

Stefan Bischof
“**Wenn die Grenzen verschwimmen**”
Borderline Phänomene
Referat AFA-Tagung Hannover 1997

1. Einleitung

Im Laufe meiner therapeutischen Praxis als Atem- und Körpertherapeut begann ich mir vor etwa 6 Jahren folgende Fragen zu stellen:

- Wie kommt es, dass ich in einer Atembehandlung den Eindruck habe, der Klient sei in seinem Körper sehr durchlässig für den Atem, doch der Behandelte selber ist völlig unberührt davon?
- Was geschieht, wenn eine Patientin mich in einer Stunde vollkommen idealisiert, in der nächsten aber plötzlich in Tränen ausbricht und die Therapiestunde feindselig verlässt?
- Wieso wird der intensive Kontakt, der in einer guten Stunde erreicht wurde, in der nächsten zwangsweise abgewertet?
- Warum bin ich gegen Ende einer Stunde bei manchen Patienten verwirrt, unklar und desorientiert, obwohl ich dies normalerweise nicht in dieser Art kenne?

Diese und andere Fragen wollte ich mir beantworten, um besser zu verstehen, was ich tue und was in der therapeutischen Beziehung geschieht. Ich stiess dabei auf die Problematik der frühen Störungen, ein enorm komplexes Gebiet, das ich hier stark vereinfacht darlegen möchte. Ich beziehe mich dabei auf die Konzepte der psychosomatischen Klinik in Grönenbach, wo ich einige Fortbildungen besuchte sowie auf die Integration dieser Konzepte in meine Arbeitsweise.

2. Definition

Um die Problematik der frühen Störungen einigermaßen begreifen zu können, ist es unabdingbar, zunächst einmal die normale, gelungene Entwicklung des Menschen auf körperlicher und seelischer Ebene zu verstehen. Dazu das Schaubild 1.

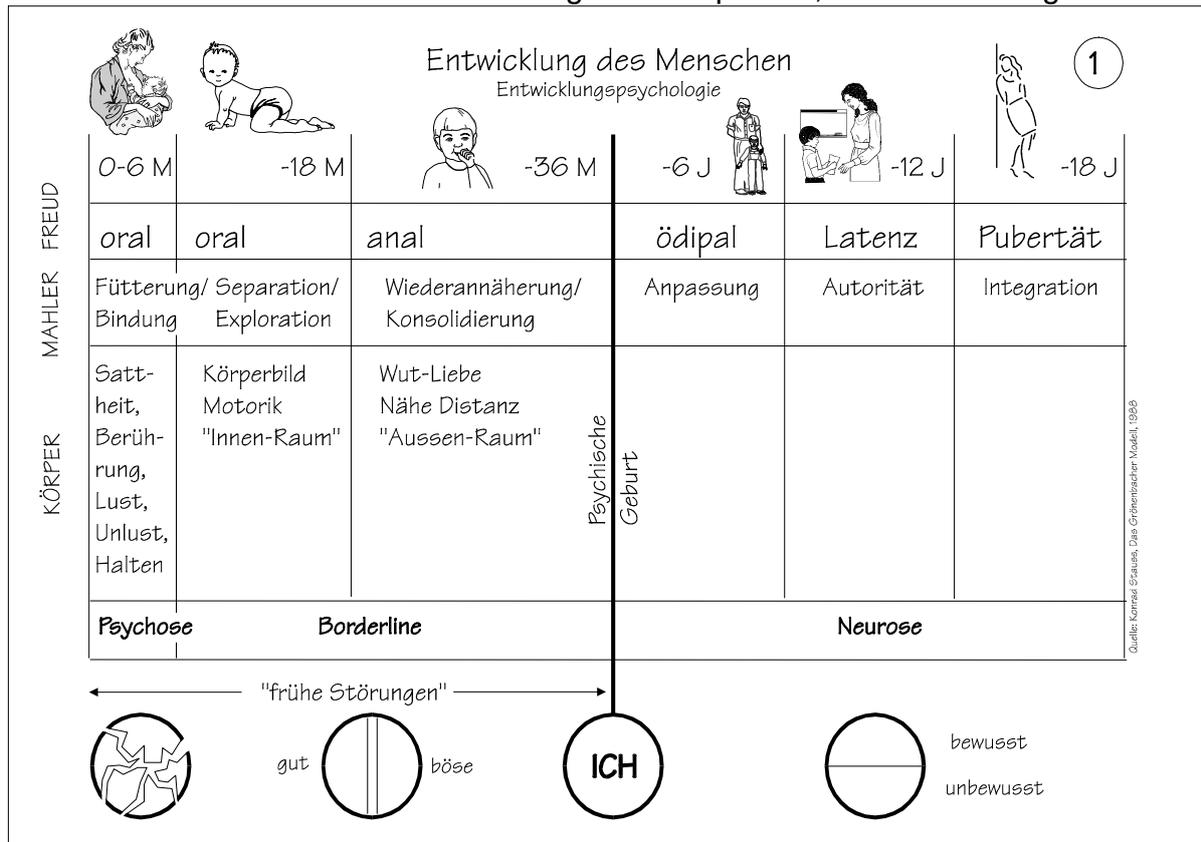
In der Entwicklungspsychologie unterscheidet man verschiedene Entwicklungsphasen, von denen die Freudschen Termini bekannt sein dürften. Margaret S. Mahler unterscheidet nach Kriterien, die sich auf die Art des Kontaktes zu den frühen Bezugspersonen beziehen. Während dieser verschiedenen Phasen werden jeweils spezifische leib-seelische Funktionen ausgebildet.

