

9 Der Umgang mit Krisen in Institutionen und Teams bei der Behandlung von Borderline-Störungen

Einführung

In diesem Kapitel sollen zunächst typische Krisenmuster zwischen Team und Patienten in der stationären Behandlung von Borderline-Patienten dargestellt werden. Dabei zeigt sich, dass Borderline-Patienten mit ihrer Aktivierung früher Objektbeziehungsmuster und Abwehrstrategien innerhalb psychotherapeutischer Behandlungen auch unverarbeitete Konflikte, primitive Beziehungsmuster und Gegen-Agieren in therapeutischen Teams mobilisieren können.

Ein psychodynamisches Leitungsverständnis von Organisationen, das sich im Sinne des *Tavistock-Modells* am Konzept des *Containments* und der Organisation als *offenem System* orientiert sowie eine entsprechende Team-Supervision können helfen, diese destruktiven Prozesse einzudämmen, zu verarbeiten und eine sowohl für den Patienten als auch für das Team förderliche Atmosphäre des Lernens und der Entwicklung zu etablieren.

Während der ersten Wochen des Kosovo-Krieges zwischen NATO und Rest-Jugoslawien wird ein 23-jähriger Borderline-Patient auf die spezielle Borderline-Station einer Psychosomatischen Klinik aufgenommen. Der Patient hat eine lange Heimkarriere hinter sich, wurde in seiner Kindheit und Jugend von seinem Vater exzessiv geschlagen und lebt – seit längerer Zeit arbeitslos

– in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Das vereinbarte Behandlungsziel für den Patienten besteht darin, seine „soziale Anpassung“ zu verbessern, sodass es ihm möglich wird, Beziehungen zu unterhalten und eine Arbeit aufzunehmen.

Der erfahrene Therapeut stellt den Patienten in der externen Team-Supervision vor: Der Patient sei so ehrlich gewesen, zu ihm zu kommen und ihm zu sagen, dass er und eine Mitpatientin auf Station eine Beziehung begonnen hätten. Er habe das Gefühl, darin wichtige Erfahrungen zu machen, und bitte den Therapeuten, diese Beziehung zu dulden. Der Therapeut gerät daraufhin in einen starken inneren Konflikt: Einerseits gibt es die Stationsregel, dass Patienten während ihres Aufenthaltes keine (sexuelle) Beziehung zu einem Mitpatienten unterhalten sollen; andererseits leuchtet ihm ein, dass ja gerade dieser Patient es lernen soll, Beziehungen zu gestalten. Außerdem beeindruckt ihn die Ehrlichkeit des Patienten. Das Team zeigt sich in der Besprechung gespalten: Einige Mitglieder teilen die Einschätzung des Therapeuten, mit diesem Patienten eine Ausnahme machen zu können, andere haben den Eindruck, dass dieses Verhalten zu einer ganzen Reihe von provokativen Verhaltensweisen des Patienten gehöre. So laufe er auf der Station in einer Art Kampfanzug mit tief in die Stirn gezogener Mütze umher, habe seine Zimmertür (entgegen einer allgemeinen Stationsregel) mit Zeitungsausschnitten und Statements über den Kosovo-Krieg gepflastert und sitze zudem (zuweilen in Umarmung mit seiner „Freundin“) stundenlang auf einer Couch vor dem Stationszimmer, verfolge genau die Bewegungen der Teammitglieder und mache spöttische Bemerkungen. Dies habe schon dazu geführt, dass einige Teammitglieder lieber einen längeren Umweg zum Stationszimmer in Kauf nehmen, als direkt an ihm vorbeizugehen. Andere Teammitglieder hingegen schmunzeln bei seinem Anblick, sprechen ganz gern im Vorübergehen mit ihm und finden es – wie sie jetzt in der Sitzung sagen können – eigentlich ganz richtig, dass sich jemand in dieser Klinik zu den Problemen des Kosovo-Krieges äußert und „nicht alles unter den Teppich gekehrt wird“.

Die Teammitglieder und der Supervisor können nun zusammen erarbeiten, dass sich das Team in dem Dilemma befindet, entweder gegen die vielfältigen Regelverletzungen des Patienten einzuschreiten, dann aber als Tyrann gegenüber einem ohnmächtigen Opfer dazustehen, oder aber sich weiterhin vom Patienten tyrannisieren zu lassen und selbst ohnmächtiges Opfer zu sein.

Diese nicht lebbaren Alternativen sind eine typische *Beziehungsfalle*, in die Teams bei der Behandlung von Borderline-Patienten geraten (vgl. Kap. 1). Weiterhin wird deutlich, dass der Patient unbewusst bis vorbewusst virtuos

unterschiedliche Anteile *innerhalb* der Teammitglieder und *zwischen* Teammitgliedern aufgreift und ausspielt: Eigene adoleszente Anteile von Teammitgliedern bewirken, dass diese insgeheim die Lust am Regelbruch und an der Provokation billigen und fördern (vgl. Lohmer u. Wernz 2000). Manchen kommt selbst die Regel, keine Beziehungen auf der Station zu unterhalten, als „zu starr“ vor; und der Patient spricht mit seiner „Wandzeitung“ ja auch ein Thema an, das alle Teammitglieder selbst sehr beschäftigt. Das aggressive Auftreten wiederum entspricht einer oft gehemmten, abgewehrten und deswegen umso virulenteren, latent aggressiven Dynamik innerhalb des Teams. Hier kann der Beginn einer *Kollusion* beobachtet werden: Unausgesprochen und teilweise unbewusst lässt ein Teil des Teams den Patienten eigene unverarbeitete, abgewehrte, aber virulente Themen ausagieren, während andere Teile des Teams in starker Weise eine Ohnmacht dabei empfinden, etwas mit ansehen zu müssen (vgl. Lohmer u. Wernz 2000).

Gibt es keine Möglichkeit, eine solche Dynamik zu verstehen, zu analysieren und zu einer gemeinsamen Teamhaltung zu finden, kommt es zu einem *Stillstand* der therapeutischen Entwicklung: Der Patient kann Entwicklung und neue Erfahrungen durch den Rückgriff auf vertraute Beziehungsmuster vermeiden, wenn die Teammitglieder gelähmt sind, da sie von den unverarbeiteten Aspekten des Patienten infiziert sind und eigene ungelöste Themen die Arbeit blockieren.

