

## Was geht noch- wenn nichts mehr geht ?

### Einleitung- zu uns:

Eine gute Teamarbeit ermöglicht uns zu tun, was seit vielen Jahren unser Schwerpunkt ist - die ambulante Behandlung schwerer oder komplexer Störungen.

Angefangen haben wir beide im stationären Setting, der stationären Drogentherapie für Jugendliche bzw. dem Heimalltag. Das leitet jetzt eigentlich schon zum Thema unseres Beitrages.

### Besonderheiten:

Beiden Settings gemeinsam ist, dass oft nichts mehr geht (also in unserem Falle Jugendliche durch die Maschen fallen) bzw weil nichts mehr geht (z.b. in der Familie, über die Justiz) Jugendliche, Kinder oder junge Erwachsene diesen Settings zugeführt werden.

Das bedeutet auch, dass sich die Arbeit in einem Range abspielt zwischen Freiwilligkeit/Eigenmotivation und Verordnung /Zwang.

Den gleichen Range haben wir, was die behandelten Problemstellungen angeht, wobei in unserer Praxis eindeutig die schweren Störungen dominieren. Auch unsere Zuweiser haben uns so „abgespeichert“ -, daher kommen z.B. einfachere Erziehungsprobleme etc bei uns praktisch nicht vor.

Bereits in den Anfängen unseres therapeutischen Handwerks galt unser besonderes Interesse genau jenen, für die diese Settings nicht gemacht waren, die durch die Maschen fielen, wegen vielfältiger Problemlagen nicht behandelt, manchmal nicht einmal adäquat diagnostiziert werden konnten. Da viele, auch von uns sehr geschätzte Praxisprofis der Therapieszene (und wir haben längstens nicht nur Systemiker befragt) uns letztlich keine Antwort auf Fragen zu dieser Klientel geben konnten (und uns z.B. mitteilten: „Das ist eine schwere Frage“ oder auch „Mit Euren Klienten wollte ich nicht arbeiten“ oder „Das klappt doch gut, wieso stellen sie das in der Supervision vor?“...) haben wir angefangen, unser eigenes Strickmuster zu entwerfen für die Arbeit mit scheinbar ausweglosen Klienten, Situationen, Fachleuten und Störungen.

Ich möchte es gleich an dieser Stelle vorwegnehmen: wer sich mit direkter systemischer Therapie schwer tut, der wird sich auch mit vielen der nachfolgenden Interventionen schwer tun - es sei hinzugefügt, dass rein nondirektive Arbeit in unserer Auffassung bei schweren Störungen und traumatisierten Klienten nicht ausreicht. Desgleichen denken wir, dass unser Engagement eine notwendige Voraussetzung für gute und stabile Therapieergebnisse bei schweren Störungen darstellt, und nicht etwa eine Ko-Abhängigkeit oder einen Helfer-komplex kennzeichnet.

Bevor wir nun in die ganz konkreten Fallsequenzen einsteigen, möchten wir eine Art Modell zu unserer Arbeit vorstellen, damit es leichter wird, die einzelnen Schnipsel einzuordnen.

Verlust der Hoffnung auf Veränderung bei Klienten, beteiligten Experten, Angehörigen und Personen aus dem näheren Umfeld entsteht oft durch folgende Variablen:

### **Variablen für Entmutigung:** (bei Experten, Angehörigen, Klienten, Umfeld)

- Desinteresse an der Lösung
  - Vorteile durch Beibehaltung der Symptome
  - Dauer des Problems
  - Schwere des Problems
- (auch Suizidrisiko, Gesundheitsschäden)

-Komplexität des Problems (z.B. dissoziative Persönlichkeitsstörung)

-Anzahl der fehlgeschlagenen Lösungsversuche

-Passivität von Beteiligten (z.B. als Demotivation verstanden)

-destruktive Kognitionen (du wirst nie gesund)

-destruktive Handlungen (z.B. Selbstverletzung und Fremdschädigung)

-Neigung zu Gegeninterventionen des Systems:  
(Deine Therapeutin ist nur auf das Geld aus)

-“Zementsichtweise“ von Beteiligten (So ist, so war es, so wird es immer sein)

-Mangel an (z.B. sozialen) Ressourcen (Geld, Bildung, Wohnung, Unterstützung)

-Anzahl der (nicht vernetzten) Beteiligten

-Mangelnde/keine Vernetzung des Problemsystems

-fehlende Strukturen bei Klienten, Problemsystem, Hilfsversuchen

-Zeitdruck für die Lösung (jetzt oder nie)

-schlechte Vorerfahrungen von Systemteilen miteinander

(dies können allerdings andere Protagonisten sein, daraus ergibt sich dann:  
Psychotherapeuten sind so...)

-Mangel oder Überfluss an Information

(Unklare Problemlage oder Verwirrung)

### **Ermutigungen, Interventionen, Lösungsansätze**

für Klienten, Experten, Umfeld: durch

- \* Variationen im Setting
- \* Ankoppeln
- \* Arbeit in verschiedenen Kontexten
- \* Angebot verschiedener Sichtweisen
- \* Vielfältige Methoden
- \* Aufträge und Interventionen in verschiedener äußerer Form  
(Briefe, Berichte, Gutachten, telefonisch, direkt, über Dritte.)
- \* und innerer Form  
(erklären, raten, vermitteln, fragen, vorschreiben, vorschlagen, anregen.)

Bei den folgenden „Schnipseln“ aus unserer Arbeit werden Sie die beschriebenen Elemente nun wieder finden.

### **Hoffnungslose Fälle und andere Katastrophen...**

Ausgangspunkt ist in der Regel, dass aus irgendwelchen Gründen die Hoffnung auf Besserung/Gesundung/Normalität oder was auch immer ein realistisches Ziel sein könnte, verloren gegangen ist.

Um nun das tun zu können, was Siegfried Mrochen als „Hebung des Hoffnungspegels“ bezeichnet hat, muss zunächst eine Möglichkeit gefunden werden, in der Ausgangssituation überhaupt anzukoppeln und ebenso im Verlauf immer wieder neu anzukoppeln.

Das heißt auch, dass wir immer wieder gefordert sind unsere Sichtweise und in der Folge unsere Methoden, Kontexte, etc zu variieren um letztlich zu versuchen, Passung zu ermöglichen und zu erhalten.

### **Weiches Ankoppeln:**

Eine seit 15 Jahren abhängige, 27 Jahre alte Frau erscheint mit ihrer Betreuerin zum Vorgespräch. Diese ist emotional engagiert, aber auf der Handlungsebene eher gewährend. Im Gespräch wird deutlich, dass Frau A. enorme Schamprobleme hat, wenn etwas misslingt und sich dann sofort zurückzieht. Dies ist auch in der WG so, in der sie betreut wird. Ein stabiles Muster, das Frau A. von sich kennt.