Für unser Thema ist die Zeit der ersten drei Lebensjahre interessant, an deren Ende Frau Mahler die psychische Geburt des Menschen sieht. Dort nämlich hat sich ein eigenständiges, stabiles Ich gebildet.

In der ersten Phase (bis 6. Monat), der **Fütterungs- und Bindungsphase**, geht es in erster Linie um Sättigkeit und Hunger, Lust und Unlust, Sicherheit durch Berührung und Gehaltenwerden und Existenzangst durch körperliches und/oder seelisches Verlassensein. Der Körper entwickelt in dieser Phase die Empfindung für Druck, Gewicht, Lage und Tastsinn, leib-seelische Spannung und Lösung.

In der zweiten Phase (vom 6. bis 18. Monat), der **Separations- und Explorationsphase**, beginnt das Kind, sich getrennt von der Mutter zu erleben und erkundet

seine Umwelt. Es entwickelt dabei seine Motorik mit den Empfindungen von Kraft und Schwäche. Daraus entsteht ein eigenes Körperbild, das in der Folge ein Erle-



ben des eigenen Innenraumes ermöglicht.

In der dritten Phase (vom 18. bis 36. Monat), der **Wiederannäherungs- und Konsolidierungsphase**, gewinnt das Kind die Fähigkeit, die guten und bösen Teile der Eltern zu internalisieren, miteinander zu verschmelzen und die Eltern als ganze zu lieben. Während dieses Prozesses entsteht das Erleben von Nähe und Distanz. In der Folge werden Gefühle von Liebe und Wut entwickelt. Mit den internalisierten Elternbildern entsteht die Fähigkeit, die Abwesenheit der Eltern zu ertragen. In dieser Phase lernt das Kind, sich selber vom Du zu unterscheiden, ohne sich dadurch zu verlieren und entdeckt damit den Raum zwischen sich und dem Du, den Aussenraum.

Am Ende dieser Phase hat das Kind die Fähigkeit zur Objekt- und Beziehungskonstanz erworben. Nach MAHLER hat damit die psychische Geburt stattgefunden. Es gibt jetzt ein konstantes ICH.

Die weiteren Phasen der Entwicklung sind für unser Thema nicht relevant und sollen deshalb hier nicht erläutert werden.

3. Diagnostik

Ob die ICH-Entwicklung geglückt ist oder ob noch kein stabiles ICH vorhanden ist entscheidet darüber, ob es sich um eine neurotische Störung handelt oder um eine der sogenannten frühen Störungen. Zu den frühen Störungen zählt die Psychose, bei der das ICH fragmentiert und der Realitätsbezug nicht mehr möglich ist, sowie die Borderline-Störungen, bei denen die narzisstischen Störungen einen Sonderfall bilden, der hier aus Zeitmangel ausgeklammert werden soll.

Herausragend bei den Borderline - Störungen ist die **Spaltung des ICH's** in ein gutes und böses Segment. Ein Mensch mit dieser Störung kann sich nur entweder im guten oder im bösen Segment befinden. Die neurotische Störung zeigt sich dagegen darin, dass bei einem Konflikt Unvereinbares ins Unbewusste **verdrängt** wird und so eine Trennung zwischen Bewusstem und Unbewusstem entsteht.

