

STATIONÄRE THERAPIE VON BORDERLINE-STÖRUNGEN NACH EINEM PSYCHODYNAMISCH - INTEGRATIVEN ANSATZ

Das Grönenbacher Modell

A. Votsmeier

Zusammenfassung

Der hier beschriebene stationäre Ansatz zur Behandlung von Borderline-Störungen orientiert sich an einem Entstehungsmodell struktureller Störungen, das die Bedeutung kumulativer traumatischer Beziehungserfahrungen hervorhebt. Der Behandlungsrahmen und das Behandlungsmodell einschließlich der Diagnostik, der multimodalen therapeutischen Maßnahmen und der besonderen Erfordernisse der therapeutischen Beziehung werden dargestellt. Die auf spezifische Therapieziele abgestimmten drei Phasen des Therapieprozesses werden theoretisch geschildert und an einem Fallbeispiel illustriert. Nach der Darstellung empirischer Ergebnisse zur Evaluation des Behandlungskonzepts werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur stationären Anwendung der „Dialektisch-Behavioralen-Therapie“ (DBT) nach Linehan diskutiert.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung · Strukturelle Störung
Stationäre Psychotherapie · Methodenintegration

Summary

The inpatient treatment approach for borderline patients presented in this article emphasizes traumatic interpersonal experiences as the origin of structural disorders. The therapeutic framework is described as well as the treatment model including diagnostics, multimodal therapeutic operations and the specific requirements of the therapeutic bond. The target-oriented therapy process is divided into three phases and is illustrated by a case example. After the presentation of empirical results common characteristics and differences between this approach and an inpatient application of Dialectic Behavior Therapy (DBT) by Linehan are discussed.

Key words

Borderline Personality Disorder · Structural Disorder · Inpatient Psychotherapy · Psychotherapy Integration

Einleitung

Mitte der 80-er Jahre mußten wir feststellen, daß immer mehr Menschen mit Borderline-Störungen in unsere Klinik kamen, die von der damals auf Patienten/innen mit Neurosen auf höherem Strukturniveau zugeschnittenen stationären Therapie jedoch wenig profitierten. Entweder benötigten sie alle Kraft, um die Therapie „durchzustehen“ oder brachen vorzeitig ab. Sie erlebten ihre Störung und ihre subjektive Erfahrung von sich und der Welt anders als die übrigen Patienten/innen. Sie wurden mit ihrem In-der-Welt-sein meist nicht verstanden, paßten sich dann vordergründig an und hielten ihre „verrückten Seiten“ sorgsam verborgen. Häufig eskalierten sie in selbstdestruktives oder beziehungschädigendes Verhalten, da sie die Erfahrungen in der Therapie nicht integrieren konnten. Bestenfalls wurden sie durch die Therapiezeit „durchgetragen“, das Kernproblem ihrer Störung konnte nicht bearbeitet werden.

Daher bemühten wir uns um die Entwicklung eines störungsspezifischen Therapiekonzepts, das 1986 erstmals zur Anwendung kam und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Die Durchsicht der psychoanalytischen Therapieansätze und Forschungsergebnisse (Kernberg 1978, Kohut 1981, Kohut & Wolf 1983, Mahler et. al. 1980, Masterson 1980, Rohde-Dachser 1983) verbesserte unser Verständnis der Störungen dieser Patienten/innen und lieferte ätiologische Hypothesen. Impulse für ein stationäres psychotherapeutisches

Behandlungskonzept kamen aus der tiefenpsychologisch orientierten Transaktionsanalyse (Schiff 1975, Kouwenhoven 1985). Der zwischenzeitliche Stand des Behandlungskonzepts wurde von Stauss (1993) erstmals in Buchform veröffentlicht. Seit Anfang der 90-er Jahre gewann das Konzept vermehrt interpersonelle Züge und entwickelte sich zu einem integrativen Behandlungskonzept, das bei uns mittlerweile auch bei anderen Formen struktureller Störungen angewendet wird. Der vorliegende Artikel dokumentiert den aktuellen Stand der Entwicklung.

