
THEORIE

Achim Votsmeier

GESTALT THERAPIE MIT BORDERLINE-PATIENTEN

Dieser Artikel ist die überarbeitete Fassung meines Vortrags bei der Mitgliederversammlung der DVG im Mai 1988 in Heidelberg

I. VORBEMERKUNG

Ich möchte in diesem Artikel ein Erklärungsmodell der 'Borderline-Persönlichkeit' vorstellen, das nicht nur mit der Gestalttherapie kompatibel ist, sondern sich in ihren Ursprüngen begründet.

Ich habe 1 1/2 Jahre in einem stationären Setting mit Borderline-Patienten gearbeitet und am Ende dieser Zeit versucht, die borderline-spezifischen Phänomene aus der Perspektive der Gestalttherapie zu verstehen.

Mein Ansatzpunkt war das »Kontakt-Supporte-Konzept von Laura Perls sowie die in der Gestalttherapie bisher wenig gewürdigte 'Organismische Theorie' Kurt Goldsteins. (Zur Bedeutung der 'Organismischen Theorie' für die Gestalttherapie siehe L. Perls et al. in Voices 1982, 10).

Dieses Erklärungsmodell soll für Gestalttherapeuten in der Arbeit mit Borderline-Patienten handlungsleitend sein, ohne den Boden der Gestalttherapie verlassen und auf psychoanalytische Erklärungsmodelle zurückgreifen zu müssen.

Die Beschreibung der klinisch beobachtbaren Phänomene des Borderline-Syndroms durch die psychoanalytische Forschung und seine Unterscheidung als eigenständiges Störungsbild bleibt jedoch als wichtiger Forschungsbeitrag auch für unsere Arbeit als Gestalttherapeuten von Bedeutung.

Gestalttherapie verstehe ich von ihrer Philosophie und ihrem Menschenbild her als eine existentielle (Buber) sowie organismische (Goldstein) Psychotherapie. Ihr methodisches Vorgehen ist phänomenologisch und experimentell.

II. DAS BORDERLINE-SYNDROM ALS AUSDRUCK EINER KOGNITIVEN STÖRUNG

An einem Fallbeispiel möchte ich zu Beginn verdeutlichen, was unter einer Borderline-Störung zu verstehen ist.

Die Patientin kam zu uns mit der Einweisungsdiagnose einer Eßsucht. Sie berichtete von wiederkehrenden Phanta-

sien, sie würde einen Mitpatienten fallen lassen (den die Patienten bei einer Übung getragen hatten), so daß er mit dem Kopf aufschlage. Sie erlebte dies als verwirrend und unangenehm.

Weiter berichtete sie wörtlich: »Ich kann meine Gefühle und meine Gedanken nicht ordnen und in Worte fassen, zuviel, was in meinem Kopf rotiert und ich kann das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen trennen.«

Sie empfand sich in einem Zustand der Unruhe und Anspannung.

Zuerst sichtbar auffällig wurde ihr Verhalten, als sie fünf Nagelscheren abgab, da sie in solchen Situationen wie dieser sonst anfangs, an Fingern und Nägeln herumzuschneppeln.

Im Anamnesegespräch äußerte sie ihre Unsicherheit, ob sie wirklich krank sei. Zeitweise sei alles in Ordnung, dann wieder erlebe sie sich chaotisch, würde nichts mehr stimmen.

Sie berichtete von Angstzuständen, z.B. verfolgt zu werden, von Angst in Fahrstühlen.

Sie hatte manchmal Kontrollverluste erlebt, so beim Essen — sie aß dann wahllos bis zum Schmerz; beim Sport ging sie über ihre Grenzen bis in Rauschzustände (habe sich so auch schon Verletzungen zugezogen) — sie spielte mit ihrem Leben, indem sie riskant Auto fuhr oder Trampolin sprang; sie schnippte an ihren Händen, es machte ihr irgendetwas Spaß, sich zu quälen.

Sie kennt Zustände, wo sie aus sich heraustritt oder eigene Körperteile als sich nicht zugehörig empfindet.

Bezüglich Sexualität erlebt sie die Vorstellung als erregend, sie werde vergewaltigt und gequält.

Sie hatte kurzfristige psychotische Episoden, indem sie nach Filmen manchmal noch länger in der Filmwelt blieb, nicht ansprechbar war.

Bezüglich Aggression hatte sie Angst, sie könnte die Kontrolle verlieren, bei ihr lieben Menschen kam ihr häufiger der Gedanke, sie könnte sie würgen, wenn sie ihr den Rücken zukehrten.

Sie litt unter plötzlichen extremen Stimmungsschwankungen, auch in Beziehungen (die nie länger als drei Monate dauerten) war sie extrem, entweder klammernd (konnte Alleinsein nicht ertragen) oder abweisend, wenn ihr Partner da war. Wenn jemand ehrliche Zuneigung für sie empfand, mußte sie dies zerstören.

Als Kind hatte sie sich Freunde gesucht, denen sie hörig war, die ihr sagten, was sie machen sollte. Bei Schwächeren übte sie Macht aus.

Sie konnte nicht genießen — hier in der Klinik jedoch konnte sie das Essen genießen, da ihr jemand (ihr Essenssponsor) sagte, daß das gut für sie sei.

Allgemein wußte sie nicht wer sie ist, paßte sich wie ein Chamäleon an andere an. Ihren Körper als Frau lehnte sie ab.

Im Denken benannte sie, häufig verschiedene Gedanken gleichzeitig zu haben.

Eine Erinnerung an die Vorschulzeit: Als Kleinkind hatte sie den wiederkehrenden Traum gehabt, die Familie sei mit einem Boot auf dem Meer unterwegs und komme an eine Insel, auf der die Eltern und ihre Schwester sie zurücklassen.

Soweit dieses Fallbeispiel.

Die genannten multiplen Symptome genügen den diagnostischen Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM III. Es bestehen:

1. Impulsivität (bei der Patientin die Eßsucht und die Selbstverletzungen),
2. Ein Muster von chaotischen, instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen,
3. Identitätsunsicherheit,
4. Affektive Instabilität,
5. Körperlich selbstschädigende Handlungen, um die wichtigsten zu nennen.

Meine Grundannahme ist die, daß die borderline-spezifischen Phänomene Ausdruck eines realen Defizits in der kognitiven Entwicklung sind. Es handelt sich um ein funktionelles Defizit, das nicht mit spezifischen Inhalten verknüpft ist (wie sie etwa die Psychoanalyse beschreibt, wenn sie von dem borderline-typischen Abwehrmanöver der 'Spaltung' spricht, durch die inkompatible Inhalte davon abgehalten werden, ins Bewußtsein zu treten).

Aus einer funktionell-prozeßhaften Sicht sind diese Inhalte nur sekundäre Begleiterscheinungen. Die inkompatiblen Inhalte, die die Psychoanalyse beschreibt, sind Beispiele unter anderen möglichen Beispielen.

Mein Ausgangspunkt, um die Borderline-Phänomene aus

der Perspektive der Gestalttherapie zu erklären, ist das »Kontakt-Support«-Konzept von Laura Perls.

