

Die richtige Psychotherapie? – Wirksamkeit und Grenzen verschiedener Ansätze

Das fiktive Fallbeispiel einer Patientin mit diversen psychosomatischen Symptomen, larvierter Depression und latenter Borderline-Persönlichkeitsstörung verdeutlicht abschließend, wo Möglichkeiten und Begrenzungen unterschiedlicher therapeutischer Verfahren liegen. Über die Veranschaulichung einiger therapeutischer Konzepte hinaus bietet es eine Grundlage zur Reflexion verschiedener Passungsfragen.

Es werden hier auch andere als die im Buch geschilderten Interventionskonzepte vorgeschlagen, die zum Teil Weiterentwicklungen der dargestellten Konzepte sind und/oder sehr spezifisch auf die Diagnose zugeschnittene Behandlungskonzepte darstellen, die sich aus verschiedenen therapeutischen Richtungen speisen. (Dieser Eklektizismus entspricht auch der heutigen Praxis.) Außerdem wird durch die Darstellung nachvollziehbar, dass es kein striktes Regelsystem für die Entscheidung über eine bestmögliche Therapieform geben kann.

Zusammenfassung

Patienten, Psychotherapeuten und Hausärzte können heute aus einem breiten Spektrum von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren wählen, wenn die Indikation zu einer stationären oder ambulanten Psychotherapie gestellt ist. Was ist dann aber „richtig“? Anhand einer fiktiven Anamnese werden in diesem Artikel verschiedene Therapieangebote vorgestellt, die richtig sein könnten (geordnet nach dem Anfangsbuchstaben des ersten Autors): Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), Paar- und Familientherapie, stationäre tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie auf einer Borderline-Spezialstation, Gesprächspsychotherapie (GT), Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) und stationäre traumazentrierte Psychotherapie. Deutlich wird, dass es inzwischen für jede Patientin und jede Problematik mehrere geeignete Therapiestrategien gibt, die richtig sind, ohne dass eine vertreten könnte, die allein richtige zu sein. Vielmehr belegen alle Therapiemethoden, ihren Wirksamkeitsschwerpunkt, Wirksamkeitsgrenzen und klare Kontraindikationen zu haben.

[...]

*Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
in der Anlage schicke ich Ihnen die Anamnese einer Patientin, die ich seit Jahren hausärztlich behandle und die vor etwa vier Wochen nach einem Suizidversuch mit mir Kontakt aufnahm. Ich finde die Problematik komplex und vielschichtig. Wie Sie der Anamnese entnehmen können, verfügt die Patientin bereits über Therapieerfahrung, und sie ist informiert, dass es inzwischen ein breites Spektrum unterschiedlicher Therapieansätze und -methoden gibt. Sie wünscht eine gründliche Information über das für sie verfügbare Therapieangebot, und ich möchte ihre Autonomie und Selbstbestimmung in dieser Hinsicht gerne unterstützen. Bitte prüfen Sie, ob Ihr spezifisches Therapieangebot für diese Patientin geeignet ist. Vielen Dank!*

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Ihr

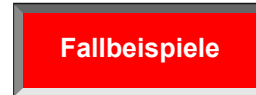
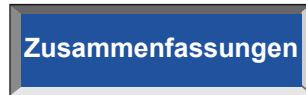
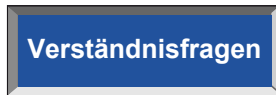
Ulrich Thüringer

(Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie)

Anamnese

Frau A., geb. 29.02. 1953 in einer Kleinstadt in Niedersachsen. Hausfrau, halbtags Bürohilfskraft, verheiratet, 2 Kinder.

Die Patientin ist seit vielen Jahren in meiner allgemeinärztlichen Behandlung. Seit gut vier Monaten sucht sie gehäuft meine Praxis auf mit den Symptomen allgemeiner Erschöpfung (Ein- und Durchschlafstörungen, Antriebsarmut, Rückenbeschwerden) und zunehmenden Organsymptomen (Herzrasen, Schluckbeschwerden, Colitis irritabile). Für mich völlig überraschend hat sich die Problematik gesteigert zu einem Suizidversuch mit Tabletten. Nach der Akutversorgung in der Notaufnahme war die Patientin freiwillig zur Krisenintervention zwei Wochen auf der ruhigen, geschlossenen Station unseres psychiatrischen Versorgungskrankenhauses. Hier kam es bald zu Spannungen mit männlichen Mitpatienten, auf die die Patientin zeitweise völlig überzogen reagierte, und mit dem Pflegepersonal, das sie in endlose, rechthaberische Diskussionen verwickelte über Stationsregeln und die Pflicht, an bestimmten Therapieangeboten teilzunehmen. Sie brach die stationäre Behandlung deshalb gegen ärztlichen Rat ab, wandte sich aber an mich mit der Bitte um Psychotherapie, „die für mich genau richtig ist“.



Die folgenden anamnestischen Angaben stammen zum Teil von der Patientin selbst, mit der ich vier Anamnensitzungen machte, zum Teil aus Rückmeldungen des Ehemannes und beider Söhne, die ich hausärztlich betreue, zum Teil aus meiner Kenntnis der Familie aus vielen Jahren.

Kindheitsentwicklung

Mutter (+21). Fabrikarbeiterin in einer Fabrik für Autoreifen. Die Mutter sei so widersprüchlich gewesen, so wechselhaft: Mal „so richtig ganz, ganz lieb“, dann „eine Hexe, eine richtig fiese Hexe“. Sie hätte die Kinder oft gequält, sei richtig gemein gewesen. Alle Kinder seien manchmal völlig unvorbereitet geschlagen worden, dann hätte es ihr wieder leid getan, und sie hätte allen Eis gekauft. „Das war damals was!“ – Nach der Geburt des ersten Kindes sei Mutter „nur Hausfrau“ gewesen.

Vater (+35). Büroangestellter in der „Fabrik von meiner Mutter. Der tat immer so, als sei er was Besseres. Lief rum wie ein kleiner Manager“. Als Kind hätte sie immer gedacht, Vater sei ganz ruhig und ausgeglichen. Während ihrer ersten Therapie habe sie immer mehr das Bild bekommen, der sei einfach gleichgültig und abwesend gewesen. Heute wisse sie, dass der immer was mit jungen Mädchen in der Firma gehabt habe, „und meine Mutter war auch erst 16 und schwanger mit meinem ältesten Bruder, als der die geheiratet hat“.

Der älteste Bruder (+4), heute Diplom-Ingenieur, zum dritten Mal verheiratet, zwei erwachsene Kinder aus erster Ehe. Zu dem habe sie keinen Kontakt mehr „wegen das, was mit dem war, als ich 14 war“. Zuhause hätte der „den Mann im Haus“ gespielt, sei „Mutters Großer“ gewesen, hätte die jüngeren Geschwister „geknechtet, wo er konnte. Der hat immer getan, als sei er wer weiß wie viel älter.“ Er hätte aber wohl auch von „Mutters Launen“ viel abbekommen. Mit 19 sei der nach seinem Abitur und dem Wehrdienst „auf die Hochschule geradezu geflüchtet. Von dem hatten meine Eltern danach auch nichts mehr“.

Der jüngere Bruder (+1) sei heute Sozialarbeiter. Der hätte keine Kinder, lebe mit einer festen Partnerin seit 8 Jahren zusammen. Inzwischen leite er eine Beratungsstelle für Alkoholiker. „Hat sich hochgebildet“. Das sei eigentlich derjenige, dem sie in ihrer Familie am nächsten stand. „Wir waren eine Notgemeinschaft“. Beide hätten das Kinderzimmer geteilt. „Der wollte immer nicht zum Großen, sondern bei mir sein“. Für beide sei es „ganz, ganz schlimm gewesen, als der zum großen Bruder umziehen musste, als ich 9 wurde. Wir wollten das alle Drei nicht, aber Vater meinte, es ginge jetzt nicht mehr: Bruder und Schwester zusammen in einem Zimmer.“

Die Großeltern väterlicherseits seien auf der Flucht umgekommen. „Vater sprach kaum über die“. Die hätten in Königsberg ein eigenes Geschäft gehabt. „Die haben Vater erzogen, wie das damals so war: So richtig hart eben.“

Die Großeltern mütterlicherseits hätten in der Nähe gewohnt. Mit der Großmutter hätte sie sich öfter getroffen. Mit Großvater sei das Verhältnis extrem angespannt gewesen. Ihre Mutter hätte ihren Vater „immer nur angeböckt: Bleib’ mir bloß vom Leib!“

Vater hätte eigentlich Abitur machen und studieren wollen, sei aber froh gewesen, dass er gleich nach dem Krieg in der Reifenfabrik eine sichere, gute Arbeit gefunden habe. Er hätte bald Mutter kennen gelernt, „und die wollte nur eins: Weg von Zuhause!“ Als sie schwanger wurde, war es klar, dass beide heirateten, „obwohl das schon schwierig wurde, als mein jüngerer Bruder unterwegs war: Vater schielte immer auf die Lehrlinge und jungen Arbeiterinnen.“ Der sei Vertrauensmann für die Lehrlinge gewesen (spöttisches Lächeln).

Mutter hätte sich gefreut, dass sie ein Mädchen geworden sei „nach den zwei Rabauken“. Säuglingszeit, Sprech- und Lauf-Entwicklung seien unauffällig gewesen. Sie sei fröhlich gewesen, etwas frech, hätte immer aufgeschrammte Knie gehabt. „Mein jüngerer Bruder war der Stille.“ Sie habe so viel wie möglich draußen gespielt „wegen Mutter“. – Übliche Kinderkrankheiten. Kein Kindergarten.

Schulzeit und Jugend

Volksschulzeit unauffällig. Mittlere Schülerin. Zur Schule ging sie mit dem jüngeren Bruder immer gemeinsam (wenn sie sagt „jüngerer Bruder“, klingt das, als sei der jünger als sie selbst – was ja nicht stimmt). Nach der Volksschule sei sie auf die Realschule gegangen. „Das wollten eigentlich alle so: Ich auch.“

An die Zeit von 9–13 habe sie keine Erinnerungen. Sie wisse nur, dass das Verhältnis zu ihrem Vater immer schlechter geworden sei. „Aber das ist ja wohl so, wenn Mädchen in die Pubertät kommen. Meine Mutter konnte ihren Vater ja auch nicht riechen und hat immer auf die Männer geschimpft.“

Mit 14 „ist meine Welt endgültig zerbrochen“. Ihr älterer Bruder hätte sie zu seinem Freund mitgenommen. Sie sei richtig stolz darauf gewesen und hätte sich auf dem Weg heimlich etwas geschminkt. „Als Mädchen war man damals noch nicht so wie die Mädchen heute so sind.“ „Und dann ist mein Bruder einfach weg gegangen



und hat mich mit seinem Freund allein gelassen. (Sie bekommt einen glasigen Blick und verstummt) – Ja, und was war dann? – Mh? Ach so, ja. Ich habe meinen Bruder gehasst danach. Und dann bin ich abgesackt.“ Sie sei in der Schule immer schlechter geworden, hätte viel geschwänzt, sei nur widerwillig zur Tanzstunde gegangen („das war damals Pflicht, das gehörte dazu“), hätte die Mittlere Reife mit Ach und Krach geschafft, nachdem sie die letzte Klasse wiederholt hätte. Ihre Eltern hätten sie überhaupt nicht verstanden, und besonders der jüngere Bruder sei an ihr richtig verzweifelt. Nach der Schule sei sie gleich von Zuhause weggegangen.

„Da fing das an mit den 68ern. Und ich mitten drin.“ Sie hätte ständig neue Partner gehabt, „hatte aber nie viel davon, hab’ ich bis heute nicht“, probierte Drogen aus, lebte in Kommunen und Wohngemeinschaften, kellnerte und gehörte „zur Szene“ einer großen Universitätsstadt. Einige Kontakte waren wohl auch am Rande der Gelegenheitsprostitution.

„Mit 21 war ich schon fertig, fix und fertig, voll alles durch“. Sie hätte dann eine „stationäre Psychoanalyse“ gemacht für sechs Monate. „Das war auch okay so. War in Ordnung.“ Rückblickend hätten ihr die Gruppen und das freizügige Stationsklima („immer im Geheimen natürlich“) durchaus gut getan. „Ich hab’ mich besser verstanden, besonders meine frühe Kindheit und wie ich da so geworden bin, wie ich war. Dass vieles Auflehnung war gegen meinen Vater, und dass ich immer den Eindruck hatte, ich bin ganz anders als meine Mutter, und irgendwie war ich doch so ähnlich wie sie.“ Um die Pubertät sei es in der Therapie wenig gegangen.

