

A. Votsmeier-Röhr & V. Bracke

## **Erfahrungsorientierte Therapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen.**

### **Einleitung**

In diesem Workshop haben wir über Erfahrungen und Ergebnisse der Stationären psychodynamisch-erfahrungsorientierten Therapie bei Borderline-Störungen in der Psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach berichtet. Ansatzweise haben wir Gemeinsamkeiten mit dem Prozess-Erfahrungsansatz von L. S. Greenberg und notwendige Adaptierungen dieses Ansatzes in der Behandlung dieser Klientel diskutiert. Zur vertiefenden Beschäftigung mit dem sog. „Grönenbacher Modell“ möchten wir auf zwei frühere Veröffentlichungen verweisen (Votsmeier, 1998, Votsmeier-Röhr, 2001).

### **Störungsmodell**

Neuere Forschungsergebnisse (vgl. Saunders & Arnold, 1993, Rohde-Dachser, 1996, van der Kolk, 1999) legen den Schluss nahe, dass Borderline-Entwicklungen in aller Regel auf kumulative Kindheitstraumata zurückzuführen sind.

Wir unterscheiden 4 Ebenen in der Entstehung und Manifestation der Störung:

1. Reale traumatisierende Beziehungserfahrungen werden
2. in dissoziativer Weise verarbeitet, wodurch die verinnerlichten Ereignisse selbst sowie die Schemata von sich, wichtigen anderen Personen und Beziehungen verzerrt und fragmentiert werden. Die Folgen der dissoziativen Verarbeitung sind strukturelle Entwicklungsdefizite, die als defizitär bedingte Symptome in Erscheinung treten (z. B. Angstzustände, Depersonalisations-Symptome, kognitive Störungen).
3. Dysfunktionale Anpassungen in Form von Schutz- bzw. Abwehrmechanismen treten als protektiv bedingte Symptome in Erscheinung, haben also eine Schutzfunktion und dienen als Bewältigungsversuche, um weitere Erschütterungen/Traumatisierungen zu verhindern (z. B. Impulsdurchbrüche und Selbstverletzungen, im zwischenmenschlichen Bereich Kontaktabbruch, aktive Distanzierung, Kontrollversuche, Präventivangriffe oder pathologische Regression im Sinne einer Spaltungsdynamik bzw. Projektiven Identifizierung). Auch Suchtverhalten gehört hierzu und steht im Zusammenhang mit einer beeinträchtigten Selbststeuerung, dient jedoch in der Regel der Kompensation struktureller Defizite, der Überdeckung von Konflikten sowie der Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts im Feld zwischenmenschlicher Beziehungen.
4. Gelingt es mit Hilfe der dysfunktionalen Anpassungen nicht, in Belastungssituationen weitere Erschütterungen der psychischen Struktur zu verhindern und

Klingelhöfer, J., Vogler, J. (Hrsg.):

Humanistisch-integrative  
Psychotherapieansätze  
in der stationären Psychosomatik

Tagungsband der 1. Arbeitstagung zur

Humanistisch-integrativen Psychotherapie:

Geschichte, Wirklichkeit, Zukunft.

Bad Grönenbach, 16.-17.11.2001

Bad Grönenbach: Selbstverlag Psychosomatische Klinik,

Wittgensteiner Kliniken AG



sich zu stabilisieren, führt dies zur Überstrapazierung der Anpassungsmuster und zu Eskalationen in destruktives Ausagieren (z. B. selbstschädigendes Verhalten, Impulsdurchbrüche etc.)