Laura kritisierte das ausschließliche Augenmerk auf die offensichtliche Kontaktstörung (Kontaktvermeidung und Rückzug bzw. Kontaktabbruch) in der Therapie. Sie tat dies einmal mit dem Bild: »Who is all eyes, does not see«. Zum Sehen gehören eben auch die reizverarbeitenden Prozesse und integrativen Funktionen unseres Gehirns.

Kontakt und Support stehen in einem Figur-Grund-Verhältnis: Kontakt ist immer im Vordergrund und kann nur Gestalt werden, wenn der entsprechende Support als organischer Hintergrund andauernd vorhanden ist. Dieser Hintergrund erst gibt der Gestaltbildung im Vordergrund seine Bedeutung. Ein mangelhafter Hintergrund verhindert bedeutungsvollen Kontakt, sei es in bezug auf Wahrnehmungen, motorisches Verhalten und Denken (vgl. L. Perls 1968, 42ff.).

Ich bin der Meinung, daß das Borderline-Erleben aus der Beeinträchtigung von bestimmten Support-Funktionen resultiert, einem spezifischen kognitiven Defizit.

Dieses Defizit läßt sich mit Hilfe des Goldstein'schen Konzepts der »konkreten« und »abstrakten« Einstellung näher bestimmen. Das Zusammenwirken dieser beiden Funktionen ist grundlegend für die Organisation jeglichen menschlichen Verhaltens und Erlebens.

Was sich hinter diesen Begriffen verbirgt, möchte ich an einem Beispiel verdeutlichen: Angenommen, ich hielte einen Vortrag zu diesem Thema. Verhalten nach dem »konkreten« Modus wäre es, vor einem Publikum zu reden und von meinem Manuskript abzulesen. Wäre ich versiert im Halten von Vorträgen, so könnte das »konkrete« Verhalten ungestört ablaufen, ich bräuchte wahrscheinlich kaum aktiv problemlösend zu denken, ich könnte mich der Situation überlassen, ohne Kontaktunterbrechungen befürchten zu müssen.

Allgemein ist Verhalten im »konkreten« Modus Verhalten im Hier-und-Jetzt, was ungestört abläuft, man läßt sich von der gerade vorliegenden konkreten Situation leiten und wird den jeweiligen praktischen Erfordernissen gerecht. Die Handlungen laufen reibungslos ab, es besteht ein Zustand freifließender Gestaltbildung.

Im »konkreten Verhalten« ist unsere Beziehung zur Welt konkret und direkt, wir überlassen uns dem sinnlichen Eindruck der gegebenen Situation. Wir reagieren stimulusgebunden und somit gewissermaßen passiv auf die unmittelbar gegebene Situation. Unser Verhalten ist nicht das Resultat von Schlußfolgerungen und bewußtem Reflektieren.

Beispiele sind Automatismen, Gewohnheiten, Routinehandlungen (Goldstein 1971b, 367).

Neben diesem natürlichen Ablauf dieses Verhaltens gibt es aber auch extreme Formen des in diesem Sinne »konkreten« Verhaltens.

Extrem »konkretes« Verhalten wäre es, wenn ich von der Gesamtsituation, daß ich dem Publikum etwas mitteilen möchte, was mir wichtig ist, getrennt wäre und stattdessen nur auf den Stimulus meines Manuskriptes reagieren würde, an dieses gebunden wäre, passiv gezwungen wäre, Wort für Wort zu lesen, zwingend reagieren müßte, mich nicht von diesem Stimulus lösen könnte, nicht zu etwas anderem umschalten könnte, etc.

Ein milderer Beispiel extrem konkreten Verhaltens wäre ein Klient, der das Experiment des Awareness-Kontinuums als Pseudo-Übung durchführt, indem er vielleicht eine Reihe von Dingen aufzählt, die er wahrnimmt, wie bei einer Inventur, ohne daß diese irgendeine Bedeutung für ihn hätten. Die fehlende »Bedeutung« ist hier das Wesentliche. Ein anderes Beispiel wäre ein Therapeut, der die »Awareness« des Klienten unterstützen möchte, aber das »Ganze« aus den Augen verliert, sich sozusagen verliert und nur noch in seinen Reaktionen das wiederholt und spiegelt, was der Klient unmittelbar zuvor sagte oder zeigte und wie gezwungen dem Klienten hinterherläuft. Wenn es ihm nicht möglich wäre, sich von der Situation zu distanzieren, sie zu reflektieren und über sie hinaus zu sehen. Wenn er also keine Distanz hätte zwischen sich und der Außenwelt. Er wäre »nur Augen und sähe nichts mehr« — um im Bild von Laura Perls zu bleiben.

Man kann, wie in den genannten Beispielen, auf äußere Reize »konkret« reagieren, aber ebenso auf innere Abläufe, auf Ideen, Gedanken und Gefühle (Goldstein 1971b, 367), im Extrem z.B. bei Zwangsgedanken. Charakteristisch ist, daß es dem Individuum durch die Gebundenheit an die Stimulus-Situation schwer fallen kann, sich von dem unmittelbaren Eindruck zu lösen und Distanz zu wahren.

Dem Verhalten in allen Beispielen extrem »konkreten« Reagierens fehlt das Eingebettetsein in einen integrierenden Hintergrund. Der Kontakt bleibt bedeutungslos. Was hier fehlt ist die Funktion der »abstrakten« Einstellung als Hintergrundgeschehen.

Üblicherweise nehmen wir diese Funktion als gegeben hin und sind ihrer nicht bewußt. Tatsächlich tritt sie aber in Kraft, wenn ich wie im letzten Beispiel (als Therapeut) umschalte, mich distanziere von der gegebenen Situation, sie in einen weiteren Zusammenhang hineinstelle, mich neu

orientiere, bewußt nachdenke, was ich als nächstes tun will, die möglichen Folgen einer bestimmten Intervention voraussehe. Anders gesagt, wenn ich die Situation von einem Meta-Standpunkt aus betrachten kann, unter verschiedenen Gesichtspunkten, deren Wahl lediglich von mir als Subjekt abhängt. Ich kann als Subjekt zur gegebenen Situation Stellung nehmen, ihr Bedeutung geben und ihr gegenüber Initiative entfalten.

»Abstraktes« Verhalten ist die Aktivität des Einordnens, Organisierens, Dirigierens, Definierens und Bewertens von Erfahrungsgegebenheiten.

Verhalten als Ausdruck der »abstrakten Einstellung« beginnt immer nach einer Vorbereitung, die die Gesamtsituation mit einbezieht (Goldstein 1947, 61). Die Situation muß so vorbereitet werden, daß das »konkrete« Verhalten in Bewegung gesetzt werden kann. Mit anderen Worten, der »Grund« muß vorbereitet werden, damit das jeweilige Verhalten reibungslos ablaufen kann. Dazu würde z.B. gehören, sich auf den Vortrag vorzubereiten, sich einzustimmen, etc. »Abstrakte Einstellung« impliziert bewußte Aktivität im Sinne von schlußfolgerndem Denken und Bewußtheit über das, was ich tue. Damit besteht die Möglichkeit, das Ich von den gegebenen Sinneseindrücken loszulösen, verschiedene Gesichtspunkte der Situation gegenüber einzunehmen. Ich habe so die Freiheit, der gegebenen Wirklichkeit gegenüber strukturierte Initiative zu entfalten.