Krisenmuster in der Behandlung von Borderline-Patienten

Regression und Erlösungshoffnung

An diesem für Borderline-Patienten typischen Fallbeispiel wird deutlich, dass das stationäre Milieu mit seinem starken *Regressionsangebot* für diese Patienten eine besonders schwierige Situation schafft. Diese Regressionsmöglichkeit ist bei neurotisch strukturierten Patienten eine notwendige Bedingung, um die bisherige rigide Abwehrstruktur etwas zu lockern und einen Zugang zu den eigenen infantilen Wünschen und Triebimpulsen zu erhalten. Bei Borderline-Patienten dagegen kann dasselbe Regressionsangebot die Illusion völliger Versorgung und die Gefahr einer weiteren Fragmentierung der Ich-Struktur fördern.

Eine Reihe von Autoren (z.B. Adler 1973; Dulz u. Schneider 1995; Friedman 1969; Janssen 1990; Lerner 1980; Lohmer 1988; Wishnie 1975)

hat darauf hingewiesen, dass gerade intensive Behandlungs-Settings, die eine Vielzahl therapeutischer Kontakte während des Tages anbieten, regressive Entwicklungen und selbstdestruktives Agieren bei Borderline-Patienten eher fördern als verhindern. Modell (1963) meint dazu, dass das Selbst dieser Patienten in der Regel aus zwei Bildern besteht. Eines entspreche dem eines hilflosen Kindes, das andere dem eines sich omnipotent gebenden oder omnipotent zerstörerischen Selbst. Der Patient schreibe dabei den omnipotent gütigen oder omnipotent destruktiven Aspekt des Selbstbildes dem Therapeuten zu. Auf diese Weise habe er das Gefühl, dass er nichts sei als ein hilfloses Kind. „Der Therapeut wird also unausweichlich als jemand wahrgenommen, der mit magischen omnipotenten Qualitäten ausgestattet ist und der nur durch seinen Kontakt mit dem Patienten eine Heilung bewirken wird, ohne die Notwendigkeit, dass der Patient aktiv oder verantwortlich sein muss“ (Modell 1963, S. 284; Übersetzung M.L.). In seiner magischen Hoffnung, sich nach einer symbiotischen Verschmelzung mit solch einem omnipotenten Objekt besser zu fühlen, vollständiger zu sein und vor den eigenen „bösen“, destruktiven Seiten geschützt zu sein, wird der Patient jedoch zwangsläufig enttäuscht. Der Patient wird sich voller Wut von diesem Objekt abwenden, gleichzeitig aber von der Angst erfüllt sein, mit seiner Wut dieses Objekt beschädigt zu haben und nun dessen Rache fürchten zu müssen. Er wird sich ein neues Objekt suchen, mit dem die gleiche Erfahrung aufs Neue wiederholt wird. In einem intensiven Behandlungs-Setting wird diese Illusion der Hilfe durch symbiotische Verschmelzung somit ständig neu provoziert und enttäuscht; ein sich selbst verstärkender Teufelskreismechanismus wird aufgebaut.

Neben der strukturellen Schwierigkeit, dass die Station viele solche als omnipotente Heiler phantasierbare Objekte bietet (Therapeuten, Krankenpflegepersonal, Praktikanten usw.), wird das Regressionsangebot durch die weit gehende Versorgungssituation zusätzlich verstärkt (Essen und Wohnen wird bereitgestellt, der Patient muss nicht arbeiten und erlebt nur wenige der realistischen Anforderungen, wie sie in der Außenwelt gelten, an sich gestellt). Damit wird die Phantasie genährt, Heilung könnte möglich sein, ohne selbst Initiative ergreifen und Frustrationen ertragen zu müssen.

Narzisstische Verführung und Gegenübertragung des Teams

Der strukturelle Beitrag der Station zu dem oben beschriebenen Teufelskreis von phantasierter Erlösung und destruktiver Enttäuschungswut wird durch eine generelle Gegenübertragungseinstellung verstärkt, die für die Mitglieder helfender Berufe in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Team charakteristisch ist. Wishnie (1975) hat beschrieben, wie sich die Mitglieder eines

solchen Teams als sensible, warme, sorgende und wohlwollende Individuen sehen möchten. Dahinter liegt die Annahme, dass der Patient durch eine warmerherzige und positive Beziehung Vertrauen lernen kann, verständnisvolle und stützende Kontakte sein Selbstbewusstsein entwickeln, er sich mit seinen vorher abgelehnten Anteilen versöhnen und somit Heilung erfahren kann. Dies entspräche in etwa dem Behandlungsverlauf, wie er den Teammitgliedern von neurotischen Patienten vertraut ist. Die direkte Anwendung dieser Behandlungsphilosophie bei Patienten mit Borderline-Störung kann aber genau den oben beschriebenen Mechanismus von Erlösungswünschen und destruktiver Enttäuschungswut auslösen. Dieses Selbstbild eines warmen und wohlwollenden Helfers kann nämlich dazu führen, dass ein Mitarbeiter die über projektive Identifizierung in ihn verlagerte Rolle eines omnipotenten und allwissenden Helfers nur allzu gerne annimmt. Der narzisstische Sog, von einem Patienten bevorzugt zu werden und eine „spezielle Beziehung“ zu ihm zu haben, mit der sonst niemand ausgezeichnet wird, kann dazu führen, dass sich ein Mitarbeiter vom Rest des Teams innerlich entfernt, dass er nach und nach seine Objektivität bei der Beurteilung des Patienten und dessen verzerrter Beziehungswahrnehmung verliert. Damit verliert er aber natürlich auch die Möglichkeit, dem Patienten bei der Beurteilung seiner gegenwärtigen Situation zu helfen. „Objektiver zu sein könnte den Patienten ärgerlich machen und damit das Risiko beinhalten, die ‚spezielle Beziehung‘ zu verlieren. Das wirkliche Risiko aber besteht darin, dass das Teammitglied damit seine Vorstellung von sich verlieren könnte, ein warmer und omnipotenter Heiler zu sein“ (Wishnie 1975, S. 53; Übersetzung M.L.). Die Aufrechterhaltung dieser speziellen Beziehung führt schließlich zu der oft beschriebenen Spaltung des Teams in Mitarbeiter, die vehement für eine „verständnisvoll“ gewährende Behandlung des Patienten werben, und solche, die eine straffere, einschränkendere, manchmal aber auch unbewusst sadistisch-bestrafende Behandlung des Patienten fordern.