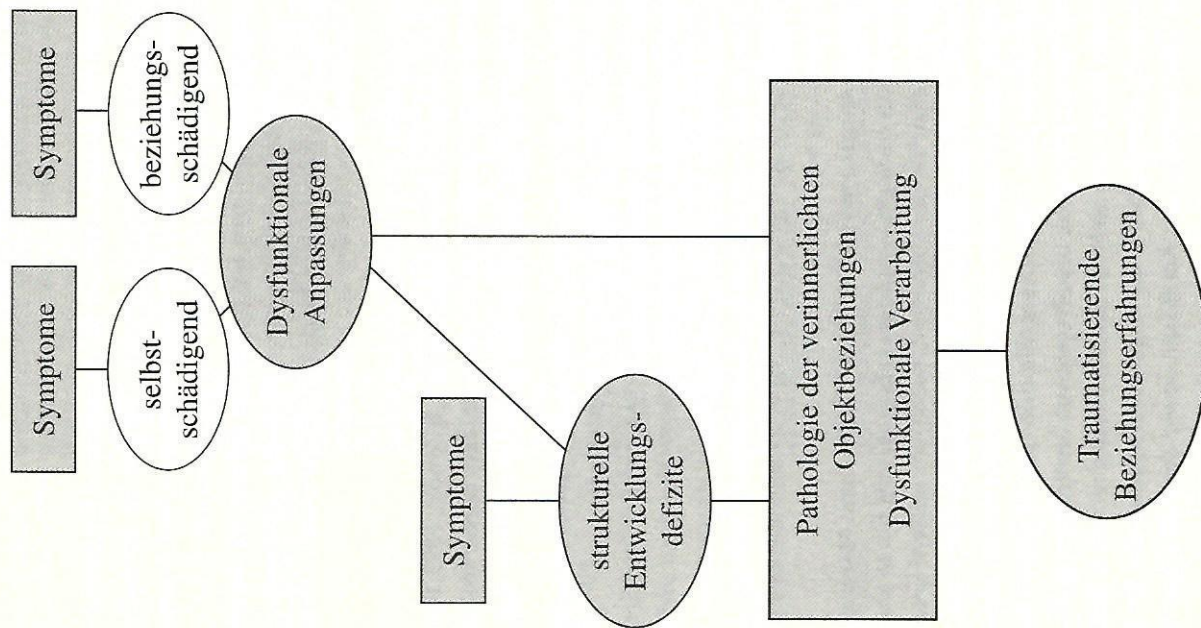


Abbildung 1: Entstehungsmodell der Borderline-Symptomatik (BPS-Modell) (BPS-Behandlung; Gröenbacher Model)

Die hier dargelegte Differenzierung des Störungsmodells entstand über die Jahre aufgrund der immer wiederkehrenden klinischen Erfahrung, dass die in der Literatur vorgenommene Trennung von entweder konfrontativ-deutenden Herangehensweisen oder supportiver Behandlung (Kernberg, 1993, 19f.) den tatsächlichen Erfordernissen der Behandlung nicht gerecht wird. Wir haben es klinisch gleichermaßen mit strukturellen Defiziten oder Vulnerabilitäten mit entsprechenden Symptomen und dysfunktionalen Anpassungsmustern mit entsprechenden Symptomen zu tun und müssen daher supportiv-aufbauende und stabilisierende sowie konfrontative Strategien auch gleichermaßen zur Anwendung bringen.

Dies erfordert natürlich von den Behandlern, diese unterschiedlichen Ebenen voneinander zu unterscheiden, jeweils zu explorieren und zu verstehen, um nicht umgekehrt Ausdrucksformen von Defiziten zu konfrontieren oder auf dysfunktionale Anpassungen supportiv und gewährend zu reagieren. Daher brauchen Angestuzustände oder Empfindungen von Identitätsdiffusion z. B. eine supportiv-stabilisierende Antwort, Impulsdurchbrüche oder Selbstverletzungen etc. eine konfrontative Antwort.

### Behandlungsziele

In unserem Störungsmodell stehen die Verarbeitung und Repräsentation von traumatisierenden Beziehungserfahrungen und Interaktionsmustern und die daraus folgenden strukturellen Entwicklungsdefizite im Vordergrund.

Die sich aus der dissoziativen Verarbeitung entwickelnden Personen- und Beziehungsschemata sowie Skripte (Horowitz, 1991) sehen wir als aufrechterhaltende Bedingungen für die dysfunktionalen borderline-spezifischen Anpassungen an.

Folgerichtig ist das globale Ziel der Behandlung die Veränderung der inneren Repräsentationen von Beziehungserfahrungen und der sich daraus ergebenden Schemata sowie die Verbesserung von basalen Funktionen und Fähigkeiten der Person.

Die Behandlung erfordert ein sequentielles Vorgehen:

1. Eine Voraussetzung für die o. g. Veränderungen ist zu Beginn die Verringerung des destruktiven Ausagierens der dysfunktionalen Anpassungsmuster, ggf. einschließlich des Suchtverhaltens. Teilziele sind dafür die Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und die Erstellung eines Therapievertrages als Teil der Schaffung eines Arbeitsbündnisses in den ersten 10 Tagen der Therapie.
2. Im Zuge der Arbeit an der Verringerung des destruktiven Ausagierens beginnt als nächstes die Arbeit am Ziel, die Selbst- und Objektwahrnehmung sowie Selbststeuerung zu verbessern und damit adäquate Schutz-, Regulations- und Kommunikationsfunktionen zu entwickeln. Das Schließen von Hintertüren selbst- und beziehungs-schädigenden Verhaltens wird sozusagen mit dem Öffnen von Vordertüren hinsichtlich funktionaler Problemlösungen begleitet.



3. Die damit erfolgende Stabilisierung und Verbesserung der Bewältigungsfähigkeiten bereitet sukzessive den Boden für Ziele einer vertieften Struktur- und Kompetenzbildung, ansetzend an den Entwicklungsdefiziten bzw. strukturellen Vulnerabilitäten im Sinne der Verbesserung der kognitiv-selbstreflexiven sowie integrativen Funktionen und Verarbeitungsprozesse und der Veränderung der Personenschemata in Form von Selbst- und Objektrepräsentationen (Integration partieller S-O-Repräsentationen; Internalisierung und Konstanthaltung positiver innerer Bilder von anderen; Fähigkeit zur Bindung an Bezugspersonen), Beziehungs-Schemata und Lebens-Skripten.