Mit Hilfe der abstrakten Einstellung kann ich mich auch von inneren Erfahrungen distanzieren, ich kann freiwillig von einem Aspekt der Situation zu einem anderen wechseln, ich kann mich nicht nur auf Faktisches, sondern auch auf »Mögliches« einstellen.

Mit der Fähigkeit zur »abstrakten Einstellung« kann ich die äußere Welt wie meine innere Welt mit Hilfe von Konzepten und Kategorien organisieren, ähnlich wie Piaget dies mit der Funktion von Schemata beschreibt (Petter, 1966). Die beiden Funktionen der »konkreten« und »abstrakten« Einstellung wirken zusammen in der Form eines Figur-Hintergrund-Geschehens. Jede Aktivität des Organismus ist in dieser Weise organisiert, seien es motorische Handlungen, Gefühle, Denken, Sprechen usw. Je nach Anforderung der Situation tritt die eine oder andere Funktion in den Vordergrund, um die jeweilige Aufgabe zu erfüllen. Zwar ist das Verhalten einer Person überwiegend konkret, jedoch ist diese Konkretheit als Vordergrundprozeß immer eingebettet und mitbestimmt durch die abstrakte Einstellung im Hintergrund. Auch der Beginn jeder Aktivität setzt für ihr Gelingen die abstrakte Einstellung voraus.

So läuft ein Großteil unserer täglichen Aktivitäten im »konkreten« Modus ab, wie in dem Beispiel des Vortrags. Würde meine »konkrete« Aktivität als Vortragender unterbrochen, sagen wir durch eine Zwischenfrage, so würde (hoffentlich) meine »abstrakte« Funktion in den Vordergrund treten und ich würde aktiv problemlösend die Situation als Ganzes betrachten und vielleicht darum bitten, die Frage nach dem Ende des Vortrages zu stellen. Damit wäre das Problem gelöst, ich könnte meine Aktivität »konkret« fortführen, die »abstrakte« Einstellung würde wieder in den Hintergrund zurücktreten (vgl. Goldstein 1971 d, 488f.).

Ich bin der Auffassung, daß bei Borderline-Patienten die Funktion der »abstrakten« Einstellung, bzw. das Figur-Grund-Verhältnis beider Einstellungen schwer beeinträchtigt ist.

Das »abstrakte« Verhalten ist für uns so gewöhnlich, daß es uns meist nicht auffällt. Es ist jedoch nicht selbstverständlich. Die »abstrakte« Funktion ist nämlich nicht a priori vorhanden. Diese Funktion wird ab dem Ende des 1. Lebensjahres gelernt (Goldstein 1971 d, 496), sie kann wie andere Aktivitäten auch: benutzt, vermieden oder ausgeschaltet werden, auch kann ihre Entwicklung im Lernprozeß durch Störungen beeinträchtigt werden.

Die Verankerung des Vordergrundprozesses in dem ihm entsprechenden Hintergrundgeschehen bezeichnet Goldstein als »Zentrierung«. Sie ist verschiedener Grade fähig und je nach Grad bestimmt dies auch die Fähigkeit der Person, sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen.

Bei Borderline-Zuständen kommt es zur Desorganisation bis zur Desintegration dieser Figur-Grund-Beziehung. Dies geschieht aufgrund der Isolation von Teilbereichen des Systems der inneren Prozesse. Das bedeutet gleichzeitig auch Isolierung dieser Teilbereiche vom Einfluß der abstrakten Einstellung (Goldstein 1971 a, 4).

Erklären wir uns dies an einem Beispiel: Stellen wir uns vor, die Mutter eines 1 1/2-jährigen Kindes reagiert auf das Verhalten des Kindes, sich von ihr zu entfernen und die Umgebung zu erkunden, sich anderen Personen zuzuwenden, mit emotionalem Rückzug, und dies systematisch.

Die Reaktion des Kindes wird Angst sein, Verlassenheitsangst, Erschütterung und existenzielle Bedrohung. Das »abstrakte« Verhalten des Kindes, als Subjekt die Welt zu erobern, ihr gegenüber Initiative zu entfalten, sich ein Bild von ihr zu machen, wird frustriert und mit Angst gekoppelt. Das Kind wird zu früh mit etwas konfrontiert, was es nicht bewältigen, nicht in seinen Erfahrungshintergrund assimilieren kann.

Was es tun wird, ist, daß es diesen Erlebnisbereich — den ich »Bereich der Verwirrung« nennen möchte — isoliert; um einer dauernden Erschütterung zu entgehen. Erfolgt im Verlauf der Entwicklung keine Korrektur dieser Erfahrung durch einen stärkeren Stimulus, bleibt dieser Bereich isoliert vom Netzwerk der übrigen Prozesse. Und er bleibt — und das ist wichtig — auch isoliert vom Einfluß der »abstrakten« Einstellung (die sich bezüglich anderer Lebensbereiche weiterentwickelt).

Immer wenn dieser isolierte Bereich stimuliert wird — sagen wir, der heranwachsende Jugendliche muß für sich eine kreative Lösung finden für eine neue Situation, vielleicht wenn er sich in ein Mädchen verliebt und dieses kennenlernen will — dann kann es zu extremen Reaktionen kommen. Extrem deshalb, weil dieser Vordergrundprozeß nicht in einem ihm entsprechenden Hintergrundgeschehen der »abstrakten« Funktion verankert ist. Er kann Angst, Verwirrung und Erschütterung erleben.

Die o.g. Zentrierung ist herabgesetzt und der Organismus befindet sich in einem Zustand der Instabilität.

An dieser Stelle möchte ich zusammenfassend etwas zu den entwicklungspsychologischen Bedingungen sagen; unter denen es zur Beeinträchtigung der »abstrakten« Einstellung bzw. der Desintegration des Figur-Grund-Verhältnisses von »konkreter« und »abstrakter« Einstellung kommt. Diese Desintegration und damit das Auftreten von borderline-typischen Zuständen beruht auf einem Einschnitt in der kognitiven Entwicklung des Kindes. Die »abstrakte« Funktion, d.h. die kognitive Funktion des Einordnens, Integrierens, Organisierens, Definierens und Bewertens von Erfahrungsgegebenheiten, wird als eine Aktivität gelernt und kann, wie jede andere Aktivität des heranwachsenden Kindes, auch frustriert werden.

Schon früh beginnt das Kind, Erfahrungsgegebenheiten nach Qualitäten zu unterscheiden (z.B. Lust — Unlust, drinnen — draußen), sie einzuordnen, ihnen Bedeutung und Sinn zu geben. Kommt das Kind systematisch in Situationen, in denen es massiven Erschütterungen ausgesetzt ist, welche Angst und existenzielle Bedrohung bedeuten und kann es diese Erfahrungen mit Hilfe seines kognitiven Repertoires, seiner Erklärungsversuche, nicht befriedigend einordnen — bedeutet dies die Frustrierung dieser Aktivität.

