

tivere Möglichkeiten, das eigene Erleben zu verarbeiten, fühlen sich u. U. zunächst fremd an; sie wecken Angst und Zweifel. Wenn man all diese Merkmale der explorativen Therapie mit der Affektintensität der Übertragung von Borderline-Patienten in Verbindung bringt, wird klar, dass die Aufrechterhaltung des therapeutischen Bündnisses von Anfang an aktive deutende Interventionen voraussetzt.

### 8.1.2 Testen der Therapie und des Rahmens

Häufig, wenn auch nicht immer, testen Patienten gleich zu Beginn ihrer Therapie zuerst einmal den im Behandlungsvertrag vereinbarten Rahmen – ein Verhalten, in dem eine ganz typische Dynamik zum Ausdruck kommt. Auf einer bestimmten Ebene hängt es mit der Schwierigkeit von Borderline-Patienten zusammen, anderen Menschen zu trauen. Weil sie nicht glauben können, dass jemand anderer für sie da sein wird, haben sie oft das Gefühl, ihr Gegenüber kontrollieren zu müssen, indem sie die Regie übernehmen, um nicht verlassen und verletzt zu werden. Bei hochnarzisstischen oder antisozialen Patienten kann zusätzlich auch eine Lust an der Machtausübung ins Spiel kommen. Indem Patienten den Vertrag austesten, prüfen sie u. U. auch, inwieweit sie den Therapeuten kontrollieren können. Eine Variante dieses Musters präsentieren Patienten, die überzeugt sind, dass Beziehungen grundsätzlich auf der Kontrolle eines Beteiligten durch den anderen beruhen, und dieser Logik folgend annehmen: »Wenn ich ihn nicht kontrolliere, wird er mich kontrollieren.«

Auf einer weiteren Ebene kann das Austesten des Rahmens den tiefen, verborgenen Wunsch repräsentieren, dass sich der Therapeut als stark genug erweisen wird, um der Herausforderung die Stirn zu bieten – das heißt, dass er sich konsequent verhalten wird, weil ihm der Patient wichtig ist. In seiner extremsten Form ist dieser Wunsch ein Ausdruck des primitiven Verlangens, den phantasierten omnipotenten Anderen zu finden. Deshalb darf der Therapeut keinen Zweifel daran lassen, dass er zwar alles in seiner Macht Stehende tun wird, um die Behandlung zu schützen, dass er aber nicht allmächtig ist und nicht automatisch jede Gefährdung der Therapie, die durch das Verhalten des Patienten zustande kommt, abwenden kann.

Im Folgenden beschreiben wir am Beispiel Amys, einer Patientin mit niedrig strukturierter Borderline-Persönlichkeitsorganisation, die wir durch die verschiedenen Phasen ihrer Therapie begleiten werden (Kap. 8 bis 10), das Austesten des Behandlungsrahmens.

#### Fallbeispiel

##### Amy

Amy war 23 Jahre alt, als sie sich nach siebenjähriger Behandlung wegen Depressionen, Angst, selbstdestruktiven Verhaltens und Suizidalität in eine Übertragungsfokussierte Psychotherapie begab. Zu ihren vorangegangenen Diagnosen zählten u. a. die bipolare Störung, eine wiederkehrende Major Depression und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum Zeitpunkt der Überweisung war die BPS die Primärdiagnose. Frühere Behandlungen be-

standen aus supportiven Psychotherapien mit medikamentöser Begleitung (Antidepressiva, Mood Stabilizers, Anxiolytika und niedrig dosierte Neuroleptika) und wiederholten stationären Aufnahmen.