4. Diese Teilziele der Struktur- und Kompetenzbildung verbessern die Voraussetzungen, reale vorgegangene und gegenwärtige Beziehungserfahrungen zu bearbeiten sowie den Umgang mit aktuellen Alltagsanforderungen zu verbessern, z. B.: das Verarbeiten und Integrieren der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen (einschließlich Verbesserung der Fähigkeit, die Vergangenheit realistisch zu akzeptieren); das Vervollständigen unterbrochener Entwicklungsprozesse, wie etwa den Eintritt ins erwachsene Berufsleben; den Erwerb adaptiver Schemata für funktionale Anpassungen im Umgang mit aktuellen Lebenssituationen (funktionale kognitive, emotionale und Handlungsschemata).

Die abschließende Bearbeitung dieser Themen wird aufgrund der Kürze der stationären Behandlung in vielen Fällen einer anschließenden ambulanten Psychotherapie vorbehalten bleiben, für die nach erfolgreicher stationärer Therapie nun jedoch verbesserte Voraussetzungen, z. B. die Fähigkeit zur kontinuierlichen Nutzung der therapeutischen Beziehung, bestehen.

### Behandlungsmodell

Am Anfang der Therapie steht eine symptomorientierte sowie psychodynamische, interpersonelle und Persönlichkeitsdiagnostik mit entsprechenden diagnostischen Erhebungen und Testverfahren (vgl. Votsmeier, 1998).

Das erfahrungsorientierte psychotherapeutische Vorgehen verbindet eine bestimmte Form der therapeutischen Beziehung, die 'dialogische Haltung' (Buber, 1984, Friedman, 1987, Hycner, 1989), mit der Anwendung phänomenologischer Methoden zur Fokussierung auf die Vertiefung und Bewusstwerdung der gegenwärtigen Erfahrung der Person einschließlich der Schema-Konstruktionen, welche die Erfahrung bestimmen, sowie der Arbeit mit therapeutischen Aufgaben zur Lösung spezifischer Probleme der Verarbeitung und Bewältigung von Erfahrungen und Problemsituationen (vgl. Greenberg et al., 1993, 1998). Die Wirkungen dieser Vorgehensweisen sind gut belegt (vgl. Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994, Grawe, 1998, 350, Elliott, Greenberg & Lietaer, in press).

In diesem Kontext nutzen wir Methoden der Dialogischen Gestalttherapie (Yontef, 1998, 1999, Hycner & Jacobs, 1995), ergänzt durch sozial-kommunikative

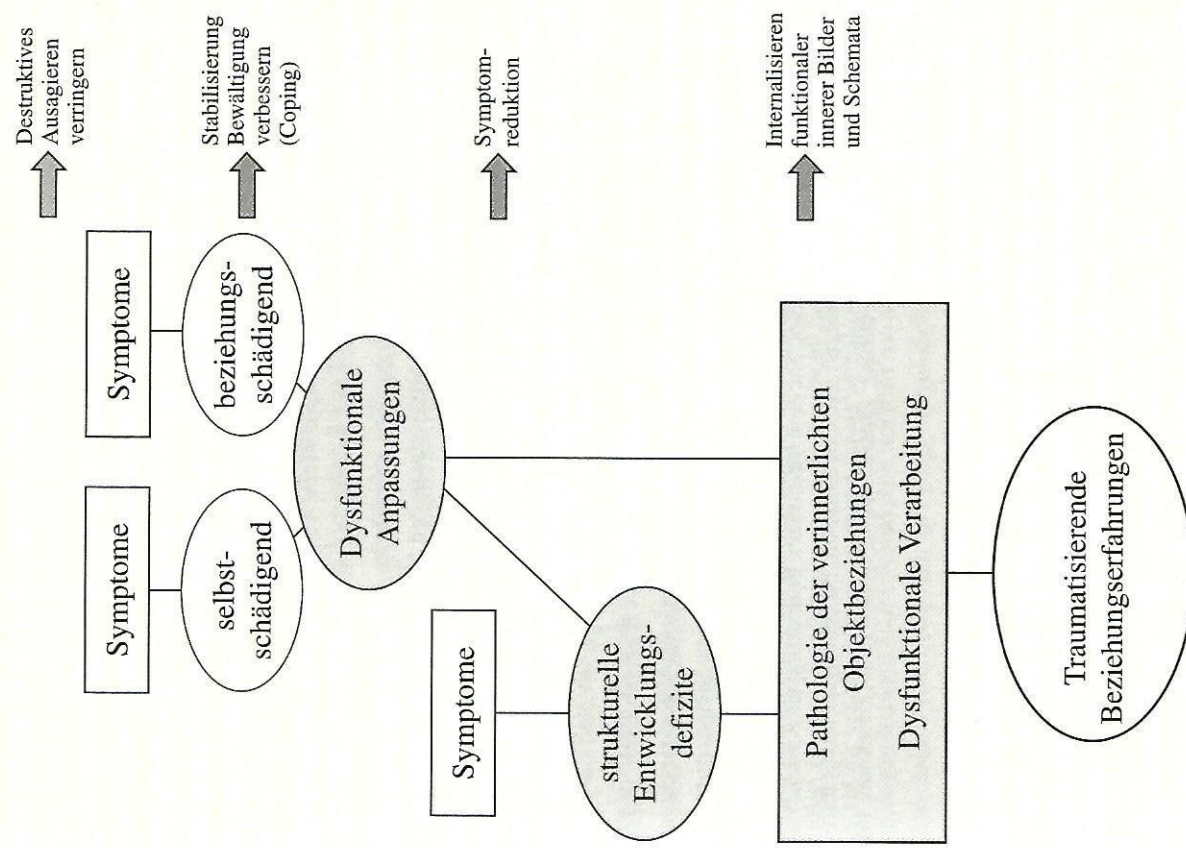


Abbildung 2: Entstehungsmodell und Therapieziele (BPS-Behandlung; Gränenbacher Model)

und körpertherapeutische Maßnahmen, Arbeit mit kreativen Medien und indikations-spezifische Gruppen. Gegebenenfalls werden auch übende Verfahren, Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Elemente - z. B. als aktive Hilfen zur Problembewältigung bei eng umschriebenen Störungen wie Angst-