Um Angst, Schmerz, Verwirrung und existenzielle Bedrohung zu vermeiden, wird es die Anwendung der »abstrakten« Einstellung in bestimmten Bereichen seiner Erfahrungswelt einschränken oder aufgeben. Wenn auch die

Entwicklung der »abstrakten« Funktion in anderen Bereichen fortschreiten wird, diese Bereiche bleiben isoliert im Gesamtsystem.

Diese »Bereiche der Verwirrung« haben bei Borderline-Patienten u.a. zu tun mit:

- Autonomiebestrebungen,
- eigene subjektive Bedürfnisse zu identifizieren und zu befriedigen,
- eine eigene Meinung und eigene Interessen entwickeln,
- Loslösung von Bezugspersonen,
- aktivem Experimentieren und Explorieren der äußeren Welt,
- sich ein inneres Bild von sich und anderen machen zu können, welches mit einem Gefühl von Stimmigkeit verbunden ist,
- damit, erfolgreich zu sein,
- als Subjekt in Beziehung zu einem Du zu treten.

Wird ein solcher Erfahrungsbereich stimuliert, kann es sein, daß die Person tatsächlich keine von einem integrierten Hintergrund getragenen Stellungnahmen zur Verfügung hat. Es besteht ein reales Defizit.

Es kommt zum Erlebnis von Dezentrierung, dem Auftreten von Symptomen, extrem »konkrete« Reaktionen wie Denk- und Wahrnehmungsstörungen und kompensierenden Reaktionen zur Spannungsabfuhr, um die Gefahr für die Ich-Integrität zu beenden. (Mit 'Ich' ist hier der Anteil der phänomenologischen Welt einer Person gemeint, der trotz aller Wechsel in der Innen- und Außenwelt als relativ konstant, beständig und überdauernd erlebt wird. Dieses Erleben ist eng mit dem Gefühl von Identität verbunden).

III. ZUR BORDERLINE-SYMPТОМАТИК

Betrachten wir nun einige Symptome oder Erlebnisweisen von Borderline-Patienten aus der Sicht der 'Organismischen Theorie'.

Ein Symptombereich ist z.B. die Angst vor Ich-Verlust: Diese Angst äußert sich z.B. in einer allgegenwärtigen diffusen Angst; Angst, vernichtet zu werden; Angst, daß die Grenzen sich auflösen und in Einzelteile zu zerfallen. Dies ist häufig mit Depersonalisationserscheinungen verbunden. In Beziehungen tritt es oft als Angst vor einem Verschlungenwerden in Erscheinung. Es treten Verfolgungängste auf — wie im Fallbeispiel am Anfang — oder eine Identitätsdiffusion, nicht zu wissen, wer man ist.

Nach Goldstein ist jeder Organismus bestrebt, eine individuelle relative Konstanz aufrechtzuerhalten (Goldstein

1963, 75f.) Üblicherweise wird eine Erregungsgestalt im Vordergrund (sagen wir ein Geräusch) durch das Eingebettetsein im Hintergrund der integrativen Prozesse zu einem der Person adäquaten individuellen Mittelwert wieder ausgeglichen und ist so in seiner Intensität tolerierbar.

Durch die isolierten Erlebnisbereiche, Bereiche der Verwirrung, die mit der Person als Subjekt zu tun haben, ergibt sich eine Herabsetzung der Zentrierung, also die mangelnde Verankerung der Figur im Hintergrundgeschehen. Es kommt zu den genannten Phänomenen extrem konkreter Reaktionen, die Figur im Vordergrund ist extrem stark und fixiert, und der Organismus ist gezwungen, in rigider, zwanghafter Weise auf den Stimulus zu reagieren.

Dies kann sich auf Verhalten wie auf innere Erfahrungen beziehen.

Neben der Rigidität kann es auch zu einer extremen Durchlässigkeit kommen. Ein Beispiel hierfür ist, daß Borderline-Patienten häufig extrem geräuschempfindlich sind, laute, plötzliche Geräusche führen zu einer kurzzeitigen Erschütterung. Durch die Entdifferenzierung von Figur und Hintergrund entstehen keine festen Figuren, Stimuli folgen aufeinander, als seien sie ständig neu, das Individuum kann sein Ich nicht davon ablösen, es wird passiv von einem Stimulus zum nächsten gelenkt, bzw. von Reizen überflutet (Goldstein 1971 b, 367).

(Daß gerade auch das physische 'Ich' von Borderline-Persönlichkeiten als instabil erlebt wird, belegen Beobachtungen von starken Schwankungen sensibler Schwellen, wie bei akustischen Reizen und Schmerzreizen, sowie bzgl. der Wirkung taktiler Stimulation. Auch das Fehlen von Hungerempfindungen ist häufig festzustellen.)

Beide Möglichkeiten haben dieselbe Konsequenz. Die Person erlebt sich je nach Ausmaß der Isolierung und damit der Desintegration des Figur-Grund-Geschehens als dezentriert, instabil, ständig wechselnd in Abhängigkeit von Personen und Umgebung. Es wird ihr unmöglich, sich als ein beständiges 'Ich' zu erfahren.

Goldstein nennt diese Art von abnormen Reaktionen »Katastrophenreaktionen«, weil sie Erschütterungen des ganzen Organismus bedeuten, die seinen Systemzusammenhang gefährden (vgl. Goldstein 1963, 78f.)

Um sich vor solchen Erschütterungen zu schützen, benutzen die Patienten verschiedenste Anpassungs- oder Kompensationsmuster. Depression kann ein solcher Mechanismus sein oder stereotype, rituelle Handlungsabläufe, nach außen der häufige Versuch, die Umwelt zu kontrollieren (»Externalisierung«), um vor überraschenden Stimuli ge-

schützt zu sein. Durch die mangelnde Festigkeit der Figuren können leicht Bilder und andere Vorgänge des Hintergrunds passiv hervortreten und mit der Wahrnehmung interferieren, was zu den auch im Anfangsbeispiel genannten, kurzfristigen psychotischen Episoden führen kann (»Mini-Psychosen«), (vgl. auch Goldstein 1971 d, 491). Soweit diese funktionelle Erklärung der Ich-Angst im Borderline-Erleben. Sie ist unabhängig von spezifischen Inhalten und ist ein allgemeines Kennzeichen eines hohen Grades von Dezentriertheit.

Ein weiteres Kennzeichen des Borderline-Erlebens ist das Schwanken zwischen Extremen. Erinnern wir uns an die Äußerungen der Patientin aus dem anfänglichen Fallbeispiel: Sie schwankte zwischen sich gesund und völlig chaotisch fühlen, schwankte zwischen plötzlich und mehrfach sich verändernden Stimmungen, in Beziehungen zwischen Anklammern und Distanz, außerdem zwischen Überangepasstheit und Aggression. Häufig findet man auch wechselnde Einstellungen zu einem Menschen, ein Schwanken zwischen Idealisierung und Entwertung, zwischen gut- und böse, schwarz/weiß, entweder/oder, alles oder nichts. Nach Goldstein ist auch dies ein typisches Kennzeichen eines hohen Grades von Dezentrierung.