Da klar ist, dass dies auch ein Problem für die Therapie werden kann „Ich packe den Termin nicht- dann traue ich mich vor lauter Scham nicht mehr...“ machen wir zwei Dinge:

#### Erklärung zur Entlastung:

I. Das erste ist, ihr zu erklären, auf welchem Level von Strukturiertheit es liegt, regelmäßige Termine hinzukriegen, und dass sie nicht die einzige ist, die damit Probleme hat. Ein Beweis dafür sind die roten Stellen im Kalender der letzten beiden Wochen. „zu mir hat man immer gesagt, das ist das Mindeste, ja wenn nicht mal das mehr geht...“

#### Vereinbarung zur Stabilisierung

II. Das zweite ist die Abmachung, dass

1. sie sich von ihrer Betreuerin zur Therapie bringen lässt, bis sie es alleine packt und
2. wir bei einem Terminversäumnis uns an den Arzt und die Betreuerin wenden können, um ihr ein Wiederankoppeln möglich zu machen.

Das heißt natürlich auch, dass wir die Betreuerin ganz aktiv mit einbinden, auch hier Regeln und Bedingungen setzen, damit beginnen, das Helfersystem zu moderieren..

Eines Tages klingelt es und Frau A. steht, nach etwa 1/2 Jahr Therapie, ohne ihre Betreuerin vor der Tür. Auf die Überraschung unsererseits meint sie: „Die war zu spät dran, wenn ich gewartet hätte, wäre ich zu spät gekommen...“

*Was macht nun hier ein weiches Ankoppeln sinnvoll?*

Frau A. ist ehrlich mit uns: „Ich pack es nicht.“

Sie zeigt ihr Leid ganz offen und auch ihre Veränderungsmotivation  
Scham ist ein stabiles Muster auch in anderen Kontexten

### **Konfrontatives Ankoppeln.**

Lassen Sie uns mit dem Beispiel eines 40 Jahre alten Mannes weitermachen, der, bevor er überhaupt zu uns in Therapie kommt, bereits durch Tabletten- und Drogenmissbrauch, sowie Alkoholmissbrauch 10 Mal im Koma lag, bzw. schon klinisch tot war. Dies erfahren wir als Vorinformation vom behandelnden Hausarzt, der Herrn B. auch zu substituieren sucht.

Herr B. erscheint immer mit dem Vater beim Arzt und auch in der Therapie. Dieser, obgleich selbst schwer herzkrank und mittlerweile über 70 Jahre, managt für seinen Sohn den gemeinsamen Autohandel und träumt davon, wie der Sohn dies übernehmen wird.

Herr B. zeigt sich selbst in den Therapiegesprächen herzlich wenig motiviert, in der Regel antwortet sein Vater für ihn, auch, wenn die Fragen sich auf ihn beziehen. Herr B. gibt sich geistig behindert und in der Regel abwesend. Als anfänglichen Therapiewunsch mutmaßt er, vielleicht könnte man den Vater überzeugen, ihm mehr Geld zu geben, damit er zu Prostituierten gehen könne.

Wir beschließen, nachdem direkte Interventionen nicht nützen, ihn zu einem gut mit uns kooperierenden Psychiater und Neurologen zu schicken, der ihn, und so sagen wir ihm das auch „auf seinen Geisteszustand untersuchen soll, damit wir wissen, was alles kaputt gegangen ist, und ihn nicht überfordern...“

Diese 1. Intervention, die ihm eine fachärztliche Bescheinigung über ein hirngorganisches Psychosyndrom einbringt, und bezweifelt, dass er zu Psychotherapie in der Lage ist, führt schon zu einer ersten, ganz auffälligen Besserung:

Herr B. spricht mit uns in der Therapie und er tut dies deutlicher, häufiger und schneller als zu Beginn.

Eine weitere Intervention schließt sich an:

Dennoch bleiben noch Punkte, die eine Zusammenarbeit erheblich behindern. Hierzu zählen die liebevollen Interventionen des Vaters, die dazu führen, dass Herr B. keine eigenen Anstrengungen unternehmen muss, im Hauptberuf Sohn ist, aber auch keine eigenen Erfolge vorweisen kann. Zum anderen gewinnen wir den Eindruck, dass Herr B. vor allem dann nicht hört oder abwesend ist, wenn die Themen (z.B. etwas tun) nicht nach seinem Gusto sind.

Wieder ankoppelnd an die Vorstellung, „der Behinderte und sein älterer Betreuer“ sprechen wir den Vater darauf an, es sei hoffnungslos zu glauben, der Sohn könne wieder einen Führerschein erhalten oder gar selbständig leben, er zeige dauernd, dass ihn dies überfordere, da er so alt sei und bald sterben könne, sei erforderlich nachzudenken, in welchem Dauerwohnheim er seinen Sohn schon einmal anmelden könne.

Die Familie stutzt, merkt aber, dass wir von unserer Auffassung nicht abweichen.

Auch hierauf reagiert die Familie wieder ein Stück, allerdings scheinen uns noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft: Schließlich konfrontieren wir den Sohn mit seinem Verhalten in der Therapie, dass er sich oft gebe wie ein geistig Behinderter und als ob nicht der Vater, sondern er ein sehr alter Mann sei: „Ihr Vater ist aktiver als Sie...“

Man konnte nun sehen, zu welcher Veränderung sich Vater und Sohn entschlossen haben, die nun auch ganz konkrete inhaltliche therapeutische Arbeit zuließ. Es wurde „normaler“.

*Warum haben wir hier nun konfrontativ angekoppelt?*

-Das System erscheint sehr verhärtet und reagiert nicht auf weichere Interventionen (Die Beteiligten sind einiges gewöhnt. Die Eltern kennen sich in der Szene perfekt aus.)

-Klient in „Pflegehaltung“- „macht mal etwas für mich!“

-Es gibt eine lange und dramatische Vorgeschichte, die aber bagatellisiert wird (so war das).

Hier mussten die Helfer nun nicht aktiviert werden, sondern im Gegenteil gebremst werden, damit der junge Herr B. wieder an seine Ressourcen kommt. Weitere mögliche Hilfen wurden begrenzt.

### **Arbeit im Team - Schlüsselszenen**

Viel in unserer Arbeit wäre nicht denkbar ohne die konstruktive Zusammenarbeit im Institut, aber auch mit anderen Institutionen. So haben wir einige Ärzte, Sozialarbeiter usw. mit denen wir ständig zusammenarbeiten. Hier geht vieles über den „kurzen Draht“. Dies ist auch notwendig, denn manche Therapien sind Drahtseilakte, wo man über jede Rückendeckung froh ist - bzw. ohne diese Kooperation überhaupt keine Chance hätte.