Sobald ein Mitarbeiter, der eine spezielle Beziehung zu einem Patienten unterhält, versucht, die Rollenzuschreibung des Patienten abzustreifen oder durch eine unvermeidbare Enttäuschung plötzlich das Umschlagen einer heftig positiven in eine heftig negative Übertragung des Patienten erfährt, kann es bei ihm selbst zu starken Gegenübertragungsgefühlen von Wut, Enttäuschung und Gegenentwertung des Patienten als Schutz vor dessen Entwertung kommen. Wishnie (1975) meint dazu: „Wenn Teammitglieder immer wieder in ihren eigenen Phantasien von Omnipotenz und Gutartigkeit durch den raschen Wechsel in der Übertragung des Borderline-Patienten erschüttert werden, entsteht eine Tendenz, sich vom Patienten abzuwenden, ihn zu ignorieren oder mit ihm in ständige Machtkämpfe zu geraten und seine Verlegung oder Entlassung zu betreiben. Diese Sequenz: Verführung, verletzter Narzissmus des Mitarbeiters, Abwendung vom Patienten, Zunahme von destruktiven Macht-

kämpfen, die schließlich zur Entlassung oder Verlegung führen, erfüllt bei Patienten und Mitarbeitern eine Abwehrfunktion. Der Prozess von Verführung und Machtkampf hält den Patienten in Kontakt mit den Objekten seiner Umgebung, während er gleichzeitig eine genauere Untersuchung des tiefen Gefühls von Leere beim Patienten verhindert. In diesen Machtkämpfen reagiert der Patient so, als hätten ihn die Mitarbeiter in einer Übereinkunft enttäuscht, ihm alle seine Wünsche zu erfüllen. Als Konsequenz dieser Annahme fühlt sich der Patient nun bei jeder seiner Reaktionen auf die Enttäuschung legitimiert und im Recht. Die in einem Machtkampf befangenen Individuen sind aber praktisch nicht dazu in der Lage, sich auf die Tatsache zu konzentrieren, dass nie ein solches Versprechen ausgesprochen wurde, sondern dass es einem projizierten Wunsch des Patienten entspricht“ (S. 54, Übersetzung M.L.). In dieser Beschreibung wird deutlich, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation über eine spezifische Fähigkeit verfügen, die Mitarbeiter eines Teams in ihre eigenen magischen Denzkreise hineinzuziehen und zu einer regressiven Realitätsverzerrung eines ganzen Teams beizutragen.

Institutionelle Dynamik und regressive Gruppenprozesse

Ich habe bisher zu zeigen versucht, wie der regressive Sog eines Stationsmilieus bei Borderline-Patienten spezifische Erwartungen weckt, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen, und wie er zu einer speziellen Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation zwischen Patient und Mitarbeitern führen kann. Ich möchte nun noch einen regressionsfördernden Aspekt des stationären Settings beschreiben, der durch die institutionelle Dynamik einer Station zustande kommt.

Der Patient gerät bei Beginn der Therapie in eine neue Umgebung; diese ist kaum strukturiert, in ihr gibt es nur wenige klare Rollen, Regeln und Normen, und er kann nicht auf seine normalen sozialen, familiären und beruflichen Rollen zurückgreifen, die seine Identität sonst stützen. Zusätzlich wird das Gleichgewicht des Patienten noch dadurch labilisiert, dass er gleichzeitig zu vielen verschiedenen Personen im stationären Milieu Beziehungen aufnimmt. Kernberg (1981) hat darauf hingewiesen, dass unstrukturierte Gruppen die Regression auf frühe Objektbeziehungsmuster fördern. Viele verschiedene Objekte ermöglichen dabei eine Vielzahl verschiedener Objektbeziehungen. Gerade bei Patienten auf einem niederen Strukturniveau, wie den Borderline-Patienten, sind die verschiedenen Objektbeziehungseinheiten nur schlecht integriert und können daher auch rasch aktiviert werden. Das heißt, in der Klinik kommt es zu einer raschen Aufnahme von Beziehungen, die primitive Teilobjektbeziehungen repräsentieren. Dies erklärt, warum es bei Patienten, die in die Klinik kommen, so schnell zu einer Darstellung des pathogenen Konflikts in

der Beziehung zum Selbst, zu den Mitpatienten und zu den Therapeuten kommt. Wie in einem Theater mit vielen Mitspielern, in dem er selbst der unbewusste Regisseur ist, wird der Patient daher seine unbewusste Szene im Milieu der psychotherapeutischen Station entfalten. Diese Regression auf frühe Objektbeziehungsmuster führt zum Aufleben entsprechender infantiler Abhängigkeitswünsche, heftiger Ängste vor Verfolgung und Vernichtung sowie primitiver Abwehrmechanismen zur Bewältigung dieser Ängste wie Spaltung, Verleugnung und projektive Identifizierung. Je weniger strukturiert eine stationäre Umwelt ist (wie es z. B. auf viele Psychiatrische Aufnahmestationen zutrifft), desto stärker ist das regressive Potenzial einer Station. Umgekehrt sind diejenigen Borderline-Spezialstationen besonders erfolgreich, die ein hohes Maß an durchsichtiger, nachvollziehbarer und klarer Struktur mit eindeutigen Anforderungen und rascher Integration des Patienten in den Tagesablauf gewährleisten.

Neben dieser strukturellen Grundbedingung der institutionellen und Großgruppendynamik, die das Regressionspotential jedes einzelnen Patienten fördert, gibt es auch regressive Gruppenprozesse, die die Gesamtgruppe der Patienten, Subgruppen der Patienten, aber auch die Gesamtgruppe von Patienten und Mitarbeitern erfassen können. Bion (1961) hat darauf hingewiesen, dass in jeder Arbeits- und Therapiegruppe drei „Grundannahmen“ entstehen können, die einer unbewussten regressiven Gruppenphantasie entsprechen.