Ehe

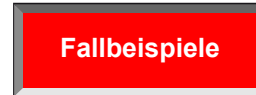
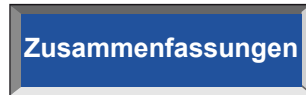
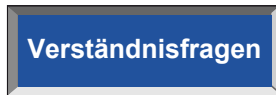
„Noch wichtiger war aber, dass ich da meinen Mann kennen gelernt habe.“ Der sei da nur kurz gewesen, dem hätte das alles nicht gepasst. „Eigentlich waren wir ganz das Gegenteil. Ich die Kommune- und Protest-Frau, er so ganz konservativ.“ Ihr Mann sei 12 Jahre älter als sie und wäre dort wegen Hochdruck gewesen. Der hätte das alles mit Psycho gar nicht richtig verstanden. Der hätte immer gefragt, wie er es denn richtig machen soll. (Dem Mann habe ich übrigens mit Autogenem Training inzwischen gut helfen können). „Ich mochte den sofort: Irgendwie so ruhig, vernünftig, immer der Gleiche, ganz zuverlässig. Am Anfang hab’ ich den nur geärgert. Ich glaube, der hat das gar nicht gemerkt, hat immer reagiert wie ein gutmütiger Bär. So etwas väterlich. Und dann war ich plötzlich in den verliebt.“ Mit dem zusammen sei sie von Station gegangen, „und was die mir gesagt haben mit mütterlicher Vaterübertragung war mir scheißegal.“

„Wir beide haben dann eine stinknormale bürgerliche Ehe geführt.“ Der Mann sei in der Stadtverwaltung, sie hätte bald ihre beiden Söhne (heute 19 und 21 Jahre) bekommen. Als die Kinder im Kindergarten waren, habe sie bei der VHS sogar ihr Fachabitur nachgeholt. „Das war ich mir schuldig“. Als die Söhne zum Gymnasium gingen, sei sie wieder halbtags berufstätig geworden als Bürohilfskraft bei einem Steuerberater. „Nach einem Jahr – spätestens! – konnte ich da genau so viel wie die Büroleiterin. Aber ich hatte eben keine Lehre und wollte die auch nicht mehr machen in meinem Alter.“

Auslösende Situation

Sie wisse selbst nicht, warum es ihr seit einem Jahr immer schlechter gehe. Vielleicht sei auch mehreres zusammen gekommen. Die Söhne seien aus dem Hause, der jüngere beim Zivildienst, der ältere im Studium, „aber das ist ja eigentlich so ganz schön. Die waren in der Pubertät auch nicht immer einfach für mich!“ – Der Schwiegervater sei vor zwei Jahren in das Zimmer des älteren Sohnes gezogen, „aber das wollten wir ja. Schwiegermutter ist vor drei Jahren gestorben, und ohne uns hätte der ins Altersheim gemusst. Dem sein Geld muss ja auch nicht zu denen wandern. Der hat unsere letzte Hypothek abgelöst, und jetzt ist unser Haus schuldenfrei. Ist ja auch gut, man wird ja auch selbst nicht jünger. Und Schwiegervater ist auch so ein Ruhiger wie mein Mann. Vor 8 Monaten hätte der allerdings einen Schlaganfall gehabt und sei jetzt ein Pflegefall. Jeden Tag käme jemand, den zu waschen und zu versorgen, „aber etwas bleibt immer an einem hängen. Und irgendwie kann ich den nicht anfassen. Da muss ich mich richtig überwinden.“ Außerdem hätte ihr Chef finanzielle Probleme bekommen, „weil der hing mit in was drin mit Luxemburg.“ Da hätte ihr gedroht, die Stelle zu verlieren. „Hat auch an mir gefressen. Ich konnte gar nichts dazu, wie es auf der Arbeit ging, aber mich hätte es als erste getroffen.“

„Und dann ging es irgendwie los.“ Sie hätte komische Alpträume bekommen, sei immer aufgekratzt gewesen, immer dünnhäutiger geworden, hätte ihre Söhne angeschrien, hätte abends sogar zu trinken begonnen, hätte mit ihrem Mann nicht mehr schlafen wollen, obwohl es mit dem ja nie Probleme gegeben hätte. (Hier beschönigt Frau A. Ich weiß, dass es vor etwa 7 Jahren eine Ehekrise gab, weil Frau A. einige Male zum Karneval in ihre Universitätsstadt fuhr, was der Mann gar nicht wollte, und dass Frau A. in längeren Abständen für ein Wochenende durchbruchartig Alkoholabusus betrieb, sich „richtig zuschüttete“.) „Mir ist alles zu viel geworden, und ich weiß



eigentlich gar nicht so richtig, was überhaupt.“ Eines Mittags hätte sie dann die Tabletten, die ich verschrieben hatte (ein Benzodiazepin und ein trizyklisches Antidepressivum) alle auf einmal genommen. Ihr Mann hätte sie gefunden und den Notarzt gerufen.

Psychopathologischer Befund

Kein Hinweis auf Hirnorganik oder Psychose. Früher freundlich, offen, zugewandt, unaggressiv, sympathische Patientin. Konventionell gekleidet, manchmal mit einem auffälligen Seidentuch geschmückt. In letzter Zeit sehr wechselhaft: Manchmal fast teilnahmslos apathisch, weggetreten, „maschinenhaft“ im Reden, abwesend, abgeschaltet, manchmal gereizt, sprunghaft, dünnhäutig. Fühlte sich bei den Anamnesengesprächen schnell angegriffen.

Somatische Anamnese

Übliche Kinderkrankheiten. Mit 11 Jahren Appendektomie. Menarche mit 12, „früh entwickelt“. Zwei gesunde Söhne, heute 19 und 21 Jahre. Periode unregelmäßig, vor 1 Jahr Uterusexstirpation (Uterus myomatosus). – Organisch unauffällig. Funktionelle Schluck-, Atem- und Herzbeschwerden. EKG unauffällig.

Diagnose

Reaktive, larvierte Depression mit Zustand nach Suizidversuch bei fraglicher, latenter Borderline-Persönlichkeitsstörung (Entlassungsdiagnose der psychiatrischen Versorgungsklinik).

gez. Thüringer

Dialektisch –behaviorale Psychotherapie nach Marsha Linehan

Klaus Brücher, Dorothea Laudien

Klinik Dr. Heines, Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bremen

Dr. Klaus Brücher, Rockwinkeler Landstraße 110, 28325 Bremen,

E-Mail: info@klinik-dr-heines.de, www.klinik-dr-heines.de

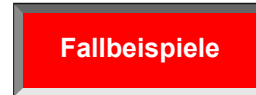
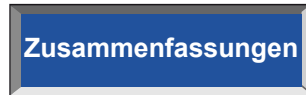
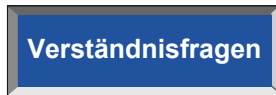
Sehr geehrter Herr Kollege Thüringer,
gerne informieren wir Sie und Ihre Patientin über unser Behandlungsangebot.

Geschichtliche Wurzeln und Grundlagen des Verfahrens

Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie (DBT) wurde von Marsha Linehan (1996) entwickelt als ambulante Therapie für chronisch suizidale, selbstverletzende Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie stellen die größte – und vermutlich die am schwersten gestörte – Gruppe unter den Borderline-Patientinnen. Auf diese Klientel beziehen sich auch die empirischen Befunde, die die Effektivität der Behandlung stützen. In Deutschland überwiegen stationäre Behandlungsformen (Bohus et al. 1996), die auch unsere Klinik anbietet.

Als Erklärungsrahmen dient das transaktionale biosoziale Modell: Auf der Grundlage einer biologisch determinierten erhöhten Verletzbarkeit führt ein invalidierender Interaktionsstil (im Extremfall Traumatisierung, sexueller Missbrauch bei ca. 70 % der Patientinnen) in einen transaktionalen Teufelskreis, in dem das schwierige Verhalten des Kindes und die Invalidierung von Seiten der überforderten Eltern sich gegenseitig verstärken. So wird die für Borderline-Patienten typische emotionale Dysregulation gebahnt. Sie ist nach Linehan (1996) sowohl das Problem, das die Patientinnen zu lösen versuchen, als auch die Ursache weiterer Schwierigkeiten: Die meisten Symptome stellen entweder den Versuch dar, intensive Gefühle zu regulieren, oder sie sind selbst Folge einer emotionalen Dysregulation. Aus dieser Konzeption leiten sich die beiden grundlegenden Therapiestrategien ab: Die Validierung des Verhaltens einerseits (sofern es einen kreativen Lösungsversuch darstellt), das Insistieren auf dessen Veränderung andererseits (weil es dysfunktional ist). Diese Antinomie soll zusammengeführt werden durch ein dialektisches Vorgehen. Gemeint ist damit, Gegensätze sowohl als gegeben zu respektieren wie einen neuen Weg zwischen ihnen zu finden. Dieser Balanceakt erfordert zu seinem Gelingen eine tragfähige therapeutische Beziehung und das Erlernen von Fertigkeiten, die die Borderline-Patientinnen überhaupt erst in die Lage versetzen, diesen Weg zu beschreiten.

Die DBT wendet das Standard-Repertoire der Verhaltenstherapie an, in ihre Grundhaltung sowie in einzelne „Skills“ fließen Elemente der Zen-Meditation ein, die Gewichtung der therapeutischen Beziehung schließt an psychodynamische Verfahren an.



Diagnostik

In der DBT wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine spezifische Persönlichkeitsstörung gesehen, definiert durch ein beobachtbares Verhaltensmuster, das im DSM IV und dem Diagnostischen Interview für Borderline-Patienten DIB (Gunderson 1990) zusammengestellt ist.

Linehan (1996, S. 12) hat diese Verhaltensweisen unter 5 Überschriften organisiert:

1. Emotionale Fehlregulation
2. Zwischenmenschliche Fehlregulation (instabile Beziehungen, Anstrengungen, einen Verlust zu verhindern)
3. Verhaltensbezogene Fehlregulation (Suiziddrohungen, Parasuizid, impulsive Verhaltensweisen)
4. Kognitive Fehlregulation (kognitive Rigidität, dichotomes Denken, Depersonalisation, Dissoziation, Wahn)
5. Fehlregulation der Selbstidentität (instabiles Selbst, chronische Leere).

Psychodynamik und Diagnose

Unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung der DBT ist zunächst bemerkenswert, was Ihre Patientin bewältigt hat: Nach einer sehr belastenden, durch einen inkonsistenten Erziehungsstil geprägten und vermutlich durch sexuelle Traumatisierungen gekennzeichneten Kindheit und Jugend (wie angedeutet durch ihren Vater, sicher fassbar mit 14 Jahren durch den Freund des Bruders) sowie einer Krise im 21. Lebensjahr hat sie eine lange und weitgehend stabile Lebensphase realisiert (kontinuierliche Ehebeziehung, nachgeholtes Fachabitur, offensichtlich langjährige Berufstätigkeit, erfolgreiche Erziehung zweier Kinder).

Die Dekompensation seit einem Jahr mit dem vorauslaufenden Gewitterleuchten von Alkoholexzessen und Eheflucht deutet darauf hin, dass stabilisierende Bedingungen weggefallen sind bzw. überwogen werden von destabilisierenden Einflüssen. Die Pflegebedürftigkeit des Schwiegervaters mit der Anforderung körperlicher Versorgung an die Patientin dürfte hier ein entscheidendes Moment sein – und vermutlich die traumatische Erfahrung mit dem eigenen Vater aktivieren. Dafür sprechen die – damals zum ersten Mal aufgetretenen – sexuellen Probleme mit ihrem Mann und die zeitgleiche Symptomanifestation.

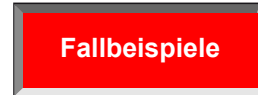
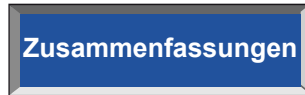
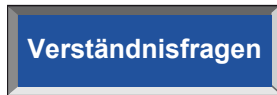
Diagnostisch gehen wir von einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach (traumabedingter) Extrembelastung (ICD-10: F 62.0) aus, die die Prägnanzform einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10: F 60.30) bietet. Zusätzlich lassen sich noch eine dissoziative Amnesie (ICD-10: F 44.0), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F 44.0), eine Depersonalisierungsstörung (ICD-10: F 48.1) sowie eine depressive Episode (ICD-10: F 33) diagnostizieren.

Allgemeine Therapiestrategie

Die DBT gliedert sich in vier Abschnitte: (1) Information über die Therapie, ggf. Abschluss eines Therapievertrages mit individuell festgelegten Zielen. (2) In der ersten Therapiephase geht es um die Reduzierung suizidaler und parasuizidaler sowie therapiegefährdender Verhaltensweisen; in einem zweiten Schritt um die Modifikation anderer, die Lebensqualität stark beeinträchtigender Verhaltensformen. Tritt im weiteren Verlauf erneut therapiegefährdendes Verhalten auf, rückt es sofort in den Fokus (Hierarchisierung der Therapieziele). (3) Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. (4) Stärkung der Selbstachtung, Erreichen individueller Therapieziele.

In allen Therapiephasen liegt ein Behandlungsschwerpunkt auf dem Erlernen von Verhaltensfertigkeiten (Skills). Drei für die DBT charakteristische Skills sollen kurz skizziert werden. Sie beziehen sich auf die als grundlegend angenommene Emotionsregulationsstörung dieser Patientinnen und sollen von unterschiedlichen Ansatzpunkten aus dem Entstehen und der intrapsychischen Eskalation von hochgradiger emotionaler Anspannung entgegenwirken.

- Erhöhung der Stresstoleranz: Die Patientinnen sollen z. B. lernen, unangenehme Ereignisse/Gefühle zu ertragen, wenn sich die Situation nicht verändern lässt, etwa durch radikales Akzeptieren: „Es ist geschehen und ich kann es nicht rückgängig machen!“ Die Patientin soll sich mit diesem Satz in eine einfache Alltagsaktivität vertiefen, dabei tief durchatmen, die Schultern hängen lassen und innerlich ihr Leiden loslassen.
- Innere Achtsamkeit: Durch Bewusstheit soll eine verbesserte Steuerungsfähigkeit erreicht werden, z. B. durch sorgfältiges Wahrnehmen und Beschreiben der eigenen inneren Zustände – ohne sie zu bewerten! Eine typische Anweisung: „Nehmen Sie jeden Augenblick an! Nehmen Sie jedes Geschehen an wie eine Pflanze, die den Regen wie auch die Sonne annimmt.“
- Bewusster Umgang mit Gefühlen: Gefühle beobachten, beschreiben und in ihren Auswirkungen verstehen lernen (z. B.: „Ich habe das Gefühl, aber ich bin nicht das Gefühl!“). In der Gegenrichtung des aktuellen Gefühls handeln u. ä.



Zu erwartende Therapieprobleme und Prognose der Patientin

Die Prognose Ihrer Patientin schätzen wir als günstig ein. Dafür spricht vor allen Dingen ihre – mit Ausnahme des letzten Jahres – seit fast drei Jahrzehnten erfolgreiche Lebensbewältigung. Sie gehört nicht zur Kerngruppe der chronisch suizidalen, sich selbst verletzenden Patientinnen, für die die DBT konzipiert wurde. Welche Anknüpfungspunkte bietet die DBT jenseits davon für Ihre Patientin?

Die DBT sieht eine stationäre Aufnahme als indiziert an, wenn die Problemlösefähigkeit der Patientin überschritten ist und die Symptomatik den Rahmen der derzeit zur Verfügung stehenden ambulanten Hilfen sprengt. Beides kann nach dem vorangegangenen Suizidversuch als gegeben vorausgesetzt werden. Bei den zwei stationären Vorbehandlungen fehlte es offensichtlich an einem tragfähigen Verständnis und Einverständnis hinsichtlich der Behandlung: Beim ersten Mal benutzte die Patientin – lebenspraktisch durchaus kreativ – die Station als Partnervermittlungsagentur, beim zweiten Mal trug sie dort ihr Verletztsein aus. Die DBT sieht deshalb eine intensive vorstationäre Vorbereitungsphase vor, in der gemeinsam mit der Patientin durch Informationsvermittlung ein Commitment zur DBT als Behandlungsform inkl. zugehöriger Interventionen – wie u. a. Verhaltensanalysen, Verpflichtung zur aktiven Teilnahme, Non-Suizidabkommen – für die Dauer des Aufenthalts ausgehandelt und in einem „Therapievertrag“ festgehalten wird. Dieser Schritt ist Grundvoraussetzung zur Aufnahme in das auf der Station in unserem Hause auf 12 Wochen angelegte Programm.