Zwangsstörungen - und transaktionsanalytische Elemente zur Skript-Analyse in die Arbeit integriert.

In der Anwendung dieser spezifischen Behandlungselemente werden die von Grawe (1994) empirisch gesicherten Wirkfaktoren berücksichtigt:

Der Ansatzpunkt der Klärungsarbeit ist hier die gegenwärtige Erfahrung der Person. Diese wird zunächst phänomenologisch exploriert, um die Bewusstwerdung persönlicher Motive und Bedeutungen sowie Einsicht in die individuelle Konstruktion der phänomenologischen Realität zu fördern.

Übende Verfahren sowie problemspezifische Aufgaben werden als aktive Hilfen zur Problembewältigung eingesetzt. Im Unterschied zu übenden Verfahren sind experimentelle Aufgaben im Ergebnis offen, stimulieren jedoch neben Bewusstheit und Klärung aktive Bewältigungsschritte sowie den Mut zu neuen Lösungen.

Im Sinne einer prozessualen Aktivierung bzw. Problemmaktualisierung werden emotionale Schemata bottom-up, d. h. im unmittelbaren Erleben aktiviert (vgl. Greenberg et al., 1993, 93ff., Grawe, 1998, 347f.) und möglichst alle Ebenen der Erfahrung (körperlich-motorisch, emotional, kognitiv-imaginativ, sprachlich) einbezogen.

Vorhandene innere und äußere Ressourcen werden therapeutisch aktiviert, mangelhafte innere oder äußere Ressourcen werden gestärkt. Widerstandshänomene werden häufig als Ressourcen im Sinne eines versuchten Selbstschutzes verstanden.

Die therapeutische Beziehung hat eine besondere Bedeutung als Ressource. Sie orientiert sich an den Grundsätzen der existentiellen Beziehungsphilosophie Martin Bubers, der 'dialogischen Haltung' (Buber, 1984, Hycner, 1989, Friedman, 1987). Die Verbindung aus

1. persönlicher Präsenz,
2. der Fähigkeit, das Geschehen, so gut es geht, von der Seite des Gegenübers wie von sich aus zu erleben (Umfassung) sowie
3. der Bestätigung des Gegenübers, welche stützend und auch konfrontativ sein kann, kennzeichnen diese therapeutische Haltung.

Die TherapeutIn fühlt sich für den therapeutischen Dialog verantwortlich und bewahrt eine unvoreingenommene Offenheit dafür, was aus dem Bereich „zwischen“ Patient/in und Therapeut/in „entsteht“. Die 'dialogische Haltung' impliziert, dass die Pflege der therapeutischen Arbeitsbeziehung als Grundlage für die Bearbeitung von Übertragungsphänomenen vorrangig ist. Dies entspricht der von Greenson (1967, zit. nach Sachsse, 1996) eingeführten Unterscheidung von Real-, Arbeits- und Übertragungsbeziehung, wobei die Arbeitsbeziehung das Aufsuchen einer Metaebene beinhaltet, von der aus Übertragungsphänomene reflektiert und

aufgelöst werden können. (Auch die Arbeit als Therapeutenpaar hat hier eine zentrale Bedeutung, indem einer der beiden TherapeutInnen bei borderline-typischen Spaltungs- und Übertragungsprozessen von einer Außenposition aus die Metaebene anbieten kann). Die eingesetzten spezifischen Methoden sind daher immer im Kontext dieser Beziehung eingebunden. Kommt es in der inhaltlichen therapeutischen Arbeit zu Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung, z. B. durch Missverständnisse oder Kränkungen etc., ist ein Wechsel auf die dialogische Ebene erforderlich, um das Beziehungsproblem gemeinsam zu verstehen und zu lösen. Die Merkmale der 'dialogischen Haltung' sind an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (Votsmeier, 1998, Votsmeier-Röhr, 2001).

### Therapeutische Strategien und Interventionen

Die Behandlung ist in drei Phasen unterteilt, die Basisphase, Kernphase und Abschiedsphase.

Die **Basisphase** beginnt mit der Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und dem Aufbau eines Arbeitsbündnisses. Dazu gehört u.a. eine Übereinstimmung über die Ziele der Behandlung. In der Reihenfolge der Bearbeitung der Behandlungsziele gibt es eindeutige Prioritäten.

