

Die Borderline – Persönlichkeitsstörung aus Dynamisch-psychiatrischer Sicht

Dr. Maria Ammon, (Berlin, München)

Lange Zeit war die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Literatur ein unklarer Sammelbegriff, der noch meist zwischen Neurose und Psychose angesiedelt wurde. Übersichtsarbeiten ergaben, noch in den 80-er Jahren, dass die Psychopathologie der Erkrankung immer noch nicht eindeutig definiert war (Modestin 1980)

In den letzten Jahren hat sich allerdings der Kenntnisstand zur BPS im Hinblick auf Psychopathologie, Diagnostik, Ätiopathogenese und Behandlung entscheidend verändert.

Ich möchte kurz auf die aktuellste Literatur eingehen. Die aktuelle Literatur der letzten 2-3 Jahre zeigt, dass sich die Therapie der BPS-Patienten zentral an der manualisierten Therapie orientiert.

So findet die Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders Erwähnung durch die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan wie bei Bohus (2007), der kritisiert, dass für die stationäre Behandlung der Borderline-Patienten etwa 3,5 Mrd. Euro ausgegeben würde. Dies würde 25-30% der Gesamtkosten stationärer Behandlung von psychisch Kranken ausmachen. Er geht davon aus, dass man durch die Anwendung des Behandlungsmanuals nach Linehan eine erhebliche Einsparung der Kosten ermöglichen könnte.

Fassbinder et. ab. (2007) stellen eine kataministische Untersuchung über 30 Monate mit der DBT vor. Die Patienten zeigten dabei im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt deutlich weniger die Diagnose BPS nach DSM-IV, das Ausmaß der Komorbidität wie affektive Störung, Essstörungen, Substanzabhängigkeiten gingen zurück, das psychosoziale Funktionsniveau konnte sich verbessern, die Symptomatik insgesamt hatte abgenommen. Renneberg (2007) stellt ebenfalls die DBT als eine gute Möglichkeit zum Erlernen neuer Fertigkeiten für BPS-Patienten heraus.

Bohus (2006) betont eine Behandlung nach DBT sollte mit Psychopharmakotherapie verbunden werden, um effektiv zu sein.

Für die psychoanalytisch-orientierte Behandlung wird in der Literatur besonders die übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg und Charkin (TFP) sowie die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie nach Heigl-Evers und die mentalisierungs-basierte Therapie nach Fonagy und Bateman erwähnt.

So untersuchten Leichsenring, F.; Masuhr, O.; Jaeger, U.; Dally, A.; Streeck, U. (2007) 132 Patienten mit standardisierten Verfahren, um die Wirksamkeit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie zu überprüfen, die speziell für die strukturell gestörten Patienten entwickelt wurde.

Das Ergebnis zeigte entscheidende Verbesserungen bei den Zielsymptomen, der allgemeinen Symptomatik, bei interpersonellen Problemen und der Lebenszufriedenheit.

Buchheim, P.; Martius Ph. (2006); beschreiben die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach Kernberg als ein störungsspezifisches psychodynamisches Therapieverfahren, das sich zur ambulanten Behandlung für Borderline-Persönlichkeitsstörungen gut eignet.

Sie beschreiben allerdings auch 2006 in einer kasuistischen Darstellung die erfolgreiche modifizierte Anwendung des TFP im stationären Setting.

Dammann (2006) wiederum kritisiert die Entwicklung eines störungsspezifischen Manuals wie das TFP nach Kernberg für BPS-Patienten. Er weist auf die Gefahren dieser Modifikation aus psychoanalytischer Sicht hin, besonders wegen der spezifischen Probleme und Dynamiken der BPS-Patienten.

Presslich-Titscher (2006) weist ebenfalls auf die Grenzen der von Kernberg erarbeiteten Behandlungsrichtlinien im Rahmen von Diagnostik und psychoanalytischer Therapie hin.

Rudolf (2006) sieht die strukturbezogene Psychotherapie als besonders geeignet für BPS-Patienten, da der Patient vom Therapeuten auf seinem individuellen Strukturniveau abgeholt würde. Rudolf hat ebenfalls ein Manual entwickelt, um das Selbstdefizit der Patienten zu verbessern.

Ich möchte nun kurz auf den Zusammenhang von Bindungstheorie und Hirnforschung für die Entstehung früher Störungen, die zu BPS führen können, eingehen. Hier ist besonders Alan Schore zu erwähnen.