### **Konstruktive Auseinandersetzung**

Frau C. kommt zu uns mit einer langen Geschichte von Magersucht, Drogenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit. Sie ist erheblich traumatisiert durch narzisstische Übergriffe - nicht durch sexuellen Missbrauch. Unser ersten Einstieg zur Teamarbeit ist eine gemeinsame Besprechung mit den behandelnden Ärzten und ihr zusammen. Sie hat die Bemerkung des Arztes, „dann kann man ja langsam mit der Substitution runtergehen“ dahingehend missverstanden, dass sie nun ganz schnell machen müsse und fühlt sich sehr unter Druck. Sie selbst getraut sich nicht, es anzusprechen. Daher laden wir Frau C. zu unseren Turnusgesprächen hinzu ein und moderieren und übersetzen das Ganze. So „retten“ wir zunächst die substituierenden Ärzte.

Ein halbes Jahr später nehmen wir umgekehrt Moderation in Anspruch. Die Therapiesituation ist gekennzeichnet gewesen zunächst durch immer wiederkehrende Phasen von „vergessen“ der Termine. Nachdem dieses Thema eigentlich erledigt scheint, „vergisst“ Frau C. wieder einen Termin, ausgerechnet einen, zu dem ein weiterer Kollege eingeladen war. Da sie selbst dies nicht bemerkt, nutze ich die Gelegenheit ihr einen Brief zu schreiben. Ein Thema ihrer Therapie ist nämlich: „Ich kann nicht überleben, wenn jemand auf mich wütend ist.“.

Ich schreibe Frau C. den ersten Brief

Frau C. ist sehr wütend und sehr enttäuscht. Sie beschließt, sie werde niemals mehr zu mir in Therapie gehen. Dies teilt sie der Ärztin mit. Daraufhin beschließe ich, der Ärztin einen zweiten Brief zu schicken für Frau C. damit Frau C. diesen in der Praxis lesen muss und ihm nicht ausweichen kann.

Die Ärztin erklärt sich gerne dazu bereit. Nun wird deutlich, dass ein wichtiger Punkt bei Frau C. getroffen wurde.

Die daran anschließende Vermutung, dass sie zu den Menschen gehört, die „im falschen Körper“ leben, bespreche ich zunächst mit dem Kollegen und dann mit der behandelnden Ärztin. Diese haben den gleichen Eindruck von Stimmigkeit: „Das könnte ich mir gut vorstellen.“. Diese Überlegung anzusprechen führt schließlich zum eigentlichen Durchbruch in der Therapie, weil sie die Sinnkonstruktion der Symptome deutlich macht.

Darüber hinaus ist Frau C. eine Klientin, die immer wieder Probleme hat mit herkömmlichen Aufgaben. Etwas aufschreiben, etwas in eine Skala einzuordnen, das fällt ihr schwer. Um ihr alternative Zugangswege zu ermöglichen, nutzen wir ihr kreatives Talent. Da sie schwerlich Dinge tun kann, auch zeichnerische, wenn der Fokus nur für sie ist, bitte ich sie, mir für die Therapieausbildung zwei Dinge zu illustrieren: Angst und Zwang. Ihre beiden zentralen Themen. Diese Aufgabe lässt sie schließlich ihre Sprache zu diesen Themen wieder finden.

### **Wechsel d. Settings / Frei nach Shakespeare: „To hear- or not to hear, that´s the question“**

Die ältere Dame (60 Jahre) kommt zu uns auf dem Hintergrund von massiver Gewalterfahrung. Kurz gefasst, leidet sie an etwas, das man paranoide Persönlichkeitsstörung nennen könnte, als Ergebnis einer chronifizierten PTSD. Sie ist sehr misstrauisch, empfindet schnell andere Leute als feindlich, leidet unter ihrer Einsamkeit und hat große Schwierigkeiten in der Verständigung mit anderen Menschen. Hinzu kommt, dass Frau D. ein Naturtalent ist, wenn es gilt, eine klare Ausgangslage in eine Schräglage zu bekommen. Sie tut dies, indem sie z.B. diverse Personen zu Themen befragt, vor allem solche, die mit dem Thema nichts zu tun haben oder nichts davon verstehen. In Folge ist sie verwirrt, dann wird sie wütend und schließlich schreibt sie dann wütende Briefe an die Menschen, wie sie ihr denn so etwas hätten raten können.

Auch die Therapiesituation ist immer wieder voller Missverständnisse. Die Klientin hat vor vielen Dingen panische Angst. So will sie einerseits vermieten, jeder potentielle Mieter kommt aber nicht in Frage - was dann zur Angst vor Verarmung führt...

Ein erster Schritt zur Therapie ist, dass der sozialpsychiatrische Dienst die Schnauze voll hat und hofft, dass so weniger Termine im SPD i zustande kommen werden, der seit Jahren behandelnde Facharzt ist voll des Mitleides für die Therapeutin: „So etwas ist doch frustrierend für Therapeuten...“. Zwei Verhaltenstherapien, die Jahre zurückliegen sind scheinbar ohne Ergebnis auf die Symptomatik geblieben.

Den Anfang gestalten wir sehr pragmatisch, frei nach dem Motto: Es gibt viel zu tun... Dies führt dazu, dass wir auch einiges an sozialarbeiterischer Tätigkeit haben, soll die Therapie erfolgreich werden. (Hilfe bei Ämtern, der Mietersuche und tausenderlei anderes z.B. Computerspezialist besorgen, Krebsinformationen erklären, Gutachten übersetzen...) wir haben regen Schriftverkehr zwischen den Sitzungen, die der Erklärung und der Angstmilderung dienen, und in Spitzenzeiten fast tägliche Telefonate, weil wir versuchen, das Agieren über uns zu bündeln und dann abzumildern, was auch gelingt. Hinzu kommt, dass wir versuchen, Frau D. zu ermöglichen, die Kontrolle zu behalten bzw. auch die Sitzungen für sich nutzen zu können, wenn sie zuhause ist. Frau D. nimmt alle Videobänder mit nach Hause. So strukturiert sich nun der Informationsfluss neu, nachdem Frau D. sich etwas eingelassen hat auf neue Strukturen.

