

Fallbeispiel einer Borderline-Patientin mit psychotischem Erleben

Karin Matuszak-Luss

Anhand eines Fallbeispiels wird versucht, psychotisches Erleben bei Borderline-Patientinnen/-Patienten aufzuzeigen, das nicht durch Drogenmissbrauch hervorgerufen wird und über das Ausmaß der kurzen reaktiven Psychosen im Sinne einer Übertragungspsychose hinausgeht. Ein allgemein klinisch-diagnostischer/differentialdiagnostischer Diskurs leitet zur Betrachtung des psychotischen Erlebens vonseiten der existenzanalytischen Strukturtheorie über. In der Folge wird das spezielle psychotherapeutische Vorgehen aus existenzanalytischer Sicht dar-

Der Erstkontakt

Der Erstkontakt zwischen Frau E. und mir erfolgte telefonisch. Nachdem geklärt war, dass ich prinzipiell einen Therapieplatz zur Verfügung stellen könne, sagte Frau E., dass sie unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leide und gelegentlich psychotische Erlebnisse habe. Diese hätte sie gut im Griff, ich bräuchte deswegen nicht beunruhigt zu sein. Differentialdiagnostisch sei sie abgeklärt, über die Behandlung in der Psychiatrie sei sie sehr unglücklich. „Aber vielleicht erwarte ich auch zu viel“, meinte sie. Die von der Klinik empfohlene Medikation habe sie wegen Nebenwirkungen wieder abgesetzt. Frau E. erwähnte, dass sie sehr viel über Borderline gelesen habe. Außerdem betonte Frau E. mehrmals am Telefon, dass sie bald einen Termin bräuchte, da es ihr nicht gut ginge. Wir vereinbarten in der kommenden Woche einen Erstgesprächstermin.

Beschreibung der Patientin

Frau E. ist eine kleine, vollschlanke Frau mit schwarzem halblangem Haar, das sie gelegentlich offen trägt, meistens jedoch zu einem losen Zopf zusammenbindet. Sie trägt dezente, jedoch modisch akzentuierte Kleidung in gedämpften erdigen Farben. Ihr Teint ist blass, sie errötet schnell, wenn ihr etwas unangenehm ist bzw. ihr etwas oder jemand zu nahe tritt. In sehr gestressten Zeiten sind das Gesicht und der Hals rötlich marmoriert.

Die Patientin spricht in einem hastigen Duktus. Die Sprachmelodie moduliert dem Inhalt angepasst. Spricht Frau E. über ihr unangenehme Dinge, wird sie

immer leiser, meistens versucht sie durch ein mädchenhaftes Lächeln die empfundene Scham, Peinlichkeit und/oder Traurigkeit zu verbergen. Beim Nachfragen meinerseits kommt oft ein dahingehauchtes, manchmal ein etwas kokettes: „Ich weiß nicht“. Frau E. begrüßt mit einem festen Handschlag, löst die Hand jedoch in Blitzeile und geht mit einem schnellen Schritt und eingezogenem Kopf in das Therapiezimmer. Sie setzt sich hektisch nieder und wirkt ständig wie am Sprung, selten lehnt sie sich in den Sessel zurück. Die Hände hält sie zumeist ineinander verschränkt am Schoß, oder sie „spielt“ mit einem Schal, der sie vor Auflösung und Zersetzung schützen soll, wie ich im Verlauf der Therapie erfahre.

Frau E. ist Graphikerin und akademische Malerin und arbeitet in einer Werbeagentur. Fachlich bedeutet diese Tätigkeit keinerlei Probleme, die Patientin schätzt sich für diese Tätigkeit überqualifiziert ein. Der Kontakt mit Kollegen und Kolleginnen ist für Frau E. nervenaufreibend und äußerst belastend, da sie sich ständig in der Verteidigungsposition erlebt und mögliche und tatsächliche Angriffe abzuwehren versucht.

Die Patientin lebt alleine in einer kleinen Mietwohnung. Ursprünglich stammt sie aus Kärnten. Sie hat eine ältere Schwester, die ebenfalls ledig ist und alleine in der Heimatstadt wohnt. Diese Schwester kämpft mit einem Drogenproblem. Jeder in der Familie weiß davon, aber es wird nicht darüber gesprochen. Der ältere Bruder der Patientin ist verheiratet und hat sich seit seiner Pubertät zunehmend von seiner Kernfamilie entfernt.

Zu ihm hält Frau E. einen losen Kontakt.

Die Mutter von Frau E. ließ sich von ihrem Mann, dem Vater der Patientin, scheiden, als diese acht Jahre alt war. Es gab zwar regelmäßigen Kontakt zum Vater an den Wochenenden, jedoch erlebte die Patientin ab dem Zeitpunkt der Scheidung die Beziehung zu ihrem Vater als beendet und nicht erwünscht. Für die Mutter und die beiden Geschwister war der Vater nur mehr der Böse, und somit durfte nichts Positives mehr über ihn gesagt werden.

Frau E. beschreibt ihre Mutter als sozial völlig isoliert und zurückgezogen sowie ausgesprochen ängstlich und depressiv. Sie nehme immer wieder Psychopharmaka, die ihren Zustand auch nicht wesentlich verbesserten. Am liebsten sei die Mutter mit ihren Hunden alleine zu Hause. Sie ist laut Angaben ihrer Tochter eine leistungsorientierte Frau, die immer das Optimum von ihren Töchtern in Bezug auf schulische und berufliche Leistung verlangt hätte.