Grundannahme meint hier, dass sich die Mitglieder der Gruppe so verhalten, als wäre diese Grundannahme für sie handlungsleitend. Die erste dieser drei Grundannahmen ist die der *Abhängigkeitsgruppe*. Die Gruppenmitglieder suchen sich dabei unbewusst einen Führer, den sie mit phantasierten magischen Fähigkeiten ausstatten, zu dem sie sich in eine Abhängigkeitsbeziehung begeben, dem sie sich unterwerfen, von dem sie aber auch Schutz, Nahrung und Heilung erwarten. Dieser Führer kann sowohl ein Gruppenmitglied als auch der Gruppenleiter sein. Die Gruppenmitglieder geben dabei eigene Selbststeuerungsfähigkeiten auf und projizieren die Fähigkeit zur Erfüllung ihrer Wünsche nach Rettung, Ernährung und magischem Schutz in den Führer. Da die Führerfigur die omnipotenten Erwartungen auf Dauer natürlich nie erfüllen kann, schlägt die Erwartungs- und Unterwerfungshaltung regelmäßig in Wut und Aggression gegen den Führer um, der nun entwertet, bekämpft, in der Phantasie vernichtet und entweder durch einen neuen Führer oder durch eine neue Grundannahme der Gruppe ersetzt wird.

Die zweite Grundannahme ist die der *Kampf-Flucht-Gruppe*. Die Gruppe verbündet sich dabei gegen einen gemeinsamen Außenfeind, der die Gruppe vorübergehend eint, sodass die Gruppe nun eine gemeinsame Bedrohung von außen empfindet. Erlebt sich die Gruppe als stark, wird sie gegen den Außenfeind kämpfen. Erlebt sich die Gruppe als schwach, wird sie gemeinsam

vor ihm flüchten. Die Gruppenmitglieder teilen also eine gemeinsame paranoide Wahrnehmung.

Die dritte Grundannahme ist die der *Paarbildungsgruppe*. Die Gruppe erhofft sich dabei das Heil nicht nur von einer einzelnen Führerfigur, sondern projiziert ihre Wunsch- und Heilserwartungen in ein (phantasiertes) meist heterosexuelles Paar. Von diesem Paar wird erwartet, dass es den „Messias“ produziert, was einer grandiosen Idee oder einer magischen Lösungsmöglichkeit für die Probleme der Gruppe entsprechen kann; aber auch diese Erwartung wird mehr oder weniger rasch enttäuscht und führt dazu, dass die Gruppe ihre Grundannahme ändert.

Je unstrukturierter dabei die Gruppe ist, je weniger präzise Rollen- und Aufgabendefinitionen sie besitzt, desto stärker werden diese Grundannahmen aktiviert. Der Wechsel dieser Grundannahmen lässt sich gut in Stationsversammlungen beobachten, an denen alle Patienten und alle Teammitglieder teilnehmen. Zunächst herrscht meist die Dynamik einer *Abhängigkeitsgruppe* mit den entsprechenden Wünschen an die Therapeuten, die Fragen beantworten, Themen vorgeben und den Verlauf der Gruppe strukturieren sollen. Werden diese Erwartungen enttäuscht, schlägt die Stimmung oft um in eine *Kampf-Flucht-Gruppe*, die Gruppe der Mitarbeiter wird zum bedrohlichen Außenfeind, der die Gruppe der Patienten eint. In dieser Situation werden oft Borderline-Patienten durch ihre rasche Bereitschaft zur paranoiden Wahrnehmung und ihr Aggressionspotential zu „Oppositionsführern“ innerhalb solcher Kampf-Flucht-Gruppen, die gegen das Team gerichtet sind. Das Aufdecken dieser Dynamik kann dazu führen, dass die Gruppe ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangt und sich auf ihre autonomen kreativen und realitätsangemessenen Fähigkeiten besinnt. Bleibt die Bearbeitung dieser Großgruppendynamik aus, kann dagegen auf der Station eine lähmende, destruktive Atmosphäre entstehen, in der die nicht ausgetragenen Spannungen durch Ausagieren (z. B. Selbstverletzung, Schlägereien, Selbstmordversuche, Missachtung der Stationsregeln) abgeführt werden. Dies kann schließlich zur Folge haben, dass auch bei neurotischen Patienten, vor allem aber bei Borderline-Patienten, die psychotischen Teile der Persönlichkeit mit der entsprechenden Realitätsverzerrung aktiviert werden. Diese Grundannahmen bleiben dabei nicht auf die Gruppe der Patienten beschränkt. Main (1957) hat darauf hingewiesen, dass regredierte Patienten die Aktivierung dieser Grundannahmen auch bei den Mitarbeitern der Klinik bewirken können. Umgekehrt kann natürlich auch eine regressive Stimmung der Mitarbeiter die Aktivierung dieser Grundannahme in der Gruppe der Patienten bewirken, sodass es zu einer gegenseitigen Verstärkung dieser Grundannahmen und damit zu einer gemeinsamen Realitätsverzerrung kommen kann.

Der regressionsfördernde Charakter einer stationären Psychotherapie kann also die Pathologie von Borderline-Patienten verstärken, statt sie aufzulösen.

Andererseits ist ein gewisses Maß an Regression die Grundbedingung dafür, dass der Patient seine abgespaltenen und unbewussten Objektbeziehungsmuster in seiner Beziehung zu Mitpatienten und Mitarbeitern der Station darstellen und erleben kann. Ein zu starrer Behandlungsrahmen, der durch ein Übermaß von Regeln, Vorschriften und Verhaltensnormen sowie ein zu distanzierendes Verhalten der Mitarbeiter regressive Entwicklungen zu vermeiden sucht, hätte zur Konsequenz, dass das diagnostische Erkennen und therapeutische Bearbeiten der pathogenen Konflikte des Patienten nicht mehr möglich wäre und der Patient bestenfalls in eine äußere Anpassung an die Normen der Station gezwungen würde. Der Rahmen der stationären Behandlung muss also zum einen ausreichend flexibel sein, um die regressive Darstellung der Beziehungspathologie zu ermöglichen, zum anderen sollte er verlässliche Grenzen bieten, um ein Ausufern der regressiven Dynamik zu verhindern und den Patienten, aber auch den Mitarbeitern ein „Lernen aus Erfahrung“ (Bion 1962) zu ermöglichen.