Schore J.; Schore A. (2007); beschreiben in ihrer Arbeit „Modern Attachment Theory“: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment“ die Verbindung von emotional körperorientierten Prozessen, interaktiven Regulierungsprozessen, und früher erfahrungsabhängiger Hirnentwicklung, die mit unbewussten Transaktionen zusammen hängen.

Nach Schore (2001/2003) werden während der frühen kritischen Entwicklungsperioden organisierte-unsichere Bindungsmuster in die schnell sich entwickelnde rechte Hirnhemisphäre emotional „eingebrennt“. Diese stressvollen Erfahrungen werden in unbewussten internalisierten Arbeitsmodellen in der rechten und nicht in der linken Hemisphäre vercoded und können zu Persönlichkeitsstörungen führen.

Auch Feinberg und Veemann (2005) betonen, dass die rechte Frontalhirnregion eine zentrale Rolle spielt für die Entwicklung und für die Verbindung zwischen dem Selbst und der Welt. Eine Dysfunktion kann zu einer Störung von zu wenig oder zu viel Begegnung zwischen Selbst und Umwelt führen. Recety und Chaminade (2003) betonen, dass Selbstwahrnehmung, Empathie, Identifikation und generell alle intersubjektiven Prozesse hauptsächlich abhängig von den rechts hemisphärischen Ressourcen sind und diese deshalb zuerst in der Psychotherapie zu entwickeln sind.

Hier sagt auch Fonagy: Affekt-Regulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (Fonagy et al 2002) in Verbindung mit einer pathologischen emotionalen Entwicklung, auch auf neurobiologischer Ebene kann ein Verständnis der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen ermöglichen. D. h. dass bei der Psychotherapie dieser Patienten sich auf die affektiven Dynamiken der rechten Hirnhemisphäre mit seinen instabilen intervalisierten Modellen fokussiert werden sollte.

Auch Stern et al haben bereits 1998 darauf hingewiesen, dass in der rechten Hirnhemisphäre die nonverbalen Beziehungserfahrungen lokalisiert sind und diese würden den Kern der psychotherapeutischen Veränderungsprozesse bilden. Dies bedeutet für die Therapie, dass die

intersubjektiven Beziehungserfahrungen Emotionstransaktionen zwischen der rechten Hirnhemisphäre des Therapeuten und des Patient bedeuten, die zu heilenden und sicheren Erfahrungen führen.

Ich möchte nun zum dynamisch psychiatrischen Verständnis der BPS kommen.

Schon 1959 hat sich Günter Ammon mit dem Borderline Syndrom beschäftigt und es als Ich-Autonomie-Störung beschrieben. Er hatte bereits in der Menninger Foundation in Diskussionen mit Otto Kernberg diese Erkrankung mit ihrer Vielfältigkeit an Symptomen versucht, strukturell zu verstehen und zu erfassen.

Aber erst 1976 hat er das Borderline Syndrom dann als eigenes Krankheitsbild in Düsseldorf auf einem Kongress über die Borderline Erkrankung zusammen mit seinem ganzheitlichen Identitäts- und Persönlichkeitskonzept vorgestellt. Da in Deutschland bis zu dem Zeitpunkt die BPS noch nicht eindeutig definiert war, hat der Pschrembel 1982 Ammons Definition folgendermaßen aufgenommen: Es handelt sich um „psychiatrische Krankheitsbilder, die im gleitenden Spektrum zwischen neurotischer und psychotischer Persönlichkeitsstörung liegen. Bei zugrundeliegender Humanstruktur-Schwäche und –Störung im Persönlichkeitskern, der Identität, unterscheidet sich das Borderline Syndrom von den psychotischen Krankheitsbildern durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar überkompensierte und brillierende Humanfunktionen. Es besteht eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Episoden, aber auch zu passageren neurotischen Reaktionen.“

Gerade die Vielfältigkeit der Symptomatologie, die Anpassungsproblematik, mit oft vielen Bereichen von kreativen Möglichkeiten und desintegrierten Identitätssplintern des Borderline Patienten haben ihn zur Weiterentwicklung seines humanstrukturellen Persönlichkeitsverständnisses, das grundlegend ist für seine Behandlungswissenschaft, angeregt.