Wir versuchen uns erst einmal als vertrauenswürdig zu erweisen. Da dennoch, trotz eines entstandenen guten Verhältnisses viele Kommunikationsprobleme bleiben, die teilweise nicht auf der therapeutischen Ebene zu liegen scheinen ( wie z.B. Bewertungsprobleme) , sondern offenbar mit einem Mangel an Kommunikation und einem entsprechenden Mangel an Kenntnis über die Struktur von Kommunikation zu tun haben, beschließen wir, parallel zur Therapie ein Kommunikationstraining anzubieten. Die Klientin ist begeistert. Innerhalb des Trainings wird deutlich, dass ein ganz anderes Problem noch besteht, außer dem, durch Angst auszublenden.

#### *Visualisierung:*

Hier kann man im Übrigen zeigen, wie man auch durch Visualisierung in der Therapie gut arbeiten kann, dies war ein Modell, der Klientin zu zeigen, wie Angst und Aufmerksamkeit / Spannung und Aufmerksamkeit zusammenhängen.

Zurück zum Kommunikationstraining.

Frau D. antwortet bisweilen so daneben, dass dem Kollegen eine andere Überlegung kommt. Er nimmt ein Beispiel, das ohne jeden emotionalen Gehalt ist:

„Sie haben eine schöne Bluse an“

„Ich bin bekloppt- sie sagen es auch“- ist die Antwort.

Darauf der Kollege, deutlich lauter: „Frau D. hören sie mich überhaupt?“

Frau S: “Ich sollte seit 1981 auf beiden Ohren ein Hörgerät haben...”

Auch wenn dies ein ungewöhnlicher Effekt ist, so ist er doch zurückzuführen auf einen Settingwechsel.

Da Frau D. dem Hörgerät solange ausgewichen ist, und dies aber maßgeblich ist, für den Rückzug aus sozialen Kontakten, andererseits aber das Kommunikationstraining haben möchte, beschließen wir zu koppeln. Therapie gibt es weiter wie gehabt – Kommunikationstraining nur gegen Hörgerät.

Frau D. hat einen uns bekannten Computermenschen (eine ehemaligen Klienten) zu sich eingeladen, der ihr beim Computer hilft, und dies preisgünstiger, als der Vorgänger - sie experimentiert und sie merkt, dass sie dabei auch gewinnen kann. Der Arbeitslose hat so eine Möglichkeit zum Zuverdienst, Frau D. kann lernen, zu einem viel geringeren Entgelt als bislang.

Das nutzen wir ohnehin öfter, die Ressourcen des einen Klienten für den anderen. Oft hat dies, wie in diesem Beispiel, Vorteile für beide.

Frau D. hat sich bereits zu einer Busreise angemeldet, hat einen Malkurs beim SPDi belegt und beginnt ihr neues Hörgerät derzeit einzutragen. Die leichtere Verständigungsmöglichkeit

hat sichtbare Auswirkungen auf die Verständigung. So sagt sie jetzt (nachdem sie hört!): „Die Frau X. vom SPD i ist in letzter Zeit viel netter zu mir und versteht mich viel besser.“

### **Nomen est omen - Herr E** (von der Therapie zu Beratung und Sondierungsgesprächen)

Hier liegt nun die Idee zugrunde, wenn die Leute skeptisch sind, dann die Therapie hoch aufzuhängen und - eher sehr skeptisch - zunächst mehrere Vorgespräche führen zu wollen.

Herr E. erscheint mit seiner Betreuerin vom Spdi zur Therapie, die selbst Therapeutin ist und die Therapie mit seinem Willen und Einverständnis hinter der Scheibe begleitet.

Herr E. (Anfang 30, als Schizophrenie mit vorwiegend negativer Symptomatik diagnostiziert) beginnt die Therapie und traut sich zunächst nicht, seinen Arzt anzusprechen wegen einer Bescheinigung. Immer deutlicher wird, dass er sich in einem echten Dilemma befindet:

einerseits tun ihm die Gespräche gut - andererseits hat er bislang alles was ihm gut tat zerstört und er bezweifelt, dass er einen Anspruch auf Therapie geltend machen darf - es sei nicht recht, dass die Gesellschaft für einen wie ihn bezahle.

Zum anderen steckt er in einem Loyalitätskonflikt, weil er vermutet, dass sein Arzt Therapie vielleicht nicht gut heißt.

Wir schlagen ihm vor, weil das ja nicht zu lösen sei auf die Schnelle, zunächst keine Therapie mehr bei uns zu machen, sondern in der nächsten Zeit ein paar Sondierungsgespräche zu führen, damit man es dann vielleicht irgendwann besser beurteilen kann.

Herr E. ist überrascht, dass so etwas geht.

Eine weitere Intervention haben wir hier ebenfalls genutzt, wir haben Herrn E. einen Brief geschrieben: Er machte sich Sorgen um die Kosten, wenn er Therapie macht - wir rechnen ihm vor, was seine scheinbar preisgünstigere Alternative wirklich kostet.

Seither erleben wir Herrn E. deutlich verändert, er hat eine enorme Veränderungsgeschwindigkeit, zeigt sich offener, ist gut gelaunt, humorvoll, macht Späße wenn er zu uns kommt und schließlich hat sein Arzt erklärt, dass ihm die Therapie gut tue. Wir denken, sie tut das deshalb, weil sie nun eine andere Verpackung hat - da darf sie gut tun.

### **F.: „Was Du nicht willst, das man dir tu...“**

Frau F. kommt bereits 1997 einmal zu einer Therapiestunde. Gerne würde sie weitermachen, aber die behandelnde Psychiaterin rät ihr ab. Diese möchte selbst mit ihr Therapie machen, schließt derzeit ihre analytische Ausbildung macht und hätte F. gerne als Therapieklientin. (dazu muss man anmerken, dass Frau F. unter chronischer PTSD - Borderline leidet, sehr spektakuläre Symptome hat und sich z.B. mit Säure übergießt...) Zu weit - zu gefährlich - was passiert in der Krise. (Obgleich die Strecke für die Klientin zur Psychiaterin nur geringfügig kürzer ist.) 1998 entschließt sich die Klientin dennoch mit der Therapie zu beginnen. Durch das Plaudern einer SPD i Kollegin erfährt die Psychiaterin dies und stellt die Klientin zur Rede, fordert Entscheidungen, die oder ich...entweder sie gibt die Therapie auf oder sie bekommt die psychiatrische Behandlung (Medikamente) nicht mehr und auch nicht die einstündigen Gespräche bei Bedarf.

Welche Einladung ein solches Verhalten von Fachleuten für Selbstverletzung. In einem Telefonat mit mir zeigt sich die ganze Verzweiflung der Klientin. Sie möchte die Therapie, diese tut ihr gut, sie merkt das - aber sie ist doch von der Psychiaterin abhängig?

Wir reden über die freie Arztwahl, die Möglichkeit, dass diese Medikamente sogar der Hausarzt verschreibt und dass man Psychiater auch wechseln kann, es gerade nur blöde ist, wegen der Sommerpause.