Schauen wir uns das auf dem Schaubild 2 genauer an: Da bei einem neurotischen Menschen ein ICH vorhanden ist, es lediglich nicht angemessen funktioniert, spricht man von einer funktionalen ICH-Störung.

| | | |
|------------------|---|---|
| Entwicklung | Die ICH-Entwicklung ist geglückt | Kein stabiles ICH |
| Grenzen | JA, Unterscheidung zwischen ICH+DU | instabil - die Grenzen verschwimmen |
| Konflikt | Trieb (Lustgewinn+Frustrationsvermeidung) | Nähe + Distanz (Verschlungen/verlassen sein) |
| Angst | Liebesverlust | ICH-Verlust (Auflösung, Fragmentierung) |
| Abwehr | Verdrängung (ins Unbewusste) | aktive Spaltung von gut und böse |
| Diagnose | funktionale ICH-Störung | strukturelles ICH-Defizit |
| Wahrnehmung | JA | eingeschränkt - keine ganzheitliche |
| Denken | JA | eingeschränkt - ganzheitlich nicht möglich |
| Körper | fühlt, empfindet als ganzer Mensch | fühlt, empfindet nur als abgespaltene Teilperson, im Extrem Nichterleben des Körpers, Rechts-Links-, Innen-Außenraumunterscheidung, |
| Setting | Kontinuität, ICH-Botschaften, Introspektion, Selbstverantwortung des Klienten | Symbiose+Verliebtheit, primitive Idealisierung + Abwertung, Flucht + Therapieabbruch, projektive Identifikation, destrukt. Ausagieren |
| Gegenübertragung | | Verwirrung, Aggression, Schuldgefühle |

Im Gegensatz dazu ist bei einer Borderline-Störung das ICH noch nicht ausreichend ausgebildet, es besteht ein strukturelles ICH-Defizit. Deshalb ist auch der Grundkonflikt ein völlig verschiedener: der Neurotiker möchte in erster Linie Frustrationen vermeiden, (z.B. Liebesentzug, Aggression auf sich ziehen, ausgegrenzt werden) und möglichst viel Lustgewinn erzielen. Beim Borderliner wird es viel existentieller: Er pendelt zwischen der Angst vor dem Verschlungenwerden in der Nähe und der Angst, verlassen zu sein, wenn Distanz da ist. Die Angst des Neurotikers ist Liebesverlust, die Angst des Borderliners ICH-Verlust. Gegen diese Ängste gibt es unterschiedliche Abwehrmassnahmen: Der Neurotiker bewahrt sein ICH vor dem Konflikt, indem er verdrängt, was Liebesverlust nach sich ziehen könnte. Der Borderliner identifiziert sich entweder mit einem guten ICH-Anteil oder mit einem bösen, d.h. er spaltet sich aktiv. **Psychisch und körperlich gibt es beim Borderliner keine klaren Grenzen zwischen dem ICH und dem DU.** Auch die Wahrnehmung ist eingeschränkt, z.B. können Denken und Fühlen nur unabhängig voneinander funktionieren oder sind stark vernebelt, getrübt. Ist z.B. eine Klientin im minderwertigen Segment (Selbstentwertung), lebt sie in einer art magischen Welt, die zu diesem Segment passt ("Alle lehnen mich ab") und ist nicht in der Lage, das wahr-

zunehmen, was im Hier und Jetzt stattfindet (Kompliment, Zuwendung, Berührung etc.)

Auf Körperebene fühlt und empfindet der Neurotiker als ganzer Mensch, er kann sich z.B. einem unbewussten Körperteil zuwenden, sich auf ihn sammeln. Der Borderliner fühlt und empfindet nur als abgespaltene Teilperson. Ist er mit dem guten Segment identifiziert, kann er sich entspannt fühlen, der Atem kann fließen, er sucht die Verschmelzung mit dem Behandler und fühlt sich mit ihm im 7. Himmel, unabhängig von dem, was tatsächlich in der Behandlung geschieht! Ist er allerdings im minderwertigen/bösen Segment, könnte der Behandler zum Monster werden, und er muss im Extremfall aus seinem Körper emigrieren, um sich zu schützen.

Die Therapiestunden mit Neurotikern und Borderline-Patienten sehen deshalb sehr verschieden aus. Normale Neurotiker bleiben bei ihnen wichtigen Themen. Ihre Botschaften sind ICH-Botschaften. Sie haben die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Vorgänge in ihrem Innern zu halten. Sie übernehmen in der Regel Verantwortung für den Therapiefortschritt und haben wenig Erlösersehnsüchte. In der Behandlung könnte das z.B. folgendermassen aussehen:

Die Hand des Th. liegt auf der Schulter der Klientin. Diese öffnet die Augen, sieht ihn an und sagt: "Wie schön, wenn Sie mir Ihre warme Hand auflegen. Ich fühle mich dann so geborgen und kann loslassen. Wie lange habe ich das wohl entbehrt? Wenn ich daran denke, werde ich traurig und wütend zugleich. Das wünschte ich mir auch von meinem Mann".