Er versteht die Borderline-Erkrankung als eine Erkrankung der Identität mit einer Störung der zentralen Humanfunktionen der Ich-Abgrenzung, der Aggression, der Angst, des Narzissmus und der Sexualität und besonders der Integrationsfähigkeit. Die gestörten zentralen Humanfunktionen, die im Unbewussten verankert sind, werden fassadenhaft ersetzt durch die bewussten Human-Funktionen im Verhaltensbereich und die archaischen Abwehrfunktionen

wie Splitting, Idolisierung, Reaktionsbildung, Identifikation mit dem Angreifer, Projektion und besonders projektive Identifikation u.a., die das unbewusste Strukturdefizit kompensieren.

Der borderline-krank Mensch bleibt solange unauffällig, solange er narzisstische Zufuhr von der ihn umgebenden Gruppe erhält; werden an ihn Identitätsanforderungen gestellt wie Prüfungen, Trennungen im Beruf oder Partnerschaft, wird dies als eine existentielle Bedrohung erlebt, kann seine Als-Ob-Fassade zusammenbrechen und er psychotisch, destruktiv oder antisozial reagieren.

Dies kann psychogenetisch verstanden werden, denn familiengruppendynamisch bekam das Kind meist nur Unterstützung und sozialenergetische Aufmerksamkeit im Bereich der Leistung und der Realitätsbewältigung; für seine Entwicklungsschritte in eigener Person hin zu eigener Standpunkthaftigkeit und Abgrenzung und in seinem emotionalen Bereich wurde er meist alleine gelassen. Es fehlten auch zuverlässige Beziehungen und Vorbilder. In der Familie herrschte oft Beziehungsabbruch und Destruktion vor. Alle Borderline-Störungen sind Störungen von Identität und Integration.

Grundlegend ist eine nicht mögliche Regulation der Humanfunktion der Ich-Abgrenzung nach Innen zu der Welt nichtbewusster Phantasien, und nach Außen, was heißt, er ist nicht in der Lage, sich flexibel von anderen Menschen, Gruppen und Anforderungen, die sich im Zusammenwirken von Menschen ergeben, abzugrenzen. Alle Borderline-Patienten leiden unter einem nicht bewältigten Symbiosekomplex, d.h. die Störung liegt vor dem dritten Lebensjahr, in der Zeit der für die Identitätsbildung wichtigen Abgrenzung aus der Symbiose. Dies zeigt sich auch daran, dass sie immer wieder symbiotische Partnerbeziehungen herstellen, an denen sie zwar ständig scheitern, andererseits aber ohne Symbiose nicht leben können. Für diesen archaischen Ambivalenzkonflikt versuchen sie eine Scheinlösung zu finden, indem sie ihn durch Ersatzidentitäten bzw. flüchtige Identitäten oder nicht integrierte Ich-Zustände abzuwehren versuchen. Sie bilden oft eine Als-Ob-Persönlichkeit aus.

(vgl. Ammon 1979).

Alle Borderline-Patienten zeigen eine defizitär destruktive Auseinandersetzung mit der Angst. Die Störung der Humanfunktion der Angst kann man beim Borderline-Patienten als zentrales Moment bezeichnen. Er leidet an einer Todes- und Identitätsangst. Eine Persönlichkeit im eigenen Recht zu sein, in sich zu ruhen, aber auch Standpunkt zu beziehen und sich konstruktiv auseinanderzusetzen ist von ihnen mit Todesangst besetzt. Diese pathologisch-destruktive Angst, die eine tiefe Verlassenheitsangst ist, Angst vor Abgrenzung, vor möglichem Heraustreten aus der Symbiose, Nein sagen zu können. Diese Angst vor der Identität, diese existentielle Verlassenheitsangst, basiert auf präödiptalem und real im Leben erfahrenen Verlassenwordensein, d. h. frühen Bindungstraumatisierungen. Die Humanstruktur und Persönlichkeitsentwicklung hat eine echte Schädigung erfahren. Um diese Identitätsangst nicht zu spüren, hat der Borderline-Patient viele archaische Abwehrmechanismen entwickelt und eine Angst vor der Angst, ein Weglaufen vor der Angst und des weiteren eine hedonistische Suche nach Lustgewinn. Sie können nicht alleine sein und laufen vor ihrer inneren Leere und vor sich selbst weg. Ethische Werte und Ziele fehlen diesen Patienten oft.