In der Therapie dieser Patientin geht es u. E. darum, ihr in einem ersten Schritt die Fertigkeiten zu vermitteln, die sie in die Lage versetzen, mit ihrer aktuellen Situation besser zurecht zu kommen. Zu Beginn der stationären Phase würden die so genannten „Baustellen“ identifiziert. In relevanten Lebensbereichen werden Ressourcen und Defizite aufgelistet, in eine therapeutisch sinnvolle Bearbeitungshierarchie gebracht und in operationalisierte Therapieziele übersetzt. Bei der vorgestellten Patientin könnten sich folgende Ansatzpunkte herauskristallisieren:

- A Reduktion des Risikos weiterer Suizidversuche bzw. des impulsiv selbstschädigenden Verhaltens (z. B. Alkoholabusus):
 - Verhaltensanalyse des Suizidversuchs sowie der Alkoholexzesse.
 - Zusammenstellen einer Sammlung von Fertigkeiten („Notfallkoffer“), die die Patientin in der akuten Krisensituation zur Spannungsreduktion anwenden kann (z. B. intensive Sinnesreize, Handlungsalternativen).
- B Bearbeitung der intensiven Ärgerkognitionen in den zwischenmenschlichen Kontakten in Richtung von mehr Gelassenheit. Aktivierung bei Niedergeschlagenheit.
- C Aufbau von Problemlösekompetenz zur Veränderung des sozialen Umfelds:
 - Paargespräch zur Neuorientierung in der Partnerschaft nach dem Auszug der Kinder.
 - Neuregelung der Pflege des Schwiegervaters.
 - Klärung der Situation und Verhaltensänderung am Arbeitsplatz.

Nach ausreichender Stabilisierung der Patientin könnte die stationäre Therapie ab den Umsetzungsschritten unter C fließend in ein ambulantes Setting übergeleitet werden.

Unter dem Aspekt der traumatischen Genese der Störung betrachten wir die vorgeschlagene Behandlung als Stabilisierungsphase. Danach stellen sich zwei Fragen: Ist, bei eingetretener Symptomremission, eine spezifische Behandlung des posttraumatischen Stresssyndroms noch erforderlich – und wird sie von der Patientin gewünscht? Empfehlen würden wir sie nur bei erreichter Stabilisierung, um zu verhindern, dass die therapeutische Traumata-Exposition retraumatisierend wirkt. Die Behandlung folgt den üblichen Strategien (s. Sachsse in diesem Heft).

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

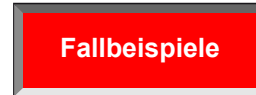
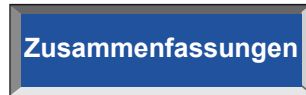
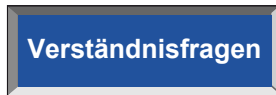
Dr. Klaus Brüche, Dr. Dorothea Laudien

Paar- und Familientherapie

Manfred Cierpka, Astrid Riehl-Emde, Prof. Dr. Manfred Cierpka, Priv.-Doz. Dr. phil. Astrid Riehl-Emde
Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universität Heidelberg,
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg

Sehr geehrter Herr Kollege Thüringer,

gerne informieren wir Sie und Ihre Patientin über unsere Behandlungsmöglichkeiten.



An unserer universitären Poliklinik bieten wir ambulante Paar- und Familientherapien an. Bei dieser Therapieform handelt es sich um ein vergleichsweise jüngeres psychotherapeutisches Verfahren, das sich jedoch in den letzten fünf Jahrzehnten im Spektrum der Psychotherapie zunehmend etabliert hat. In der Paar- und Familientherapie geht man davon aus, dass Beziehungsstörungen an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Problemen und Symptomen beteiligt oder sogar ursächlich dafür verantwortlich sind.

Familientherapeutische Interventionen setzen an der Veränderung des familiären Beziehungsnetzes an, um dem Einzelnen Veränderungen zu ermöglichen. Die Prämisse des Ansatzes besteht darin, dass das Erleben, das Verhalten und die Entwicklung des Einzelnen in enger Wechselwirkung mit dem Beziehungskontext stehen, in dem er lebt. Die Korrespondenz zwischen der individuellen und der familiären Entwicklung gilt für das gegenwärtige Leben (horizontale Perspektive) und für die vom Einzelnen in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen in der Familie (longitudinale oder vertikale Perspektive).

Eine paar- bzw. familientherapeutische Behandlung erscheint bei Ihrer Patientin *sowohl aufgrund der vertikalen als auch aufgrund der horizontalen Beziehungsdynamik* besonders viel versprechend:

- Familiendynamische Konflikte, die auch über mehrere Generationen tradiert werden, spielen offenbar eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Problemen und krankheitswertigen Symptomen bei Ihrer Patientin. Hier leistet die Familiendynamik einen Beitrag zum Verständnis der Krankheitsgeschichte und erlaubt die Formulierung von Hypothesen, welche Beziehungsstörungen bei der Patientin wirksam wurden und die Symptomatik aktuell auslösten.
- Der familientherapeutische Ansatz erlaubt aber auch die Nutzung der Ressourcen in der Partnerschaft und in der Familie, in der die Patientin heute lebt. Mit der Patientin selbst kann besprochen werden, was in ihrer derzeitigen Lebensgemeinschaft verändert werden müsste, damit sie ihre Probleme „wieder in den Griff“ bekommen kann.

Beide Betrachtungsweisen, die lebensgeschichtlich-historische und die aktuell-kontextuelle, könnten für Ihre Patientin psychotherapeutisch genutzt werden. Sie berichten, dass bei Ihrer Patientin der Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht. Bei Persönlichkeitsstörungen spielt die Herkunftsfamilie eine bedeutsame Rolle. Die Ergebnisse der Familienforschungsstudien lassen sich so zusammenfassen (Ruiz-Santos u. Gunderson 2000; Cierpka 1998), dass die Borderline-Persönlichkeit wesentlich häufiger in den Familien der Borderline-Patienten gefunden wird als in den Familien jener Patienten, die unter einer Schizophrenie, einer affektiven Störung oder einer anderen Persönlichkeitsstörung leiden. Es scheint einiges dafür zu sprechen, dass schwere Persönlichkeitsstörungen der Eltern verbunden mit schwierigsten Partnerschaften und einem instabilen, manchmal auch schwer traumatisierenden Familienmilieu in der darauf folgenden Generation bei den Kindern mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führt.

Auch die empirischen Studien über den Zusammenhang von schwersten Beziehungsstörungen und Traumatisierungen unterstützen diese Hypothese insofern, als intrafamiliäre Traumatisierungen in besonderem Maße über Generationen weitergegeben werden. Bei einem größeren Prozentsatz ist mit der Transmission von Impulshandlungen und Verhaltensauffälligkeiten zu rechnen. Meistens bleibt die Wiederholung der innerfamiliären Szenarien den Beteiligten jedoch unbewusst und dadurch der Einsicht entzogen.

Eine Einbeziehung der aktuellen Familie bei der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin erscheint deshalb angebracht, weil sich Persönlichkeitsstörungen in der Interaktion im bestehenden Beziehungsnetz darstellen und somit auch die Familiendynamik mitbestimmen. Da sich die Familientherapie explizit mit Veränderungen der innerfamiliären Interaktionen befasst, bieten die familientherapeutischen Interventionen auf der Beziehungsebene einen adäquaten Ansatz.

Im Folgenden erläutern wir anhand der Krankengeschichte Ihrer Patientin exemplarisch einige Schritte in unserem Vorgehen.

Erstgespräch, Diagnostik und Indikationsstellung

Das „erste Familiengespräch“ ist ein feststehender Begriff in der Familientherapie. Es handelt sich dabei nicht nur um ein einziges, sondern meist um zwei bis drei Gespräche, also eine Erstgesprächsphase (Riehl-Emde 2002). Diese dient sowohl der Diagnostik als auch der Indikationsstellung bzw. der Auftragsklärung. Sie beinhaltet darüber hinaus auch bereits therapeutische Aspekte und dient der Entwicklung der therapeutischen Beziehung. In der Regel werden Diagnostik und Therapie von derselben Person, bzw. wenn es sich um eine Kotherapie handelt, von denselben Personen durchgeführt. Im vorliegenden Fall könnte das Erstgespräch mit dem Paar oder mit der



Familie geführt werden; die Ausgangskonstellation würden wir nach telefonischer Rücksprache mit Ihrer Patientin festlegen.

In der so genannten „Problemphase“ des Erstgesprächs geht es um das spezifische Anliegen der Familie bzw. des Paares. In der Regel werden bereits zuvor erste vorläufige Hypothesen gebildet, die dann in den Gesprächen überprüft und verändert werden. Das Ziel der Hypothesenbildung besteht darin, über das Erkennen von Beziehungsmustern die eigenen Wahlmöglichkeiten zu erweitern und so für die weitere Entwicklung (des Einzelnen, des Paares, der Familie) neue Optionen zu eröffnen. Bei Ihrer Patientin ergeben sich aus familiendynamischer Perspektive zum Kontext der aktuellen Symptomatik bzw. Problematik folgende Hypothesen:

- Innerhalb der letzten beiden Jahre gab es eine Vielzahl von lebensverändernden Ereignissen bzw. von Konstellationen, in denen es um Verlust und um Anpassung an eine neue Lebensphase ging: Beide Söhne (19 und 21 Jahre alt) befinden sich in Ablösung von der Familie; ihr Ehemann ist 12 Jahre älter als sie und steht im Alter von 60 Jahren bereits im Übergang zum Ruhestand; ihr Schwiegervater ist seit 8 Monaten ein Pflegefall und lebt bereits seit 2 Jahren im Haushalt des Paares, im ehemaligen Zimmer des älteren Sohnes; sie selbst hatte vor 1 Jahr eine Uterusexstirpation; als sie zusätzlich auch noch vom Verlust ihres Arbeitsplatzes bedroht wurde, „dann ging es irgendwie los“.
- Lässt sich ihre Symptomatik als Rebellion gegen die neue Lebensphase verstehen? Als Rebellion gegen das Altern? Die innerhalb der Familie aktualisierten Themen betreffen das Spektrum von der Ablösung der Söhne bis hin zur Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit im Alter. Wird möglicherweise dadurch auch die eigene Adoleszenz („Kommune- und Protest-Frau“) re-aktiviert?
- Das letzte in der Reihe der belastenden Ereignisse betrifft den drohenden Verlust des Arbeitsplatzes. Fühlt sich die Patientin möglicherweise grundlegend in ihrer Autonomie bedroht? Wenn sie mehr zu Hause wäre, wäre sie möglicherweise mehr in die Pflege des Schwiegervaters involviert, was äußerst bedrohlich zu sein scheint („sie muss sich richtig überwinden“, ihn anzufassen).
- Steht evtl. eine Neubalancierung der Ehebeziehung an? Wie ist es um die Zukunftsperspektiven der Eheleute (für den individuellen und für den gemeinsamen Bereich) bestellt? Der Ehemann bleibt in der vorliegenden Anamnese relativ blass, obwohl die 20-jährige Ehebeziehung eine wichtige Ressource zu sein scheint: Sie mochte ihn, weil er „so ruhig, vernünftig, immer das Gleiche, ganz zuverlässig“ war, Hier liegt offenbar eine Anziehung aufgrund der Komplementarität vor, die beiden über 20 Jahre Halt und Stabilität gab. Dass es vor 7 Jahren zu einer Ehekrise kam, ist aus paardynamischer Sicht nicht so überraschend. Entscheidender ist, dass und wie das Paar diese Krise bewältigt hat. Lässt sich in Bezug auf die jetzige Krise an damalige Bewältigungsstrategien anknüpfen?

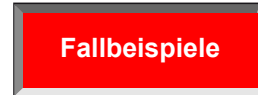
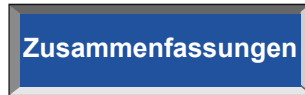
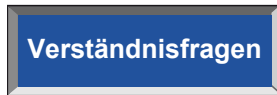
Zum Erstgespräch gehört es auch, das weitere Vorgehen zusammen mit den Anwesenden zu erörtern. Hierzu gehört die Erörterung potenzieller Vor- und Nachteile einer Einzel-, Paar- oder Familientherapie und etwaiger Settingvarianten (z. B. Einzeltherapie der Patientin mit begleitenden Paar-/Familiengesprächen). Der Schwerpunkt der Diagnostik liegt darauf, ob es sich eher um ein individuelles, ein Paar- oder Familienproblem handelt und welche Vorgehensweise prognostisch am günstigsten erscheint unter Einbezug der Motivation aller Beteiligten. Das Entwicklungspotenzial der Betroffenen ist in Verbindung mit den Behandlungsmöglichkeiten abzuschätzen.

Unabhängig vom Setting würde es sich anbieten, den therapeutischen Schwerpunkt auf die familiären Beziehungskonstellationen zu legen, sowohl auf die Gegenwartsfamilie als auch auf die Herkunftsfamilie. Dabei wird versucht, die aktuelle Konstellation primär Gegenwarts- und Zukunftsbezogen zu lösen, d. h. auch gerade angesichts der letzten 20 (unauffälligen) Jahre vom „Leichten“ zum „Schweren“ zu gehen, sowohl im Vorgehen als auch in den Hypothesen.

In fast allen familientherapeutischen Schulen wird routinemäßig die Methode des Genogramms verwendet. Es handelt sich um eine historisch-biographische Perspektive, die sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie zum Einsatz kommt und vor allem der Hypothesenbildung dient.