#### Konfrontative Strategien:

So steht in dieser ersten Phase der Therapie das Reduzieren des destruktiven Ausagierens im Mittelpunkt. Über das Erstellen eines Konfrontationsvertrages lernen die PatientInnen, Verantwortung für ihr eigenes Handeln und die daraus folgenden sozialen Konsequenzen zu übernehmen. Sie erklären sich konfrontierbar, d. h. auf ihr vorher definiertes destruktives Verhalten ansprechbar und verpflichten sich, angemessen, d. h. problemlösend, auf Konfrontationen zu reagieren sowie ihre Mitpatienten/innen ebenfalls aus einer sorgenden Haltung heraus mit destruktivem Verhalten zu konfrontieren. Ggf. werden in sog. Non-Verträgen destruktive Verhaltensweisen wie z. B. Selbstverletzungen in dem Kontext, in dem sie auftreten, analysiert und es werden ressourcen-orientierte Verhaltensalternativen sowie problemlösende Handlungskonsequenzen bei Verhaltensrückfällen (sog. positive Sanktionen) erarbeitet.

#### Supportiv-aufbauende Strategien:

Gleichzeitig werden durch die Vertragsarbeit defizitäre strukturelle Fähigkeiten wie die Selbst- und Objektwahrnehmung und die kognitiv-integrierenden Funktionen verbessert. Die Patienten/innen können üben, Probleme zu strukturieren, Verhaltensabläufe zu analysieren und so mehr Distanz zu ihren dysfunktionalen Anpassungsmustern gewinnen. Adäquate Schutz- und Bewältigungsmechanismen werden erarbeitet und eingeübt, die das Gefühl von Selbsteffizienz und damit auch das Selbstwertgefühl positiv beeinflussen.



Supportiv-aufbauende und stabilisierende Strategien:

Fast täglich findet eine sozial-kommunikativ ausgerichtete Therapiegruppe statt. Im wesentlichen dient die Arbeit in dieser Gruppe dem Therapieziel, die Subjekt-Objekt-Differenzierung und die Objektwahrnehmung sowie die aktuelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation durch soziales Lernen zu verbessern. Dazu gehört es, zu lernen, sich auf andere auszurichten und einzufühlen sowie Nähe und Distanz so zu regulieren, dass die Beziehung erhalten bleibt. Außerdem kann gelernt werden, Verantwortung für eigene Entscheidungen und Verhaltensreaktionen und für deren Wirkungen und die Folgen zu übernehmen, sich ggf. für Schädigungen anderer zu entschuldigen und die Beziehung wieder zu klären - all dies sind Erfahrungen, die viele aus ihren Familien nicht kennen, in denen Konflikte nur in Kontaktabbruch und Verletzungen endeten.

Gefördert wird auch die Fähigkeit, o. g. dysfunktionale Anpassungen zu erkennen. Dies ist der erste Schritt dahin, sich von solch fixierten Verhaltens- und Denkmustern zu distanzieren, letztendlich auf sie zu verzichten und adäquatere Schutz-, Regulations- und Kommunikationsfunktionen zu entwickeln. Unterstützend wirken an diesem Punkt auch Elemente des Fertigkeiten-Trainings nach Linehan (1996) und anderer stabilisierender Strategien (Reddemann, 2001), die im Rahmen einer sog. Stabilisierungstherapie-Gruppe eingeübt werden.

In der **Kernphase** ist durch die Verringerung des destruktiven Ausagierens und die Verbesserung basaler struktureller Funktionen (wie der Selbst- und Objektwahrnehmung, der kognitiv-integrativen Funktionen, der Selbststeuerung und Kommunikation und dem Erwerb adäquaterer Schutz- und Regulationsfunktionen) die psychodynamisch orientierte Bearbeitung der Persönlichkeitsstörung möglich.

Integrative, positiv internalisierende Strategien:

Zum einen wird die Arbeit an den in der Basisphase definierten Zielen fortgesetzt. Sie werden jedoch um weitere Ziele ergänzt, wie die Verarbeitung und Integration der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen, die Veränderung relevanter interner Repräsentationen (Personenschemata, Beziehungsschemata, Lebensskripte) sowie den Erwerb adaptiver Anpassungen in unterschiedlichen Lebenssituationen.

### Erfahrungsorientiertes Vorgehen:

Prozessuale Aktivierung:

Das gesamte therapeutische Setting, d. h. die Einbindung der Patientinnen in die Borderline-Gruppe, der Kontext der therapeutischen Gemeinschaft der gesamten MitpatientInnen, die therapeutische Beziehung zur weiblichen wie zum männlichen Therapeuten/in sowie dem Pflegeteam fordert die Aktualisierung der stö-