Sie hätte die Kinder immer gegeneinander ausgespielt. Z.B. „Die Susanne hat viel besser abgewaschen als du!“ Das soeben erzielte „Sehr-gut“ der Patientin auf die Lateinschularbeit war selbstverständlich und wurde nicht erwähnt. Susanne aber wurde gesagt: „Elisabeth ist viel tüchtiger als du, sie hat einen Einser auf die Lateinschularbeit bekommen, du nur einen Dreier.“

Die psychotische Symptomatik

Da sich die Fragestellung dieses Artikels speziell auf die psychotische Symptomatik bei Borderline-Patienten/innen bezieht, verzichte ich auf die Beschreibung der Settingvereinbarungen im Rahmen eines Borderline-Behandlungskonzeptes als psychotherapeutischen Interventionsschritt und verweise auf die einschlägige Literatur (Kernberg 1998; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001). Ebenso sehe ich von einer genauen Schilderung der einzelnen Therapiephasen so-

wie der darin behandelten Inhalte ab und beschränke mich auf die Beschreibung der therapeutischen Interventionen in Bezug auf die psychotischen Symptome.

Die Schilderung des psychotischen Erlebens war u.a. ein erklärtes Therapieziel von Frau E., da sie viele Details ihres Erlebens noch nie jemandem erzählt hatte und alleine, trotz ihres psychopathologischen Wissens, nicht damit fertig wurde. Nach vier Monaten kontinuierlicher Therapie mit einer einwöchigen Sitzungsfrequenz war die Vertrauensbasis zwischen Frau E. und mir soweit angewachsen, dass sie von sich aus versuchen wollte, die „sie quälenden und ihr Leben verändernden Symptome“ in Worte zu fassen.

Frau E. meinte, dass sie schon immer Probleme gehabt habe, diese seien aber erst mit ihrer beruflichen Krise während ihrer ersten Anstellung als Werbegraphikerin voll zum Ausbruch gekommen. Sie habe schon als Kind das Gefühl gehabt, anders als die anderen zu sein und keinen Boden unter den Füßen zu haben. Als jüngstes von drei Kindern erlebte sich Frau E. als Mitläuferin, als eine, die halt auch da war, der aber kein besonderes Augenmerk geschenkt wurde: „Ich wurde mit allem versorgt, was ich zum Leben brauchte, aber mehr war nicht drinnen, für mehr hatte die Mutter keine Zeit und auch keine Kraft (Partnerprobleme, drei Kinder, Haushalt, eigene psychische Probleme)“. Frau E. war kein geplantes Kind, die Ehe der Eltern war zum Zeitpunkt ihrer Geburt bereits sehr schwierig. Die Patientin beschreibt ein grundlegendes Gefühl von „ich störe, muss Rücksicht nehmen, darf eigentlich gar nicht da sein“. Es mündet für sie in ein Erleben von „wie ich hätte etwas angestellt, wie ich hätte meine Eltern umgebracht“. (Als drittes Kind hätte sie die Position der Mutter zementiert, die finanzielle Situation sei durch ihr Auf-die-Welt-Kommen noch angespannter geworden und die Kluft zwischen den Eltern noch größer.) Als Kind hatte sie öfters den Eindruck, nicht mehr zu denken und nicht mehr zu spüren. Dieses Erleben brachte Frau E. im Verlauf der Therapie mit dem Abstellen jeglicher Gefühle ihrerseits seit dem Verlassen der Familie durch den Vater in Verbindung.

Die eigentliche Krise begann mit ihrer ersten Anstellung als Werbegraphikerin. Die Tätigkeit in dieser Werbeagentur nahm sie nur an, weil sie sich im Vorstellungsgespräch in ihren zukünftigen Chef verliebt hatte. In Mittags- oder Kaffeepausen besprach ihr Chef immer wieder in der Gegenwart anderer Kollegen, oder auch mit ihr alleine, seine privaten Beziehungsprobleme. Das spornte die Patientin zu noch mehr Leistung und Einsatz für die Agentur an, in der Hoffnung, dass ihr Chef über ihren Arbeitsinsatz merken werde, was für ein wertvoller Mensch und was für eine wunderbare Frau sie sei. Überstunden erschöpften nicht, – ganz im Gegenteil – beschwingten sie, da sie merkte, wie sehr sie gebraucht wurde. In der wenigen Freizeit besuchte sie noch Sprachkurse, um auf anderen Gebieten ebenfalls intellektuell fit zu bleiben. Das für sie so wichtige Malen kam in dieser Zeit aus Zeitmangel zu kurz. Als es um die alleinverantwortliche Übernahme von einem größeren Projekt durch einen in der Agentur tätigen Werbegraphiker ging, wurde Frau E. nicht mit dieser Aufgabe betraut. Klärungsversuche vonseiten der Patientin wurden von ihrem Vorgesetzten immer abgetan mit dem Hinweis, dass doch alles in bester Ordnung sei. Durch noch mehr Arbeitseinsatz versuchte Frau E. ihren Vorgesetzten davon zu überzeugen, dass sie die geeignetere Person für dieses Projekt sei und er seine Entscheidung revidieren solle. Sie konnte die Bevorzugung eines jüngeren Kollegen nicht fassen. Sie spürte sich immer weniger, immer wieder erfasste sie eine unbändige Wut auf ihren Chef, die von der Angst begleitet war, sich oder ihrem Chef etwas anzutun. Gelegentlich hörte sie Stimmen, die sie beschimpften und verlachten. Langsam entwickelte sich das Gefühl, dass sie sich in Teile auflöse und es sie gar nicht mehr gebe. Bei einem weiteren Versuch, die unerträgliche Situation in der Agentur mit ihrem Chef zu klären, antwortete dieser: „Reagieren Sie nicht so über, vielleicht kann Ihnen die Agentur doch nicht den notwendigen Hintergrund geben. Sie bekommen die Aufträge, die ich für Sie als geeignet erachte. Sie können sich aber gerne anderweitig umsehen.“ Dieser letzte Satz erschütterte die Patientin dermaßen, dass sie nach Fassung

ringend noch einigermaßen geordnet die Agentur verlassen konnte. Am Nachhauseweg fiel sie nieder und wusste plötzlich nicht mehr, wo sie war. Sie konnte nur mehr weinen. Ob in dieser Zeit auch das Erleben begann, dass eine böse Macht sie von innen heraus auflöse, konnten wir bis dato nicht klären. Im Erleben der Patientin ist dies das schlimmste Gefühl von allen geschilderten Symptomen.