Die Bewältigung von Krisen: die Aufgaben von Team, Leitung und Supervision

Wie gelang es dem Team in unserem anfänglichen Fallbeispiel, seine Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen? Zunächst wurde im Rahmen der Team-Supervision Folgendes erarbeitet: Hinter der Frage, ob dem Patienten eine Ausnahme von der Stationsregel, keine Beziehungen zu unterhalten, gestattet werden sollte, stand die Verleugnung der aggressiven Provokation durch den Patienten und die Kollusion mit eigenen adoleszenten Anteilen. Durch die Erlaubnis, im Rahmen der Team-Supervision auch die lustvollen Aspekte der Provokation auszusprechen und nachzuempfinden, konnte die Kollusion ohne Gefühle von Schuld und Beschämung analysiert werden; damit konnte die Projektion auf und Delegation an den Patienten zurückgenommen werden. Dieses erweiterte, befreiende emotionale Erleben im Team (einhergehend mit Äußerungen von Ärger, aber auch von Lachen und Schmunzeln) erlaubte dann im zweiten Schritt eine emotionale Distanzierung: Die Dringlichkeit des Mitagierens und der Übernahme der Perspektive des Patienten oder des Gegenagierens und damit der „Bestrafung“ des Patienten ließ nach; die wiederum hinter dem Agieren des Patienten liegende Beziehungsfälle konnte erstmals formuliert werden: „Entweder wir werden zum Tyrannen

und der Patient zum Opfer, wenn wir ihm Grenzen setzen, oder aber der Patient bleibt Tyrann, und wir werden zum ohnmächtigen Opfer, wenn wir ihn gewähren lassen.“ Die Erhellung dieser Dynamik im Rahmen der Team-Supervision erlaubte einen Schwenk des Fokus: Es ging nicht mehr um die Frage, ob dem Patienten eine Ausnahme gewährt wird, sondern wie ihm die oben beschriebene Beziehungsdynamik vermittelt werden kann. Dabei wurde deutlich, dass sich das Team noch nicht vollständig aus der Paralyse durch die Infizierung mit der Patientendynamik befreit hatte: Es zeigte sich ratlos angesichts der Frage, ob man dem Patienten nun die Beziehungsfälle interpretieren solle und man dann abwarten könne, was geschehe, oder ob man ihm Grenzen setzen müsse.

In einer anschließenden Arbeitssitzung mit dem Chefarzt der Klinik wurde die Problematik nochmals berichtet. Der Chefarzt als Außenstehender zeigte sich erstaunt von der Willfähigkeit des Teams gegenüber dem Patienten und fragte, was denn eigentlich der therapeutische Auftrag des Patienten an das Team sei. Nach einigem Überlegen konnte sich das Team erinnern, dass der Behandlungsauftrag lautete, dem Patienten zu helfen, sein Beziehungs- und Sozialverhalten zu verbessern. Jetzt erst fiel es den Teammitgliedern wie Schuppen von den Augen, dass das Agieren des Patienten seinem eigenen bewussten Behandlungsauftrag diametral entgegenstand und das Team am eigenen Leibe erlebte, auf welche Weise der Patient durch Provokation, Entwertung und Ansprüchlichkeit Beziehungen gefährdete und ein Auskommen in Arbeitssituationen torpedierte. Durch die Intervention des Chefarztes konnte das Team nun formulieren, dass dem Patienten dieses Verständnis über den kommunikativen Aspekt seines Agierens und die Art der Beziehungsfälle gedeutet werden solle und gleichzeitig der Verzicht auf das Agieren als Grenze von ihm eingefordert werden müsse, damit der Patient – gemäß seinem eigenen Auftrag – überhaupt die Chance erhielt, ein beziehungsförderliches Sozialverhalten zu lernen.

Die Beziehung von „Container“ und „Contained“ als Modell der therapeutischen Beziehung

Bion (1962) hat in seinem entwicklungspsychologischen Modell gezeigt, wie die frühe Mutter für das Kleinkind zu einem Behälter (Container) wird, der vom Kind nicht verarbeitbare Affekte (Hunger, Angst, Unzufriedenheit) als projizierte Elemente („das Enthaltene“ – Contained) aufnimmt und zunächst stellvertretend verarbeitet. Dies ist ein emotional-kognitiver Prozess, in dem die Mutter identifikatorisch den geistigen Zustand des Babys nacherlebt und

bedenkt und dieser durch die Fähigkeit der Mutter zum Containment in eine Handlung oder ein Verhalten überführt wird. Das kann ein verständnisvolles Reden mit dem Kind, ein Füttern, ein Halten etc. sein. Das Kleinkind wiederum kann sich mit der emotional-kognitiven Kapazität seiner Mutter zum Containment identifizieren und auf diese Weise schließlich selbst Denk- und Verarbeitungsprozesse erwerben.

Dieses entwicklungspsychologische Modell stellt auch ein gutes Modell für die therapeutische Beziehung dar. Im obigen Fallbeispiel haben wir gesehen, wie das Team stellvertretend für den Patienten seine widersprüchlichen unintegrierten Affekte sowie Selbst- und Objektaspekte integriert und zu einem kohärenten Verständnis verarbeitet hat. Es nimmt damit gegenüber dem Patienten eine Containing-Funktion ein. Der Prozess ist dadurch gekennzeichnet, dass sich das Team in den Patienten einfühlt, sich infizieren lässt, ohne aber die zugeschriebenen Rollen und Affekte vollständig zu übernehmen. Die Möglichkeit des *Verarbeitens* mit Nachempfinden und Reflektieren kann dem Patienten schließlich eröffnet werden kann. Dieser in jeder therapeutischen Dyade wirksame Prozess des Containments kann und sollte durch eine unterstützende Ausrichtung des sozialen Systems der Institution, in der die Behandlung geschieht, unterstützt werden.

Psychotherapeutische Institutionen als offene Systeme

Aus der gruppensystemischen Arbeit am Tavistock Institute of Human Relations, das eng mit der kleinianisch orientierten Tavistock Clinic in London verbunden ist, wurde die Systemtheorie von Miller und Rice zur Beschreibung und Analyse von Individuen, Gruppen und Organisationen entwickelt (Miller 1976; Miller u. Rice 1967; Rice 1965; s. auch Lohmer 2000). Bekannt wurde die Arbeit des Tavistock Institutes vor allem durch seine Großgruppenlaboratorien (Group Relations Training Program). Verschiedene Autoren (z. B. Heim 1984; Janssen 1987; Kernberg 1981; Lohmer 1988) haben diese Systemtheorie auch auf die Psychotherapie angewandt.