Die Störung der Humanfunktion der Sexualität, die sich meist durch sexuelles Agieren ausdrückt und destruktiv-defizitär verformt ist, ist ebenfalls Ausdruck der Vermeidung von Einsamkeit, Angst vor dem Gefühl der inneren Leere. Der Borderline-Patient zeigt in der Regel auch formale Denkstörungen wie konkretistisches Denken, magisches Denken, projektives Denken und inhaltliche Denkstörungen wie Zwangsdanken, Wahninhalte, Projektionen, ideologisches Denken.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei der Borderline-Erkrankung folgende Störungen der zentralen Humanstruktur vorliegen:

1. Störungen der Identitätsentwicklung mit defizitär-destruktiver Ausprägung.
2. Defizitärer Narzissmus.
3. Defizitäre Angst.
4. Destruktive Aggression, die nach innen und nach außen gerichtet wird.
5. Defizitäre Ich-Frustationsregelungen.
6. Defizitäre Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen.
7. Defizitäre Ich-Integration, ein weiteres zentrales Moment, denn das Defizit in der Integrationsfähigkeit verunmöglicht ihm die Identitätszersplitterung aufzuheben
- und 8. Defizite der Affektivität, des Denkens und der Sexualität (Ammon 1979).

Ammon hatte bereits Ende der 70-er Jahre auf die Bedeutung der rechten Hirnhemisphäre für die Lokalisierung der frühen emotionalen Erfahrungen hingewiesen, die zentrale unbewusste Humanstruktur im rechten Hirnbereich angesiedelt und darüber publiziert. Darüber hinaus hat er die Bedeutung der rechten Hemisphäre für die wiedergutmachenden Veränderungen emotionaler Erfahrungen in der Therapie hervorgehoben.

Ich möchte nun noch kurz zur Behandlung der BPS kommen.

Bei der humanstrukturellen Psychotherapie des BPS handelt es sich um eine Identitäts- und Kontakttherapie.

Dies bedeutet, nicht Symptome zu behandeln, sondern dem Menschen eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung seiner nicht entwickelten defizitären und destruktiven Bereiche zu ermöglichen, ihn aus seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten und seinen Einengungen zu befreien. Seine konstruktiven und aktiven Humanfunktionen sollen als Bündnis dienen und gefördert werden.

Für die nachholende Humanstrukturentwicklung gilt es dann, den unterentwickelten Bereich, das Persönlichkeitsdefizit, das sogenannte „Loch im Ich“ zu erreichen und die Identität langsam aufzubauen. Das heißt, die tiefe Verlassenheitsangst, die hinter der Leere steht, zu erreichen und dann die destruktiv und defizitär entwickelten Humanfunktionen langsam hin zu einer konstruktiven Identität zu entwickeln. Die Frage nach seiner Identität steht bei dem Borderline-Patienten im Mittelpunkt des therapeutischen Arbeitens. Die Frage, wer ist dieser Mensch, welchen Sinn, welche Aufgabe hat er in seinem Leben, d. h. es geht um seine Menschwerdung und um eine Entwicklung von Beziehungsfähigkeit zu sich und zu anderen Menschen. Des Weiteren um die Entwicklung eines für ihn eigenen Lebensstils, von konzeptionellem Denken und immer zentral um die Integration seiner verschiedenen zersplitterten Identitätsanteile. Wichtig ist, dass der Verhaltensbereich mit der schillernden Symptomatik nicht berücksichtigt wird, sondern die dahinterliegende Wut und Angst. Erfolgreich konnten bei der Borderline-Therapie die Gruppenpsychotherapie und das Spektrum der nonverbalen Therapien eingesetzt, wie die humanstrukturelle Tanztherapie, Theater-, Mal-, Musik- und Reittherapie und eine intensive Milieuthherapie mit Arbeitsprojekten, wie dies hier in der Klinik im gesamt-sozialenergetischen Feld durchgeführt wird und Dr. Fabian es bereits dargestellt hat.

Die nonverbalen Methoden sind besonders gut geeignet, die rechte Hirnhemisphäre zu aktivieren und durch die wiedergutmachenden kreativierenden emotionalen Erfahrungen therapeutische Veränderungen zu bewirken.