Als das Großprojekt offiziell dem jüngeren Kollegen überantwortet wurde, erlebte die Patientin einen völligen Zusammenbruch, der an der Oberfläche von zahlreichen Körperbeschwerden (Gastritis, Kopfschmerzen, Verspannungen, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen) charakterisiert war. In ihrem Inneren verstärkten sich die obig beschriebenen psychischen Symptome. Ihr Hausarzt verordnete ihr einen Krankenstand. Der somatische Genesungsprozess dauerte einige Wochen. Aus dem Krankenstand zurück, beendete Frau E. alle begonnenen Arbeiten in der Agentur. Danach erschien Frau E. die Kündigung als die einzige Möglichkeit, ihr Gesicht zu wahren.

Nach dem Ausscheiden aus der Werbeagentur und dem Verlust der stützenden Arbeitsstrukturen intensivierten sich die beschriebenen psychischen Symptome mehr und mehr. Dadurch war Frau E. über eineinhalb Jahre unfähig, sich um einen Job umzusehen. Die einzigen wirklichen Bezugspersonen waren eine Freundin aus der Studienzeit und der behandelnde Hausarzt, dem die Patientin aber nur die verschiedenen körperlichen Begleitsymptome erzählte. Die Familie in Kärnten, die sie immer wieder besuchte, wusste zwar, dass sie ohne Job war, aber nichts von ihrer psychischen Krise. Zu Beginn meinte die Mutter, dass sie sich mal ausruhen solle, nach einigen Monaten aber vertrat sie den Standpunkt, dass die Sache in der Agentur bestimmt nicht so schlimm gewesen sei und sie sich das alles nur eingeredet habe.

Auf Initiative der Freundin bewarb sich Frau E. nach der langen Arbeitslosigkeit bei der Werbeagentur, bei der sie nach wie vor tätig ist.

Erst lange nach der Symptombeschreibung und Kontextschilderung war es Frau E. in der Therapie möglich, ihr selbstaggressives (autoaggressives)

Verhalten zu beschreiben: Sie setzt sich dann massive Kratzwunden bzw. fügt sich oberflächliche Ritzwunden zu, schlägt mit den Fäusten auf sich ein – sehr oft verbunden mit dem Zwangsgedanken, sich ein Messer in den Körper zu rammen.

Die beschriebene Symptomatik erlebte die Patientin seit der sich zuspitzenden Situation in der Werbeagentur in unterschiedlicher Intensität, abgeklungen ist sie jedoch nie. Es gab immer wieder monatelange Phasen, in denen sie nicht von Stimmen geplagt war und sie ihren Körper als zusammengehörig und kompakt erlebte. Bei äußeren Belastungen verschlechterte sich das Befinden der Patientin jedoch wieder. In der gesamten Zeitspanne ging Frau E. nie in Krankenhaus. Sie versuchte, bei einer Intensivierung ihrer Symptome, das Hauptgewicht ihrer Tätigkeit außerhalb der normalen Dienstzeit zu verlegen, so dass sie dann alleine in der Agentur war und durch soziale Kontakte nicht zusätzlich irritiert wurde.

Klinische Diagnose und Differentialdiagnose (DD)

In der Konzeptualisierung des Borderline-Begriffs läuft eine duale Entwicklung zwischen einer symptomatologisch-deskriptiven Herangehensweise, die ihren Ursprung in der klinischen Psychiatrie hat, und einer psychodynamisch-psychostrukturellen Herangehensweise, die von neoanalytischen Ansätzen geprägt ist.

Im deutschsprachigen Raum wurden die Grenzfälle zwischen klassischen Neurosen und den Psychosen zunächst als „Impulsneurosen“ (Reich 1925), „Als-ob-Persönlichkeiten“ (Deutsch 1934) und als „schizoide Neurosestrukturen“ (Schultz-Hencke 1940) beschrieben. Seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts gewannen psychoanalytische Konzepte an Bedeutung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten/innen. Dabei stellte die Theorie der Objektbeziehungen einen entscheidenden Schritt im Verständnis der Borderline-Störung dar. Im ICD-10 finden wir die Borderline-Störung (ähnlich dem Konzept von DSM-IV) aufgeteilt auf die dissoziale (F60.2) und emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3), jedoch ohne das Konzept

der „kurzen psychotischen Episoden“. Die schizotypische Persönlichkeit wird im ICD-10 in der Kategorie der „Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen“ unter dem Begriff der schizotypen Störung (F21) verankert. Diese beinhaltet (im Unterschied zur emotional-instabilen Persönlichkeit) das Kriterium der gelegentlichen vorübergehenden quasi-psychotischen Episoden.

Kliniker und Forscher haben ihre Schwierigkeiten in Bezug auf die Einordnung der psychotischen Symptome bei Borderline-Patienten/innen; dies ist nach wie vor ein Feld, das einer Terra incognita gleicht, auch wenn psychotische Symptome im DSM-IV unter Punkt 9 in den Diagnosekriterien aufgeführt sind.