Zentral für die Systemtheorie von Miller und Rice ist die Auffassung, dass Organisationen (also z. B. Betriebe, Kliniken, Vereine etc.), um lebensfähig zu sein, *offene Systeme* darstellen müssen. Ein offenes System ist dadurch gekennzeichnet, dass es in einem Austausch mit seiner Umwelt steht. Es verfügt über einen Input (bei Betrieben z. B. Rohstoffe, bei einer Klinik behandlungsbedürftige Patienten), einen Umwandlungsprozess (in einem Betrieb die Herstellung des Produkts, in einer Klinik die Behandlung von Patienten mit verschiedenen Verfahren) und einen Output (z. B. das fertige Produkt oder die behandelten Patienten, die entlassen, verlegt oder weitervermittelt werden).

Jedes offene System kann dabei durch seine *Primäraufgabe* definiert werden; diese bestimmt den Zweck der Organisation und bezieht sich auf den Austausch der Organisation mit der Umwelt. Bei einem Betrieb kann die Primäraufgabe beispielsweise die marktgerechte Herstellung und der Verkauf von Produkten sein, bei einer Klinik die Behandlung von Patienten. Die Primäraufgabe verbindet die Mitglieder der Institution untereinander und die Organisation mit der Außenwelt. Wird diese Primäraufgabe nicht mehr erfüllt, ist die Existenz des offenen Systems gefährdet, und es beginnt sich in Richtung eines geschlossenen Systems zu entwickeln, das in keinem Austausch mit seiner Umwelt mehr steht und in seinem Überleben gefährdet ist. Für das Funktionieren eines offenen Systems ist die Steuerungsfunktion („Control Function“) von entscheidender Bedeutung. Die *Steuerungsfunktion* muss die Grenzen des Systems bestimmen und bewahren. Üblicherweise wird diese Funktion von der Leitung bzw. vom Management einer Organisation wahrgenommen. Ein Zusammenbruch der Systemgrenzen, sei es zwischen den verschiedenen Subsystemen einer Organisation, sei es zwischen der Organisation und der Umwelt, führt zu einem Zusammenbruch der Kontrolle; dadurch steht die Erfüllung der Primäraufgabe auf dem Spiel, wodurch wiederum das Überleben der Organisation gefährdet ist.

Wie jede Organisation ist auch eine psychotherapeutische Klinik ein komplexes System mit unterschiedlichen Aufgaben, Rollen und Subsystemen. Die unterschiedlichen Subsysteme bestehen dabei in vielfältigen horizontalen und vertikalen Gliederungen. So stellen die einzelnen Berufsgruppen (z. B. Krankenpflegepersonal, Psychotherapeuten, Therapeuten der Spezialverfahren, Sozialarbeiter) verschiedene Subsysteme des Gesamtsystems dar, ebenso die verschiedenen Behandlungs-Settings. Die Steuerungsfunktion über die Gestaltung dieser Grenzen und über die Erfüllung der Primäraufgabe der Klinik wird durch die offizielle Leitung der Klinik wahrgenommen, z. B. durch die Oberärzte und den Chefarzt bzw. den Verwaltungsdirektor. Aber auch alle anderen Mitglieder der Organisation üben *Führung* aus, indem sie in ihrer jeweiligen Rolle die Verantwortung übernehmen, die an sie bezogen auf einen speziellen Aufgabenbereich delegiert wurde.

Diese systemtheoretische Perspektive kann auf Gesellschaften, Organisationen und Gruppen, aber auch einzelne Individuen angewendet werden. Rice (1969) fasst das Ich eines Menschen als seine Steuerungsfunktion auf. Die Ich-Funktion vermittelt zwischen der äußeren und inneren Welt, sie definiert so die Grenze zwischen innen und außen. In der Beziehung zum einzelnen Individuum nimmt sie eine „Führungsrolle“ ein und übt eine „Management-Steuerungsfunktion“ aus. Entsprechend kann Psychopathologie als der teilweise oder völlige Zusammenbruch der Steuerungsfunktion des Ichs angesehen werden. Damit ist aber auch eine realitätsgerechte Gestaltung von Beziehungen und die Befriedigung von Bedürfnissen des Patienten, also seine Primäraufgabe, gefährdet.

Die Bewältigung von Krisen: die Aufgaben von Team, Leitung und Supervision

Kernberg (1981) vergleicht die Aufgabe des Psychotherapeuten mit der Einführung eines Beraters in ein solches System. Im Falle eines Patienten kann so die therapeutische Aufgabe als die Wiedererrichtung der Steuerungsfunktion und der Fähigkeit des Patienten, wieder selbst die Leitung zu übernehmen, gesehen werden.

Das Ausmaß an Störung und psychischem Schmerz, das in der therapeutischen Arbeit mit diesen Patienten spürbar wird, kann zudem bei den Mitarbeitern eine starke *kollektive Abwehrdynamik* auslösen. Menzies (1970) hat beschrieben, wie die Art und Weise, in der soziale Systeme organisiert sind, auch als psychosoziale Abwehr gegenüber den heftigen Affekten, die in der Arbeit mit schwer gestörten Patienten mobilisiert werden, verstanden werden kann. Die kollektive Verleugnung einer solch schweren Störung, eine besonders mütterlich-versorgende oder aber rigide-straftende Haltung innerhalb eines Behandlungsteams, können so auch als Ausdruck *psychosozialer Abwehrmechanismen* gesehen werden (vgl. Lohmer 2000).

Das Beachten der verschiedenen Grenzen und die effektive Ausübung der Steuerungsfunktion an diesen Grenzen kann nun dazu beitragen, diese regressiven Entwicklungen des Gesamtsystems zu verhindern oder doch zumindest rechtzeitig zu bemerken. Durch eine funktionale Ausübung der Steuerungsfunktion kann die Institution dem Patienten gleichzeitig ein Modell für den Umgang mit seiner Steuerungsfunktion an seinen Ich-Grenzen sein. Dies kann die Fähigkeit des Patienten stärken, zwischen innen und außen zu unterscheiden; das Erleben einer funktionalen nichtautoritären Leitungsfunktion kann ihm dabei helfen, seine eigene Leitungsfunktion wahrzunehmen und Verantwortung für sich zu übernehmen.