Die Nivellierung von Figur- und Hintergrundgeschehen (Entdifferenzierung) erzeugt immer entgegengesetzte Reaktionen, die extrem wechseln und die Charakteristika extrem »konkreten« Verhaltens haben (vgl. Goldstein, 1947, 17f.). In dieser Weise gehören z.B. extreme Überanpassung und extreme Aggression zusammen. Das Vordergrundgeschehen, sagen wir der Überangepasstheit, erreicht eine exzessive Intensität und kann durch kleinste Auslöser umschlagen, indem die Hintergrundprozesse in den Vordergrund treten, es plötzlich und unvermittelt zu einer aggressiven Reaktion kommt. Dieser Ablauf kann sich immer wieder abwechseln, solange die hohe Dezentriertheit vorhanden ist.

Die Bezeichnung dieser Phänomene in der einschlägigen Literatur als »stabil-instabil« trifft den Charakter dieser Reaktion recht gut.

Auffällig ist, daß sich die Patienten nur mit dem jeweilig erlebten Extrem identifizieren, mehr noch, sich damit identisch fühlen. Aufgrund der mangelnden Zentriertheit reagieren sie extrem »konkret« auf diese Vorgänge in ihnen. Das heißt, die Erfahrung, z.B. eines aggressiven Impulses ist zwingend in ihrer Unmittelbarkeit, fordert eine unmittelbare Reaktion, ohne daß eine Ablösung und Distanzierung von diesem inneren Stimulus möglich wäre. Dies wird

in der psychoanalytischen Literatur als ich-syntones Erleben bezeichnet.

Das Abwechseln von Extremen läßt sich als eine Form von Ordnungs- und Orientierungsbemühungen des Organismus betrachten, die einem frühen Entwicklungsstand der kognitiven Funktionen bzw. der 'abstrakten Einstellung' entsprechen. Dies ist Ausdruck einer Unfertigkeit der Reizverarbeitung, der ursprünglichen »Suche« nach einer festen Figur, einer »guten Gestalt«, einer eindeutigen Stellungnahme des Organismus zu einer gegebenen Situation, die aber mißlang (vgl. Goldstein 1963, 100f.).

Es ist ja die Funktion der 'abstrakten Einstellung', die Vorgänge der äußeren und inneren Welt zu organisieren, zu definieren und zu bewerten, so daß es möglich wird, diesen Vorgängen gegenüberzutreten, Stellung zu nehmen im wahrsten Sinne des Wortes und dann Initiative zu ergreifen. Dies ist ein wesentlicher Aspekt der Identität und Autonomie einer Person.

Ein weiterer Symptombereich sind häufig Störungen des problemlösenden Denkens. Die Patientin im anfänglichen Fallbeispiel erzählte: »Ich kann meine Gefühle und Gedanken nicht ordnen und in Worte fassen, zuviel, was in meinem Kopf rotiert, und ich kann das Wesentliche nicht vom Unwesentlichen trennen.« Außerdem berichtete sie, daß sie häufig verschiedene Gedanken gleichzeitig habe.

Hier zeigt sich wiederum die Auswirkung der Beeinträchtigung der »abstrakten« Einstellung. Die Funktion des Einordnens, des Organisierens des Denkablaufes ist gestört. Es tauchen zwar Gedanken und Ideen auf, sie haben jedoch häufig einen stereotypen Charakter, erscheinen als fixierte Gedanken und Gedankengänge, aus denen ein anschließendes Verhalten nicht abgeleitet werden kann. Das entscheidende ist nach Goldstein, daß im Zustand der Dezentrierung eine Beeinträchtigung darin besteht, Gedanken bewußt und willentlich zu initiieren, zu organisieren, zu dirigieren und in Schach zu halten.

In bezug auf problemlösendes Denken ist dies besonders wichtig. Wie schon erwähnt, läuft ein Großteil unserer täglichen Aktivität im »konkreten« Modus ab, so auch im Denken. Wir arbeiten häufig mit fertigen Gedanken und Gedankenabläufen. Wenn aber die Anforderungen der Situation ganz neue Überlegungen notwendig machen — wie in einer Problemsituation — wechselt der Borderline-Patient häufig nicht von der »konkreten« zur »abstrakten« Funktion, d.h. zum aktiven, von der Persönlichkeit dirigierten Denken, sondern benutzt auch hier die fixierten Gedanken und Gedankengänge

Dieses Verhalten führt nicht zu adäquaten Lösungen, doch das Ziel dieses Verhaltens ist letztlich, Angst und Katastrophenreaktionen zu vermeiden, die bei der Anwendung der »abstrakten« Funktion erwartet werden, da ihre Anwendung früher mit dem Erleben von Mißerfolg, Angst und Verwirrung gekoppelt war (vgl. Goldstein 1971 c, 455ff.). Als letzten Symptombereich wähle ich hier den der selbstschädigenden Verhaltensweisen:

Die Patientin im Fallbeispiel berichtete von Kontrollverlusten beim Essen, sie esse, bis sie Schmerzen spüre, im Sport, sowie, daß sie an ihren Händen schnippele.

Allgemein handelt es sich häufig um Impulsdurchbrüche im Bereich von Sucht (bei Frauen sind häufig bulimische Eßstörungen zu beobachten), um physische Selbstverletzungen, auch um delinquentes Verhalten und Perversionen im Sexualverhalten. Häufig zeigen sich auch aggressive Impulsdurchbrüche.

Diese Verhaltensweisen dienen meist der Spannungsabfuhr bei Angst vor Ich-Verlust. Deswegen können sie als »sekundäre« Symptome bezeichnet werden — ihre Funktion ist die Wiederherstellung einer geordneten Situation für den Organismus aufgrund der »primären« Defizite (s.o.). Im Unterschied zum Neurotiker gelingt es der Borderline-Persönlichkeit nicht, stabile Schutz- und Vermeidungsmechanismen zu entwickeln, um sich vor dem Eintreten von Katastrophensituationen zu schützen. Folglich sind die Patienten häufig inneren oder äußeren Erschütterungen ausgesetzt, die den Charakter einer existentiellen Bedrohung haben. Um sich als 'Ich' zu erhalten, muß diese gefährliche Situation unter allen Umständen beendet werden, die unerträgliche Spannung muß umgehend abgebaut werden. Es kommt zu isolierten, reflexhaften Entladungsreaktionen, die dann als Verlust von Impulskontrolle erscheinen. Subjektiv werden sie auch häufig als Selbstbestrafungen erlebt. Auch dies sind Erscheinungen extremer Konkretheit, Ausdruck der Desintegration des Figur-Grund-Geschehens. Diese Reaktionen haben meist einen archaisch-regressiven Charakter. Sie entsprechen dem kognitiven Reifegrad der Person, dem Grad der Entwicklung der 'abstrakten Einstellung', durch die die dem Organismus möglichen Reaktionsweisen bestimmt werden. Die entsprechenden selbstdestruktiven Verhaltensweisen sind Ausdruck einer Entdifferenzierung, einer Regression auf eine Stufe, auf der die Ich-Identität großteils über körperliche Empfindungen erlebt wurde.