Amy war verheiratet und zu Beginn der Therapie arbeitslos. Sie mochte weder arbeiten noch Fortbildungskurse belegen, weil sie Angst davor hatte, von anderen kritisiert und abgelehnt zu werden. Ihre frühere Therapeutin hatte in ihr das Opfer gleichgültiger Eltern gesehen, die sich um ihr Kind nicht kümmerten, und ihr außerhalb der regulären Sitzungen zusätzliche Gespräche angeboten, um ihre Einsamkeits- und Leeregefühle zu lindern. Diese Strategie hatte Amy nicht geholfen und an ihren Symptomen nichts geändert. Nach einem weiteren Suizidversuch war sie erneut stationär eingewiesen und dann zur TFP bei Dr. Jones angemeldet worden. Zu diesem Zeitpunkt nahm sie ein Antidepressivum – einen SSRI –, ein Benzodiazepin- sowie zum Schlafen ein Diphenhydramin-Präparat, und zwar ausnahmslos in einer höheren als der empfohlenen Dosis. Im Laufe der ersten Therapiemonate wurden sämtliche Medikamente reduziert.

Im Gespräch über den Behandlungsvertrag willigt Amy trotz leisen Zögerns ein, in Situationen, in denen sich ihre Suizidimpulse unkontrollierbar anfühlen, eine Notfallambulanz aufzusuchen. Sollte ihr dort eine stationäre Aufnahme empfohlen werden, würde sie in die Klinik gehen. Dr. Jones war sich über ihre Ambivalenz im Klaren, hielt ihre Zustimmung aber insgesamt für zuverlässig genug, um mit der Therapie zu beginnen. Weil er das Suizidrisiko sehr hoch einschätzte, bat er Amys Ehemann, an einem der Gespräche teilzunehmen, um auch ihm die Bedingungen der Behandlung auseinanderzusetzen und sich über realistische Erwartungen zu verständigen.

Zwei Wochen nach Beginn der Therapie nahm Amy eine Überdosis Tabletten. Sie wurde von ihrem Mann ins örtliche Krankenhaus gebracht und auf einer internistischen Station beobachtet. Im Anschluss an die medizinische Abklärung am Folgetag empfahl der Psychiater, den das Krankenhaus hinzugezogen hatte, die Verlegung auf eine psychiatrische Station. Amy lehnte ab und verlangte, entlassen zu werden. Der Klinikpsychiater rief Dr. Jones an und teilte ihm mit, dass die Patientin gegen ärztlichen Rat entlassen würde. Dr. Jones erklärte sofort, dass er Amy unter diesen Bedingungen ambulant nicht weiter behandeln könne. Er wies darauf hin, dass Amy sich dazu verpflichtet habe, einer ärztlichen Empfehlung zur stationären Behandlung nachzukommen.

Der Klinikpsychiater informierte Amy über sein Gespräch mit Dr. Jones und erklärte ihr, dass es nun notwendig sei, eine andere Möglichkeit zur ambulanten Weiterbehandlung für sie zu finden. Daraufhin bekam Dr. Jones einen Anruf von Amys Ehemann, der ihm unprofessionelles Verhalten vorwarf und ihn beschuldigte, Amy in einer Situation, in der sie ihn dringend brauche, im Stich zu lassen. Dr. Jones erinnerte den Ehemann an die Vereinbarung im Behandlungsvertrag und fügte hinzu, das sein Verhalten den Behandlungsgrundsätzen entspreche, die in Amys bestem Interesse seien. Nun holte der Ehemann Amy, von deren Stationszimmer aus er telefonierte, an den Apparat.

Halb flehentlich, halb vorwurfsvoll brachte sie ihr Anliegen vor: »Verstehen Sie denn nicht, mir geht es wieder besser. Ich bin über den Berg. Sie haben keine Ahnung, wie es auf einer psychiatrischen Station zugeht. Es ist furchtbar! Das macht mich auf jeden Fall suizidal ... Ich wusste, dass Sie mir das antun würden. Sie genießen es, Ihre Patienten zu quälen. In dem Moment, als ich dachte, ich könnte Ihnen vielleicht vertrauen, werfen Sie mich den Wölfen vor!«