DSM-IV

Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung lauten (vgl. DSM-IV 1996):

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- 1) Verzweifelter Versuch, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. *(Trifft bei der Patientin zu.)*
- 2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. *(Trifft bei der Patientin zu: „Wenn keine Partnerschaft gemeint ist.“)*
- 3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung. *(Trifft bei der Patientin zu: „Ich versuche immer herauszufinden, wie andere über mich denken und wie ich in deren Augen zu sein habe. Manchmal spüre ich mich gar nicht. Ich bin da und unecht.“)*
- 4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanz-

missbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).

(Trifft bei der Patientin phasenweise zu: Geldausgeben mit Überziehen des Kontos; Fressanfälle; bei Krisenbeginn unkontrollierter Alkoholkonsum.)

- 5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(Trifft bei der Patientin zu: Kratz- und Ritzwunden; schlägt mit Fäusten auf sich ein.)

- 6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

(Trifft zu bei der Patientin zu: hohe Reizbarkeit; starke Gefühlsschwankungen innerhalb eines Tages.)

- 7) Chronisches Gefühl von Leere. *(Trifft bei der Patientin zu: seit Kindheit chronisches Gefühl der Leere.)*

- 8) unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

(Trifft bei der Patientin zu: verspürt unbändige Wut sich und anderen gegenüber; Aggressionsfantasien; Angst, Kontrolle über sich zu verlieren.)

- 9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (erhaltene Realitätstestung ist für Kernberg entscheidend in der DD zur Schizophrenie).

(Trifft bei der Patientin zu: externe Belastungsfaktoren, paranoide Gedanken; Entfremdungserlebnisse; sensitive Erleben.)

Von großer Bedeutung ist der Überlappungsbereich von Borderline- und schizotypischer Persönlichkeit in der DSM-Klassifikation. In komorbiden Stichproben findet sich eine höhere Prävalenz für psychotische Symptome.

Ebenso: Nach Kernberg

Bei einer **vertieften psychodynamischen Differentialdiagnose** auf dem

Hintergrund von psychoanalytischen Überlegungen ist Frau E. sicherlich einer schizoiden Persönlichkeit im Grenzbereich der psychotischen und der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg zuzuordnen, die folgendermaßen beschrieben ist (vgl. Ermann 1999; Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001):

- **Kontaktstörungen:** Speziell die Beeinträchtigung der Fähigkeit, eine Beziehung zu anderen zu suchen und als angenehm zu empfinden.
- **Rückzug:** Als Folge der Kontaktstörung entsteht die Tendenz, soziale Kontakte zu vermeiden. Daraus entwickeln sich Erfahrungsdefizite im zwischenmenschlichen Umgang und eine Unvertrautheit und Fremdheit gegenüber der Umwelt. Kompensatorisch bestehen indirekte Formen des Interesses an anderen: Beschäftigung mit Philosophie, ästhetische Interessen, rationale und theoretische Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Prozessen.

Sekundär entstehen depressive Verstimmungen, Verzweiflung und, im Extremfall, Suizidalität.

Unter speziellen Belastungen entwickeln sich klinische Symptome wie

- **Entfremdungserlebnisse** (Depersonalisation [sich fremd und neben sich stehend], Derealisation [Entfremdung der Umwelt gegenüber, diese erscheint kalt und farblos]),
- **Panikzustände** (meist Panikattacken bei Kontaktangeboten),
- **Verfolgungsängste und sensitive Beziehungsideen** (befürchten ein Unheil; Angst verrückt zu werden; sich beobachtet und beeinflusst fühlen), wobei der Realitätsbezug jedoch herstellbar ist, wenngleich auch unter dem Eindruck der Ängste eingeschränkt.

Ebenso: Existenzanalyse

Der existenzanalytischen Strukturtheorie zufolge liegt hier eine **primäre Verletzung im Bereich der ersten personalen Grundmotivation** (Längle 1997) vor, im Sinne eines Nicht-angenommen-Seins, eines Unbeheimatet-Seins.

Frau E. sieht sich im Rückblick von ihrer Mutter versorgt mit allem Notwendigen zum Überleben, aber, vom Beginn ihres Seins an, als von der Mutter „ambi-

valent begegnet“ und dadurch noch nicht wirklich angekommen/-genommen in/von dieser Welt (die Patientin erlebt sich als Mitläufer, aber nicht als Person angenommen). Aus dieser Halt- und Schutzlosigkeit und Raumlosigkeit für das Selbst heraus (Erlebensweisen, die alle auch in der psychotischen Symptomatik symbolhaft Ausdruck finden: „Als ab ich meine Eltern umgebracht hätte“; „Darf eigentlich gar nicht da sein, störe nur“; Auflösungserlebnisse) entwickelt Frau E. im Sinne von kognitiven Coping-Reaktionen eine Überbetonung ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit (über weite Strecken in ihrem Leben der einzige Bereich, wo sie gesehen und auch beantwortet wird; auf der Beziehungsebene und Ebene des Selbst kann kein Halt entwickelt werden). Ängste vor Ablehnung dominieren ihre sozialen Kontakte und engen diese immer mehr ein. Das Grundvertrauen ist defizitär und führt zu entsprechenden Ängsten, Unsicherheiten und Verslossenheit.

Durch diese Verletzungen in der ersten personalen Grundmotivation, durch die mangelnde Beziehungsfähigkeit der Mutter und das Verlassenwerden durch den Vater kommt die Patientin primär wenig in Beziehung mit dieser Welt, erlebt sich abgelehnt und verstoßen und wendet sich zunehmend selber von sich und der Welt ab und versucht Halt, Bezug und Wärme in Büchern und/oder ihrer Fantasiewelt zu finden.