Neben der Funktion der Spannungsabfuhr im Dienste der Erhaltung der Ich-Integrität können die o.g. Verhaltenswei-

sen auch instrumentellen Charakter haben. Sie können ein Versuch sein, dysfunktionale Symbiosen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Dysfunktional deswegen, weil dadurch autonomes Denken, Fühlen und Handeln vermieden wird. Der Patient bemüht sich, sich ein Milieu zu schaffen, in dem andere die Fähigkeit zur »abstrakten« Einstellung bereitstellen. Diese »Symbiose« wird als überlebenswichtig erlebt und deshalb massiv verteidigt.

Die oben beschriebenen Störungen im problemlösenden Denken sowie die Vermeidung zielgerichteter Aktivität oder Überanpassung an die Erwartungen anderer können die gleiche Funktion haben (vgl. Schiff et al. 1975, 5-22). Zum Ende dieses Abschnitts noch ein Wort zu den archaisch-regressiven Inhalten, die die Stimulierung von »Bereichen der Verwirrung« begleiten.

Hier handelt es sich meist um archaische Vernichtungsängste, verbunden mit Phantasien von sich selbst und anderen als vernichtende, blutrünstige Monster; mit Gefühlen verbundene Bilder von aufgerissenen Bäuchen, auseinander gesprengten Gliedmaßen; Phantasien, von düsteren, diffusen Gestalten oder Maschinen vernichtet zu werden; aber auch um Phantasien von jemand anderen als ein nur gutes, ewig spendendes Objekt.

Viele dieser Inhalte sind Inhalte magischen Denkens.

Durch die Isolierung der »Bereiche der Verwirrung« vom Einfluß der »abstrakten« Einstellung erfahren diese Bereiche keine Weiterreife. Ist die Verwirrung z.B. zwischen 1 1/2 und 2 Jahren erfolgt, sind die Inhalte, wenn sie restituiert werden, von dem kognitiven Funktionsniveau geprägt, das zur Zeit des Entwicklungseinschnitts erreicht war. Gemeint sind die kognitiven Möglichkeiten, dem Erlebten Sinn und Bedeutung zu geben, Vorstellungen und innere Bilder davon zu schaffen (»Repräsentanzen«) oder Erklärungs- und Handlungsschemata (wenn man es mit Piaget sagen will).

Im Falle eines 1 1/2-jährigen wäre dies z.B. die kognitive Möglichkeit der »Spaltung« als primitiver Ordnungsversuch, der die Erfahrungswelt in extrem »gut« oder extrem »böse« teilt (vgl. auch Rohde-Dachser 1986, 137).

Da die Inhalte jedoch von mißlungenen Orientierungsversuchen zeugen, sind sie meist entsprechend dramatisch. Es sind arretierte Definitionsversuche von sich und der Welt, die den Charakter von »Introjekten« haben.

Fazit: die funktionellen Grundlagen des Borderline-Erlebens sind immer gleich, das Entwicklungsalter bestimmt die mit den Borderline-Phänomenen einhergehenden Inhalte.

IV. IMPLIKATIONEN FÜR EINEN GESTALT-THERAPEUTISCHEN ZUGANG

Im vorangegangenen Teil dieses Artikels habe ich ein Erklärungsmodell des Borderline-Syndroms dargestellt, daß in der Gestalt-Tradition begründet ist, nämlich in Kurt Goldsteins 'Organismischer Theorie', auf deren Hintergrund die Gestalttherapie unmittelbar basiert (vgl. L. Perls et.al. 1982; Sherrill 1986, 60ff.).

Die erste Frage, die sich hier stellt, ist die der möglichen Konsequenzen dieses Erklärungsmodells für die Konzeptualisierung von Borderline-Phänomenen vom gestalttherapeutischen Bezugsrahmen aus.

Meines Erachtens hat das 'Kontakt-Support'-Konzept von Laura Perls die 'Organismische Theorie' Goldsteins als Grundlage, ist nur aus der Kenntnis der letzteren in seiner vollen Bedeutung zu verstehen.

Borderline-Störungen sind nach dem 'Kontakt-Support'-Konzept Phänomene unzureichender Unterstützungsfunktionen, entsprechend den Beeinträchtigungen der 'abstrakten Einstellung'.

Somit besteht im Therapieprozeß eine eindeutige Priorität zugunsten der Verbesserung der Unterstützungsfunktionen.

Ein direktes therapeutisches Ansetzen an den Kontaktstörungen, der Vermeidung von Kontakt mit dem »Anderen« oder der Unterbrechung des Kontakt-Zyklus der Organismischen Selbstregulierung führt in der Regel zu einer weiteren Eskalation auf der Symptomebene. Es besteht ja kein Konflikt zwischen widerstrebenden Impulsen oder Persönlichkeitsaspekten, dessen Aktualisierung durch bestimmte Erfahrungsinhalte zu vermeiden versucht wird, sondern ein reales Defizit, ein Nicht-Vorhandensein adäquater interner Strukturen, durch die die Assimilation und Integration bestimmter Erfahrungen erst möglich wäre.

Praktisch mag es erscheinen, als ob extrem konkretes Verhalten, z.B. selbstschädigendes Verhalten aktiv eingesetzt wird, um ein bestimmtes Problem nicht zu lösen. D.h. jedoch nicht, daß die Person weiß, wie sie es lösen könnte, dies lediglich aus neurotischer Angst und aufgrund von Vermeidungsmechanismen nicht tut, sondern sie mag real keine Stellungsnahme zu dem Problem zur Verfügung haben.

Vermieden wird jedoch die Bereitschaft, adäquate Handlungsschemata zu suchen und zu finden, da diese problem-lösende Aktivität mit existentieller Bedrohung gekoppelt war und im weiteren vermieden wurde.

Das Schaffen von unstrukturierten Situationen oder Impas-

se-Arbeit, die auf die Destrukturierung von bestehenden Persönlichkeitsstrukturen zielen, ist kontraindiziert. Haben sich im Therapieverlauf tragfähige interne Strukturen entwickelt, können entsprechend Kontakt-Situationen hergestellt werden, deren Erfahrung integrierbar ist.

Auch das Übernehmen von Verantwortung als therapeutisches Ziel sollte differenziert betrachtet werden. Häufig zeigt der Borderline-Patient manipulatives Verhalten, um dysfunktionale Symbiosen herzustellen und problemlösendes Verhalten zu vermeiden. Dies sollte konfrontiert werden. Gleichzeitig existieren aber auch Bereiche, in denen der Patient auf Fremdunterstützung angewiesen ist. Manchmal ist sogar eine Konfrontation nötig, wenn Patienten meinen, sie hätten genügend Eigenunterstützung zur Bewältigung einer Aufgabe, dies aber offensichtlich nicht der Fall ist.

Es sollte dem Patienten jedoch nie etwas abgenommen werden, was er selbst erledigen kann, da das Ziel der Therapie Autonomie und Eigenständigkeit ist. Dies ist jedoch ein Ziel und kann nicht per se vorausgesetzt werden.