Wichtig ist aber immer für die therapeutische Beziehung, dass sich der Patient mit dem Therapeuten identifizieren kann. D. h., der Therapeut muss sich als Mensch zeigen, so wie er wirklich ist und mit dem, was er selbst für wichtig hält und welche Werte er hat. Wesentlich ist hier weiter, dass nicht einseitig die Funktionsfähigkeit des Patienten gefördert wird, sondern immer wieder seine Gefühle angesprochen werden, er als Mensch sich gesehen und verstanden fühlt.

Bei großer Angst, mit Problemen konfrontiert zu werden, wird die Arbeit mit der sogenannten dritten Person eingesetzt: Wir sprechen nicht über den Patienten selber, sondern über dritte Menschen und Dinge aus der Vergangenheit oder Gegenwart des Patienten, um ihm Schwächen und Schwierigkeiten anderer Menschen einsichtig zu machen. In der angstfreien Rückbeziehung auf sich selbst kann der Patient aktiv werden.

Aufgrund ihres destruktiven Narzissmus verbergen die Patienten oft ihr Leiden und wollen an ihren Symptomen festhalten: über die dritte Person kann diese Abwehrformation allmählich aufgegeben werden. Dafür muss ihm jedoch etwas „Besseres“ im Sinne einer besseren Beziehungserfahrung, menschlichem Verständnis und kreativen Tuns geboten werden, das den Patienten zu konstruktivem Narzissmus und echter Befriedigung führt. Oft muss man auch mit dem Patienten eine narzisstische Depressionsstrecke durchlaufen, die bis zur Suizidalität reichen kann.

Für das sozialenergetische Arbeiten in der Therapie ist die Grundlage, die Annahme der symbiotischen Übertragung, ohne die weder eine narzisstische Energiezufuhr noch eine gefahrlose Konfrontation möglich ist. Konfrontation mit den kranken Anteilen ist dann möglich, wenn sie auf der Basis von Güte und Zuwendung statt findet, weil er hier auf Realitätswahrnehmungen und Verhaltensweisen stößt, die er ablehnt. Wesentlich ist die schrittweise Erhöhung der Frustrationstoleranz, welche zum Abbau des destruktiven Narzissmus unerlässlich ist.

Für die Arbeit mit Übertragung und Widerstand ist unsere Erfahrung, dass

- bei vermehrtem Angsterleben: Traumanalyse im Hier und Jetzt herangezogen werden kann
- bei fortschreitender Therapie: freie Assoziation (streng regulativ!) eingesetzt werden kann für die Übertragungs- und Widerstandsanalyse
- mit der symbiotischen Übertragung kommen archaische Abwehrmechanismen zur Wirkung, die massiv als Widerstände gegen die Fortschritte der Therapie eingesetzt werden: hier ist die Gegenübertragungskompetenz sehr wichtig, d.h. die Aggression von Patienten übernehmen und deuten zu können

Humanstrukturelles Arbeiten mit der Angst bedeutet, dass

Diese Angst besonderen Schutz braucht: BP mit Empathie und Agape zu verstehen geben, wie sehr wir ihre Angst nachempfinden können. Es werden häufig Widerstände zur Vermeidung von Angst eingesetzt. Deshalb dem Patienten erst in seiner Angst beistehen und ihn in seiner Angst verstehen. Mit ihm dann erarbeiten, was ihm so viel Angst macht (auch mit freier Assoziation, Traumanalyse, Übertragungs- und Widerstandsanalyse). Diese Patienten laufen ständig vor der Angst davon, haben Angst vor der Angst, also Identitätsangst. Ziel: mehr Angst zu tolerieren, Bewusstwerdung, dass es ihm schadet, vor der Angst wegzulaufen, anstatt sie zur Erlangung von mehr Identität zu nutzen. Es geht um Einsicht, dass destruktive Angst einer falschen Realitätseinstellung und einer Fehlwahrnehmung seiner umgebenden Wirklichkeit entspricht.

„Erst der Aufbau der konstruktiven Angst machen den Menschen zum Menschen.“ Muss behutsam geschehen, denn er hat aufgrund seiner großen Angst ganz neue und eigene Wege von Denken und Wahrnehmung eingeschlagen, die oft auch Kreativität in sich tragen. Diese wertvollen Bestandteile tragen in Verbindung mit Identität zu besonderer Kreativität dieser Menschen bei. „Ein sich so entwickelnder Mensch wird meist mehr Menschlichkeit und ein mehr schöpferisches Ich entwickeln als ein Mensch, der nie gelitten hat“.