Die Blockade in der **zweiten personalen Grundmotivation** drückt sich bei Frau E. in einer Beziehungslosigkeit zu sich und ihrer Umgebung aus, unter der sie enorm leidet (zunehmende Isolierung im jetzigen Leben; wenig Erfahrung in Sozialkontakten aufgrund des Rückzugs der Mutter, daher wenig „social skills“. permanente Entwertung ihrer Person, empfindet sich als hässlich, erreicht kaum jemals für sie zufriedenstellende Leistungsergebnisse; Beziehungslosigkeit zu ihrem Körper – vernachlässigt zeitweise ihre Körperpflege, was die Entwertung ihrer Person durch sie/sich selbst wiederum verstärkt).

Als die Person gesehen zu werden, die sie ist, ist ein weiteres zentrales Thema von Frau E., das der **dritten personalen Grundmotivation** zuzuordnen ist. Primär von der Mutter, aber letztendlich auch

vom Vater übersehen und verkannt, konnte sie sich in dieser Welt nicht positionieren, ihr Sosein nicht zum Ausdruck bringen. Die Patientin erlebte sich in ihrem Werdegang völlig von der Mutter dominiert; Eigeninteressen wurden den Ansprüchen und Forderungen der Mutter geopfert in der kindlichen Hoffnung, dadurch angenommen zu werden. Die Lösung von dieser Hoffnung, die Suche nach dem eigenen Weg in dieser Welt ist ein schmerzlicher, aber auch befreiender und heilender Prozess für Frau E. (Die Patientin bekam kein besonderes Augenmerk in ihrer Familie, war halt auch da, lief so mit. Wiederholung dieser Konstellation u.a. bei ihrer ersten Anstellung in der Werbeagentur. Angst vor Verlust der Selbstbestimmung – daher auch große Bedenken Psychopharmaka gegenüber; kurzzeitiges Erleben von Fremdbestimmung – „Wie was Böses ist in mir“. Kann selten fremdaggressive Empfindungen als Teil von sich zulassen – als Selbstaggression bzw. nur als Zwangsgedanken möglich; das Spüren abgestellt – zu schmerzhaft bzw. zu bedrohlich – positive Empfindungen dem Vater gegenüber unzulässig, Ausstoß aus dem verbleibenden Familienverband befürchtet.)

Themen der **vierten personalen Grundmotivation** sind bei Frau E. ebenfalls aufzufinden - allen voran ein permanentes Leeregefühl, sowie die sich ständig aufwerfende Frage: „Wozu das alles?“. Da die Sinnfrage als Zukunftsorientierung nicht primär mit dem Thema dieses Artikels zu tun hat, will ich ihn der Vollständigkeit halber erwähnen, ohne näher darauf einzugehen.

Psychotherapeutisches Vorgehen

Die hier beschriebenen Symptome hat Frau E. in drei hintereinanderfolgenden Therapiestunden geschildert. Für diesen Therapieabschnitt erachtete ich als wesentlich, den Schilderungen der Patientin empathisch und möglichst wertfrei zu folgen, sich aber nicht darin zu verlieren und nicht einem inneren (ich bin die erste Person, der sie diese Symptome erzählt; grauenvolles Erleben, das sofortige Entlastung braucht) und äußeren (der Patientin geht es nicht gut, schafft Alltag kaum) Interventionsdruck nachzugeben. Es war wichtig, die Patientin erzählen zu lassen und immer wieder darauf zu achten, dass

sie sich in den Schilderungen nicht zu sehr verausgabe und zu sehr öffne. Hier war es wichtig nachzufragen, ob es von ihrer Seite noch gehe, ob sie erschöpft sei und ob es jetzt auch noch eine Zeit brauche, dass sie sich sammeln könne, bevor die Stunde aus sei. Einmal blieb Frau E. noch eine viertel bis halbe Stunde nach der Therapiestunde im Wartezimmer, das sie für sich alleine hatte, um durch Lesen eines Artikels wieder zur Ruhe zu kommen. Ein anderes Mal meinte sie, dass sie jetzt schnelle Bewegung brauche, bevor sie sich den öffentlichen Verkehrsmitteln aussetze. Deshalb ging sie in dem bei der Ordination gelegenen Park spazieren.

Nachdem wir in drei Sitzungen die Symptomatik grob erfasst hatten, versuchte ich die intellektuellen Ressourcen der Patientin zu nutzen und durch Einsetzen ihres psychopathologischen Wissens ihre Symptome zuordenbar zu machen. Wir besprachen die Symptome auf dem Hintergrund von DSM-IV und der von der Patientin gelesenen Literatur von Kernberg. Existenzanalytische Überlegungen zu den Störungen im Bereich der Grundmotivationen stellte ich dazu, sodass die emotionale Seite auf einer reflexiven Ebene angesprochen war, aber noch nicht vertieft wurde. Das Erleben einer Haltlosigkeit, das daraus resultierende Unheimatetsein in dieser Welt, sowie die Frage nach dem Selbstwert im Sinne der dritten Personalen Grundmotivation, bewegten die Patientin: „Ja, genauso könnte man mein Erleben in anderen Worten zusammenfassen.“