„Ich denke, dann geben wir die Therapie auf - und ich mache in Zukunft nur noch Beratung mit Ihnen.“ (Ein bisschen nach dem Motto: Du hast Recht und ich meine Ruhe) „Sie können

ihr sagen, dass sie gewonnen hat - sie hätten die Therapie aufgegeben - von der Beratung brauchen Sie nichts zu sagen...“

So böse, wie der Vorschlag nahe legt, ist die Klientin dann aber doch nicht. Sie lässt den nächsten Termin bei der Psychiaterin ausfallen und erscheint zum nächsten Therapietermin bei mir, direkt vor den Sommerferien. Auf meine Frage, wie sie es denn gelöst habe meint sie: „Nach der Sommerpause habe ich einen Termin bei einer anderen Psychiaterin, diese Zeit muss ich eben noch durchstehen“. Damit dies gelingt, wird für die Zwischenzeit (in der wir nicht zu erreichen sind mit Telefon) vereinbart, dass sie sich schriftlich an uns wenden kann und ich mich dann bei ihr melde.

Zum anderen wird sie in den Ferien eine Imaginationscassette bekommen für die Kappung ihrer emotionalen Spitzen, um Selbstverletzung zu vermeiden. Das gehört dann in die Rubrik Feiertagsarbeit.

In Bezug auf die Erfahrung mit der Psychiaterin (die sagt, ich bin schuldig, schlecht, ich kann das nicht verantworten,...) setzen wir EMDR ein. Hier zeigt sich nun der Humor der Klientin: Als positive Gedanken setzt sie ein: „Ich möchte sie fragen, wie sie dieses Gespräch verantworten kann.“

Hierzu (Thema Borderline u.ä.) sollte vielleicht noch bemerkt werden, dass diese „Tu dir nichts“ Imaginationen anders gestrickt sind als normale Imaginationenübungen. Bei selbstverletzendem Verhalten darf nichts für die Imagination des Klienten offen bleiben, sondern alles muss zu Ende formuliert sein, mit klaren Vorgaben.

Insgesamt gilt, bei Kontexten, in denen das Thema Grenzüberschreitung einen so anspricht wie bei Frau F:

- Psychiaterin der Klientin gegenüber
- SPDi der Klientin gegenüber
- die Klientin dem eigenen Körper gegenüber
- das Umfeld der Klientin (Diskussion unter den Frauen über jede Beziehung bis in kleinste Details)

ist unvermeidlich, wieder für das Einführen von Grenzen zu sorgen. So wie Sal Minuchin davon spricht, Eltern wieder in den Fahrersitz setzen zu wollen, wollen wir Klienten wieder in den Fahrersitz setzen, was den Umgang mit ihren Problemen und die Kontrolle über ihr Leben angeht.

Diese Sitzung ermutigt die Klientin offenbar so weit, dass sie laut darüber nachdenkt, ihre Berentung zu einem späteren Zeitpunkt gegen eine Berufsausbildung zur Innenarchitektin einzutauschen...“Eines Tages werde ich wieder meine Fähigkeiten nutzen können...“

### **Moderation des Helfersystems: Frau G.**

Eine junge Frau, Mitte 20, noch ein Relikt aus der stationären Drogentherapie, meldet sich wieder aus der Psychiatrie, aus der Suchtstation. Da wir die junge Frau etwas kennen, wissen wir, dass sie hier eigentlich falsch untergebracht ist: denn ihr Suchtmittelkonsum steht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer schweren Borderline-Störung. Als Kind frühzeitig missbraucht von „Freunden“ der Mutter, Heim und Psychiatrie im Wechsel, schon als Kind diverse Suizidversuche. Hintergrund jetzt sind verschiedenste Problemlagen: Zunächst hatte sie einen 15 Jahre älteren Mann geheiratet, der seinen Stiefsohn mit in die Ehe bringt - mit nur 6 Jahre Altersunterschied zur Klientin. Mit ihm zusammen hat sie dann noch zwei leibliche Kinder.

Das erste Kind stirbt am plötzlichen Kindstod mit 8 Monaten, unmittelbar darauf stirbt der Mann an einem Herzproblem. Sie möchte im KHS zu ihm, die Schwester sagt, jetzt noch nicht. Schließlich lässt die Schwester es zu :“Jetzt können sie zu ihm, jetzt ist er tot.“



Nach diesen diversen Traumata dreht die Klientin so durch, mit Alkohol, Männergeschichten, Kindesmisshandlung i.S. von Vernachlässigung, dass der Arzt vor Ort sich keine Hilfe mehr weiß. Sie wird in die Psychiatrie verfrachtet und die Kinder ins Heim. Hinzu kommt, dass nach dem Tod des Mannes vom Jugendamt eine Familienhelferin in die Familie geschickt wurde, die ihrerseits versucht „therapeutisch“ zu arbeiten, anstatt Frau M. bei der Alltagsbewältigung zu helfen. Sie versucht sie stets zum Eingeständnis zu bringen, sie sei Alkoholikerin und müsse dringlich zur Drogenberatung usw., was erheblich zur Eskalation beiträgt. Hinzu kommen erhebliche Differenzen in den Vorstellungen zur Kindererziehung, die sicherlich das Maß der Familienhilfe sprengen. (Was man sieht ist, dass die Klientin zu Übergriffen einlädt, Minuchin: Arme Familien werden zerrissen...)

Zunächst setzen wir uns mit dem einweisenden Arzt in Verbindung und sorgen schließlich, durch deutliche Intervention auf der Station für die **Entlassung** der Patientin. Hierbei ist von zentraler Bedeutung die Bereitschaft der Klientin auch draußen weiter Therapie zu machen und vor allem die klarere Diagnose.

Nachdem wir eine Entlassung aus der Psychiatrie veranlasst haben, gehen wir auf das Jugendamt zu, um dort vor Ort eine **Helferkonferenz**, zusammen mit den Mitarbeitern des Heimes, wo die Kinder untergebracht sind, durchzuführen. Wir verhandeln mit dem Jugendamt über die **Bedingungen** des Rückzugs der Kinder in die Familie (Alkohol, Gewalt, Gefährdung), den zeitlichen Rahmen und die Etablierung eines Kontrollsystems durch den Hausarzt. Darüber hinaus vereinbaren wir den Rahmen zukünftiger Familienhilfe und welche Art Familienhelfer geeignet ist für diese Familie.

Der sehr kooperationsbereite Psychiater soll erhalten bleiben. Für die Dauer eines halben Jahres werden regelmäßige Besuchskontakte vereinbart: gelingt dies, dann ist eine Rückführung möglich - diese gelingt auch.