Ganz anders in den Therapiestunden der früh gestörten Patienten. Die Stunden sind durch mannigfache Störungen gekennzeichnet. Dazu im Folgenden einige Fallbeispiele:

Symbiose und Verliebtheit, primitive Idealisierung

Die Hand des Th. liegt auf der Schulter der Patientin. Die Patientin scheint sehr durchlässig und weich, der Atem fließt ohne Konturen in alle Richtungen. Nach der Behandlung schaut sie den Th. wie einen Erlöser an und spricht bewundernd von seinen heilerischen Fähigkeiten. Sie erzählt Wochen später: "Als Ihre Hand auf meiner Schulter lag, habe ich Sie innerlich umarmt, mir kamen Bilder, wie wir zusammen glücklich sind und Sex haben".

Hier handelt es sich um eine Pseudodurchlässigkeit, die aus dem Verschmelzungs-erleben resultiert. In diesem Zustand würde die Klientin alles mit sich machen lassen und sich völlig preisgeben, zumindest solange, bis sie plötzlich mit Panik registriert, dass sie sich selber dabei auflöst.

Verschlungen werden und verlassen sein

Die Hand des Th. liegt auf der Schulter der Patientin. Der Atem stockt, sie liegt wie erstarrt da, setzt sich nach einiger Zeit plötzlich auf und sagt feindselig: "Ich muss weg hier" und verlässt die Stunde. Der Th. bleibt vielleicht mit Schuldgefühlen, zumindest mit Verwirrung zurück. In der nächsten Stunde aber - der Th. hat schon darüber nachgedacht, dass es so nicht geht und er die Patientin loswerden möchte -

betont diese zu Beginn, dass sie ohne die Behandlungen nicht sein könnte. Dies mag den Th. noch mehr irritieren oder sogar aggressiv machen, weil er etwas völlig anderes wahrgenommen hat.

Was ist denn hier passiert? Diesmal wird die Hand nicht als die Hand des Erlösers erlebt, sondern als Monstrum, das sie erdrücken, erwürgen oder schlagen könnte, ja es sogar tun wird. Um der Bedrohung zu entgehen, muss sie fliehen. Nach der Flucht jedoch fühlt sie sich plötzlich von Gott und aller Welt verlassen, mutterseeleallein und dadurch wiederum existentiell bedroht und muss alles tun, um die Beziehung wieder herzustellen, vor der sie geflohen ist. Das Schuldgefühl des Th. ist die Gegenübertragungsreaktion auf das Schuldgefühl, das die Patientin hat, weil sie ja die Beziehung abgebrochen hat, also ihrer Meinung nach vollkommen unwert ist (böses Segment).

Widerstand gegen Autonomie, Therapieabbruch

Die Hand des Th. liegt auf der Schulter der Patientin. Der Th. spürt, dass die Patientin eine Zeit lang ganz unter der Hand, also ganz da ist. Für ihn wird es spannend. Er spürt, dass die Arbeit "gut" ist. Plötzlich bricht die Patientin in Tränen aus, steht von der Liege auf und verlässt die Therapie. Der Th. ist völlig verwirrt, weil er spürte, dass vielleicht zum ersten Mal eine Begegnung über den Atem möglich war. Später kommt ein Anruf, dass die Patientin die Behandlung nicht weiterführen möchte. Begründungen gibt es dann viele: Inkompetenz, des Th., 5 Min. Unpünktlichkeit des Th., Geldprobleme, bis hin zu aggressivem Drohverhalten (Anzeige beim Amtsarzt).

In diesem Fall spürte die Patientin kurzfristig und unvorbereitet **eigene Gefühle**. Das heisst, dass sie sich plötzlich als getrennt vom Th. , d.h. autonom erleben musste. Doch ohne tragfähiges ICH will man sich noch nicht getrennt fühlen. Das wäre so bedrohlich, dass man die Beziehung abbrechen muss. Eine Abwertung ermöglicht dem frühgestörten Menschen, hilfebedürftig zu bleiben, während eine aggressive Drohung ihm hilft, sich im bösen Segment wieder zu stabilisieren.