Nachdem die Rahmenbedingungen für die Therapie festgelegt und etabliert waren, die Therapieziele vereinbart waren, eine vertrauensvolle und beziehungs-fördernde Atmosphäre zwischen Frau E. und mir geschaffen war, die eine Symptombeschreibung durch die Patientin zuließ, und die Symptombeschreibungsphase abgeschlossen war, erarbeiteten Frau E. und ich in einem nächsten Interventionsschritt Coping-Strategien in Bezug auf die psychotische Symptomatik mit Hilfe der Fragestellung: „Was kann zur Erleichterung in solchen Situationen beitragen?“ Hier galt es, auf bereits vorhandene Erfahrungen der Patientin zurückzugreifen bzw. neue Möglichkeiten aufzufinden. Körperbezogene Übungen

wie Abklopfen der Körpergrenzen oder Abstreichen derselben bei Auflösungserlebnissen oder das Überziehen einer Jacke oder eines Schals (zweite bewahrende Schicht), Überlegungen von Rückzugsmöglichkeiten in der Arbeit, wenn es zu paranoidem Erleben bezogen auf Kollegen kam (mit einer räumlichen Distanz zu ihnen schaffte sie auch eine gedankliche Distanzierung bis zu einem gewissen Grad, sodass sie in der Situation wieder Spielraum gewinnen konnte; kurze Unterbrechung eines Gesprächs unter dem Vorwand, dass ein wichtiger Anruf zu tätigen sei; WC-Pause...), wurden besprochen. Bei paranoiden Gedanken bzw. Zwangsgedanken im Anfangsstadium konnte sich die Patientin mit Ablenken durch Musikhören oder punktuelle intensive Beschäftigung mit einer Thematik helfen (die Patientin konnte bis dato mit ihrem Bemühen über ihre intellektuellen Aktivitäten ihre Defizite auf der Vertrauens- und Beziehungsebene nicht auffüllen).

Nachdem die erarbeiteten Coping-Strategien in der praktischen Anwendung gut etabliert waren, ging es darum, auslösende Stimuli, die mit psychotischem Erleben in Zusammenhang gebracht werden konnten, zu lokalisieren und in der Folge auch hier gemeinsam Coping-Strategien zu finden. In diesem Zusammenhang wichtige Punkte waren:

- ein Zuviel an Sozialkontakten in der Argentur;
- Erleben des Ausgeschlossenseins in Gruppen (Erstkontakte gehen in der Regel gut; bei vertieften und längeren Gruppentreffen wird ihr alles zu viel, die Symptomatik nimmt zu, sie muss sich zurückziehen, gerät an den Rand der Gruppe);
- übersehen, übergangen werden (subjektiv gesehen);
- nach arbeitsintensiver Woche, keine Pläne für das Wochenende (Leere);
- wenn von ihr geleistete Arbeit nicht ihrem Leistungsstandard entspricht oder wenn von einer außen stehenden Person daran Kritik geübt wird;
- Angst vor Banalität im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte (möchte sich am liebsten nur mit Höheren beschäftigen (Philosophie ...). Alltag und simple Familiengeschichte/-problematik abstoßend (das kann doch nicht al-

les sein; „in mir steckt was Böses“). Zerfallserlebnisse beim Lesen von einschlägiger, psycho-dynamisch orientierter Lektüre);

- Ärger, den sie hinunter schluckt.

Punkt für Punkt stellten wir Überlegungen an, wie Frau E. in diesen Situationen mehr Gestaltungsspielraum für sich gewinnen konnte und die Bedrohlichkeit der jeweiligen Begebenheiten vermindert werden konnte. So legten wir z. B. einen Zeitraum vermehrt unser Augenmerk darauf, dass die Wochenenden der Patientin nicht über-, aber auch nicht unterstrukturiert waren. Weiters versuchten wir in den Therapiestunden Situationen zu rekonstruieren, wo Frau E. Ärger verspürt hatte, diesen genauer zu erfassen und dann Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Mit der Zeit gelang es der Patientin zunehmend ihren Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen, wenn sie Gefahr lief, übersehen oder übergangen zu werden. Der verspürte Ärger minimierte sich.

Nachdem die Bewältigungsstrategien von Frau E. in Bezug auf die psychotische Symptomatik gut etabliert war, sowohl in der Unmittelbarkeit des Erlebens, als auch bezogen auf Auslösefaktoren, konnten wir uns Schritt um Schritt an den Bedeutungsgehalt und die biografische Spur dieser Symptome wagen.

Dies war ein langwieriger Prozess, der immer wieder von Kriseninterventionen und anderen Themen, die aus ihrer Aktualität und Dringlichkeit heraus bearbeitet werden mussten, unterbrochen war. Auf diesem Weg des Verstehen-Wollens fanden wir folgende Zusammenhänge und zentrale Themen auf:

Angst (Fremdheitsgefühle; Leere; psychotisches Erleben [Angst, ein Monster zu sein, zu zerfallen, zerrissen zu werden]) – *die biografische Zuordnung*: nicht angenommen sein, Patientin ist ein nicht geplantes Kind, „War halt auch da, überall mitgelaufen, aber nicht bemerkt und gesehen.“ „Es muss was mit mir nicht stimmen, sonst würden die anderen in der Familie doch fragen, was ich brauche.“ Subjektives Erleben: „Als ob ich die Eltern umgebracht hätte“ – Furcht, dass etwas Böses in ihr stecke. Scheidung der Eltern, ein Verlassenwerden durch den Vater – wärmender Pol der Familie; durfte

ab Scheidung nichts Positives mehr über den Vater im verbleibenden Familienverband sagen – gefühlsmäßig zerrissen; leer.

Kränkung (über das Primär-nicht-angenommen-Werden und -Sein, über das Im-Stich-gelassen-Werden durch den Vater und das permanente Übersehenwerden durch die Mutter).

Überfordert sein (kontinuierlich durch die ständigen, nie endenden Anforderungen der Mutter; durch den Lebensweg, der von der Mutter bestimmt wurde, Widerspruch war nicht denkbar; durch das Nicht-angenommen-Sein und Nicht-willkommen-geheißten-Sein in dieser Welt – soziale Randstellung, intensiviert durch soziale Isolation der Mutter).