Die Arbeit mit dem Genogramm

Als graphische Darstellung wesentlicher Daten und Beziehungen in Familien über mindestens drei Generationen erlaubt das Genogramm den Therapeuten, rasch einen Überblick über die Familie, ihre Entwicklung und deren mögliche wesentliche Knotenpunkte und potenzielle Probleme zu erhalten. Die sich unbewusst und oft zwanghaft „hinter dem Rücken der Beteiligten“ wiederholenden transgenerationalen Muster werden deutlich, wenn die Probleme der Gegenwart zu den Entwicklungen der Vergangenheit, den belastenden Ereignissen und emotional



besetzten Problemen in Beziehung gesetzt und so Fixierungen und Stagnationen der familiären Entwicklung sichtbar werden (Reich et al. 1996). Durch die Daten des Genogramms spricht oft „der Kalender“, und affektiv hochbesetzte Deutungen von bisher unbekannten Zusammenhängen liegen für die Familienmitglieder nicht selten auf der Hand (vgl. McGoldrick u. Gerson 2000).

Die anamnestischen Angaben und die Lebensdaten erlauben eine graphische Darstellung in einem vorläufigen Genogramm. Weitere Hypothesen über die Beziehungsdynamik lassen sich so entwickeln:

In der lebensgeschichtlich-historischen Perspektive ist das „Bleib mir vom Leib“ ein Verhalten, das sich nicht nur bei der Großmutter, sondern auch bei der Patientin nach der vermutlichen Vergewaltigung mit 14 Jahren, und wahrscheinlich auch bei der Mutter der Patientin nach ihren Erfahrungen mit ihrem Ehemann findet. Gewalterfahrungen spielen aber auch in der Familie väterlicherseits (vom Großvater über den älteren Bruder) in der männlichen Linie eine Rolle.

Solange die Patientin mit ihrem Mann und ihren eigenen Kindern in der Familie lebte, war sie relativ beschwerdefrei. In der aktuell-kontextuellen Beziehungsdynamik kann sich die Patientin seit 2 Jahren den Schwiegervater „nicht mehr vom Leib halten“. Seit dieser Zeit sind ihre Söhne auch nicht mehr zuhause.

Zum weiteren therapeutischen Vorgehen

Eine ambulante Paar- oder Familientherapie umfasst in der Regel zwischen 10–20 Sitzungen, die sich über einen Zeitraum von 1–2 Jahren verteilen. Je nach Therapieverlauf und Motivation der Beteiligten gibt es jedoch auch Abweichungen davon. Vereinfacht gesagt ist die Dauer der Therapie eher kürzer, je systemischer und eher länger, je analytischer sie angelegt ist. Ein wesentliches Ziel der Paar- und Familientherapie besteht darin, Entwicklungsprozesse anzustoßen bzw. einen Eintritt in Wandel zu initiieren. Übrigens hat sich die Paar- und Familientherapie inzwischen auch in klinischen Versorgungseinrichtungen als zusätzliches Behandlungssetting neben der Einzel- und Gruppentherapie etabliert. Falls die Patientin im Rahmen ihrer stationären Aufenthalte bereits Erfahrung mit unserer Methode gemacht hat, wären diese bei der Indikationsstellung zu berücksichtigen.

Da laut Anamnese der Verdacht einer latenten Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht, sei noch kurz auf den Vorteil des Mehrpersonen-Settings hingewiesen, der darin besteht, an der konkreten Beziehung zu arbeiten. Da Einsichten allein vermutlich nicht sehr wirksam sind bei der Patientin und ihrem Ehemann (der besser auf AT als auf Psychotherapie anspricht), wäre es wichtig, Einsichten mit konkreten „Aufgaben“ bzw. Vereinbarungen im alltäglichen Verhalten zu verbinden. Die Arbeit an der konkreten Beziehung im Alltag mit der Chance, neue Beziehungsmuster zu etablieren, erweist sich in der Behandlung von Borderline-Störungen als günstig (Kottje-Birnbacher 2000).

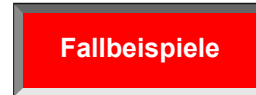
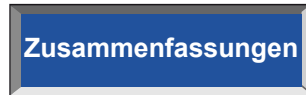
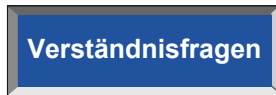
Vermutlich ist es für eine Entscheidungsfindung Ihrer Patientin auch noch wichtig, sich die Unterschiede zwischen dem Setting der Paar- und Familientherapie gegenüber der Einzeltherapie zu verdeutlichen. Die Paar- und Familientherapie ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Regressive Tendenzen werden steuerbar (und eingegrenzt) durch die Anwesenheit der realen Bezugspersonen; denn alles in den Therapiestunden Gesagte hat reale Auswirkungen auf die alltäglichen Beziehungen.
- Aktuelle Konflikte werden unmittelbar in der aktuellen Beziehungskonstellation bearbeitet, d. h. unmittelbar im realen Lebensumfeld des Patienten, dort wo sie in der Regel auch entstanden sind, ggf. unter Einbeziehung der vertikalen Familienkonstellation.
- Das stärker strukturierende Vorgehen wirkt der Entfaltung der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten entgegen; in erster Linie wird deswegen innerhalb der Übertragungsbeziehungen des Paares oder der Familie gearbeitet, und nicht innerhalb der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten.

Welche Erfolgsaussichten hat ein paar- bzw. familientherapeutisches Vorgehen? Für die Beurteilung der Effektivität der Familientherapie kann auf eine Anzahl neuerer und methodisch fundierter Übersichtsarbeiten zurückgegriffen werden (vgl. Alexander et al. 1994; Shadish et al. 1995). Insgesamt gilt eine Paar- und Familientherapie als effektiver als eine Einzeltherapie, wenn es um Probleme geht, die mit familiären oder partnerschaftlichen Konflikten zusammenhängen.

Kostenübernahme

Paar- und Familientherapie ist im Allgemeinen kein Bestandteil des Leistungskatalogs der Krankenkassen. Allerdings wurden die Psychotherapie-Vereinbarungen um die Möglichkeit ergänzt, bei „spezifischer Hinzuziehung von Bezugspersonen“ Doppelsitzungen (d. h. zweimal 50 Minuten) durchzuführen und abzurechnen; dies gilt



für die Verhaltenstherapie, für die tiefenpsychologisch fundierte und für die analytische Psychotherapie (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997).

Gern bieten wir an, nach Rücksprache mit der Patientin das weitere Vorgehen zu klären. Unser Vorschlag wäre, zwecks Indikationsstellung und als erste Intervention ein Paargespräch durchzuführen.

In der Hoffnung, dass Ihnen diese Angaben hilfreich sind, verbleiben wir

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka

Priv.-Doz. Dr. phil. Astrid Riehl-Emde

Stationäre Psychotherapie von Borderline-Patienten auf einer Spezialstation

Dr. Birger Dulz

Klinikum Nord/Ochsenzoll, 4. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

Sehr geehrter Herr Kollege Thüringer,

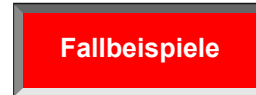
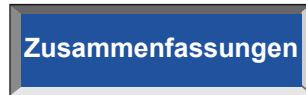
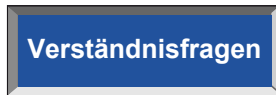
haben Sie vielen Dank für Ihre Anfrage bezüglich Ihrer Patientin, Frau A., geb. am 29. 02. 1953.

Seit 1991 gibt es unsere Station 19 B im Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll, jetzt Station Psych 44 im Klinikum Nord Hamburg, die sich auf die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen spezialisiert hat. Wir haben weit mehr als 700 Borderline-Patienten durch Kriseninterventionen oder Langzeittherapie behandelt und bekommen aus dem ganzen Bundesgebiet Anfragen von Patienten selbst oder auch von Kollegen in Praxen wie Kliniken. Wir sind allerdings dazu übergegangen, nur in Ausnahmefällen Patienten, die nicht aus dem Großraum Hamburg kommen, aufzunehmen – einer der Gründe ist jener, dass es bei Patienten aus unserer Umgebung besser möglich ist, die Zeit nach der stationären Behandlung zu planen, denn unser Behandlungsziel ist nicht mehr und nicht weniger, dass eine ambulante Psychotherapie aufgenommen und durchgeführt werden kann. Das macht bereits deutlich, dass unsere Patienten sehr schwer gestört sind und fast immer bereits mehrere gescheiterte Behandlungsversuche hinter sich haben. Ferner sind unsere Patienten sehr jung: Die Obergrenze ist etwa 35 Jahre, so dass wir Ihre Patientin allein deshalb nicht aufnehmen würden. Wir wollen mit der Altersbegrenzung erreichen, dass Patienten Vater- und Mutterübertragungen nicht primär unter sich selbst herstellen. Zudem sind die Lebensinteressen und -perspektiven einer 18-jährigen und einer 50-jährigen Frau so sehr unterschiedlich, dass die Berücksichtigung teilweise auch divergierender Alltagsprobleme und -interessen unsere Arbeit verkomplizieren würde.

Dennoch informiere ich Sie über unsere Arbeit gern im Allgemeinen. Wir arbeiten auf dem Hintergrund der Theorien von Kernberg (1978, 1990) und Rohde-Dachser (1979, 1995), die wir aufgrund eigener Erfahrungen und Überlegungen für die stationäre Therapie schwer gestörter Borderline-Patienten modifiziert haben (Dulz u. Schneider 1995, 1996; Dulz et al. 2000); einige katamnestiche Ergebnisse wurden jüngst publiziert (Nadolny et al. 2002). Einige sehr wichtige psychotherapeutische Prinzipien hat Rohde-Dachser (1979, 1995) zusammengestellt, die im Folgenden referiert und ergänzt werden.

1. Kategorie (allgemeines Setting)

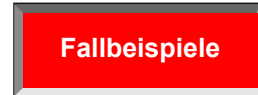
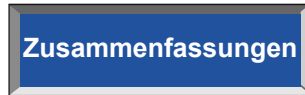
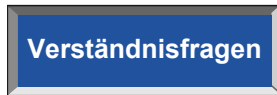
- Als oberstes Prinzip jeder Borderline-Therapie wird ein variables Setting angesehen, das den jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen des Patienten angepasst werden muss. Zu unterscheiden ist das flexible Handeln von einem (unreflektierten) Mitagieren.
- Sympathie bezüglich des Patienten bei zumindest einigen Teammitgliedern.
- Technische Neutralität jedes Teammitgliedes als „väterliche“ Komponente.
- Haltende Funktion im Sinne Winnicotts durch das gesamte Team als „mütterliche“ Komponente.
- Das Agieren des Patienten muss kontrolliert und gesteuert werden, ggf. durch deutliche und eindeutige Grenzsetzungen.
- Der Patient soll umfassend über die Art seiner Erkrankung und das gewählte Therapiesetting aufgeklärt sowie auf wesentliche psychodynamische Zusammenhänge aufmerksam gemacht werden – dies beinhaltet auch die Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen und den individuellen Grund für die Medikation.



- Alle relevanten Inhalte aus Einzeltherapie-Sitzungen müssen dem Team mitgeteilt, in ihm diskutiert und in ihrer psychodynamischen Bedeutung verstanden werden.
- Den (ohnehin oft wechselnden) Symptomen ist weniger Aufmerksamkeit zu schenken als der Ich-Struktur und dem aus ihr resultierenden Verhalten, insbesondere bezüglich der Gestaltung aller Beziehungen.

2. Kategorie (psychotherapeutisches Setting)

- Die am wenigsten konflikthafter Persönlichkeitsbereiche des Patienten werden eruiert, und auf diese erstreckt sich die therapeutische Arbeit in der ersten Therapiephase, um der Selbstentwertung entgegenzuwirken. Erst nach Ausbildung einer tragfähigen Beziehung und bereits fortgeschrittener Ich-Strukturierung werden die stärker mit Angst verbundenen Konfliktbereiche untersucht und bearbeitet – dies betrifft insbesondere die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Eltern, aber auch einen sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung. Gegen Ende der stationären Therapie wird „Abschied“ zum zentralen Thema. Das Ziel der Therapie insgesamt ist das Überflüssigwerden des Therapeuten.
- In Einzel- und Gruppensitzungen sollten Schweigepausen zu Beginn der Therapie alsbald unterbrochen werden. Später entwickeln die Patienten mehr Frustrationstoleranz, aber auch dann sollte eine besonders andauernde Schweigepause nicht wie in der Neurosen-therapie ununterbrochen bleiben, da ansonsten die Angst des Patienten zu- und seine Fähigkeit zur Introspektion abnimmt.
- Zur freien Assoziation wird nicht aufgefordert. Vielmehr werden die Mitteilungen und Assoziationen des Patienten in Richtung eines verbesserten Realitätsbezugs gesteuert. Statt der freien Assoziation, die bei Neurotikern in einer klassischen Analyse zu bearbeiten sind, steht das oft von verzerrten Wahrnehmungen bestimmte Verhalten des Patienten bezüglich Mitpatienten und Teammitgliedern im Zentrum der Therapie.
- Genetische Deutungen werden vermieden. Statt dessen werden überwiegend Deutungen – diese betreffen insbesondere die Abwehrmechanismen – vorgenommen, die einen verbesserten Realitätsbezug des Patienten bewirken können. Im weiteren Verlauf finden dann bei ausreichender Stabilität auch genetische Deutungen statt.
- Gegebenenfalls muss der Patient mit verleugneten Inhalten und Gefahren nachdrücklich konfrontiert werden.
- Die positive Übertragung muss gefördert werden, wodurch die therapeutische Beziehung eine Stabilisierung erfährt (auch durch Parteilichkeit für den Patienten).
- Eine positive Übertragung sollte nicht gedeutet werden; dieses dient zwar der Entlastung des Therapeuten, führt aber zum Rückzug des Patienten, der – gewissermaßen im „Gegenzug“ – seine (Pseudo-)Autonomie stärken müsste, unter Umständen auch durch einen Therapieabbruch.
- Abgespaltene und inner- wie außerhalb der Therapie agierende negative Übertragungen müssen aufgespürt und thematisiert werden, wobei wir diese in der ersten Therapiephase oft tolerieren, um dem Patienten bei abruptem Verlust der „bewährten“ Abwehrstrategie und vor Ausbildung von Kompensationsmöglichkeiten das dann zwangsläufig erfolgende Anfluten der Angst zu ersparen.
- Die Bilder der frühen Bezugspersonen müssen entzerrt werden mit dem Ziel, dass diese dem Patienten nunmehr als Menschen mit Vorzügen und Schwächen erscheinen (Entdämonisierung und Entidealisierung).
- Dem Patienten muss immer wieder bestätigt werden, dass er liebesfähig ist. Die Verzerrungen, in denen sich seine Liebesbedürfnisse manifestieren, müssen gedeutet werden, und es müssen befriedigendere Möglichkeiten für die Verwirklichung dieser Bedürfnisse erarbeitet werden.
- Dem Patienten muss immer wieder versichert werden, dass die technische Neutralität des Therapeuten keine Ablehnung bedeutet, sondern durch sie gerade auch die Integrität des Patienten im Rahmen der Therapie respektiert wird.
- Gegenübertragungsgefühle sollten dem Patienten mitgeteilt, verzerrte Wahrnehmungen der Person des Therapeuten korrigiert werden (Heigl-Evers u. Ott 1994, 1998). Dies beinhaltet die Beantwortung von Fragen, soweit sie nicht sehr persönliche Bereiche betreffen und dem Fortgang der Therapie dienen. Der Therapeut sollte sich als „reale Person“ präsentieren. Zwischen seinem Verhalten dem Patienten gegenüber sowie seinem Denken und Fühlen muss Kongruenz bestehen. Diese Regel gilt jedoch nicht nur für Psychotherapeuten, sondern für jedes Teammitglied und ist deshalb mit Einschränkung auch zur Kategorie 1 gehörig.
- Die unbewusste Identifikationsphantasie, nach der ein Patient letztlich alle seine Beziehungen gestaltet, muss herausgearbeitet werden mit dem Ziel, die Fremdbestimmung durch eine sichere eigene Identität zu ersetzen;



hierdurch verlieren Abwehrmechanismen wie projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenzgefühl an Bedeutung.