Emigration

Die Hand des Th. liegt auf der Schulter der Patientin. Der Atem reagiert nicht oder wenig auf die Berührung. Der Körper liegt starr, wie auf einer Bahre da. Der Th. nimmt wahr, dass die Patientin nicht anwesend ist. Auf die Frage, womit sie beschäftigt wäre, sagt sie: "Mit nichts Speziellem". Etliche Stunden später, als der Th. sie darauf anspricht, dass sie jeweils nicht erreichbar scheint, gibt sie ihr Geheimnis preis. Sie lächelt und meint: "Ich schaue von der Ecke der Zimmerdecke auf Sie hinunter, wie Sie mich behandeln. Ich selbst habe damit gar nichts zu tun".

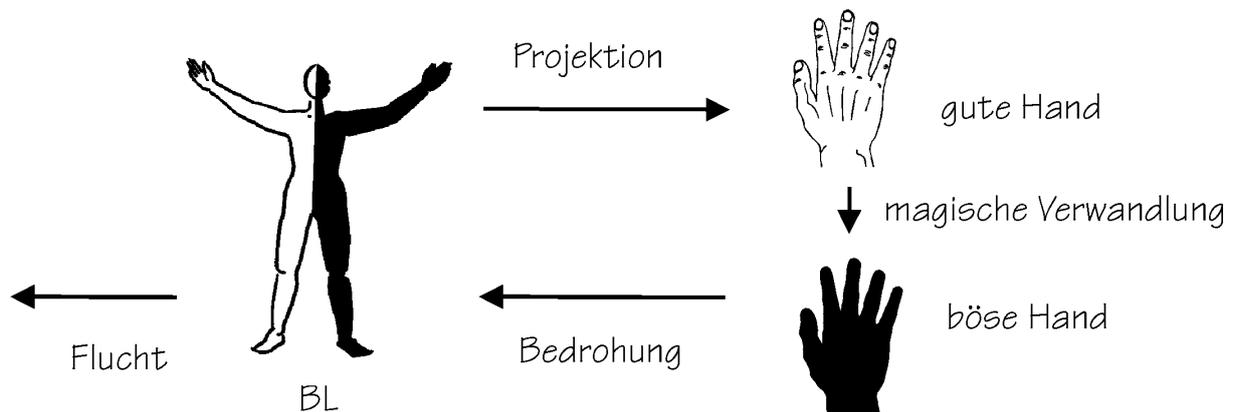
Emigration aus dem Körper ist immer dann notwendig, wenn Nähe als zu bedrohlich erlebt wird. Emigration erscheint als eine Möglichkeit, Nähe und Distanz selbst bestimmen zu können, ohne sich verlassen fühlen zu müssen, wie das bei Flucht der Fall wäre.

Projektive Identifikation

Die Hand des Th. liegt leicht und raumgebend auf der Schulter der Patientin. Diese zieht plötzlich ohne ein Wort ihre Schulter zurück. Später darauf angesprochen, beschreibt sie die Situation folgendermassen: "Ich fand Ihre Hand plötzlich unangenehm grabschig, eine richtige Klaue. Diese Klaue wurde so bedrohlich, dass ich es nicht mehr aushielt".

3

Projektive Identifikation



Es ist klar, dass hier die Realität der raumgebenden Berührung uminterpretiert wird in etwas Bedrohliches. Die Patientin projiziert das schlechte Segment in die Hand des Th.. Im zweiten Schritt reagiert die Patientin mit Angst auf die nun magisch verzauberte Hand, als wenn sie in Wirklichkeit böse wäre. Diese Art von Wirklichkeitsverzerrung ist ein typisches Leitsymptom bei frühgestörten Menschen. Streng definitionsgemäss würde die Patientin zusätzlich versuchen, den Th. dazu zu bringen, sich so zu verhalten, wie sie es durch ihre Projektion von ihm erwartet.

Destruktives Ausagieren

Partnerübungen in einer Atemgruppe. Der Atemlehrer geht korrigierend von einem Paar zum anderen. Eine Frau erstarrt, platzt fast vor Wut, als er sie berührend korrigiert. In der Unterrichtspause verlässt sie den Kurs ohne Abschied. Später sagt sie: "Ich hatte das Gefühl, ich muss Sie umbringen oder zum Fenster hinauspringen."

Unter dem Oberbegriff destruktives Ausagieren kann man alles fassen, was den inneren Konflikt nach aussen verlagert und dem Pat. hilft, sich im schlechten Segment zu stabilisieren, was den inneren Druck reduziert.