Im Aufsuchen und Benennen dieser biografischen Bereiche galt es anfänglich den kognitiv-reflexiven Zugang zu betonen und in der Folge wieder Schritt für Schritt eine emotionale Vertiefung zu wagen. In diesem Prozess befinden wir uns noch immer. Langsam kann Frau E. sich eingestehen, dass sie ein armes Kind war und für dieses Kind Empathie entwickeln. Unlängst meinte sie: „Es ist schwer zu akzeptieren, dass ich mich auffangen muss, da es bisher niemand getan hat. Aber ich sehe, dass es in kleinen Schritten gelingt.“ Mit der biografischen Aufarbeitung des Lebens der Patientin, die sich nicht nur, aber eben auch mit der psychotischen Symptomatik ergibt, lernt sie zu unterscheiden, welche Gefühle in das Hier und Jetzt gehören und welche im Grunde aus biografischen Verletzungen heraus vorhanden sind und in den jeweiligen Situationen ungemäß heftig sind. Damit gewinnt sie Distanzierungsfähigkeit und Gestaltungsmöglichkeiten in ihrem Antwortverhalten.

Medikamentöse Behandlung

Ein weiterer Punkt im Umgang mit den psychotischen Symptomen ist natürlich die Frage nach einer medikamentösen Behandlung. Frau E. ist eine Gegnerin von Psychopharmaka. Der Schulmedizin und damit auch der Psychiatrie gegenüber ist sie skeptisch, da sie persönlich unbefriedigende Erfahrungen im Kontakt mit der Psychiatrie gemacht hat und außerdem miterlebte, dass die Psychiatrie der Mutter nicht geholfen hatte. Die ihr

bislang verordneten Medikamente (Neuroleptika und Tranquilizer) hatten Frau E. stets sehr müde gemacht und dadurch im Alltag noch mehr behindert, auch wenn die akute psychotische Symptomatik durch deren Einnahme zum Abklingen gebracht werden konnte. Weiters stand Frau E. Psychopharmaka skeptisch gegenüber, da sie dadurch eine Fremdbestimmung ihrer Person befürchtete und ebenso Sorge hatte, dass sie durch deren Einnahme am Aufarbeiten ihrer Geschichte gehindert werden würde: „Medikamente lassen Symptome abklingen, legen eine Decke über alles, aber ich will jetzt dran bleiben.“

In den Gesprächen, eine mögliche psychopharmakologische Intervention und Unterstützung betreffend, legte ich zu Beginn die Betonung auf Informationsaustausch und Wissensvermittlung. Die Symptomatik war zu dem Zeitpunkt nicht so stark ausgeprägt, dass eine Psychopharmakagabe unumgänglich gewesen wäre. Wir besprachen die Ängste und Bedenken einer Medikation gegenüber und überlegten gemeinsam, ob und wann Medikamente doch eine Hilfe sein könnten. So einigten wir uns, dass bei einer schweren psychotischen Krise Neuroleptika zum Einsatz kommen sollten. Dosis der Medikation und Einnahmedauer müssten der jeweiligen Situation angepasst werden. Ebenso sollten bei kaum zu beherrschender Angst Tranquilizer zum Einsatz gebracht werden (in der Anamnese konnte kein Hinweis auf eine Suchtgefahr gefunden werden). Zur Einnahme von Antidepressiva konnte sich Frau E. bis dato nicht durchringen, wir sind aber diesbezüglich weiter im Gespräch (stabilisierende Wirkung auf depressive Einbrüche, Angst, Impulsivität, Selbstverletzungstendenzen im Falle von Frau E.).

Zentral in der Auseinandersetzung über Psychopharmaka mit Frau E. war, das Thema zunächst von der kognitiven Seite her anzugehen und dann allmählich die emotionale Einschätzung und die damit verbundenen Erfahrungen und Erlebnisse zu erheben und zu bearbeiten. Es war wichtig, über einen längeren Zeitraum immer wieder auf diese Thematik Bezug zu nehmen, aber keinen Druck zu machen, um schließlich eine Vorgehensweise

zu finden, hinter der auch Frau E. stehen konnte. Die Durchführung der Medikation war von punktuellen Anpassungen der Dosierung und der situativen Evaluierung der Dauer der Einnahme begleitet.

Bei agierenden Patienten/innen ist das Vorgehen in dieser Hinsicht anders zu gestalten. Hier wäre es sicherlich ratsam zu überlegen, die Medikation in die Hand eines anderen Experten zu legen, damit der therapeutische Prozess nicht vom eigentlichen Thema auf das Nebengeleis Medikation abgelenkt wird. In einem solchen Fall ist ein regelmäßiger, auf wechselseitigem Respekt und Vertrauen beruhender Austausch zwischen Psychotherapeuten und Pharmakologen mit fortlaufender Abstimmung und Sicherstellung der vereinbarten Rollenteilung notwendig, um den therapeutischen Prozess konstruktiv zu führen. Damit können beide Seiten, sowohl der Psychotherapeut als auch der Pharmakologe, den medikamentenbezogenen Problemen bei der Behandlung von Borderline-Patienten/innen Rechnung tragen („orale Ambivalenz“; irritiertes Autonomiegefühl der Patientin; „übergangsobjekthafter“ Gebrauch von Pharmaka; mit dem Pharmakon verbundene Spaltungstendenz. (vgl. Clarkin, Yeomans, Kernberg 2001; Kapfhammer 2004). Besonders möchte ich im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung bei Borderline-Patienten/innen auf die Gefahr von Spaltungen hinweisen, da die psychologischen und biologischen Konzepte zur Borderline-Störung nicht vollständig integriert koexistieren und sich diese „systemimmanente Spaltung“ im Agieren der Patienten/innen wie auch der Therapeuten/innen (sowohl bei den Pharmakologen als auch bei den Psychotherapeuten) wiederfinden kann.