Die Arbeit an den Grenzen erfolgt in unterschiedlichem Maße auf der Ebene aller Subsysteme. Das jeweils umfassendere, und daher mit weiter reichenden Leitungsfunktionen ausgestattete Subsystem nimmt dabei eine Schutz-, Steuerungs- und Containing-Funktion für das patientennähere Subsystem ein. In einem Bild ausgedrückt könnte man dies mit der Konstruktion der „russischen Puppe“ vergleichen, in der die jeweils kleinere Puppe von einer größeren umhüllt wird, die ihrerseits in einer noch größeren steckt (vgl. Abb. 9-1).

Im Subsystem der *therapeutischen Beziehungen* (z. B. der Psychotherapie, den nonverbalen Therapieverfahren, der Milieutherapie) geschieht die Beachtung der Grenzen durch die Aufrechterhaltung des Settings (d. h. der Bestimmung von Ort, Zeit, Dauer und Art der therapeutischen Bearbeitung); wird das Setting durch das Agieren des Patienten gefährdet, so kann dies zunächst in den einzelnen therapeutischen Beziehungen angesprochen und bearbeitet werden. Die einzelnen Therapeuten stellen so gegenüber dem Patienten mit ihrem Setting das umfassendere System dar, das dem Patienten dabei hilft, seine Grenzen wieder zu stabilisieren und seine eigene Steuerungs- und Leitungsfunktion wahrzunehmen.

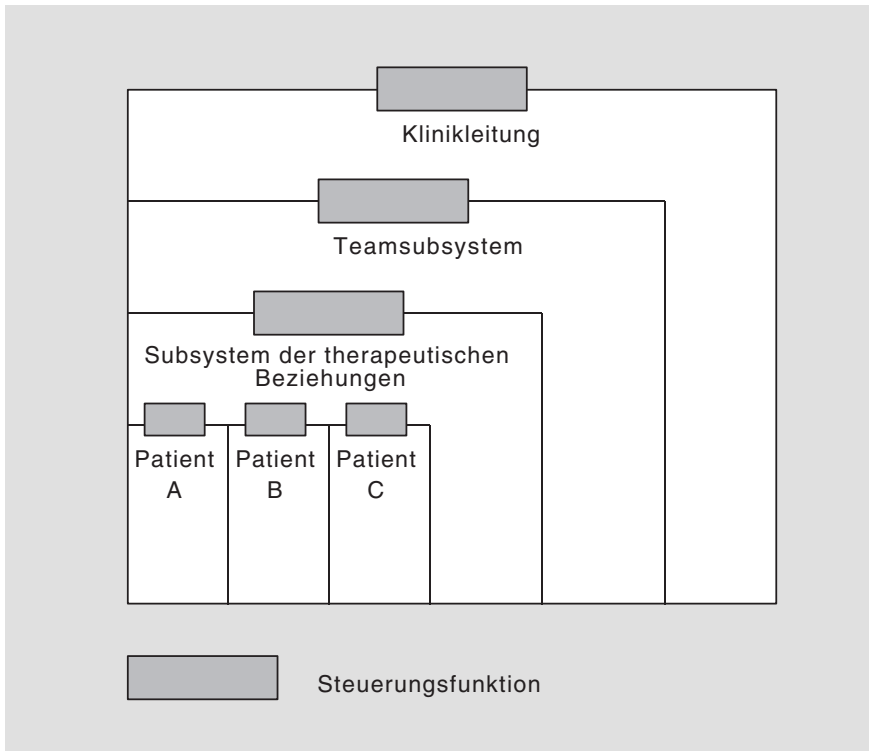


Abb. 9-1 Das Containment-System der stationären Psychotherapie

Die Besprechung und Verarbeitung der therapeutischen Prozesse auf der Ebene des *Team-Subsystems* stellt das nächst umfassendere Subsystem dar, das für die einzelnen therapeutischen Settings im Sinn eines übergeordneten Containing zuständig ist. Ist beispielsweise ein Therapeut gegenüber einem Patienten in seiner Steuerungsfunktion beeinträchtigt, was durch ein Übermaß an projektiven Identifizierungen des Patienten immer wieder geschehen kann, so ist seine therapeutische Funktion für den Patienten gefährdet. Die Klärung der Übertragungs-/Gegenübertragungsszene innerhalb des Teams, also der im Containing enthaltene Verarbeitungs- und Verstehensprozess, soll dem Therapeuten dabei helfen, seine Steuerungsfunktion wieder zu erlangen. Reicht die psychotherapeutische Bearbeitung des Agierens nicht aus, können auf der Ebene dieses Subsystems auch Sanktionen besprochen und beschlossen werden. Das Team als *kollektives Management* stellt so auch ein Bindeglied zwischen Therapie und Verwaltung (Management) der Organisation dar. Hier können Gefährdungen der Grenzen bemerkt und verstanden sowie damit wichtige integrative Funktionen erfüllt werden. So hat die Teambesprechung bei-

spielsweise die Aufgabe, ein diagnostisch-therapeutisches Verständnis der einzelnen Patienten bzw. der Gruppendynamik einer Station zu erarbeiten. Insofern sie den Umgang der Patienten mit dem Stationsrahmen zum Gegenstand hat und Konflikte zwischen den Mitarbeitern behandelt, dient sie aber auch der Aufrechterhaltung der Organisation und ihrer Grenzen. So kann z. B. die ständige Regelverletzung durch einzelne Patienten oder Gruppen von Patienten (z. B. Missachtung des Alkoholverbots, der Ausgangszeiten, Störung der Nachtruhe oder Gewalttätigkeit) zum einen als diagnostisch-therapeutisches Problem gesehen und im Rahmen der Teambesprechung auf seinen konflikt-dynamischen Ausdrucksgehalt hin untersucht werden. Zum anderen stellen solche Regelverletzungen auch eine Gefährdung des Gesamtsystems und des Rahmens der stationären Psychotherapie dar. Erfolgt keine Grenzen setzende Reaktion, wird sich ein Laissez-faire-Stil entwickeln, der eine Konfrontation mit dem Agieren unmöglich macht und zur Zerstörung des Rahmens beiträgt. Die Einigung auf solche Grenzen setzenden Reaktionen des Teams dient damit neben der Behandlung des Patienten auch der Aufrechterhaltung der Organisation und ihrer Arbeitsfähigkeit.