#### **Wie man ein Geheimnis aufdeckt:** Frau G und Frau H

Vor der Scheibe sitzt die Klientin im Gespräch mit mir. Dahinter ist der 14jährige Sohn mit meinem Kollegen. Vor der Scheibe berichtet die Klientin über eine Ohrfeige vom Lebensgefährten, der ansonsten einen sehr ruhigen und ausgeglichenen Eindruck macht. Unklar bleibt, wie es zu der „Watschn“ kam. Dahinter erzählt der 14 Jährige Stiefsohn davon, dass die Mutter, unter Alkohol und Tabletteneinfluss, die der Arzt verschrieben hatte (zur Selbstmedikation) einen epileptischen Anfall erlitten habe und aus dem Auto habe springen wollen, auf der Autobahn bei 160 km.

In der Besprechungspause wird klar: 1. das Thema muss in die Sitzung, 2. wir können uns nicht erlauben, den 14jährigen als „Verräter zu outen“, sonst bezieht er zuhause Prügel. Schließlich folgen wir einer 2stufigen Strategie: das Thema Trinken ist ohnehin Thema wegen der Kinderbetreuung, das Thema Unruhe ist ebenfalls schon ein Teil der Sitzung.

Wir ziehen mit diesen beiden Themen die Schlinge immer enger, bis schließlich zur Frage: „Also, ich kapiere das nicht, wieso schlägt dieser ruhige und ausgeglichene Mann einem ins Gesicht. Da muss ja was los gewesen sein...“ Hier schließt sich nun an, dass die Klientin ihr Geheimnis selbst offen legt.

#### **Frau H:**

Die Mutter macht am Telefon deutlich, das eigentliche Problem sei, dass die 11jährige Tochter kein Junge sei. Sie habe sich eine Jungen gewünscht und sei sehr enttäuscht gewesen, habe zunächst das Kind nicht in den Arm nehmen können. Heute schäme sie sich. Die Tochter wisse von all dem nichts - sie glaube aber, hier liege die Wurzel zu vielem. Mutter und Tochter haben erhebliche Verständigungsprobleme, die Tochter redet fast nicht, die Mutter nur, insistiert, bittet, fleht...die Tochter schweigt zu den vermeintlichen Verfehlungen, selbst

dort, wo nicht sie, sondern die Schwester den Mist gemacht hat. In der Therapie wird immer deutlicher, wie destruktiv die Tatsache ist, das es ein Geheimnis gibt, das auch immer wieder dunkel angesprochen wird, aber nicht offen gelegt. Gleichzeitig ist die Mutter nicht bereit, es offen zu legen.

Es kommt zu folgender Intervention nach der Pause: „Ich will mal was über Geheimnisse erzählen, oft ist ja der Inhalt banal aber das, was schwierig ist, ist die Tatsache, dass das Geheimnis überhaupt existiert. Ich mach mal ein Beispiel: “Ich will mal was aus meiner Geschichte erzählen. Ich hätte eigentlich ein Junge werden sollen, und so im ersten Moment waren die Eltern ziemlich enttäuscht. Ich bin dann ein ziemlich robustes Mädchen geworden, mit auf Bäume klettern, Kampfspielen usw., also eigentlich hat den Eltern da eh nichts gefehlt. So als ich 12/13 war, hat mir meine Mutter ganz beschämt gebeichtet, dass sie mal so gedacht hat. Und ich habe dann gedacht: hätte sie mir auch früher sagen können, ist doch nichts dabei und mich gewundert, dass die so um den heißen Brei geschlichen sind.“

Die Mutter meint: „Ich muss das jetzt aber nicht auch sagen?“

„Nein, sie können es für sich behalten.“

Die Tochter lächelt und nickt, ab da spricht sie in der Therapie deutlich mehr über sich und ihre Beweggründe.

### **Der Mann, der die Frauen sammelte: Herr I.**

Bei uns erscheint ein Mann zum Vorgespräch und erklärt, wegen seines Alkoholkonsums Therapie machen zu wollen. Zunächst klären wir ab, wie sein bisheriges Hilffsystem aussieht. Acht verschiedene Frauen in verschiedensten Institutionen sind derzeit um ihn bemüht. Er leidet an einer Langzeitalkoholproblematik im Zusammenhang mit einer erheblichen Borderline-Störung.

Betreuerin der Caritas, substituierende Ärztin, Einzeltherapeutin der Suchtberatung, Gruppentherapeutin der Suchtberatung, Einzeltherapeutin der Suchtberatung 2, Leiterin der Selbsthilfegruppe, Theologin des ehemals entgiftenden Krankenhauses, Sozialarbeiterin in der Wohngruppe.

Schnell wird deutlich, dass außer der Ärztin eigentlich niemand einen klaren Auftrag hat und die einzelnen nichts voneinander wissen. Ich sage Herrn A. dass eine Voraussetzung für Therapie wäre, dass er von Hilfen nicht zerrissen wird, weiß, was er wo bekommt und nicht X Therapien hat nach dem Motto: Viel hilft viel. - Herr A. stimmt meinem Moderationsangebot schließlich zu. Es zeigt sich deutlich, dass ohne Kooperation der Beteiligten eine Arbeit mit schwierigen Klienten nicht gelingen kann, vor allem dann nicht, wenn Eitelkeiten der Experten den Blick verstellen.

### **Anleitung zum Ungehorsam: Frau J.**

Frau J kommt als sehr zurückhaltende und sehr brave Frau zu uns in Therapie. Schnell wird deutlich, dass ihr Trinken erheblich damit zu tun hat, dass sie alle Belastungen und Zumutungen seitens Ehemann und Schwiegermutter, auch im Wortsinne, schluckt und so für sie selbst kaum Raum bleibt. Von Beginn an versuchen wir sie in die Aggression zu locken. Sie erzählt uns, wie sie dem Ehemann jeden Morgen die Kleidung bereit legt, jeder Reißverschluss offen, jeden Knopf geöffnet, alles in „Anziehreihenfolge“- und wie wütend er wird, wenn es nicht exakt stimmt. Frau J ist nicht nur Hausfrau, sondern berufstätig, lange Jahre Mutter gewesen und sorgt noch für die hilfällige im Haus lebende Schwiegermutter, die ihr dies mit verbalen Fußtritten dankt.

Wir fragen sie, ob man nicht mal absichtlich, einen Knopf geschlossen, den Reißverschluss nicht ganz offen lassen könne... Frau J. zuckt, nein, da ist sie ganz anders erzogen...aber irgendwann beginnt sie, darüber nachzudenken, grinst - aber traut sich das noch nicht so ganz...aber es wäre schon besser...