Entstehungsmodell struktureller Störungen

Das im folgenden beschriebene Erklärungsmodell zur Entstehung struktureller Störungen ist gleichzeitig ein heuristisches Modell, aus dem wir unsere diagnostischen Maßnahmen sowie die therapeutischen Ansatzpunkte ableiten.

Das Modell verbindet ein organismisch-holistisches Streßmodell (vgl. Goldstein 1965, 1971; Votsmeier 1988) mit psychodynamischen und kognitiv-integrativen Aspekten. Wiederholte reale *traumatische Beziehungserfahrungen* in der Kindheit - wenn ein Kind von seinen Bezugspersonen mißhandelt oder vor Erschütterungen, die es nicht bewältigen konnte, nicht geschützt wurde oder wenn wesentliche Selbst-Objekt-Bedürfnisse (Kohut 1981) des Kindes mißachtet wur-

den - können zu kumulativen Traumatisierungen führen. Dies können z.B. Erfahrungen von physischen und emotionalen Mißhandlungen, Vernachlässigung, häufigem Wechsel von Bezugspersonen, Miterleben von drastischer Gewalt in der Familie oder sexueller Mißbrauch sein (vgl. Rohde-Dachser 1996, 298f.; Domes 1997, 16).

Die traumatischen Erfahrungen werden verinnerlicht, jedoch dabei intrapsychisch über die Mechanismen der Introjektion und Dissoziation isoliert, d.h., sie bleiben als Fremdkörper vom Hintergrund der übrigen Prozesse abgespalten. Die *dissoziative Verarbeitung* verzerrt und fragmentiert die internen Repräsentationen, die der Ereignisse selbst sowie der Schemata² von sich, signifikanten anderen und von „Beziehungs-Schemata“ als Verinnerlichungen von Interaktionsprozessen und deren affektiver Tönung. Es werden scheiterungsfixierte „Skripten“ gebildet, das sind Schemata, die negative Erwartungen hinsichtlich des Eintretens und Ablaufs von entsprechenden Ereignissen beinhalten und die das ganze Leben diktieren können (vgl. Horowitz 1988, 46). Das Gefüge dieser Repräsentationen führt zu dauerhaften, sich wiederholenden, maladaptiven interpersonellen Mustern (Horowitz 1991).

Die Folgen der dissoziativen Verarbeitung sind *strukturelle Entwicklungsdefizite*³ oder Vulnerabilitäten, die als *defizitär* bedingte Symptome in Erscheinung treten. Dazu gehören Angstzustände in Form von Vernichtungsangst, Trennungsangst, Verlassenheitsangst; innerer Leere; Depersonalisation oder Derealisation; Identitätsdiffusion; Realitätsverlust. Andere Symptome zeigen sich als überdauernde Störung der kognitiv-integrativen Funktionen⁴: keine sinnvolle interne Organisation von Erfahrungen, primitive Ordnungsversuche wie Spaltungen in dichotome Qualitäten (Schwarz-Weiß-Denken, „ganz gut“ oder „ganz böse“ etc.); Desorientiertheit; extreme Stimulusgebundenheit, impulsive Reaktionsweisen.

Dysfunktionale Anpassungen in Form von Schutz- bzw. Abwehrmechanismen und Kompensationen treten als *protektiv* bedingte Symptome in Erscheinung und dienen als Bewältigungsversuche. Dazu gehören z.B. Impulsdurchbrüche, Selbstverletzungen, Delinquenz oder sexuell-perverses Handeln, die der Spannungsabfuhr dienen, sowie Depression, psychosomatische Symptome, Zwänge, magische Rituale etc. als mögliche Kompensationen. Im zwischenmenschlichen Bereich sind Phänomene wie Kontaktabbruch, aktive Distanzierung, Kontrollversuche zu beobachten. Andere, eher überdauernde Anpassungen dienen der habituellen Vermeidung von Autonomie und echter Beziehung/Bindung, indem versucht wird, „dysfunktionale Symbiosen“, d.h. manipulative Verstrickungen mit anderen herzustellen. Diese dienen der Vermeidung, für ein persönliches Erleben und Verhalten Verantwortung zu übernehmen oder der Vermeidung adäquater Realitätswahrnehmung und Problemlösung.