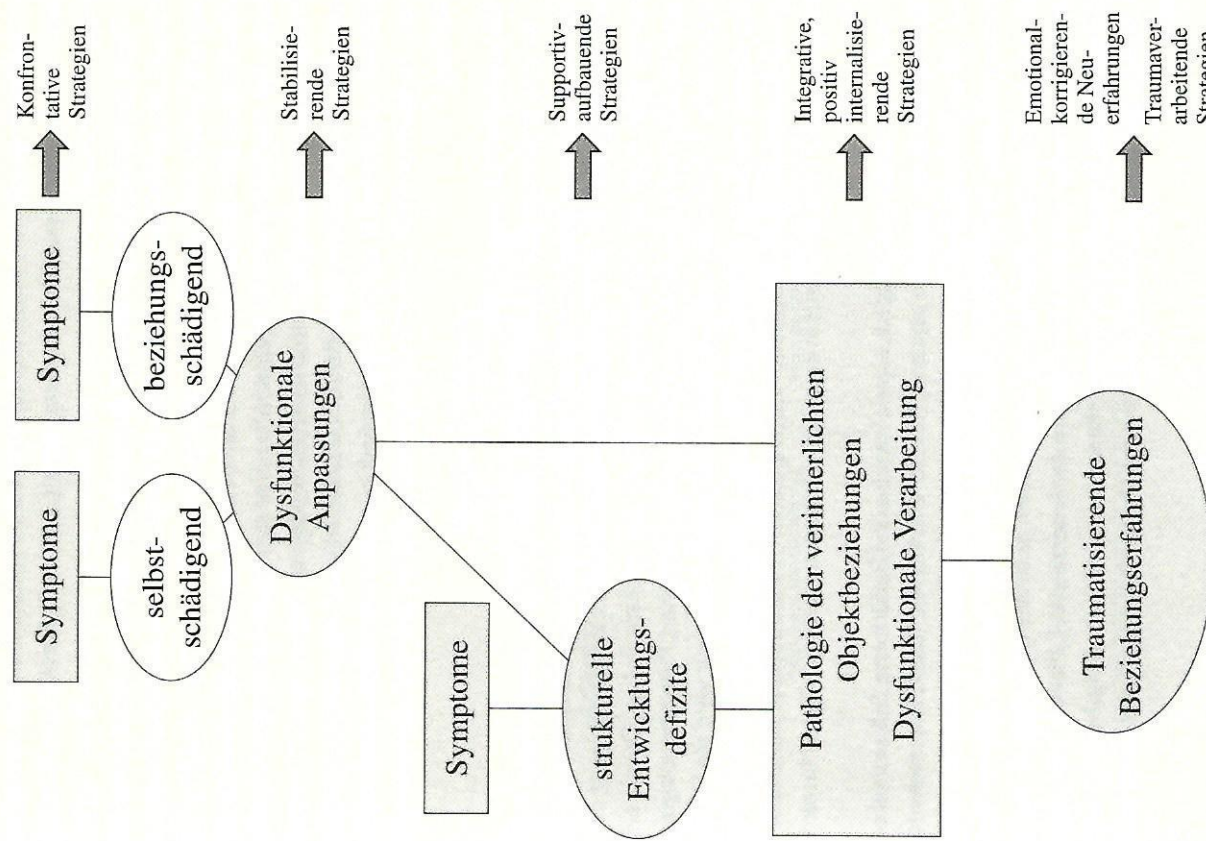


Abbildung 3: Ansatzpunkt und therapeutische Strategien (BPS-Behandlung: Gröenbacher Modell)

ungsspezifischen inneren Prozesse der PatientInnen. Dies zeigt sich in der Aktivierung der entsprechenden Personen- und Beziehungsschemata oder Lebensskripten, z. B. in der Reinszenierung maladaptiver interpersonaler Beziehungsmus-



ter in Übertragungen auf die Therapeuten/innen oder andere Gruppenmitglieder: Dies sind die therapeutischen Ansatzpunkte („Marker“) für weitere Strategien und Interventionen.

**Prozessuale Aktivierung** erfordert, dass jemand in einer relevanten Lebenssituation ist, die Anforderungen an ihn oder sie stellt. Dies kann eine problematische Lebenssituation sein, wie die Trennungsphase einer Partnerschaft etc., die Einzel- oder Gruppentherapie-Situation selbst oder in unserer Klinik das Zusammenleben in der therapeutischen Gemeinschaft, in der ständig Ich-Leistungen wie Nähe-Distanz-Regulation, Umgang mit Wünschen, Kritik und Regeln oder mit emotionalen Reaktionen gefordert werden. Prozessuale Aktivierung erfordert Wachheit, Aufmerksamkeit und Orientierung (empfinden, wahrnehmen, fühlen, denken). Sind diese Funktionen nicht ausreichend vorhanden, sind sie der erste Fokus der Behandlung.