Dazu gehören:

durch aggressives Verhalten Verwirrung stiften, Schuldzuweisungen, Suiziddrohung, Selbstaggression, z.B. Selbstbeschädigung (Schnibbeln, Nagelhäutchen

zupfen, Haut abreiben, Kopf gegen die Wand schlagen, Lippen zerbeißen), zwanghaftes sexuelles Ausagieren, Fressen, Trinken, Medikamente andere Süchte.

Diese Verhaltensweisen sind therapieboykottierend (Schlupflöcher). Sie werden nicht als Unvermögen angesehen, sondern als Widerstand gegen das Gesundwerden! Sie müssen vom Th. interpretiert und mit Hilfe von sogenannten Non-Verträgen gestoppt werden. Werden diese Non-Verträge nicht eingehalten, ist in der Regel Therapie nicht möglich.

4. Therapie

Nach kompetenter Schätzung sind etwa 30-70% aller Psychotherapiepatienten Borderline-Fälle. (ROHDE-DACHSER, 1985) In meiner atemtherapeutischen Praxis ist der Prozentsatz ähnlich hoch. Die Gründe dafür sind noch wenig erforscht. Es gibt Hinweise, dass die veränderten, sozio-kulturellen Bedingungen, unter denen die Kinder heute aufwachsen, eine Rolle spielen.

Atem- und Körpertherapien, die regressiv arbeiten, setzen ein konstantes ICH voraus, sind deswegen eigentlich Neurosetherapien. In der Praxis des Atem- und Körpertherapeuten ist also ein grosses Umdenken erforderlich, zumindest eine genaue Wahrnehmung der Psychostruktur der Menschen, die zu uns kommen. In dem diagnostischen Kapitel wurde hoffentlich deutlich, dass die Psychostruktur bei Neurotikern und bei Frühgestörten grundverschieden ist und deshalb auch die Therapie verschiedene Zielsetzungen haben muss. Im Schaubild 4 sind die Unterschiede in den beiden Therapieformen aufgelistet.

| | | |
|--------------|---|---|
| Intention | Unbewusstes soll bewusst werden | Das ICH soll stabil werden |
| Focus | Gefühl | Beziehung |
| Setting | Der Neurotiker kann freien Raum besetzen | Der BL verliert sich im freien Raum |
| Intervention | Ansprache, kontaktende Berührung aufdeckende und regressive Arbeit, Deutung und Spiegelung | Distanz, (Nicht)-Vertrag, Struktur- und Grenzsetzung, Realitätsbezug, Kognition |
| Verlauf | Der Klient kann Gefühle wahrnehmen, anschauen und an sein ICH anschliessen. Neuentscheidungen sind möglich | Der Therapeut konfrontiert destruktive Verhaltensmuster des Patienten, dieser erlernt Beziehungskonstanz und erlebt, dass eigene Gefühle ihn nicht vernichten |
| Regression | ist im Dienste des ICH's | ist bedrohlich, das ICH ist gefährdet, der BL fragmentiert, löst sich auf, Psychosegefahr (Kunstfehler!) |
| Körperarbeit | ist fruchtbar, weil die vergessenen unbewussten, im Körper gespeicherten Gefühle vom ICH integriert werden können | nur bedingt, sie steht in einem ersten Schritt ganz im Dienst des Aufbaus des ICH's |

© Stefan Bischof, Wenn die Grenzen verschwinden, 1997

Bei der Neurosetherapie geht es im Grunde darum, dass Unbewusstes bewusst wird, damit der Mensch in die Lage versetzt wird, neue Entscheidungen zu fällen und angemessener handlungsfähig wird. Der Fokus liegt dabei auf den unbewussten Gefühlen, über deren Bewusstwerdung der Klient sein ICH vervollständigt und mehr er selbst wird.

Die Regression, die dabei auftritt, steht also im Dienste des ICH's. Der Therapeut schafft für den Klienten einen Raum, den dieser mit zunehmender Bewusstwerdung füllen und gestalten kann. Die Mittel des Therapeuten sind, Ansprache (Nähe), kontaktende Berührung, aufdeckende und regressive Arbeit, Deutung und Spiegelung. Die Körperarbeit ist dabei sehr fruchtbar, weil die vergessenen, unbewussten, im Körper gespeicherten Gefühle wiedererlebt und vom ICH integriert werden können.

Das Ziel in der Therapie mit frühgestörten Patienten ist die Stabilisierung des ICH's.