- Bei der Bearbeitung realtraumatischer Erlebnisse ist ein Investigieren zu vermeiden. Stattdessen sollte stets das, was der Patient berichtet, ernst genommen werden. Das wesentliche Kriterium sind die subjektiven Erinnerungen des Patienten und die damit verbundenen Gefühle. Auch abstrus erscheinende Berichte über Traumatisierungen sollten nicht zu Widerlegungsversuchen und Argumentationen auf dem Boden eigener Anschauungen Anlass geben, repräsentieren sie doch auf der Symbolebene das frühere Erleben.

Bei der Therapie ist zu berücksichtigen, dass nicht alle „Prinzipien“ zu jedem Zeitpunkt der Behandlung angemessen sind. Vielmehr sollte der aktuelle Zustand des Patienten zum Maßstab des Möglichen genommen werden („variables Setting“).

Als wesentliche Bedingungen für eine stationäre Psychotherapie sehen wir an:

- Formulieren der Therapieziele für das Team als „Konzeptbestandteil“ wie für jeden einzelnen Patienten.
- Hohe personelle Konstanz im Team, möglichst auch bei Verlegung innerhalb der Klinik, da Therapeutenwechsel aufgrund der mangelhaft ausgeprägten Fähigkeit der Patienten zur Objektrepräsentanz die typischen Abwehrmechanismen beleben und die Störung „nähren“.
- Reduktion der Spaltung des Teams, u. a. durch tägliche patientenbezogene Besprechungen.
- Spezielle Fachkenntnisse bei allen Mitarbeitern, ohne die sich eine Spaltung des Teams nicht verhindern lässt und die durch ständige fallbezogene und theoretische Fortbildung gefestigt und erweitert werden müssen.
- Neben systematischer Einzel- und Gruppentherapie die Möglichkeit auch von körpertherapeutischer Einzel- und Gruppenarbeit, da bei missbrauchten/misshandelten Borderline-Patienten regelmäßig schwere und schwerste Störungen des Körperschemas vorhanden sind (Dulz u. Schneider 1995, 1996).

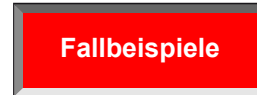
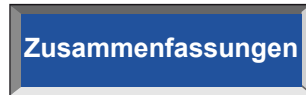
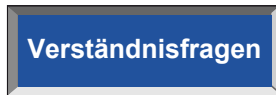
Auf der deskriptiven Ebene erachten wir als wichtige Indikatoren für die Notwendigkeit einer stationären Therapie:

- Ausgesprochen geringe Angsttoleranz.
- Suizidalität, schwere Autoaggressivität (selbstverletzendes Verhalten).
- Schwere Essstörungen.
- Innere Konfusion einschließlich (pseudo)psychotischer Symptome.
- Schwere dissoziative Symptome (einschließlich multiple Persönlichkeit).
- Eingeschränkte Impulskontrolle (z. B. auch Drogenkonsum).
- Chaotische Beziehungsmuster, Beziehungslosigkeit bzw. Verlust der sozialen Integration (stationär lassen sich Beziehungsmuster besser als ambulant erkennen und bearbeiten).
- Schweres antisoziales Verhalten einschließlich Delinquenz (bei schwerer Delinquenz bedürfte es allerdings eines strukturierteren Settings in kontrollierbarerem Rahmen).

Eine stationäre Psychotherapie im Sinne einer Ich-strukturierenden Arbeit ist unserer Sicht indiziert, wenn der Patient

- Eine Motivation zum Eingehen einer therapeutischen Beziehung – bei oft ungenügender Fähigkeit hierzu – besitzt oder diese jedenfalls absehbar ist.
- Ein gewisses Maß an Reflektionsvermögen sowie Introspektionsbereitschaft und -fähigkeit aufweist.
- Zu Ich-schwach für eine ambulante Psychotherapie, aber genügend Ichstrukturiert für eine intensive Behandlung (einschließlich Bearbeitung der Realtraumata) ist.
- Im Rahmen der Traumabearbeitung bei ambulanter Therapie ein Exazerbieren von Symptomen (Dulz u. Schreyer 1997) zeigt, wobei dieser Teil der Psychotherapie von schwerer gestörten Borderline-Patienten zu meist ohnehin unter stationären Bedingungen begonnen wird, insbesondere wegen der Notwendigkeit einer haltenden Umgebung zur Vermeidung etwa eines Suizids.

Wenn die vorstehenden Voraussetzungen für eine Ich-strukturelle Arbeit nicht gegeben sind, bedarf es einer strukturierten Milieu-orientierten Arbeit unter Nichtbearbeitung eines Realtraumas, wodurch eine unbeherrschbare Exazerbation vermieden werden kann (Reddemann u. Sachsse 1997). Notwendig sind also unterschiedliche Settings. Bei Borderline-Patienten lassen sich hypothetisch je nach Ausprägung der Ich-strukturellen Mängel und der daraus folgenden Symptomatik fünf Gruppen unterscheiden:



- Ambulant psychotherapierbare Patienten (Krisenintervention ggf. stationär) mit ausreichender Objektrepräsentanz und Beziehungsfähigkeit sowie geringem Impulskontrollverlust.
- Ich-strukturierend zu therapierende, aber beziehungsgestörtere und Impulsdurchbruch-gefährdete Patienten (stationär mit Übergang zur ambulanten Therapie idealerweise über eine spezialisierte Tagesklinik).
- Besonders Ich-schwache Patienten (primär strukturierende Therapie ohne Deuten).
- Schwerer delinquente Patienten (Einrichtungen mit speziellem Setting).
- (Noch) nichttherapierbare Patienten (z. B. ohne Motivation bzw. Introspektionsfähigkeit).

Um im Einzelnen die Gegebenheiten von Patienten zu Überprüfen, findet zunächst ein ambulantes Informationsgespräch statt, der Termin kann mit Mitarbeitern der Station verabredet werden. Fernmündlich oder schriftlich äußern wir uns vorab auch nicht zu einer „unverbindlichen“ Einschätzung, ob eine Therapie bei uns inhaltlich sinnvoll sein könnte. Bezüglich Borderline-Patienten ist gerade eine Verbindlichkeit des Therapeuten für das Gelingen einer Therapie eine wichtige Voraussetzung, die einzuhalten wir schon vor einem Vorstellungsgespräch uns bemühen.

Bezüglich Ihrer Patientin liegen aber ja rein formale Gründe für die Ablehnung vor, die ich ihr selbstverständlich gerne selbst fernmündlich erläutern würde. Wenn Ihre Patientin dies wünschen sollte, so geben Sie ihr doch bitte meine dem Briefkopf zu entnehmenden Telefonnummern.

Ich könnte mir denken, dass die Patientin vom Therapieangebot vieler tiefenpsychologisch-fundiert arbeitenden Kliniken und Stationen der Bundesrepublik profitieren würde, sofern dort die von mir ausgeführten Prinzipien Anwendung finden – was leider nicht überall der Fall ist.

Mit freundlichen Grüßen.

Dr. med. Birger Dulz

Gesprächspsychotherapie

Jochen Eckert, Eva-Maria Biermann-Ratjen Prof. Dr. J. Eckert, Dipl. Psych. E.-M. Biermann-Ratjen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Martinistrasse 52, 20246 Hamburg

Sehr geehrter Herr Dr. Thüringer,

Vielen Dank für Ihren Brief mit der Bitte um eine gründliche Information über unser Therapieangebot.

Wir werden auf der Grundlage der von Ihnen erhobenen Anamnese Ihrer Patientin zu prüfen versuchen, ob unser Therapieangebot für Sie in Frage kommen könnte.

Ob unser Therapieangebot Ihre Patientin auch tatsächlich anspricht, würden wir ggf. mit ihr zusammen in einer oder mehreren probetherapeutischen Sitzungen herauszufinden versuchen.

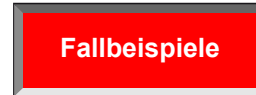
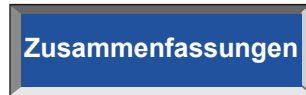
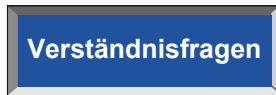
Geschichtliche Wurzeln

Unsere – nach einem Vorschlag von R. Tausch (1968) in Deutschland so genannte – „Gesprächspsychotherapie“ hat ihre Wurzeln in den psychotherapeutischen Erfahrungen, die der amerikanische Psychologe C. Rogers in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts u. a. in seinen Büchern „The Clinical Treatment of the Problem Child“ (1939), „Counseling and Psychotherapy“ (1941, dt. 1972) und „Client-centered therapy“ (1951, dt. 1983) zu veröffentlichen begonnen hat. In anderen Ländern heißt die Gesprächspsychotherapie traditionellerweise Klientenzentrierte Psychotherapie. Rogers hat (1957) seine durch empirische Forschung gestützten Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Psychotherapie in einem Aufsatz mit dem Titel: „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen der Veränderung der Person durch Psychotherapie“ zusammengefasst.

Allgemeine Therapiestrategie der Gesprächspsychotherapie

Psychotherapie ereignet sich nach Rogers dann, wenn die folgenden sechs Bedingungen im Hier und Jetzt da sind („exist“):

1. Zwei Personen sind in (einem psychologischen) Kontakt miteinander.
2. Die eine Person, die wir den Klienten nennen werden, befindet sich in einem Zustand von Inkongruenz (kann im Moment nicht ihrer gesamten Erfahrung gewahr werden), ist verletztlich und/oder ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen werden, ist in der Beziehung zum Klienten kongruent.



4. Der Therapeut erlebt sich als den Klienten ohne Bedingungen wertschätzend (kann fühlen, dass er ...).
5. Der Therapeut erlebt, dass er den Inneren Bezugsrahmen des Klienten (die Gefühle, in denen der Klient erlebt, was seine Erfahrungen im Moment für ihn bedeuten) empathisch versteht.
6. Der Klient nimmt die Bedingungen 4 und 5 zumindest im Ansatz wahr, die nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung seiner Person durch den Therapeuten und dessen empathisches Verstehen.

Durch welche konkreten therapeutischen Handlungen sich diese Bedingungen einstellen, hängt von verschiedenen Faktoren ab, nicht zuletzt von der Art und Schwere der Störung (Biermann-Ratjen et al. 1997).

Der Gesprächspsychotherapeut geht klientenzentriert vor, er gibt keine Deutungen und ist nicht direktiv, sondern fühlt sich in das ein, was den Klienten jeweils gerade jetzt innerlich beschäftigt.

Psychodynamik und Diagnose dieser Patientin

Gesprächspsychotherapie ist dann indiziert, wenn einem behandlungsbedürftigen Erleben und Verhalten (Symptomatik) Inkongruenz zugrunde liegt. Wir sprechen dann von Inkongruenz, wenn aktuelle Erfahrung bewusst zu werden droht, die, als sie zu einem im Leben früheren Zeitpunkt gemacht worden ist, nicht in das Selbstkonzept integriert werden können. Wir sprechen von drohender Erfahrung, weil sie abgewehrt wird wie ein Feind und weil es in der Abwehr immer um die Aufrechterhaltung des Selbstbildes und der mit ihm verbundenen Selbstachtung geht.

Gesprächspsychotherapeuten gehen davon aus, dass die Bedingungen für die Integration von Erfahrung in das Selbstkonzept vom Beginn dieser Entwicklung an dieselben sind wie die Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess: Eine Person kann nur die Selbsterfahrungen in ihr Selbstkonzept integrieren, in denen sie von einer anderen, in der Beziehung zu ihr kongruenten und sie unbedingt wertschätzenden Person empathisch verstanden wird. (Die modernen Weiterentwicklungen der Bindungstheorie kommen zu sehr ähnlichen Annahmen, vgl. z. B. Fonagy 1999).

Auf der Grundlage Ihrer Anamnese der Patientin können wir mit großer Sicherheit davon ausgehen, dass die Patientin ihre Mutter sehr oft als nicht empathisch und nicht unbedingt wertschätzend erlebt hat. Speziell mit der Selbsterfahrung der Patientin als eine weibliche Person, die sexuell auf Männer ausgerichtet ist, ist die Mutter – vermutlich selbst traumatisiert – mit Sicherheit nicht kongruent empathisch und unbedingt wertschätzend umgegangen.

Von ihrem Vater konnte die Patientin kein klares Bild entwickeln. Sie hat ihn nicht verstanden und er sie nicht, als sich ihre Pubertät ankündigte, vermutlich weil er seine eigenen Probleme in seine Kinder projiziert hat – wie es scheint. Er konnte mit der Selbsterfahrung der Patientin als weibliche Person, die sexuell auf Männer ausgerichtet ist, mit Sicherheit vor allem nicht unbedingt wertschätzend umgehen.