#### Motivationaler Klärungsprozess:

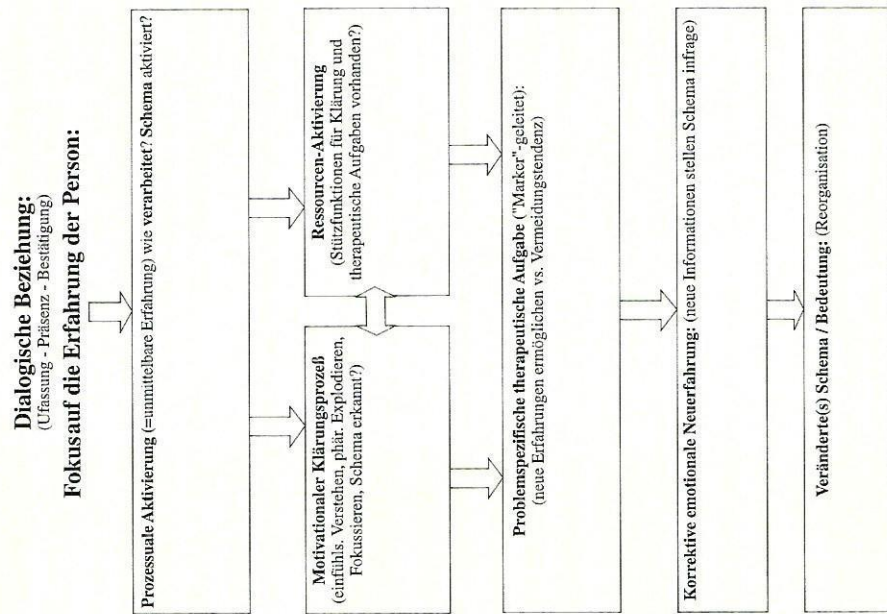
Ist eine Erfahrung geprägt durch flaches, diffuses Erleben, konflikthafte Selbstbewertung oder Selbstunterbrechung, unklare Intentionen, automatisiertes Erleben und Reagieren etc., alles Verarbeitungsweisen, die nicht zur Bewältigung der Situation führen, ist die motivationale Klärung der nächste Fokus. Durch erfahrungsorientierte Interventionen wie Einfühlerndes Verstehen, Phänomenologisches Explorieren, Fokussieren von Aufmerksamkeit und Bewusstheit wird die PatientIn unterstützt, die innere Erfahrung zu erkunden, zu integrieren und zu reorganisieren. Außerdem kann sie bewussten Zugang zu ihren emotionalen Schemata bekommen und als ersten Schritt in innerliche Distanz zu dem jeweiligen Muster treten.

Auf dieser Basis ist es möglich, eigene Impulse und Bedürfnisse, Selbstobjekt-Bedürfnisse sowie das gesamte psychodynamische Kräftefeld (das Zusammenwirken von Selbst-Schemata, Schemata signifikanter anderer, Beziehungs-Schemata und die daraus gebildeten Lebens-Skripte) zu erkennen und zu verstehen. In diesem Prozess können ausgeblendete, abgespaltene oder extrem polarisierte Teilaspekte der Persönlichkeit deutlich werden. Diese können der Ansatzpunkt („Marker“) für integrationsfördernde Strategien und entsprechende therapeutische Aufgaben sein, um die Reintegration dieser dissoziierten oder projizierten Persönlichkeitsanteile zu fördern.

Arbeit mit problemspezifischen therapeutischen Aufgaben:

Zur Veränderung von Schemata ist es hilfreich, die PatientInnen zu unterstützen, sich entgegen ihrer störungsspezifischen Vermeidungs-Tendenzen neuen Erfahrungen auszusetzen und diese zu bewältigen, sich auf diese Weise neue Informationen zugänglich zu machen und damit über eine korrektive emotionale Neuerfahrung das dysfunktionale Schema zu reorganisieren. Dies geschieht über die Arbeit mit

problemspezifischen therapeutischen Aufgaben. Damit diese Arbeit gelingen kann, bedarf es einer Klärung der Ressourcenlage der PatientIn (vgl. Grawe et al. 1999, 66) und ggf. der Aktivierung vorhandener, aber nicht aktivierter Ressourcen bzw. des Aufbaus defizitärer Ressourcen. Auf dieser Basis können adäquate therapeutische Aufgaben gewählt und eingesetzt werden. Dies können zum Teil Aufgaben sein, die Greenberg et al., (1993) zusammengestellt und auf ihre Wirksamkeit überprüft haben, diese müssen jedoch an die vorhandenen strukturellen Ressourcen der Borderline-PatientInnen angepasst bzw. um störungsspezifische Aufgaben erweitert werden. Therapeutische Aufgaben bestehen aus drei Elementen: einem Zeichen oder Signal („Marker“) für das Auftauchen eines entsprechenden Themas; dieses ist der Ansatzpunkt für eine aufgabenbezogene Interventionssequenz; einer Lösung oder einem Endzustand (vgl. Elliott, 1999, 340).





Die steigende Bewusstheit der Anpassungsmuster, die damit immer ich-dystoner werden, ermöglicht die aktive Suche nach und Erprobung von alternativen Einstellungs- und Verhaltensweisen. Ziel ist hierbei die Erarbeitung und Internalisierung funktionaler innerer Bilder und Schemata, die zu weniger Verstrickungen und zu mehr Autonomie und Handlungsfreiheit in Beziehungen führen und damit auch das Äußern von Wünschen und die Befriedigung von Bedürfnissen erleichtern. Die Beziehungen zu den Gruppenmitgliedern und zu den TherapeutenInnen sind dabei das Feld für diese korrekturen emotionaler Neuerfahrungen, wobei es nicht darum geht, etwas nicht Erfahrenes nachzuholen, sondern darum, ein heilsames inneres Bild zu entwerfen oder entstehen zu lassen, wie es früher hätte sein müssen oder können. Dadurch wird es möglich, das in der Vergangenheit Nicht-Erfahrene abzutrauern und sich den Möglichkeiten der Gegenwart zu öffnen. Die ständige Reinszenierung der unerledigten Erfahrungen ist nicht mehr nötig.