Mit der Zeit wird sie ein wenig mutiger, aber noch ist kein so ganzer Durchbruch da, obgleich sogar ein gemeinsames Gespräch mit dem Ehemann in der Praxis erfolgte, ausdrücklich, um sie zu ermutigen etwas „böser“ zu werden.

„Hm, meint der Ehemann zu mir, sie geben ja schöne Ratschläge“

„Das kommt noch schlimmer,“ verspreche ich ihm- „es ist erst der Anfang...“

Schließlich tauschen wir den Therapeuten, Frau J. bekommt ein Gespräch mit meinem männlichen Kollegen. Auch dieser ermutigt sie - und das ist schließlich dann der Durchbruch - wenn dies auch Männer sagen....

Frau J. beginnt nach fünf Sitzungen sich ganz deutlich durchzusetzen und ermahnt ihren Mann im Beisein Dritter, wenn er sich zuschüttet: „Wenn du jetzt nicht aufhörst, gehe ich schon mal heim.“ Auf die Frage von Freunden, man sage so etwas doch nicht in der Öffentlichkeit kontert die ehemals Schüchterne: „Wenn er besoffen ist, blamiert er mich auch in der ganzen Öffentlichkeit...“

Sie beginnt Grenzen zu setzen. Am Ende der 9stündigen Therapie meint sie: Ich habe ihm gesagt, entweder er hört auf zu trinken, oder er muss sehen, wie er klar kommt. Ich habe zu ihm gesagt: „Günter, ich muss nicht mit dir verheiratet sein...“

Dass Frau J. nun seit einem Jahr ihr Alkoholproblem im Griff hat, bestätigt auch für sie die Ausgangshypothese: „Ich hätte das viel früher machen sollen mit dem Wehren, ich war so blöd so lange mir alles bieten zu lassen...“

#### **Das literarische Quartett: Herr K.**

Bei Herrn K. ist die Situation genau umgekehrt, wie bei Frau J. Er beginnt bei meinem Kollegen. Da er zunächst nur anbietet: „Ach kennen sie dieses Buch, oder jenes- „aber sich nicht auf irgendwelche Therapiegespräche einlässt, beschließen wir nach zwei Sitzungen, nun das Ganze zu drehen und ich habe eigentlich sofort vor, Herrn K. zu konfrontieren und rechne damit, ihn wohl rauswerfen zu müssen. Er legt eine brillante Sitzung hin, in der er über seine Schwierigkeiten redet. Auf meine verblüffte Frage, wie es zu dieser Wandlung komme (ich sage ihm, dass ich ihn eigentlich rauswerfen wollte) meint er: „Ich tue mich mit Männern schwer.“

Ein zweiter Punkt in der Therapie ist, dass er, obgleich seit über 25 Jahren von diversen Drogen abhängig, am Alkohol hängen geblieben ist, vor allem am Schnaps - dies zwar angeblich ändern möchte, dann aber sofort wieder bagatellisiert. Er tut dies, indem er den Dingen eine literarische Verpackung gibt. Das heißt er redet nicht über sich, sondern z.B. über Jack Londons Buch „König Alkohol.“ Wir versuchen weiche Interventionen, die ungehört verhallen. Daraufhin wenden wir zwei Dinge an: Zum einen koppeln wir mit Batesons Artikel: Die Kybernetik des Selbst (u.a. über Alkoholikerstolz), an seine literarischen Empfehlungen an, zum anderen nutze ich die inzwischen entstandenen gute Beziehung nach 10 Sitzungen, ihm einen sehr herben Brief zu schreiben. Er ist zwar wütend - aber sein Alkoholpegel sinkt für längere Zeit merklich. Dies ist auch nötig (Krampfanfälle etc.). Es ermöglicht auch, mit ihm nun an Themen wie Angst und Trauer usw. zu arbeiten, aber erst, nachdem Herr K. akzeptiert, dass man nicht bereit ist, mit seiner Fassade zu arbeiten und man den Alkohol entromantisiert hat.

#### **Das Recht auf Achtung : Frau L.**

Frau L. kommt zu den ersten Gespräche stets in stark alkoholisierter Form. Sie ist eine sehr traumatisierte Frau, lebt zu Anfang in einer Beziehung mit einem Mann der sie schlägt und bereits eine Frau umgebracht hat. Er sagt ihr deutlich, dies drohe ihr auch, wenn sie wage, sich zu trennen. Sie hat keine Arbeit, träumt von einer Stelle als Floristin. Alkoholprobleme

hat sie seit dem 20. Lebensjahr, also gut 15 Jahren. Sie trinkt exzessiv. Hintergrund ihrer Probleme ist ein brutaler, unter dem zwangsweisen Einflößen von Alkohol erfolgter sexueller Missbrauch zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr durch den Onkel der Klientin. Dieser hört nur auf, weil der Onkel starb. Hilfe von den Eltern erhielt sie nicht (hättest Du wohl gerne), sie schützt diese aber sehr. Zu Anfang reicht es aus, nur das Wort Missbrauch u.Ä. zu erwähnen, dann erstarrt die Klientin zur Salzsäule.

Darüber sprechen kann sie nicht- sie bleibt für die Umwelt nicht verständlich in ihren Äußerungen. Der Missbrauch ist ihr peinlich: „Weil es grade so in Mode ist...“ Während des Missbrauchs hat der Onkel die Klientin sehr beschimpft: Sei froh, dass ich dich nehme, du bist hässlich, dich nimmt keiner...“

Wir beginnen damit, dass sie intoxikiert zu den Sitzungen kommen kann (sonst hat sie zuviel Angst) und außerdem in Begleitung ihres Nachbarn, als Schutz, damit sie den Weg überhaupt schafft. Mehrere andere Therapieversuche (Abstinenztherapien ambulant) hat sie ohne Erfolg abgebrochen. Aufgrund des Schamproblems versichern wir uns rück, dass wir ankoppeln dürfen, wenn sie nicht kommt. Wir bieten ihr immer wieder vielfältige Interpretationen an, neue Sichtweisen, vor allem in der Eigenwahrnehmung. Mit der behandelnden Ärztin halten wir engen Kontakt. Dies führt zum zweiten Versuch, zu einer Behandlung mit Anti-Craving. Wir versprechen ihr zu Beginn, dass wir die Missbrauchssituation inhaltlich nicht jetzt zum Thema machen, sondern nur in ihren Auswirkungen auf ihr jetziges Leben behandeln werden. Im Verlauf löst die Klientin die gewalttätige Beziehung, wir helfen ihr bei der Organisation von Schutz.