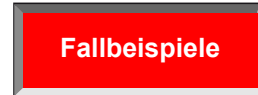
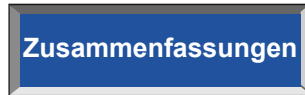
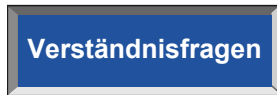
Wir können uns vorstellen, dass die Patientin deshalb an die Zeit von 9–13 Jahren keine Erinnerungen hat – außer der, dass das Verhältnis zum Vater immer schlechter geworden sei. Die Bedingungen für die Integration der Selbsterfahrungen, die in diesem Alter eine besondere Rolle spielen, waren nicht gegeben.

Ihre letzte Hoffnung, in ihrer weiblichen Ausrichtung auf Männer empathisch verstanden und respektvoll behandelt zu werden, wird durch den Bruder brutal zerschlagen. Damit ist für die Patientin „meine Welt endgültig zerbrochen“.

In der folgenden Zeit hat sich die Patientin u. E. in einem posttraumatischen Belastungszustand befunden, ist ganz in der Abwehr der Erfahrung und im Erleben ihrer Inkongruenz aufgegangen. Sie meidet Situationen, in denen sie als junge Frau gesehen und verstanden werden könnte.

Ihr Leben „mit den 68ern“ nach ihrer Flucht aus ihrem verständnislosen Elternhaus erscheint uns als eine Form, mit dem nicht in das Selbstkonzept integrierten Wunsch, als Frau, die sexuell auf Männer ausgerichtet ist, zu leben und mit der Enttäuschung, dass sie in diesem Wunsch nicht empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt worden ist, die ebenfalls nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnte und deshalb abgewehrt werden muss.

Die psychotherapeutische Behandlung der Patientin im Alter von 21 Jahren scheint ihr die Möglichkeit eröffnet zu haben, zu sehen, dass sie in Beziehungen zu der geworden ist, die sie ist. Das hat ihr vermutlich geholfen, später nur noch selten in einer selbstentwertenden und ihre engen Beziehungen bedrohenden Verhaltensweise auf ihren Wunsch, als auch sexuell interessierte Frau empathisch verstanden zu werden, hinweisen zu müssen, wenn sie z. B. in einer Krise ihrer „stinknormalen“ Ehe zum Karneval an die Stätte ihres Lebens mit den „68ern“ fährt oder an Wochenenden „durchbruchartig“ Alkohol trinkt.



Wir würden also davon ausgehen, dass bei der Patientin eine Inkongruenz vorliegt. Wir haben die Hypothese, dass sie vor dem Einsetzen der derzeit vorherrschenden depressiv apathischen, ängstlichen und vermuteten Vorwürfen zuvorkommenden Gereiztheit Erfahrungen gemacht hat, die sie abwehren muss, und dass sich ihre Befindlichkeit in dem Maße verschlechtert hat, in dem die bisher erfolgreiche Abwehr gegen diese Erfahrungen nicht mehr zu funktionieren droht.

Ergänzende Diagnostik

Die Zusammenhänge zwischen den Symptomen der Inkongruenz, den Erfahrungen, die die Patientin vermutlich abwehren muss, und den Belastungen, über die die Patientin spricht bzw. dem Gewicht, das sie ihnen gibt, erheben sich nicht von selbst.

Zu Beginn der Therapie würden wir daher von der Patientin genauer wissen wollen:

- wie sie sich mit ihren pubertierenden Söhnen als Mutter, aber auch als Frau gefühlt hat bzw. warum das „eigentlich so ganz schön ist“, dass die jetzt aus dem Haus sind;
- wie es ihr gegangen ist, als die Schwiegermutter starb – bzw. wie ihr äußerer und innerer Kontakt zur eigenen Mutter heute eigentlich aussieht;
- wie sie sich damit gefühlt hat, dass der Schwiegervater in das Zimmer ihres Sohnes zieht – der damit ja zu Hause kein eigenes Zimmer mehr hat – und was das mit ihrer Beziehung zu ihrem eigenen Vater, früher und heute, zu tun haben könnte.

Diese letzte Frage müsste vor allem auch im Zusammenhang mit ihrem Empfinden der körperlichen Pflegebedürftigkeit des Schwiegervaters gestellt werden.

In Ihrer Anamnese stellt die Patientin den engsten Zusammenhang zwischen dem illegalen Verhalten ihres Chefs, das ihren Arbeitsplatz bedroht, und dem Beginn der Symptomatik mit Alpträumen, aufgekratzter Dünnhäutigkeit, Aggressivität gegenüber den Söhnen und einem Rückzug in den Alkohol zur Vermeidung des sexuellen Kontakts mit dem Ehemann her. Ihr Kommentar dazu ist: „Mir ist alles zu viel geworden, und ich weiß eigentlich gar nicht so richtig, was überhaupt.“

Es könnte sein, dass die Patientin in dieser Beziehung zu ihrem Chef, von dem sie abhängig ist, die Bedrohtheit ihres Selbstwertgefühls bzw. ihre Empfindlichkeit gegenüber unempathischen und respektlosen Verhaltensweisen im Umgang mit ihr als Frau spürt und dass sie dieser Selbsterfahrung nicht vollständig gewahr wird, sich in ihr nicht wirklich ernst nehmen kann.

Spezielle Therapiestrategie

Wir gehen davon aus, dass der Störung der Patientin auch traumatische Erfahrungen zugrunde liegen und ihre Selbstkonzeptstörung der von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ähnlich ist. Wir würden deshalb unter Wahrung der allgemeinen klientenzentrierten Therapieprinzipien besonders aufmerksam für drei Aspekte des Selbsterlebens der Patientin sein (vgl. Eckert u. Biermann-Ratjen 2000):

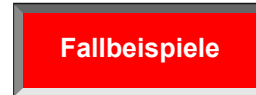
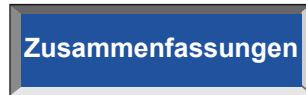
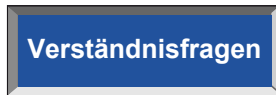
- Das Erleben oder Fehlen von Enttäuschung und Wut
- Die mangelnde Konstanz des Erlebens, vor allem die Tendenz zur Entwertung und zur Idealisierung („Spalten“)
- Die Tendenz, bestimmte Erfahrungen nicht ins Auge zu fassen (Vermeidung).

Zur Verhinderung einer erneuten Traumatisierung durch die Therapie sollte der Therapeut dauernd prüfen, ob das Prinzip der Nichtdirektivität gewahrt bleibt, ob er von der Patientin wirklich nichts anderes will, als sie zu verstehen, und ob er das, was er verstanden hat, als Erfahrung dieser Patientin wertschätzen kann, die er so bestehen lassen kann, wie sie ist, und die ihn nicht selbst in eine Abwehrhaltung treibt.

Möglicherweise wird es erforderlich, das therapeutische Setting auch in der Weise störungsspezifisch zu gestalten, dass im Hinblick auf die Suizidalität der Patientin die Möglichkeit einer stationären Krisenintervention (vgl. Eckert 2000) vorgesehen wird, die dann Teil des Gesamtbehandlungskonzepts wäre und nicht Ausdruck des Scheiterns der ambulanten Gesprächspsychotherapie.

Prognose dieser Patientin

Wenn es der Patientin in einer Gesprächspsychotherapie gelingen sollte, ihren Wunsch, in ihrem Selbsterleben als Frau, die am Mann als Sexualpartner interessiert ist, empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt zu werden, in ihr Selbstkonzept zu integrieren, zusammen mit all den leidvollen Erfahrungen, die sie im Zusammenhang damit machen musste, dass sie in diesem Wunsch keineswegs verstanden worden ist, dann ist der erste



Schritt zur Überwindung ihres Leidens (Veränderung der Symptomatik) getan. Sie könnte sich dann in einem weiteren Schritt (Veränderung der Beziehungen) ihrer aktuellen existenziellen Erfahrung zuwenden, dass es ihr auch als älterer Frau, die vor einem Jahr eine Uterusexstirpation erlebt hat und, wie sie sagt, erlebt: „man wird ja auch selbst nicht jünger“ keineswegs gleichgültig ist, ob ihr Mann und Lebenspartner sie eigentlich als Frau empathisch zu verstehen bereit ist und unbedingt wertschätzt.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Jochen Eckert und

Dipl. Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen

Katathym-imaginative Psychotherapie

Dipl. Psych. C. Krägeloh

Dozentin für KiP, Lehrtherapeutin und Supervisorin für tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, Rhein-Eifel-Institut Sinzig, Reichsmarkstraße 150, 44265 Dortmund

Sehr geehrter Herr Kollege Thüringer,

gerne informiere ich Sie und Ihre Patientin über die Katathym-imaginative Psychotherapie K.i.P.

Geschichtliche Wurzeln

Die Katathym-imaginative Psychotherapie (K.i.P.) ist eine Form tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie, entwickelt von H. C. Leuner Mitte der 50er Jahre, bei der in besonderer Weise Imaginationen genutzt werden, um unbewusste Motivationen, Phantasien, Konflikte und Abwehrmechanismen sowie die Übertragungsbeziehung und Widerstände zu veranschaulichen und deren Bearbeitung sowohl auf symbolischer Ebene als auch im Gespräch zu fördern. Theoretisch wurzelt das Verfahren in der Psychoanalyse, insofern es von der unbewussten Dynamik aktuell wirksamer Konflikte ausgeht.

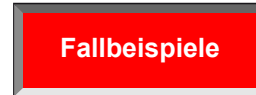
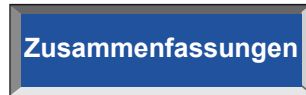
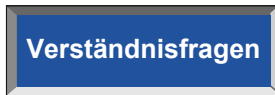
Unter Imaginationen versteht die K.i.P. spontane oder durch Motivvorgabe induzierte bildhafte Symbolisierungen. Sie sind Ergebnisse einer zwar verbal vermittelbaren, aber primär nichtverbal diskursiven Ich-Leistung. In den Symbolisierungen verdichten sich vor allem die zentralen unbewussten Beziehungskonflikte, deren Bewältigungsformen und deren Abwehr. Sie sind daher therapeutisch sowohl zum Zwecke der Konfliktverarbeitung, zur Ich-Stärkung und Strukturförderung, aber auch diagnostisch relevant. Für den Umgang mit Imaginationen stellt das Verfahren eine Vielzahl therapeutischer Interventionen zur Verfügung. Als Hauptfaktoren der therapeutisch induzierten und begleiteten Veränderung sehen wir die Verbesserung von Einsicht und Selbstverstehen ebenso wie die korrektive Erfahrung in einer als hilfreich gestalteten therapeutischen Beziehung an (Kottje-Birnbacher 2001).

Ergänzende Diagnostik

Alle so genannten Standardmotive der Grundstufe wie Blumentest, Wiese, Bachlauf, Berg enthalten auch diagnostische Aspekte zur Psychodynamik. So kann sich eine Leistungsproblematik beim Aufstieg auf einen Berg manifestieren, eine Selbst- und Selbstwertproblematik im Blumentest oder Entwicklungsbrüche beim Gang an einem Bachlauf zur Quelle oder zur Mündung. Die K.i.P. nutzt ihre Motive stets sowohl diagnostisch als auch therapeutisch (Kottje-Birnbacher 2001).

Allgemeine Therapiestrategie

Von frühester Kindheit an werden Erfahrungen als einflussreiche Schemata gespeichert. Sie formen das Denken, Fühlen und Verhalten, auch wenn sie nicht bewusst und sprachlich fassbar geworden sind. Wie das später aus dem Bewusstsein Verdrängte können sie über die Sinne und Bilder zu sprachlichem Ausdruck gebracht werden. Traumbilder (Imaginationen) eignen sich dazu vorzüglich, dienen sie doch zugleich als Träger und als Bearbeiter der bisher nicht bewussten Inhalte und Muster (Salvisberg et al. 2000). Sprache ist in der therapeutischen Beziehung ein mögliches Kommunikationsmedium, traumatisierte Patienten können sich jedoch häufig besser mit Hilfe von Symbolisierungen beispielsweise in Gestalt von Tagträumen oder Imaginationen verständlich machen. Die Symbolisierungsmöglichkeiten in der K.i.P. helfen später bei der Entfaltung des sprachlichen Dialogs.



Die therapeutische Grundhaltung und die therapeutischen Techniken der K.i.P. eignen sich als spezifisches Beziehungsangebot gerade bei dieser „therapieerfahrenen“ Patientin. Der Therapeut bietet das begleitete Imaginieren als Mittel der Kommunikation und Grundlage für ein – um Erleben, Spüren und Fühlen erweitertes – Verstehen des Selbst und des Anderen an. Das Besondere dieser Vorgehensweise liegt also im dialogischen Angebot eines nicht hauptsächlich auf Sprache vertrauenden Mediums, das dem Patienten helfen soll, im Umgang mit sich und seiner Welt erweiterte kognitive Produktions- und Aneignungsformen zu entdecken. Sein Erleben und Spüren erhält so größeren Raum, eröffnet Erkenntnisgewinn und Handlungsspielräume.

Als frühes Beispiel für eine K.i.P.-spezifische Intervention möchte ich eine schwer traumatisierte Patientin von Klessmann aus den 80er-Jahren anführen: Das K.i.P.-spezifische Anfangsmotiv „Wiese“ war für diese Patientin ein „unzugänglich-nasses Lehmfeld mit vereinzelt Schneeglöckchen“. Mit „lebloser“ – denn sie musste für die Beerdigung der Mutter Schneeglöckchen pflücken – Stimme schilderte die Patientin in den nachfolgenden Sitzungen immer wieder diese Wiese, ohne Ausweg, ohne Veränderungsmöglichkeit. Ohne damals das Motiv „schutzgebender Raum“ zu kennen, schlug die Therapeutin vor, einen wärmenden Innenraum zu imaginieren. Die Patientin konnte sich ein Zimmer mit „leise prasselndem Kamin“ vorstellen, sie erlebte sich „zusammengesckelt wie ein kleines Kind“. Auf der Übertragungsebene stellte sich so die „gute mütterliche Welt“ dar: Die Mutter starb, als die Patientin sechs Jahre alt war. Auf diesen traumatisch erlebten Verlust folgte eine wenig empathische Stiefmutter. Die „tote“ Landschaft draußen konnte sich danach zunehmend verändern (Klessmann 1988).