Das nächst umfassendere Subsystem besteht in der *Klinikleitung*. Es ist mit der Regelung der Arbeit der Gesamteinstitution befasst. Wird beispielsweise die Arbeitsfähigkeit eines Teams durch die regressive institutionelle Dynamik zwischen Patienten und Mitarbeitern oder andere Belastungsfaktoren (vgl. Kap. 6, S. 151) beeinträchtigt, so ist es die Aufgabe der Klinikleitung und ihrer Repräsentanten (z. B. des Chefarztes oder der Oberärzte), durch klärende oder Grenzen setzende Interventionen zur Stabilisierung der Steuerungsfunktion eines Teamsystems beizutragen. In unserem Fallbeispiel entsprach dies der Intervention des Chefarztes, der in der gemeinsamen Sitzung dem Team die Frage nach dem *Behandlungsauftrag* stellte. Dies entspricht der Aufgabe der Klinikleitung, auf die Erfüllung der *Primäraufgabe* der Institution und die dafür notwendigen Grenzen zu achten. Gleichzeitig ist es die besondere Aufgabe des Leitungssystems, die Beziehungen zur Außenwelt zu regulieren und damit auf einer politischen Ebene für die Lebensfähigkeit der Institution zu sorgen.

Damit der Patient sich mit der Containing-Funktion der Mitarbeiter identifizieren und so selbst wieder die „Leitung“ für sich übernehmen kann, muss die gesamte therapeutische Arbeit so gestaltet sein, dass die einzelnen Mitarbeiter und Subsysteme auch unter emotionalen Belastungen ihre Containing-Funktion aufrechterhalten können. Mitarbeiter und Teams müssen sich vom Gesamtsystem hinreichend gehalten und unterstützt fühlen, um diese Aufgabe erfüllen zu können. Ist die Steuerungsfunktion in einem der Subsysteme (z. B. im Einzeltherapeuten und seinem Setting, dem Team oder der Gesamteinstitution) nicht mehr gewährleistet, kann auch die therapeutische Funktion des einzelnen und der Gesamteinstitution für den Patienten nicht mehr wahrge-

nommen werden. Eine klare, eindeutige Ausübung der *Leitungsfunktion* und eine transparente Abgrenzung von *Verantwortungsbereichen* trägt dazu bei, diese Aufgabe zu erfüllen. Ebenso wichtig ist eine *Supervision* auf allen Ebenen (z. B. des Einzeltherapeuten, der Schwestern und Pfleger, der extravertalen Therapeuten und des Gesamtteams). Janssen (1987) hat beschrieben, worin beispielsweise die Rolle des Oberarztes in einer Beratung des Teams und seiner Subsysteme bestehen kann. Diese *interne* Supervision sollte durch eine *externe Team-Supervision* ergänzt werden. Auch eine regelmäßige Supervision des *Leitungsteams* kann entscheidend zur Stärkung der Containing-Funktion der Leitung einer stationären Einrichtung beitragen.

Indem solche Steuerungsfunktionen im System eingebaut sind, wird die Möglichkeit gestärkt, sich immer wieder auf die jeweilige *Primäraufgabe* zu konzentrieren. Geschieht dies nicht, können die Behandlungsziele aus dem Blickfeld geraten, die Grenzen der einzelnen Subsysteme können verschwimmen, oder die Durchführung der Primäraufgabe kann durch das Überwiegen der Dynamik der Grundannahmengruppen und damit der Störung der Arbeitsfähigkeit der Gruppe gefährdet werden.

Zusammenfassung

- Der Versorgungscharakter einer psychotherapeutischen Station führt zu einer grundsätzlichen, bei neurotischen Patienten auch erwünschten Regression auf kindliche Bedürfnisse und Erwartungen, vermindert jedoch besonders bei Borderline-Patienten die Bereitschaft, Verantwortung und Aktivität innerhalb des therapeutischen Prozesses zu übernehmen.
- Der Verlust von Struktur und Sicherheit sowie die Vielzahl verständnisvoller und stützender Kontakte induzieren Krisen, in denen zunächst *illusionäre Erlösungshoffnungen* genährt und schließlich enttäuscht werden.
- Die spezielle *narzisstische Empfänglichkeit* von „Helfern“ für die Idealisierung durch Patienten und das Angebot einer „speziellen Beziehung“ fördert eine komplementäre Gegenübertragungseinstellung der Teammitglieder, die zu einer gemeinsamen Realitätsverzerrung mit den Patienten, zu Machtkämpfen und einer Spaltung des Teams führen kann.
- Die Orientierung des sozialen Systems stationärer Psychotherapie an der Ausübung einer Containing-Funktion hilft der Institution, präverbale Erfahrungen und nonverbale Interaktionen in verstehbare und sprachlich darstellbare Beziehungsmuster zu übersetzen. Sie wird durch die *Rolle* des Therapeuten und durch sein *Setting* geleistet.
- Die Gestaltung der Institution nach den Gesichtspunkten eines *offenen Systems* unterstützt die Containing-Funktion.

- Das Beachten der verschiedenen *Grenzen* und die effektive Ausübung der *Leitungs- und Steuerungsfunktion* können dazu beitragen, regressive Entwicklungen des Gesamtsystems zu verhindern. Darüber hinaus hilft es dem Patienten, seine eigene Steuerungsfunktion wahrzunehmen und die Ich-Grenzen wiederherzustellen.
- Um die Containing-Funktion effektiv ausüben zu können, müssen die einzelnen Mitarbeiter in ihren Subsystemen und dem Gesamtsystem der Klinik ausreichend getragen und unterstützt werden.
- Eine *psychoanalytisch-systemisch orientierte Team-Supervision* stellt in der stationären Behandlung von Borderline-Patienten eine besonders wichtige Form des Containments dar – der institutionalisierte Blick von außen kann als triangulierende Erfahrung dazu beitragen, Verwicklungen innerhalb des Teams zu verstehen und aufzulösen. Damit kann eine stellvertretende Form der Integration stattfinden, die im nächsten Schritt dann eine entsprechende Integration beim Patienten bzw. bei der Patientengruppe ermöglicht.