Die erste therapeutische Aufgabe ist die Bereitstellung eines strukturierten therapeutischen Rahmens. Hiermit sind klare Regeln und Abläufe gemeint, klare Grenzen etc. Dies ist ein Schutzraum, in dem der Therapeut seine 'abstrakte Einstellung' zur Verfügung stellt. Hierdurch kann der Patient auf inadäquate Kompensationsmechanismen verzichten und gemäß seinem tatsächlichen psychologischen Entwicklungsniveau adäquat mit der Welt in Beziehung treten. Dieser Rahmen ist dadurch ein Schutz vor Angst- und Katastrophenreaktionen.

Es ist wichtig, genau zu definieren, in welchem Bereich und an welchen Punkten der Patient Fremdunterstützung benötigt. Die Unterstützung steht immer im Dienste der Entwicklung zur Autonomie und Eigenständigkeit, wird also ständig im Therapieprozeß reflektiert.

Mit diesem therapeutischen Rahmen ist eine spezifische therapeutische Beziehung verbunden. Sie erfordert eine besondere Art der Präsenz des Therapeuten. Dieser muß sich darauf einstellen, daß der Patient in der Übertragung starke regressive Wünsche an ihn hat. Diese unreflektiert zu erfüllen kann eine pathologische Regression bewirken und die Persönlichkeit des Patienten noch weiter destabilisieren. Festigkeit, Klarheit und Konfrontation durch den Therapeuten in bezug auf Grenzen und Absprachen sind hier unbedingt erforderlich.

Gleichzeitig ist aber auch eine sorgende Haltung des Therapeuten von großer Bedeutung. Z.B. reicht es nicht aus,

mich als Therapeut für die therapeutische Arbeit zur Verfügung zu stellen, die Verantwortung jedoch dem Patienten zu überlassen; wichtig ist meine Grundhaltung als Therapeut, daß ich will und erwarte, daß der Patient gesund wird, sich gesund verhält (»gesund« im Sinne der definierten Therapieziele) und ich Verhaltensweisen, die diesen Therapiezielen entgegenlaufen, direkt konfrontiere. Der Borderline-Patient verlangt die Gewißheit, daß der Therapeut es ernst meint und z.B. selbst-destruktives oder die Beziehung schädigendes Verhalten nicht widerspruchslos hinnimmt. Der Patient fürchtet und braucht gleichzeitig den Therapeuten als ganze Person, als autonomes und nicht manipulierbares Gegenüber.

Ebenso wie der Patient bin ich als Therapeut in gleicher Weise konfrontierbar, wenn ich meine Aufgaben und Absprachen nicht einhalte.

Besonders zu Beginn der Therapie ist es notwendig, den Patienten bei der Organisation der Wirklichkeit und der Integration von Erfahrungen in der Therapie zu unterstützen. Mangels reiferer Ausdrucksformen der 'abstrakten' Einstellung hat die Person besonders durch den kognitiven Strukturierungsversuch der »Spaltung« in schwierigen Situationen nur Zugang zu einer Hälfte des phänomenologischen Feldes. Aufgabe des Therapeuten ist es, die andere Seite der Polarität in die gegebene Situation einzubringen, in die »absolute« Verzweiflung die Hoffnung und die Bewußtheit der Möglichkeiten, in das »absolute« Gefühl der Unfähigkeit die Bewußtheit der Fähigkeiten, auch wenn sie gerade im Hintergrund sind etc.

Für den Patienten ist dies ein Lernprozeß von etwas Neuem, da das 'abstrakte' Verhalten, z.B. sich von Erfahrungsgegebenheiten distanzieren zu können, diese in einen größeren Zusammenhang zu stellen, irgendwann aufgegeben und von stereotypen Anpassungsmustern ersetzt wurde. Diese dienen als Erklärungsmuster für Ereignisse, die mit dem kognitiven Repertoire zur Zeit des Entwicklungseinschnitts möglich waren. Hierunter fallen das magische Denken sowie inadäquate Handlungsschemata aufgrund unvollständiger Information.

Borderline-Patienten haben in der Regel ein großes Defizit an Information über sich und die Welt und benötigen diese vom Therapeuten. Sie sollten immer wieder ermutigt werden nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstehen oder wissen.

Da sie besonders für neue, problemadäquate Haltungen und Verhaltensweisen noch keine eigenen internen Kontrollen durch die 'abstrakte' Einstellung haben, benötigen

sie viel Erlaubnis durch den Therapeuten, bis sie dieses bestätigende Verhalten selbst internalisiert haben und selbst für sich anwenden können.

Das grundlegende Prinzip der therapeutischen Arbeit mit Borderline-Patienten ist die Förderung und Entwicklung der 'abstrakten' Einstellung, von internen Strukturen, um die Erfahrungen im Umgang mit der Welt integrieren, assimilieren zu können. Dies ist gleichbedeutend mit der Entwicklung eines 'Selbst', wie Laura Perls es bezeichnet hat, »the self is the integrating and integrated instance of the person while the ego is the boundary function, the temporary contact function.« (siehe bei Rosenfeld 1982, 22). Eine hilfreiche Technik zur Entwicklung und Förderung interner Strukturen bzw. der Benutzung der 'abstrakten Einstellung' ist die Arbeit mit 'Verträgen'.

Dies erfordert vom Patienten die Benutzung der 'abstrakten Einstellung'; z.B. ein selbstdestruktives Verhalten als solches zu definieren und aktiv problemlösende Handlungsmuster zu suchen, diese in der Realität umzusetzen und ihren Erfolg oder Mißerfolg zu reflektieren, statt mit seinen extrem konkreten Verhaltensmustern zu reagieren. Dasselbe Prinzip wie in der Vertragsarbeit unterliegt dem Einsatz des 'Experiments' als therapeutischer Intervention. Auch hierdurch wird eine strukturierte Situation geschaffen, die die Anwendung der 'abstrakten Einstellung' erfordert. Sie wird zusammen mit dem Patienten geplant, auch wird vorher ein Ziel bestimmt. Das Experiment darf keine Überforderung darstellen, sonst besteht die Gefahr, daß das Vermeidungsverhalten verstärkt wird.

Mit dem Verzicht auf alte Verhaltensmuster muß der Patient mit Unterstützung seiner 'awareness' Alternativen suchen. Dies kann ein längerwährender Prozeß sein, was kein Zeichen von Widerstand ist, sondern hier wird ein neues Verhalten gelernt.

Dieser Prozeß besteht in Umstrukturierungen oder Neustrukturierungen von 'Schemata' im Sinne Piagets (ein 'Schema' ist eine aktive und veränderbare kognitive Struktur, die Erfahrungsgegebenheiten intrapsychisch organisiert), wo langsam eine Struktur entsteht, eine Möglichkeit, die neue Erfahrung zu verankern, zum Teil des persönlichen Hintergrundes, der persönlichen Identität zu machen.

Dies ist der gleiche Prozeß wie in der Kindesentwicklung. Das Kind wird seiner Reife entsprechend in zunehmend komplexere Situationen gebracht oder sucht diese selbst. Im Bewältigen dieser Situationen gewinnt es neue Anpassungen und Stellungnahmen, Muster, Schemata.