Patienten, deren Lebensgeschichte durch Gewalterfahrungen geprägt war, haben oft Schwierigkeiten, zu phantasieren, zu symbolisieren, zu imaginieren. Aufgrund ihrer Erlebnisse sind sie misstrauisch, so dass sie ihren eigenen Wahrnehmungen nicht trauen. Sie haben Schwierigkeiten, innen und außen zu trennen, eigene, meist feindselige Impulse werden als von außen kommend erlebt. Erinnerungen und Affekte – weil generell zu schmerzlich – werden abgespalten. Können diese Abspaltungen nicht mehr aufrecht erhalten werden, drohen Affektdurchbrüche (z. B. Suizidversuch der Patientin).

Unsere Patientin hat die Eltern nicht als „optimal auf ihr Kind eingestellt“ erlebt. Solche Patienten bringen ihre Beeinträchtigungen, ihre Heilungswünsche in der Regel in die therapeutische Beziehung ein. Sie äußern aber oft, dass ihnen das Sprechen unmöglich sei. Mit Hilfe der geführten Imaginationen, spezifischer K.i.P.-Motive, kann ihre „Sprachlosigkeit“ überwunden werden. Besondere Bedeutung hat das Motiv des „schutzgebenden Raumes“: der „Schutzraum“ in der Imagination ist der Grundpfeiler des therapeutischen Prozesses. Er muss in den Imaginationen etabliert werden, um den Patienten in ängstlichen Situationen immer wieder die Möglichkeit des schützenden Rahmens zu geben. Hierzu zwei Beispiele:

- eine hermetisch abgeschlossene Felshöhle mit Wänden aus Stahl, nur für den Patienten erreichbar;
- eine Gefängniszelle, karg, schutzgebend vor den eigenen aggressiven Affekten.

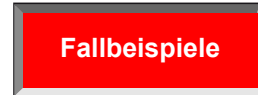
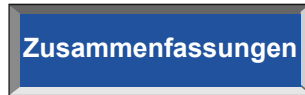
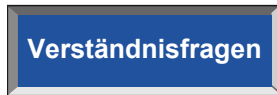
Häufig entsteht Erstaunen über solche „Schutzräume“. Sie dienen zunächst einzig dem Schutz vor Reizüberflutung, vor Impulsdurchbrüchen.

Sie bilden in der Imagination den Ausgangspunkt für späteres Handeln des Patienten. So wird einerseits Reizüberflutung verhindert, andererseits Selbstfindung, Selbständigkeit und Emotionalisierungsfähigkeit im Patienten gefördert. Die besondere Verletzbarkeit und Bedürftigkeit ebenso wie die destruktive Wut, die Scham- und Schuldgefühle, also die spezifischen Kränkbarkeiten, können sich so darstellen. Die Gefahr, den Therapeuten, also die Beziehung zum Objekt zu gefährden, wird gleichzeitig verringert. Die Patienten erhalten die Möglichkeit, ihre psychische Realität zu externalisieren. So wird mit Hilfe des für diese Patienten spezifischen Führungsstils Aufbau- und Reparaturarbeit möglich.

Zu erwartende Therapieprobleme und Prognose dieser Patientin

Vermutlich könnte folgendes erreicht werden: Milderung der Affektdurchbrüche, Veränderung der Beziehungsstrukturen, mögliche Zunahme des Selbstwertes und Förderung der Autonomie, Ermöglichung des „Vergessens“ der traumatischen Erlebnisse (d. h. die traumatischen Erfahrungen dürfen in den Hintergrund treten, da neue Erfahrungen und Erlebensräume durch den Umgang mit den Imaginationen in den Vordergrund treten können).

Allerdings ist darauf zu achten, dass zu große Ängste vor dem Sichtbarwerden des Inneren, vor dem befürchteten schutzlosen Ausgeliefertsein gegenüber invasivem Eindringen des Therapeuten, die Fähigkeit des Imaginierens beeinträchtigen können. Kurze, engstrukturierte Imaginationen sowie die Möglichkeit, mit geöffneten Augen zu imaginieren, erleben die Patienten als zusätzlichen Schutz (Sachsse u. Reddemann 1997).



Ich denke in diesem Falle an einen Patienten, der früh von der Mutter sexuell missbraucht und massiv geschlagen wurde, der Vater war nicht anwesend. Mit 14 Jahren versuchte er seine Mutter – nachdem er geschlagen worden war – zu vergiften. Er hatte zwei Freunden erzählt: Wenn sie mich noch einmal schlägt, bringe ich sie um. Der Patient kam in ein Erziehungsheim, entwickelte sich zum „Schläger“. Mehrere Male musste er ins Gefängnis, beim letzten Gefängnisaufenthalt begann er, den Realschulabschluss nachzuholen, suchte sich nach der Entlassung selbst einen Therapieplatz. Seine anfängliche „Sprachlosigkeit“ begann sich in den Imaginationen zu verlieren, die Imaginationen waren das Medium zwischen Patient und Therapeut:

Dieser Patient imaginierte als Schutzraum die Gefängniszelle. Er war selbst zunächst erschrocken über dieses Bild eines Schutzraumes. Die „Gefängniszelle war zunächst kahl, eine Glühbirne hing unter der Decke“, in späteren Imaginationen erhielt die Zelle einen Teppich, wurde spärlich möbliert, entwickelte sich zu einem Zimmer. Später konnte er die Zelle verlassen. In der Landschaft stand ein massiver eiserner Käfig mit einem Löwen, der eiserne Käfig war sogar noch in den Boden einbetoniert, für den Löwen (die eigenen aggressiven Impulse) durfte es noch keine Freiheit geben. Nach und nach konnte in schwerer Anstrengung der Eisenkäfig abgebaut werden, der Löwe konnte sich verändern, die völlig unpassende Umgebung – europäische Landschaft – wurde zur Steppe.

Die kontrollierbare Imaginationsebene schützte sowohl den Patienten als auch den Therapeuten vor Impulsdurchbrüchen. Vorsichtig konnte sich der Patient im Bild den Affekten nähern, sie anschauen, ohne überschwemmt zu werden. Entsprechend würde ich mir eine Entwicklung bei dieser Patientin vorstellen können. Der „Entwicklungsraum“, den der Therapeut als Rahmen zur Verfügung stellt, ermöglicht erfahrungsgemäß weniger leidvolle Entwicklungsschritte in der Therapie. Die Benutzung von Symbolen dient dazu, die Empfänger der Botschaften stimulierend zur schöpferischen Mitarbeit anzuregen (Eco 1977).

Bedeutsam ist jedoch, wie bereits eingangs angemerkt, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

Die ambulante Arbeit mit den Patienten kann hilfreich stationär verknüpft werden. Die enge Zusammenarbeit mit der Von Ehrenwall'schen Klinik Ahrweiler (Ärztlicher Direktor Dr. C. Smolenski) oder der Curtius-Klinik Malente-Gremsmühlen (Ärztlicher Direktor Dr. E. Wilke), wo die therapeutischen Techniken der K.i.P. und die spezifische Grundhaltung in gleicher Weise angewendet werden, kann als zusätzlich schützender Rahmen sowohl für die Patientin als auch für die Therapeutin genutzt werden.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dipl. Psych. Christine Krägeloh

Stationäre, traumazentrierte Psychotherapie

Prof. Dr. U. Sachsse

NLKH Göttingen, Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen

Sehr geehrter Herr Kollege Thüringer,

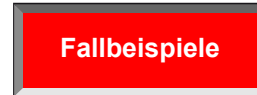
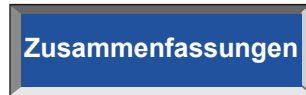
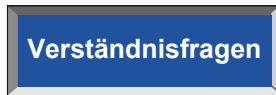
gerne informieren wir Sie und Ihre Patientin über unser Therapieangebot.

Seit 1985 ist in der Klinik für Psychotherapeutische Medizin Bielefeld eine tiefenpsychologisch fundierte, integrative Psychotherapie für Traumatisierte entwickelt worden (Reddemann 2001), die seit 1994 auch im NLKH Göttingen angewendet wird (Sachsse et al. 1998).

Die Auseinandersetzung mit der Psychotraumatologie hat eine lange *Geschichte* (Sachsse et al. 1997). Für unser Vorgehen sind die Therapieempfehlungen von Janet und Herman (1994) bedeutsam: erst Stabilisierung, dann Begegnung mit dem Trauma, dann Neuorientierung.

Bei jeder Patientin führen wir zunächst eine *Differenzialdiagnostik* zur Indikationsstellung durch. Eine Übersicht bewährter diagnostischer Instrumente gibt Overkamp (2001): Wir arbeiten mit dem Strukturierten Interviewleitfaden zur Diagnose dissoziativer Störungen SIDDS/Original: DDIS, um valide Diagnosen zu bekommen. Als Fragebögen verwenden wir den Fragebogen zu dissoziativen Symptomen FDS/Original DES, der auch gut als strukturiertes Interview verwendbar ist, sowie die „impact of event scale, IES-R“ und das Borderline-Persönlichkeits-Inventar BPI. Ihre ausführliche Anamnese ermöglicht es uns, die Lebensgeschichte nicht vertiefend explorieren zu müssen. Unverarbeitete traumatische Erfahrungen können durch eine Anamnesenerhebung „getriggert“ werden.

Vieles bei Ihrer Patientin spricht dafür, dass zumindest Teile ihrer Problematik als Posttraumatische Belastungsstörung PTBS verstehbar sind: Die Amnesie für den Zeitraum 9–13 Jahre, die Vergewaltigung mit 14, die



sich daran anschließende PTBS, einige Erfahrungen in der Adoleszenz, die heutigen Alpträume, die Übererregbarkeit – alles Symptome, die natürlich auch neurotisch-konfliktbedingt entstanden sein können. Wir haben zunehmend auch mit einem Phänomen der transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierung zu tun: Nationalsozialistische Erziehung, Kriegserfahrungen, Flucht, Vertreibung, Nachkriegszeit. Solche Symptomkomplexe sind verwirrend, weil posttraumatische Symptome bei Menschen auftreten können, die sich keiner Traumatisierung bewusst sind und im Rahmen ihrer Therapie auch nicht werden. So könnte es sein, dass wir zu folgenden Diagnosen kommen:

Chron. kompl. Posttraumatische Belastungsstörung (300.89/F43.1) vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung (?) (301.83/F60.31). Dissoziative Amnesie (300.12/F44.0), Depersonalisationsstörung (300.6/F48.1), Somatisierungsstörung (300.81/F45.0), Major Depression (296.3x/F33.x)

Sofern unsere Diagnostik dieses Störungsbild ergibt, muss Ihre Patientin prüfen, ob sie unser *Therapieangebot* nutzen kann und will. Wir akzentuieren Selbstmanagement, die Aktivierung eigener Ressourcen und Selbstheilungskräfte. Die therapeutische Beziehung gestalten wir aktiv als engagierte Arbeitsbeziehung und arbeiten einer Regression in der therapeutischen Beziehung entgegen. Archaisch-aggressive Übertragungen verstehen wir als Manifestation von Täterintrojekten, die auf der inneren Bühne zu bearbeiten sind. Das Gleiche gilt für regressive Beziehungswünsche, für die wir die Arbeit mit dem Inneren Kind anbieten. Eine solche Arbeit müsste von der Patientin, die in ihrer Adoleszenz ja auch eine psychoanalytische Übertragungs- und Beziehungsarbeit im engeren Sinne erfahren hat, akzeptiert werden. Geprüft werden muss auch, ob eine stationäre Behandlung zwingend ist, da wir lange Wartezeiten haben und die stationären Behandlungsplätze restriktiv anbieten. Zudem kann es sein, dass eine familientherapeutische Arbeit vorrangig ist: Einzug des Schwiegervaters, Auszug der Söhne, Notwendigkeit einer Neuorientierung mit dem Ehemann. Nicht bewährt hat sich uns eine traumazentrierte Zuwendung zur Vergangenheit in einer Zeit, in der im Realraum viele Veränderungen zu bewältigen sind. Wir nehmen unsere Patientinnen deshalb für zunächst zwei bis drei Wochen auf, vermitteln die Stabilisierung als allgemeines Stressmanagement, was für alle Störungsbilder außer Psychosen hilfreich ist, vervollständigen die Diagnostik und klären dann die nächsten Behandlungsschritte.

Imaginative traumazentrierte Psychotherapie

Behandlungsphase I (2–3 Wochen): Stabilisierung und Diagnostik

Behandlungsphase II (mehrfach 6 Wochen, in Ausnahmefällen 1- bis 2-mal 4 Monate): Traumaexposition, kontinuierliche Fortführung der Stabilisierung

Stabilisierung

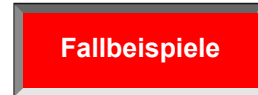
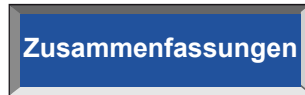
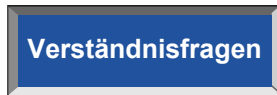
Durch Utilisation von Dissoziation und Spaltung

(Sei Borderline! – in Deiner Phantasiewelt, nicht in der Realität!) s. Tabelle

Nur gut	Nur schlecht
Intrusionen	Tresorübung
flash backs	Dissoziationsstop
Derealisationen	Bildrücklauf und Gegenbilder
Panik, Angst, Paranoia	Sicherer Innerer Ort
Chaotische Beziehungen	Nur gute Innere Helfer
Unkontrollierte Spontanregressionen	Arbeit mit dem Inneren Kind
Selbst- und Fremd-Destruktivität	Arbeit mit Täterintrojekten
Depersonalisation	Aromatherapie, Qi Gong, KBT, Feldenkrais

Traumasyntese

- Zusammenführen von Kognition (Wort, Bild), Affekt, Körpersensation und Handlung (ganzheitliches Gestalterleben)
- Umwandlung einer unkontrollierbaren Stressreaktion in eine kontrollierbare Stressreaktion



- Integration von Unsagbarem ins verbale Wachbewusstsein
 - Durch bifokale Aufmerksamkeit und
 - Pendeln zwischen Dort-Damals und Hier-Jetzt
- Aufheben von Verarbeitungsbremsen auf Gehirnebene
- Verändertes Wiederdurchleben führt zur Veränderung der Erinnerung
- State dependent learning durch
 - „Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR“ (Shapiro)
 - Beobachterechnik (Reddemann)
 - Bildschirmtechnik (Erickson)

Trauer und Neuorientierung

Ziel der *Stabilisierungsphase* ist die gründliche Information der Patientin und die *Schulung ihrer Imaginationsfähigkeit* (Reddemann 2001; Reddemann u. Sachsse 1997). Das therapeutische Vorgehen nutzt die Copingstrategien der Patientinnen. Die Dissoziationsfähigkeit und die Spaltungsfähigkeit werden geschult, indem die Patientin trainiert, nur gute Bilder ihrer inneren Welt zu entwickeln. Damit soll sie schrittweise Kontrolle über ihre inneren Abläufe bekommen und den nur schlechten Intrusionen und Flashbacks aktiv *nur gute Bilder und Körpersensationen* entgegensetzen lernen. Die zentralen Imaginationsübungen sind: Der sichere innere Ort und die inneren Helfer, der innere Tresor, die Baumübung und die Lichtübung. Aus der östlichen und westlichen Mystik und Meditation gibt es eine Fülle von Anregungen für heilsame Vorstellungen. Diese haben sich uns besonders bewährt.