Der Fokus liegt auf der Beziehung. Da der Frühgestörte sich in einem offenen, unstrukturierten Raum verlieren würde, sind glasklare Strukturen und Grenzsetzungen Grundvoraussetzung für eine Therapie, z.B. Zeitrahmen, Bezahlungsmodus, Regelmässigkeit, genaueste Absprachen für Krisensituationen u.a. Non-Verträge für alle Formen destruktiven Verhaltens. Non-Verträge sind Abmachungen, in denen der Patient schriftlich oder mündlich seinen Entscheid formuliert, seine Formen destruktiven Handelns zu stoppen. Im Weiteren werden für die Nichteinhaltung dieser Abmachungen sogenannte "Positive Sanktionen" (Dinge die ihm gut tun, die er aber sonst vermeidet) festgelegt, die der Patient innerhalb einer bestimmten Frist einlösen muss. Bricht der Patient die Verträge mehr, als im Vertrag festgelegt, erhält

er eine letzte Chance, den Therapeuten vom Sinn der Fortsetzung der Therapie zu überzeugen. Gelingt ihm dies nicht, wird die Therapie beendet.

Da der Frühgestörte zu Beginn der Behandlung die Signale seines Körpers nicht wahrnimmt und auch Gefühle keine Leitfunktion übernehmen können, ist es nötig, vorerst das Denken als Hilfsfunktion des ICH's zu schulen. Das geschieht im Sinne des Erlernens von immer gleichbleibenden Verhaltensschritten zur Reduzierung der Fragmentierungsangst. Ein Beispiel dafür: gegen das Problem, sich aufzulösen hilft z.B. das Herausfinden der Distanz zum Therapeuten, in der die Patientin sich nicht durch zuviel Nähe bedroht fühlt. Die Aufgabe der Patientin ist es, diese Übung in den Alltag zu übertragen. Innerhalb der Behandlungsstunde gibt es ebenfalls immer wieder Anlässe, die dies nötig machen.

Der Frühgestörte kann noch nicht symbolisieren, denn er kann noch nicht trennen zwischen sich und dem Du. Er kann z.B. nicht sagen: sie reden jetzt genau **wie** meine Mutter. In diesem Moment **ist** die Therapeutin seine Mutter. Es geht also darum, den Realitätsbezug herzustellen, indem die Therapeutin sich abgrenzt und den Patienten damit konfrontiert, dass **er** etwas verändern muss, statt die alte, destruktive Symbiose erzwingen zu wollen.

Im Verlauf der Therapie erlernt der Patient Beziehungskonstanz statt Flucht und Therapieabbruch und erlebt, dass authentische Gefühle ihn nicht vernichten.

Die Arbeit mit Regression, um Unbewusstes bewusst zu machen, ist für Neurotiker angebracht. Der Frühgestörte ist jedoch bereits in einer Art ständigen Regression, die die Gefahr in sich birgt, dass er auseinanderfällt und noch mehr regrediert (Psychosegefahr).

Deshalb muss hier auch die Atem- und Körperarbeit dem Aufbau des ICH's dienen. Jede unreflektierte Anwendung von Körperarbeit, die unbewusste Inhalte ins Bewusste befördert, ist kontraindiziert.

5. Atem- und körpertherapeutische Arbeit mit Borderlinern

Wenn also nicht traditionell gearbeitet werden kann, wie denn dann?

Diese Frage musste ich mir vor einigen Jahren stellen, als klar wurde, wie viele frühgestörte Patienten in meine Praxis kamen. Zu diesem Zwecke analysierte ich die Atemarbeit nach Ilse Middendorf, in der ich ausgebildet wurde, auf die Borderline Kriterien hin.

Dabei fand ich Folgendes heraus: Die Sammlung auf die **reine Empfindung**, die in dieser und verwandten Arbeiten betont wird, ist der direkteste Weg zur ICH-Bildung, denn dadurch entsteht Bezug zur Realität, es entsteht ein ganzheitliches Körperbild mit Grenzen zwischen dem Innen- und Aussenraum. Daraus ergibt sich die Erkenntnis, dass der Fokus weder auf den Gefühlen noch auf der Beziehung liegt. Weiter folgt daraus, dass die sogenannte "Hockerarbeit" zur Ich-Bildung der frühgestörten Menschen hervorragend geeignet sein kann. Bedingung ist allerdings, dass sie zunächst nicht in der Gruppe stattfindet, denn der Gruppendruck ist für den Frühgestörten in der Regel zu bedrohlich.