Resümee

Zusammenfassend erscheinen mir folgende Punkte essentiell in der Psychotherapie bei psychotischem Erleben von Borderline-Patienten/innen, sofern ausgeschlossen ist, dass dieses durch Drogenmissbrauch hervorgerufen ist bzw. über das Ausmaß von kurzen reaktiven Psychosen, ausgelöst durch in der Therapie stunde besprochene Themen, hinausgeht: 1) Sorgfältiges Erheben der von den Pa-

tienten/innen erlebten Symptome und deren Alltagsrelevanz. Hierbei ist es wichtig, dass der Therapeut eine ruhige, behutsame Vorgehensweise wählt, durch welche die Patienten/innen genügend Raum finden, sich zu zeigen, aber gleichzeitig bewahrt davor werden, zu viel auf einmal von sich Preis zu geben und in der Folge dann erst recht von Auflösungserlebnissen gequält zu werden.

- 2) Nach der Erhebung der Symptomatik ist es wichtig, den Patienten/innen eine kognitive Struktur anzubieten, in der sie die geschilderten Symptome zuordnen können.
- 3) Danach gilt es, Coping-Strategien in Bezug auf die erlebte psychotische Symptomatik zu entwickeln (was das unmittelbare Erleben als auch die Auslösefaktoren anlangt).
- 4) Nach dieser stattgefundenen Strukturfestigung durch eine vertrauensvolle, krisenfeste Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Patienten/innen und durch die in Punkt 1-3 zusammengefassten kognitiv-betonten, ressourcenorientierten und ressourcenfördernden Interventionsschritte geht es um die psychodynamisch-biografische Aufarbeitung des psychotischen Erlebens im Sinne der biografischen Existenzanalyse. Hier gilt es wiederum, auf die erhöhte Vulnerabilität dieser Patientengruppe Rücksicht zu nehmen und in einer wohl dosierten Emotionalisierung vorzugehen.
- 5) Medikation.

Die hier beschriebene Vorgehensweise ist sicherlich den stützenden tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden nahe. Zentrales Konzept ist der reparative, entwicklungsfördernde Ansatz, in dem die langfristige, haltgewährende Beziehung essentiell ist. Diese muss von realistischen Zielen, gegenseitiger Achtung und angemessenem Optimismus getragen sein. So kann die Patientin allmählich ihre Kompetenz ausbauen, Beziehungen verbindlich zu gestalten und die auftretenden Spannungen zu handhaben. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Wahrnehmung von Beziehungsschwierigkeiten zu fördern und mit dem Patienten Problemlösungen zu erarbeiten.

Ich darf hier nochmals auf die existenzanalytische Strukturtheorie verweisen: Es geht zunächst darum, der Patientin genügend Halt und Raum in der Therapie erleben zu lassen, wodurch Beziehungsförderung auf einen fruchtbaren Boden gestellt wird. Danach wird mit Hilfe einer kognitiv betonten Wahrnehmung versucht, Problemfelder im Alltag, sehr oft in Zusammenhang mit Beziehungen, zu lokalisieren, Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und in deren Umsetzung zu begleiten. Schwerpunktmäßig befinden wir uns mit dieser Vorgehensweise in der Dimension der ersten personalen Grundmotivation. Erst in einem weiteren Schritt kommt es zu einem emotional vertieften, psychodynamisch arbeitenden Wahrnehmungsprozess, der über ein rein stützendes Therapiekonzept hinausgeht und auf ein Aufarbeiten der blockierenden Psychodynamik abzielt.

Kommen wir abschließend zu der Frage, ob die Psychose einen Bewältigungsversuch von Borderline-Patienten/innen darstellt. Ich meine, dass das psychotische Erleben als ein weiterer Schritt auf der Suche nach Halt, Wärme und Geborgenheit zu sehen ist, als ein weiterer Appell, der aber ungehört, ungesehen und unverstanden bleibt und die Patientin nur weiter in ihre innere und äußere Isolation treibt. In diesem Sinne ist das psychotische Erleben bei Borderline-Patienten/innen als ein versteckter und chiffrierter Hilfeschrei zu verstehen, der Ausdruck eines dem äußeren Druck nicht mehr standhaltenden fragilen Ichs ist.

Ob die psychotische Symptomatik bei Borderline-Störungen dieselben neurobiologischen Korrelate wie die psychotischen Symptome bei anderen Störungen und bei Schizophrenie aufweisen, wird derzeit diskutiert und kann nicht eindeutig beantwortet werden. Meine klinische Beobachtung, dass psychotische Symptome von Borderline-Patienten/innen sehr schnell auf Neuroleptika ansprechen und dass Medikamente nur kurze Zeit gegeben werden müssen und nach dem letzten Wissensstand auch nur kurz gegeben werden sollen, lassen mich eher in die Richtung denken, dass psychotische Symptome bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen andere neurobiologische Ursachen und andere psychodynamische

Bedeutung haben als psychotische Störungen bei anderen Krankheitsbildern.

Literatur

- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer: Stuttgart, New York
- Dilling H (1993) (Hg) ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber
- Ermann M (1999) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer
- Kapfhammer HP (2004) Zum Umgang mit Medikamenten in der Borderline-Therapie. In: Kernberg O et al. (Hg) Persönlichkeitsstörungen; Theorie und Therapie. März, Nr. 1
- Kernberg O (1998) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Längle A, Probst Ch (1997) (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Tagungsbericht der GLE, Wien
- Saß H, Wittchen H, Zaudig M (1996) (Hg) DSM-IV Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Karin Matuszak-Luss
Seckendorfstraße 6/1/6, 1140 Wien
kamalu@chello.at*