Die *Traumaexposition* geschieht durch drei Techniken (Reddemann 2001; Reddemann u. Sachsse 1998):

Als besonders effiziente Traumaexpositionstechnik steht uns „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) von Francine Shapiro (1998), in Deutschland etabliert und verbreitet durch Hofmann (1999) zur Verfügung. Shapiro et al. vertreten die Auffassung, dass unser Gehirn eine angeborene Tendenz hat, Ereignisse und Informationen so zu verarbeiten, dass sie erträglich und integrierbar werden. Wichtig ist dabei die Arbeit des Traumes, der nachts die verschiedensten Informationen abgleicht und so verändert, dass wir am Morgen „den Kopf wieder frei“ haben.

Diese Integration ist bei traumatischen Erfahrungen behindert, weil die Körpersensationen vielleicht zu intensiv oder die Erfahrungen mit der bisherigen Weltsicht völlig inkompatibel sind. Durch EMDR werden Informationsverarbeitungsprozesse angeregt, die denjenigen des Traumes wahrscheinlich verwandt sind.

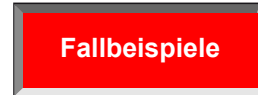
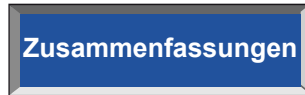
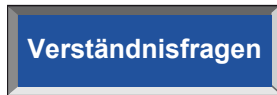
Die „Bildschirmtechnik“ stammt aus der Hypnotherapie und der verhaltenstherapeutischen Desensibilisierung. Patientin und Therapeutin betrachten sich gemeinsam auf einem imaginierten Bildschirm das traumatische Ereignis. Die Betrachtung soll distanziert-dissoziiert erfolgen, so als ob ein alter Film betrachtet würde. Mit Hilfe einer vorgestellten Fernbedienung, die Patientin und Therapeut beide benutzen können, wird der Film immer wieder angehalten, sogar zurückgespult, betrachtet und geschildert. Dadurch soll eine Dekompensation mit Affektüberflutung und ein retraumatisierendes Abrutschen in die traumatische Situation möglichst begrenzt werden. Für einige Minuten sollen Kognition, Affekt und Körpersensation wieder ganzheitlich da sein und durchfluten werden. Dadurch wird die Dissoziation aufgehoben und das Trauma einer Erlebnissynthese zugeführt.

Noch schonender ist die „Beobachterechnik“ (Reddemann 2001), bei der die traumatische Szene von einem imaginierten Beobachter wie von einem engagiert-betroffenen Reporter in einer Zeitreise betrachtet und geschildert wird.

Traumazentrierte Psychotherapie versteht sich heute nicht mehr als Katharsis zur Reinigung von belastenden Erinnerungselementen. *Traumaexposition dient der Traumasyntese: Intrusionen und Flashbacks sollen zu Erinnerungen werden*, die erträglich sind und nicht mehr den Einsatz dissoziativer Mechanismen erforderlich machen oder Symptombildungen auslösen.

Die Traumaexposition geschieht in einem stationären Behandlungsrahmen mit *ressourcenzentrierten, nicht konfliktzentrierten Angeboten*. Die Körpertherapie in Form von Aromatherapie, Qi Gong, Konzentrativer Bewegungstherapie (KBT), Feldenkrais und Körperwahrnehmungstraining ist stabilisierend und grenzverstärkend, nicht mobilisierend. Zunehmend werden ritualisierte regressive Angebote zur Vermittlung der Arbeit mit dem Inneren Kind Bestandteil des Stationsablaufs: abendliches Vorlesen eines Märchens, Unterricht zum Umgang mit regressiven inneren Zuständen.

Sollte bei Ihrer Patientin eine stationäre, traumazentrierte Therapie indiziert sein, und sollte sich die Patientin dafür entscheiden, können wir eine gute Prognose stellen. Die Patientin war lange berufstätig, ist als Mutter er-



folgreich gewesen und verfügt sicher über eine gute Arbeitsfähigkeit. Probleme sehen wir in ihrer Tendenz zur interpersonellen Inszenierung, wie es beim letzten stationären psychiatrischen Aufenthalt offenkundig wurde. Hier wird anfangs einige Arbeit geleistet werden müssen, diese Konfliktfelder auf die innere Bühne zu verorten.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich danke Ihnen für Ihre ausführlichen Briefe und Informationsmaterialien. Ich werde sie Frau A. übermitteln und mit ihr diskutieren. Frau A. wird dann direkt mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Mit erneutem Dank und kollegialen Grüßen

Ihr Ulrich Thüringer

Fazit für die Praxis

Wenn heute eine Patientin oder ein Patient Psychotherapie sucht und benötigt, dann haben die am Suchprozess Beteiligten die Qual der Wahl. Es gibt eine Reihe theoretisch gut fundierter, methodisch erprobter und in ihrer klinischen Wirksamkeit gesicherter Vorgehensweisen. Sechs verschiedene Therapiestrategien stellen sich hier zum direkten Vergleich vor. Wichtig erscheint zunächst, dass keine vertritt, die allein richtige zu sein (die Zeiten sind wohl endgültig vorbei). Alle Methoden belegen, dass und wie ihr spezifischer Zugang wirksam sein könnte. Mehrere wünschen auch eine erweiterte, für ihr Angebot spezifizierende Diagnostik in Form eines Vorgesprächs oder testpsychologischer Diagnostik, um die Differenzialindikation genauer stellen zu können. Mehrere weisen darauf hin, dass eine Alternative zum eigenen Vorgehen momentan sinnvoller sein kann. In der Praxis empfehlen sich darum sicherlich jene Therapiemethoden, Therapeutinnen und Therapeuten, Kliniken und Abteilungen, die klinisch und/oder empirisch spezifizieren können, wo ihr Wirksamkeitsschwerpunkt liegt, für wen sie weniger geeignet sind und wo Wirksamkeitsgrenzen und Kontraindikationen bestehen. Die Wahl des psychotherapeutischen Vorgehens wird somit vielleicht eher zur Frage, was aktuell der geeignetste Einstieg in die Therapie ist und welches Therapieelement auf welche weiteren Therapieschritte sinnvoll vorbereiten kann.

Literatur

Literatur zur dialektisch-behavioralen Psychotherapie nach Marsha Linehan

Bohus M, Svenson C, Sender E, Kern I, Berger M (1996) Die Anwendung der „Dialektisch-behavioralen Therapie“ für Borderline-Störungen im stationären Bereich. Psychotherapie in Psychiatrie/Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 1: 32–43

Gunderson JG (1990) Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom (DIB). Beltz, Weinheim

Linehan MM (1996) Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München

Literatur zur Paar- und Familientherapie

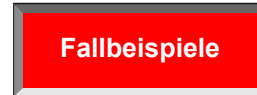
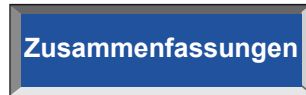
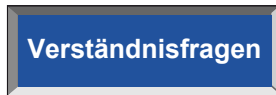
Alexander JF, Holtzworth-Munroe A, Jameson P (1994) The process and outcome of marital and family therapy: research review and evaluation. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 595–630

Cierpka M (1998) Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und ihre Familien. Z Persönlichkeitsstörungen 1: 22–31

Cierpka M, Reich G, Bauriedi T (1997) Die Doppelstunde. Eine neue Möglichkeit in den Psychotherapie-Richtlinien zur Durchführung von Paar- und Familientherapie. Psychotherapeut 42: 47–50

Conen M-L (1999) Aufsuchende Familientherapie eine ambulante Hilfe für Multiproblemfamilien. Sozialmagazin 4: 35–39

Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) Änderungen und Ergänzungen der Psychotherapie-Vereinbarungen. Dtsch Arztebl 94, Heft 8: B-396



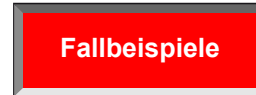
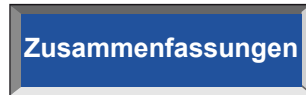
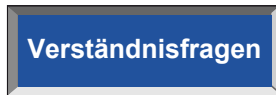
- Kottje-Birnbacher L (2000) Paarbeziehungen und Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart, S. 793–802
- McGoldrick M, Gerson R (2000) Genogramme in der Familienberatung. Huber, Bern
- Reich G, Massing A, Cierpka M (1996) Die Mehrgenerationenperspektive und das Genogramm. In: Cierpka M (Hrsg) Handbuch der Familiendiagnostik. Springer, Heidelberg Berlin New York, S. 223–258
- Riehl-Emde A (2002) Durchführung des ersten Familiengesprächs. In: Cierpka M (Hrsg) Handbuch der Familiendiagnostik, 2. Aufl. Springer, Heidelberg Berlin New York (im Druck)
- Ruiz-Santo A, Gunderson J (2000) Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Ein Literaturüberblick. In: Kernberg OF, Sachsse U, Dulz B (Hrsg) Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Schattauer, Stuttgart, S. 771–792
- Shadish W, Ragsdale K, Glaser RR, Montgomery LM (1995) The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from metaanalysis. Marital Family Ther 21: 345–359. (deutsch 1997) Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: eine metaanalytische Perspektive. Familiendynamik 22: 5–33

Literatur zur stationären Psychotherapie von Borderline-Patienten

- Dulz B, Schneider A (1995, 1996) Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Mit einem Geleitwort von Otto F. Kernberg. Schattauer, Stuttgart New York
- Dulz B, Schreyer D (1997) Probleme bei der Bearbeitung von Inzesterlebnissen von Borderline-Patienten. Psychiatr Prax 24: 265–269
- Dulz B, Schreyer D, Nadolny A (2000) Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart New York, S. 483–504
- Heigl-Evers A, Ott J (1994, 1998) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Kernberg OF (1978, 1990) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt a M
- Nadolny A, Dulz B, Schreyer D (2002) Zehn Jahre danach. Zehn Katamnesen von stationär behandelten Borderline-Patienten. PTT 6: im Druck
- Reddemann L, Sachsse U (1997) Traumazentrierte Psychotherapie. I: Stabilisierung. PTT 1: 113–147
- Rohde-Dachser C (1979, 1995) Das Borderline-Syndrom. Huber, Bern Stuttgart Toronto

Literatur zur Gesprächspsychotherapie

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1997) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, 8. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Eckert J (2000) Gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 537–554
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M (2000) Gesprächspsychotherapie nach Rogers – Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart New York, S. 595–611
- Fonagy P (1999) Psychodynamic theory from the viewpoint of attachment theory and research. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. Guilford, New York London
- Rogers CR (1939) The clinical treatment of the problem child. Houghton Mifflin, Boston
- Rogers CR (1941) Counseling and psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston. Dt. 1972: Die nichtdirektive Beratung. Kindler, München
- Rogers CR (1951) Client-centered therapy. Houghton Mifflin, Boston. Dt. 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer, Reihe Geist und Psyche, Frankfurt a M
- Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change. J Consul Psychol 21: 95–103
- Tausch R (1968) Gesprächspsychotherapie. 2. gänzlich neugestaltete Auflage. Hogrefe, Göttingen



Literatur zur Katathym-imaginativen Psychotherapie

- Eco U (1977) Zeichen, Einführung in einen Begriff und seine Geschichte. In: Benedetti G (Hrsg) Psychotherapie als existenzielle Herausforderung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1992)
- Jollet H, Krägeloh C, Krippner K (1997) Der schutzgebende Raum. In: Kottje L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, S. 212–222
- Klessmann E (1998) Heiliges Fasten, Heilloses Fressen. Huber, Bern
- Kottje-Birnbacher L (2001) Einführung in die Katathym-imaginative Psychotherapie. Imagination 4
- Leuner H (1994) Lehrbuch der katathym-imaginativen Psychotherapie. Huber, Bern
- Sachsse U, Reddemann L (1997) Katathym-imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter Patientinnen. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, S. 222–228
- Salvisberg H, Maxeiner V, Stiegler M (2000) Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Huber, Bern

Literatur zur stationären, traumazentrierten Psychotherapie

- Herman JL (1994) Die Narben der Gewalt. Kindler, München
- Hofmann A (1999) EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme, Stuttgart New York
- Overkamp B (2002) Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In: Sachsse U, Özkan I, Streeck-Fischer A (Hrsg) Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 13–27
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Reddemann L, Sachsse U (1997) Traumazentrierte Psychotherapie I: Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen PTT 1: 113–147
- Reddemann L, Sachsse U (1998) Traumazentrierte Psychotherapie II: Traumaexposition. Persönlichkeitsstörungen PTT 2: 72–108
- Sachsse U, Venzlaff U, Dulz B (1997) 100 Jahre Traumaätiologie. Persönlichkeitsstörungen PTT 1: 4–14
- Sachsse U, Schilling L, Tuman V (1998) Stationäre Psychotherapie von traumatisierten Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten auf einer Spezialstation. In: Weig W, Cording C (Hrsg) Der „schwierige Patient“ im psychiatrischen Krankenhaus. Roderer, Regensburg, S 53–69

aus: Sachsse, U. (2002). Einmal Psychotherapie bitte, „die für mich richtig ist“! Psychotherapeut, 47, 3, S. 135–151.