I. Phase: Hockerarbeit ohne Berühren und Augenkontakt

Sind die obgenannten klaren Strukturen und Grenzsetzungen geschaffen, was einige Zeit in Anspruch nehmen wird, kann die Hockerarbeit mit dem Therapeuten zusammen, jedoch noch ohne Berührung und ohne Blickkontakt, eingesetzt werden. Die Übungen geben in ihrer starken Struktur Sicherheit. Sie können in der notwendigen, stimmigen Distanz zum Therapeuten ausgeführt werden. Der Patient kann sich in einer relativ stressfreien Beziehungssituation sich selber zuwenden, da sein ICH nicht bedroht ist. Der so wichtige Fokus auf die Beziehung ist grösstenteils ausgeblendet.

II. Phase: Partnerübungen mit Berühren und Augenkontakt

Der Patient lernt die Art, Zeitdauer und Intensität des Kontaktes zu bestimmen, in denen er in Kontakt sein kann, ohne sich abspalten zu müssen.

III. Phase: Gruppenarbeit

Der Patient lernt durch das Einstellen der richtigen Distanz bei sich selber zu bleiben, auch wenn andere da sind.

IV. Phase: Einzelarbeit auf der Liege

Der Patient hat jetzt Empfindung für sich und seinen Atem und lernt, sich durch **Widerstand** abzugrenzen, sowie sich durch Hingabe wieder anzunähern. Die Arbeit mit dem Widerstand ist dabei zentral. (Keine Dehnungen, keine feine und keine stille Arbeit, weil diese die Spaltung befördert, [siehe Beispiele Diagnostik], Ansprache der Muskeln und Knochen).

Die unvermittelte Behandlungs-Arbeit auf der Liege ist unter diesem Blickwinkel nicht zu empfehlen, denn es wird zuviel regressive Nähe hergestellt, die den Patienten in die Spaltung nötigt. Spaltung heisst hier, dass sich der Mensch aus seinem Körper zurückzieht, statt sich in ihm zu beheimaten.

6. Schluss und Ausblick

Für den Atemtherapeuten stellt sich hier die Frage, ob er die notwendige Strukturierungs- und Grenzsetzungsarbeit, die bei der Arbeit mit frühen Störungen Grundlage ist, selbst leisten kann und will, oder ob er sie mit einem Psychotherapeuten kollegial teilt. Man muss sich aber bewusst sein, dass dies die Gefahr einer zusätzlichen Spaltung zwischen Reden und Körperarbeit beinhalten kann. Dies ist der Grund, wieso ich für mich den Weg der Weiterbildung gewählt habe. Denn in jedem Falle muss ein Atemtherapeut diagnostisch beurteilen können, ob der Mensch, der sich bei ihm vorstellt, an einer neurotischen Störung leidet oder an einer frühen Störung. In der Praxis zeigt es sich darüber hinaus sowieso erst nach einer gewissen Zeit, mit welchem Störungsbild wir es zu tun haben! Supervision ist deshalb in jedem Falle notwendig.

Um dem Eindruck vorzubeugen, Atemtherapie sei nun das ultimative Wundermittel bei frühen Störungen, sei gesagt, dass jeweils grundsätzlich die Frage zu stellen ist, ob eine ambulante Therapie genügend Struktur bieten kann, oder ob dafür ein Klinikaufenthalt notwendig ist. Weiter sei erwähnt, dass für eine Borderline-Therapie 4-5 Jahre veranschlagt werden. Es wird ausserdem empfohlen, nicht mehr als 2 schwerere Borderline Patienten gleichzeitig zu betreuen, weil die Arbeit mit ihnen ausserordentlich belastend ist.

Vielleicht sind einige von Ihnen durch die letzten Aussagen ein wenig in das dunkle Segment des Borderliners hineingestürzt, schütteln bedenklich ihr Haupt und verlieren den Mut. Diesen sei gesagt, dass unsere Arbeit bei frühgestörten Menschen ein Königsweg ist, der noch viel bekannter werden muss, und dafür sollten wir uns einsetzen. Denn Ziel dieser Behandlung ist das, was Sie auf dem Titelbild unseres Kongressprogrammes sehen können. Das Bild heisst "Begegnung" von M.C. Escher und stellt einen lichten und einen dunklen Menschen dar, die sich die Hand reichen. Darin sehe ich ein Sinnbild für die Aufhebung der Spaltung und damit das Heilwerden des ICH's.

Literatur:

- Stauss, Konrad*, Neue Konzepte zum Borderline Syndrom, Paderborn: Junfermann Verlag 1994
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergmann, A.*, Die psychische Geburt des Menschen, Frankfurt a.M.: Fischer Verlag 1975