Der geschilderte Prozess der Bewusstwerdung kann in jeder Phase Widerstandsphänomene hervorrufen. Die Arbeit am Widerstand, ansetzend an entsprechenden „Markern“ ist daher ein wichtiger Teil des Therapieprozesses und beinhaltet, seine Bedeutung und Funktion für die Person als Selbstschutz und Ressource zu untersuchen, was weitere, integrationsfördernde Veränderungen bewirken kann.

Die Verbesserung der strukturellen Fähigkeiten und damit die Erweiterung des „seelischen Innenraums“, ein stabiles Arbeitsbündnis und Vertrauen zu den Therapeuten/innen sowie zur Gruppe erlauben es, über die erlittenen Traumatisierungen zu berichten und ermöglichen eine weitere Bearbeitung, ggf. unterstützt durch die Teilnahme an einer Gruppe für sexuell traumatisierte Frauen.

In der **Abschiedsphase** treten Themen der sozialen Nachsorge in den Vordergrund. Es geht darum, den Abschied von der Klinik und den dortigen Mitmenschen sowie den Übergang zurück ins Alltagsleben vorzubereiten, d. h. eine weitere ambulante Nachsorge oder ein Unterstützungssystem am Wohnort zu organisieren. Ebenfalls werden der Umgang mit der Labilisierung durch den Abschied thematisiert und relevante Themen zu Trennung und Lösung bearbeitet.

### Ausblick

Die auf diesem Workshop berichteten und diskutierten Erfahrungen sind quasi ein Zwischenbericht der konzeptuellen Weiterentwicklung der Borderline-Therapie in unserer Klinik. Ziel ist die systematische Weiterentwicklung zu einer „Marker“-geleiteten Borderline-Therapie, was gleichbedeutend wäre mit der Entwicklung von Leitlinien bzw. eines entsprechenden Manuals für die erfahrungsorientierte Therapie bei Borderline-Störungen.

### Literaturverzeichnis:

- Buber, M.  
Elliott, R.  
Elliott, R., Greenberg, L., Lietaer, G.  
Friedman, M.  
Grawe, K.  
Grawe, K.  
Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999).  
Greenberg, L., Elliott, R., Lietaer, G.  
Greenberg, L.S., Rice, L.N., Elliott, R.  
Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G.  
Greenson, R. R.  
Horowitz, M.  
Hycner, R.  
Hycner, R. & Jacobs, L.  
Kernberg, O.  
Linehan, M.  
Reddemann, L.  
Rohde-Dachser, Ch.  
Sachsse, U.  
Saunders, EA., Arnold, F.A.  
van der Kolk, B.A.  
Votsmeier, A.  
Votsmeier-Röhr, A.  
Yontef, G.  
Yontef, G.
- Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert; 1984.  
Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 2. Psychotherapeut, 44, 340-349, 1999.  
Research on Experiential Psychotherapies. In: Lambert, A., Bergin A. E. & Garfield S. L., eds. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th ed.), New York: Wiley (in press)  
Der heilende Dialog in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie; 1987.  
Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie u. Psychosoziale Praxis. 1994;4:357-370.  
Psychologische Therapie. Göttingen, Bern: Hogrefe; 1998.  
Ressourcenaktivierung - Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut 2/99.  
Research on Experiential Psychotherapies. In: Bergin AE, Garfield SL, eds. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley; 1994:509-539.  
Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process. New York, London: The Guilford Press; 1993.  
Handbook of Experiential Psychotherapy. New York, London: The Guilford Press; 1998.  
Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett, 1975.  
Person Schemas. In: Horowitz M, ed. Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns. Chicago: The University of Chicago Press; 1991:13-32.  
Zwischen Menschen. Köln: Edition Humanistische Psychologie; 1989.  
The healing relationship in Gestalt Therapy: a dialogical/self psychology approach. Highland, NY: Gestalt Journal Press.  
Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber; 1993.  
Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München; CIP-Medien 1996.  
Imagination als heilsame Kraft - zur ressourcenorientierten Behandlung von Traumafolgen. Stuttgart, Pfeiffer, 2001.  
Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen. In: Senf W, Broda M, eds. Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme; 1996:297-301.  
Die traumatisierte therapeutische Beziehung. Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik, 32, 350-365, 1996.  
Critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology. Psychiatry, 1993;56:188-203.  
Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen. 1999;3:21-29.  
Stationäre Therapie von Borderline-Störungen nach einem psychodynamisch-integrativen Ansatz. Das Grönenbacher Modell. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin u. Klinischer Psychologie. 1998;1:24-39.  
Stationäre psychodynamisch-erfahrungsorientierte Therapie bei Borderline-Störungen: Das Grönenbacher Modell. Stuttgart, Thieme 2001.  
Dialogic Gestalt Therapy. In: Greenberg LS, Watson JC, Lietaer G, eds. New York, London: The Guilford Press; 1998: 82-102.  
Gestalttherapie als dialogische Methode. In Staemmler FM, Doubrava E, eds. Heilende Beziehung - Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal: Peter Hammer-Verlag; 1999