Nach acht Sitzungen trinkt die Klientin nicht mehr. Die Klientin ist nach 15 Sitzungen seit einem dreiviertel Jahr trocken (mit nur einem kurzen Rückfall in einer Belastungssituation), sie arbeitet als Floristin auf dem Markt und in einer Gärtnerei stundenweise (das Zusenden von passenden Bewerbungsanzeigen zählt auch zu unseren Standards), sie hat eine neue Wohnung und einen neuen Freund seit einem halben Jahr.

### **Schnitte und Einschnitte: Frau M.**

Die Klientin hat eine lange therapeutische Geschichte hinter sich. Eine typische Borderline-Klientin mit wie Dulz sagen würde: „Borderline-Armen“. Sie war bereits längere Zeit in der Psychiatrie ( 3 Monate stationär und 4 Monate Tagesklinik). Dort ist es nach den Berichten nicht gelungen, eine Beziehung aufzubauen - die Patientin sei schwierig. Die Berichte zweifeln an, ob die Klientin dazu überhaupt in der Lage sei.

Zu uns kommt sie über eine kooperierende Ärztin, die sie wegen einer HIV-Infektion behandelt und sich sorgt, weil sich die Klientin immer wieder schneidet.

Die Klientin ist sehr groß, stark übergewichtig und wirkt in ihrem Kommunikationsverhalten zunächst so, als könne nichts sie umwerfen- schon bald zeigt sich aber, dass sie einen weichen und sehr verletzlichen Kern schützen muss. Ich erkläre ihr die Voraussetzungen der Therapie und auch: „...wenn Sie mir Mist erzählen, dann machen wir über Mist Therapie - ich werde nicht graben - erzählen Sie mir, was Sie bedrückt, dann reden wir darüber. Ich werde sehr direkt sein, Sie werden immer wissen, woran Sie mit mir sind. Sie haben immer das Recht auch, „Nein“ zu sagen- das ist die Voraussetzung für Offenheit.“ Offenbar schnell gelingt es der Klientin Vertrauen zu fassen und eine für sie sehr hilfreiche Kognition zu entwickeln:

„Ich kann gar nicht anders, als Ihnen alles zu sagen- ich kann Sie nicht anlügen, wie es mir geht - Sie würden es nicht glauben.“ (Ich denke, man kann mich gut anlügen - aber halte die Kognition für eine Hilfe). Auf die Weise erzählt die Klientin von Vergewaltigungen durch den Bruder, einer Abtreibung nach ärztlicher Fehlinformation und von multiplen körperlichen und seelischen Misshandlungen durch die Eltern.

Dabei lässt sich nicht vermeiden, dass die Klientin an sehr schmerzliche Punkte gerät und Zweifel entstehen, ob sie noch in der Lage sein wird, dies selbst zu steuern. Das erste Mal nach dem Verlassenwerden von dem Mann, der sie eigentlich heiraten wollte sagt sie: „Ich glaube, ich schaffe es nicht mehr - ich habe solche Selbstmordgedanken“. Für 5 Tage wird sie ins PLK eingewiesen dann ist die Krise wieder ein wenig behoben. Im Verlauf der Therapie ist es noch vier mal notwendig, sie, allerdings nur für eine Nacht, wegen emotionaler Spitzen einzuweisen, die sie alleine nicht mehr auffangen kann. Es sind zähe Verhandlungen mit ihr - aber schließlich lässt sie jedes Mal eine Einweisung auch zu. Dazu sind Erklärungen notwendig - auch solche, dass mir an ihr liegt. Aber auch ohne Humor geht es nicht. Im Zuge der Verhandlungen sagt sie: „Ich gehe jetzt heim“, und ich stelle mich ihr in den Weg: „Sie bleiben“. Sie meint: „Ich überlege, ob ich Sie so wie die eine Erzieherin im Heim einfach packen und auf die Seite stellen soll - die war auch so ein Hänfling.“ Beim Warten laufe ich ihr zufällig in den Weg, und bringe sie unbeabsichtigt fast zum Stolpern. „Das ist meine Technik - aufhalten kann ich sie nicht - aber zu Fall bringen.“

Dieses Notfallsicherheitssystem, das vorher vereinbart wurde, verhilft der Klientin dazu, dass im gesamten Therapieverlauf von einem Jahr nur ein Mal geschnitten wird (zu Anfang - beim Ende der Ehe).

Weitere Schneidprophylaxe erhält die Klientin durch eine speziell dafür zugeschnittene Imaginationscassette - eine Anti-Schneidprophylaxe. Wie gut diese passt zeigt sich daran, dass seit die Klientin diese Cassette hat, kein Schneiden und kein suizidaler Impuls mehr vonnöten war - trotz erheblicher Trigger. Zum anderen bittet sie darum, noch zwei ihr sehr wichtige Dinge auf das Band aufzunehmen. Eines davon hat sie selbst entwickelt.

Schließlich steht der Urlaub bevor, und ein weiterer Teil des Sicherheitssystems (nämlich auf den AB anzurufen in der Praxis und dann innerhalb von 2 Tagen mit einem Rückruf rechnen zu können, was auch sehr schneidprophylaktisch, vor allem anti-suizidal wirkt) geht nicht.

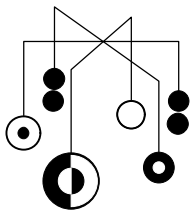
Wir vereinbaren also, dass ich sie eine Woche später anrufe und sie mir einen Vertrag unterzeichnet, in dem sie auf Selbstschädigungen jeder Art verzichtet und welche Maßnahmen sie in Not- und Krisenzeiten nutzen kann.

Darüber hinaus ist eigentlich schon zu einem früheren Zeitpunkt eine Kur geplant - die jetzt Realität wird. Dies ist oft für uns ein Baustein am Anfang von Therapien mit schweren Störungen, um einmal Luft hinein zu bekommen, gerade bei Borderline-Klienten, die ein immer noch stark traumatisierendes Umfeld haben. Hier lohnt die Erfahrung zu sehen, „wie gut es mir gehen kann, wenn ich normale Umstände habe.“

Das bedeutet, es gibt keinen Grund, die Hoffnung aufzugeben, auch bei chronifizierten und schwierigen Problemen. Man benötigt Zeit, Kreativität und manchmal eine gute Portion Humor – dann aber sind die Ergebnisse durchaus viel versprechend.

\* Vortrag anlässlich der DAF Tagung 1998 in Frankfurt am Main

© Villa Lindenfels



**Institut für systemische Therapie und Traumatherapie**

**Psychotherapeutische Praxis**

**Gaby Breitenbach / Harald Requardt**

Lindenfelsstraße 35, 70327 Stuttgart,

Telefon 0711 - 48 00 00 8, Telefax 0711 - 48 10 08