In gleicher Weise werden in der Therapie solche neuen Situationen geschaffen. Mit dem Gewinn neuer, kreativer Anpassungen kann der Patient auf seine alten Stellungen oder Ersatzreaktionen, seine Schutzhaltungen und -gewohnheiten verzichten.

Manchmal ist mit Momenten einer solchen positiven Entwicklung eine anschließende pathologische Eskalation verbunden.

Dies kann ein Zeichen einer Überforderung durch ein zu komplexes Experiment sein. Meist ist es jedoch ein Anzeichen dafür, daß durch die gelungene Neugestaltung einer Situation, im Sinne einer stärkeren Autonomie in der Haltung gegenüber der Welt, isolierte Bereiche, die mit mißlungenen Versuchen verbunden sind, die 'abstrakte Einstellung' anzuwenden und deren formale und inhaltliche Charakteristika denen der aktuellen Situation entsprechen. Diese Restimulationen bzw. Erinnerungen treten als Bilder, Gedanken, körperliche Empfindungen und/oder Gefühle passiv aus dem Hintergrund hervor und interferieren mit dem aktuellen Erleben.

Häufig sind dies die regressiv-archaischen Inhalte früherer Introjekte oder Anpassungen daran, die existenziell bedrohlich erlebt werden. Sie werden als Verbote erlebt, eigenständig und erfolgreich zu sein, deren Übertretung mit Vernichtungs- und Todesangst gekoppelt ist.

Therapeutisch brauchen die Patienten in einer solchen Phase viel Schutz, sie müssen auf diese Reaktion vorbereitet werden, durch die Information, daß »diese strafenden Introjekte Fremdkörper sind, die nicht zu ihnen gehören, denen sie nicht zu folgen brauchen« o.ä. Diese Information ist deshalb von Bedeutung, weil sich der Borderline-Patient mit diesen Introjekten identisch fühlt, sie als ich-synton erlebt.

Dieser Schutz und diese Information sollten aus einer sorgenden Haltung heraus gegeben werden, wobei die Potenz des Therapeuten stärker sein muß als die der Introjekte. Den Introjekten ihre Macht zu entziehen gelingt nur, wenn der Therapeut dem Patienten immer wieder positive Botschaften vermittelt, wie: »Sorge gut für dich!; Du bist wichtig!; Du bist liebenswert!; Du kannst denken und Probleme lösen! Du kannst Dinge tun und die Umwelt beeinflussen!; Es ist schön, daß du da bist! etc.«. Diese Botschaften werden verbal und nonverbal vermittelt, direktiv gegeben oder vom Patienten durch Imitation aufgenommen. Durch diese Art von 'Beeltern' entstehen neue innere Bilder, die früheren treten mehr und mehr in den Hintergrund, verlieren mehr und mehr ihre vorher uneingeschränkte Macht.

Neben dem Vorhandensein von pathologischen inneren Bildern aufgrund der Introjekte ist in vielen Bereichen auch ein Fehlen von inneren Bildern in bezug auf Reaktionsmuster oder Handlungsschemata in bestimmten Lebenssituationen festzustellen oder das Vorhandensein von ineffektiven, inadäquaten Bildern aufgrund der primitiven kognitiven Möglichkeiten zur Zeit des Entwicklungseinschnitts.

In Rollenspielen kann der Patient ganzheitlich, d.h. motorisch, emotional und kognitiv, im Sinne von gedanklich und bildhaft, adäquate innere Bilder formen. Diese werden so zum Bestandteil des 'self-supports' und damit für die Aktivität der 'abstrakten Einstellung' verfügbar. Hierdurch erweitert sich das Spektrum der für die Person zulässigen Kontaktmöglichkeiten und damit seine Ich-Grenze.

Zum Abschluß möchte ich sagen, daß das technische Handwerkzeug in der Gestalttherapie mit Borderline-Patienten natürlich notwendig ist, das wirkliche therapeutische Agens ist jedoch immer wieder die dialogische Beziehung als existentieller Grund. Auf Seiten des Therapeuten ist dies sein Beteiligtsein an der Welt des Patienten durch sein phänomenologisches Vorgehen, seine Präsenz als autonomes Gegenüber, sein Bestätigen der gesamten Existenz des Patienten in der Balance aus Konfrontation und Unterstützung, sein Engagement in der Beziehung (zu den Buber'schen Merkmalen einer dialogischen Beziehung s.a. Yontef 1983).

LITERATUR

- Goldstein, K.: *Human Nature in the Light of Psychopathology*. Cambridge, Mass. 1947.
- Ders.: *Der Aufbau des Organismus*. The Hague 1934, Fotomechanischer Nachdruck 1963.
- Ders.: *Selected Papers / Ausgewählte Schriften*. The Hague 1971.
- Ders.: (1971a): *Notes on the Development of my Concepts*. In: Goldstein 1971, 1 - 12.
- Ders.: (1971b): *Abstract and Concrete Behavior*. In: Goldstein 1971, 365 - 399.
- Ders.: (1971c): *Bemerkungen zum Problem »Sprechen und Denken« auf Grund hirnpathologischer Erfahrungen*. In: Goldstein 1971, 443 - 465.
- Ders.: (1971d): *Concerning the Concept of »Primitivity«*. In: Goldstein 1971, 485 - 503.
- Kisker, K.P. et al.: *Psychiatrie der Gegenwart*. Heidelberg 1986.
- Perts, L.: *Two Instances of Gestalt Therapy*. In: Pursglove 1968, 42 - 63.

en
ch
u-
a-
ti-
ti-
.
o-
id
io
j-
r-
n

Perls, L.; Kitzler, R.; Stern, E.M.: Retrospects and Prospects: A
Dialogue between L. Perls, R. Kitzler, and E.M. Stern. In: Voi-
ces: The Art and Science of Psychotherapy 18, 2, 1982, 5-25.
Petter, G.: Die Geistige Entwicklung des Kindes im Werk von
Jean Piaget. Bern 1966.
Pursglove, P.D.: Recognitions in Gestalt Therapy. New York, Er-
anston, San Francisco, London 1971.
Rohde-Dachser, Ch.: Borderlinestörungen. In: Kisker 1986,
125-151.
Rosenfeld, E.: An Oral History of Gestalt Therapy: Part One. A
Conversation with Laura Perls. In: Wysong/Rosenfeld 1982.
3-25.
Schiff, J.L. et al.: Cathexis Reader. New York 1975.

Sherrill, R.E.: Gestalt Therapy and Gestalt Psychology. In: The
Gestalt Journal, Vol IX, 2, 1986, 53-66.
Wysong, J. & Rosenfeld, E.: An Oral History of Gestalt Therapy.
The Gestalt Journal. Highland, New York 1982.
Yontef, G.M.: Gestalttherapie als dialogische Methode. In: Inte-
grative Therapie 2-3, 1983, 98-130.

Anschrift des Verfassers:
Achim Votsmeier
Selcherstraße 12
8944 Grönenbach

e
t-
j-
t-
n
h
-
-
f
t