positiven Teilrepräsentanzen in häufig hochambivalent besetzten Eltern-Repräsentanzen. Systematisch werden verdeckte frühkindliche positive Erfahrungen im weiteren familiären Umfeld des Patienten und in sozialen Kontexten von Lehrern und Eltern von Freunden eruiert, in denen aufgrund von Resilienzfähigkeiten positive Selbstanteile weiterentwickelt werden können. Es geht also unter therapeutischem Blickwinkel nicht nur um Persönlichkeitsanteile mit Ressourcencharakter wie Optimismus, Intelligenz, Anpassungsfähigkeit, sondern um dynamisch wirksame Ressourcen, die in Form von Beziehungserfahrungen nicht zur Entwicklung gekommen sind und die durch die feinen Antennen

des Therapeuten aktiv aufgespürt werden, denen Raum gegeben wird, sodass eine emotionale Korrektur möglich ist. Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen können ihre Begabungen oft nicht in ihre Persönlichkeit integrieren. In der Fragmentierung drückt sich häufig die widersprüchliche, inkonsistente Empathie der Umgebung in der Kindheit der Patienten aus. Dies ist uns Therapeuten im Umgang mit Traumatisierten selbstverständlich und wird im dynamischen interpersonellen Ansatz von Fabian umgesetzt. Dass auch nicht wenig „Fallen“ bei der Arbeit mit Ressourcen ausgelegt sind, macht die Fallschilderungen von Fabian so wertvoll. Der Ansatz ist nicht positivistisch, vielmehr wird den Spaltungsprozessen ein integrativer Ansatz entgegengesetzt – und es wird dann in einem einheitlichen Konzept an Pathologie und Ressourcen gearbeitet.

Für mich war die Auffächerung von Ressourcen im Gruppenprozess besonders bereichernd, wo häufig unbewusst kreative Lösungen gefunden, Hinweise auf verborgene Stärken bewusst und bisher nicht benannte Entwicklungspotenziale von Gruppenmitgliedern assoziativ eingebracht werden. Die große Bedeutung der kreativen Bewältigungsprozesse in Kreativ- und Körpertherapien ist eine weitere Dimension, die Fabian in klinischen Beispielen aus der multimodalen Therapie vertieft. Nicht zuletzt wird auch die Bedeutung der Ressourcen des Therapeuten herausgearbeitet.

Das Besondere an diesem Buch ist die in flüssigem Stil vermittelte Wanderung durch Minenfelder schwierigster desintegrierter Persönlichkeitsanteile, die durch die Ressourcenorientierung des Therapeuten zusammengehalten werden, nicht zuletzt durch die Kunst des Therapeuten, in liebevollem Kontakt zu verborgenen Anteilen zu bleiben. Diese ganzheitliche Integrationskraft beruht auf dem absoluten Respekt, der Wertschätzung vor den Erhaltungsprinzipien, die der Patient gegen Fragmentierung einsetzt. Dies alles wird getragen von einem Menschenbild, in dem das tiefe Mitgefühl und das Sich-berühren-Lassen den roten Faden darstellen.

Prof. em. Dr. med. Peter Joraschky

ehemaliger Direktor der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und
Leiter der Akademie für Allgemeine Psychotherapie in Dresden