Humanstrukturelles Arbeiten mit der Aggression

Die Patienten kommen meist mit defizitärer Aggression und vermeiden häufig die aktive, destruktiv-aggressive verbale Auseinandersetzung mit dem Therapeuten. Zu Beginn wird der defizitär aggressive Mensch dabei Todesangst haben, da ihm die Primärgruppe eine konstruktive Auseinandersetzung und ein konstruktives Zugehen auf die Umwelt verboten

hat. Beim destruktiv-aggressiven Menschen steht querulatorisches und provokativ-aggressives Verhalten im Vordergrund. Hier braucht der Therapeut die Kraft, eine Phase destruktiver Aggression, die meist sehr kränkend ist, mit Ruhe, Güte, mit Verstehen zu tragen und immer wieder die Angst anzusprechen, die hinter der destruktiven Aggression steht. Er wird immer wieder seine identitätsverbietende Primärgruppe wiedererleben, auch dann, wenn er beginnt, seine fassadären überkompensierten Ich-Anteile abzubauen.

Humanstrukturelles Arbeiten mit dem Narzissmus

Eine Schwierigkeit in der Behandlung liegt in der Verbindung der defizitären Aspekte mit dem destruktiven Narzissmus:

- jegliche Realitätsforderung wird als Angriff auf die eigene Person aufgefasst. Der Patient tut sich schwer, einen Menschen (auch den Therapeuten) ernst zu nehmen aufgrund des gestörten Narzissmus
- statt dessen wird dieser Opfer des Abwehrmechanismus und Widerstands der Idolisierung und damit unerreichbar
- der Patient leidet an einem krassen Wechsel tiefer Minderwertigkeitsgefühle mit übersteigertem Selbstwertgefühl

Man muss den Patienten aus seiner passiv-aggressiven Verweigerung herausholen, die mit übersteigertem Schein-Selbstwertgefühl einhergeht. Erfolgt dies regulativ, verhindert man, dass das gesamte Abwehrsystem des Patienten zusammenbricht, dieser in eine Depression oder Psychose fällt. So hilft man ihm, schrittweise konstruktiven Narzissmus zu entwickeln.

Identitäts- und Kontakttherapie bedeutet für die Identitätsentwicklung immer auch ein Grenzerleben: die eigenen inneren und äußeren Grenzen, die Körper-Grenzen, die Endlichkeit des Lebens als Grenze zu erfahren.

Für das humanstrukturelle Arbeiten bedeutet dies, Grenzsituationen erlebbar und bearbeitbar zu machen. Battegay hat auf die Bedeutung von Grenzsituationen bei allen psychischen und körperlichen Erkrankungen, auch für den Therapeuten, 2005 ebenfalls hierauf hingewiesen.

Auch der Therapieabschluss ist eine Grenzsituation, bei der es wieder um Sein oder Nicht-Sein geht (Reaktivieren der Identitätsangst). Denn erst durch die Lösung vom Therapeuten entwickelt sich die eigene Identität und ermöglicht eine endgültige Lösung vom Symbiosekomplex.

Zentral für die Therapie ist immer ein Gelingen des Kontaktes, um ihn in den Tiefen seines Wesens zu erreichen. D.h. von der Oberfläche in die Tiefe seines Leidens Zugang zu bekommen .

Ammon sagt hier selbst:

„Nur wer ständig für den Patienten da ist, wer zuverlässige Ernsthaftigkeit zeigt, also nur derjenige, der sich strukturell mit dem Patienten auseinandersetzen kann und in der Therapie selbst mitwachsen kann, ist in der Lage Borderline-Patienten erfolgreich zu therapieren“.
(Ammon 1979)

Zentral für die Therapie ist immer ein Gelingen des Kontaktes, um ihn in den Tiefen seines Wesens zu erreichen.

Ein symptomorientierter, ekklektischer Ansatz von Psychotherapie wird diese Menschen in ihrem Leid nicht erreichen können, da eine Psychotherapie mit wechselnden Methoden (er wechselt ja auch oft selbst die Therapeuten und die Kliniken) genau dem unbewussten Widerstand dieser Patienten entgegenkommt und die Humanstruktur unberührt lässt und damit auch das eigentliche Leiden. Genauso wie ein zu stark strukturiertes Therapiesetting um sein Agieren und seinen Verhaltensbereich zu kontrollieren, den Patienten nicht erreichen kann.