Das Gespräch machte Dr. Jones Angst. Er war zwar überzeugt, sich therapeutisch korrekt zu verhalten, doch ihn beschlich der Verdacht, dass es womöglich übertrieben streng, unvernünftig, ja sogar sadistisch sei, sich Amys Bitte zu verschließen, sie entgegen der Emp-

fehlung des Psychiaters ohne vorübergehenden stationären Aufenthalt wieder in Behandlung zu nehmen. Eine rasche, gründliche Überprüfung seiner Gegenübertragung machte ihm jedoch bewusst, dass er Amy keineswegs die Behandlung verweigerte, sondern dass er ihr ebenjene Behandlung anbot, die sie vertraglich vereinbart hatten. Er erkannte, dass die Patientin das Gefühl in ihm hervorgerufen hatte, streng und ablehnend zu sein, und vermutete, dass es einer Objektrepräsentation der Patientin entsprach, die es später in der Therapie zu erforschen und zu deuten galt. Vorerst aber widmete er sich der Aufrechterhaltung des Rahmens.

Dr. Jones wiederholte noch einmal seinen Standpunkt, und Amy fuhr mit Appellen und Vorwürfen fort. Es war klar, dass die Diskussion zu nichts führte, und deshalb erklärte Dr. Jones, dass sie beide ihre Position klar dargelegt hätten und Amy nun zu entscheiden habe, was sie tun wolle. Innerlich hatte er die Möglichkeit akzeptiert, dass sie sich zum Abbruch der Therapie entschließen würde. Einige Stunden später erhielt er die Nachricht, dass sie in die Verlegung auf die psychiatrische Station eingewilligt hatte und dass sie ihre Therapie bei ihm nach der Entlassung fortsetzen wolle.

Dies war nicht Amys letzte Infragestellung des Behandlungsrahmens, aber die Situation hatte auch ihr gezeigt, dass der Therapeut entschlossen und imstande war, den Rahmen zu schützen. Im Anschluss an solche Vorgänge ist es immer wichtig, ihre Bedeutung zu untersuchen und daraus zu lernen. In diesem Fall untersuchten Dr. Jones und Amy gemeinsam ihr starkes Bedürfnis, »ihren Willen durchzusetzen«. Im Laufe der Zeit verstanden sie, dass es auf einer bestimmten Ebene mit der Angst zusammenhangt, vom Anderen verletzt zu werden, wenn sie ihn nicht kontrollierte; auf einer anderen Ebene spielte der Wunsch eine Rolle, jemanden zu finden, der stark und engagiert genug war, um ihren ungesunden Forderungen nicht nachzugeben und ihr auf diese Weise zu schaden.

Dieses Beispiel illustriert eine der zahlreichen Möglichkeiten, den gerade erst vereinbarten Behandlungsrahmen zu testen. Andere Patienten verlegen sich darauf, Sitzungen zu versäumen oder entgegen der gemeinsamen Vereinbarungen weder einer Arbeit noch einer Ausbildung nachzugehen oder an 12-Schritte-Programmen teilzunehmen.

### 8.1.3 Das Versäumen von Sitzungen in der frühen Therapiephase

Manche Patienten willigen in den Behandlungsvertrag ein, lassen aber dann immer wieder Sitzungen ausfallen. Dieses Verhalten nötigt den Therapeuten, aktiv zu werden. TFP-Therapeuten rufen ihre Patienten in solchen Fällen an, erkundigen sich nach dem Grund ihres Nichterscheinens und erinnern sie daran, dass die Therapie nur dann eine Aussicht auf Erfolg hat, wenn sie regelmäßig stattfindet. Reagiert die Patientin widerstrebend oder ambivalent, stellt der Therapeut klar, dass sie selbst entscheidet; er weist aber auch darauf hin, dass sehr oft gerade die Sitzungen, die sie größte Überwindung kosten, die produktivsten sind – d. h., er bringt ein psychoedukatives Element ein und unterstützt die Affektäußerung der Patientin.