Die dysfunktionalen Anpassungen sind im Grunde Reaktionen auf „Katastrophenerwartungen“ und sollen das Fortdauern oder das Auftreten einer wiederholten Erschütterung/Traumatisierung verhindern.

Dieses Modell entspricht neueren Forschungsergebnissen zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung als einer posttraumatischen dissoziativen Störung (vgl. Saunders &

Arnold 1993, van der Kolk et al. 1996, Rohde-Dachser 1996, Gast 1997, Sachsse et al. 1997).

Der Behandlungsrahmen

Patienten/innen, die sich um eine Aufnahme in unsere Klinik bemühen, bekommen einen Fragebogen zu ihrem Beschwerdebild zugeschickt. Nach Durchsicht des Fragebogens wird entschieden, ob ein ambulantes Vorgespräch zur differentialdiagnostischen Abklärung einer strukturellen Störung indiziert ist. In diesem Vorgespräch werden die Behandlungsvoraussetzungen geprüft und die Indikation für die Behandlung im Borderline-Setting gestellt. Die Patienten/innen kommen dann auf eine gesonderte Warteliste. Oft werden Auflagen für die Wartezeit bis zur Aufnahme vereinbart, z.B. hinsichtlich Abstinenz von Suchtmitteln und anderer zerstörerischer Mechanismen, Strukturierung des Tagesablaufs oder ambulanter Therapie.

Das Borderline-Behandlungsmodell ist in den allgemeinen integrativ-gruppentherapeutischen Behandlungsrahmen einer Abteilung der Klinik (Haus 1) eingebettet. Dieser besteht aus vier Pfeilern: die therapeutische Gemeinschaft, die psychodynamisch orientierten Psychotherapiegruppen, die indikationsspezifischen Therapiegruppen und die Selbsthilfegruppen. Begleitend-fokussierende Einzelgespräche ergänzen dieses Spektrum.

Die Patienten/innen und das therapeutisch-pflegerische Team werden als therapeutische Gemeinschaft gesehen. Beide Gruppen haben ihre eigenen Institutionen wie das Patientenkomitee und die Teamsitzungen, sind aber auch in einen wechselseitigen Gruppenprozeß im Sinne einer „Teaching-Learning-Community“ (Hambrecht 1982) integriert. Die dreimal in der Woche stattfindenden Kleingruppen (9-11 Teilnehmer/innen), in denen störungsspezifisch und psychodynamisch orientiert mit pluralistischen Methoden gearbeitet wird, werden von ca. alle drei Wochen stattfindenden fokussierenden Einzelgesprächen ergänzt. Neben dieser therapeutischen Basisstruktur nehmen die Patienten/innen je nach Indikation an spezifischen Gruppen teil. Dies sind Suchtgruppen zur Behandlung stoffgebundener und anderer Süchte, eine Gruppe zur Behandlung psychogener Eßstörungen, Gruppen zur Förderung der Körperwahrnehmung und des emotionalen Ausdrucks, eine Gruppe für sexuell mißbrauchte Frauen, eine Gruppe zur Behandlung von Angststörungen sowie Gruppen für Kreativ- und Entspannungstherapie und zur sozialen Nachsorge.

Das therapeutische Setting als Wirkfaktor

Gegenüber Patienten/innen mit gutem bis mäßigem Integrationsniveau der psychischen Struktur (vgl. Arbeitskreis OPD 1996), deren Verarbeitungs- und Regulationsmechanismen so funktionieren, daß intrapsychische Ambivalenz-Konflikte möglich sind, erleben Patienten/innen mit geringem Integrationsniveau, u.a. aufgrund der dissoziativen Verarbeitung, kaum neurotisch strukturierte innere Konflikte. Statt dessen sind die Konflikte interpersonal, begünstigt durch eine beeinträchtigte Differenzierung der Subjekt-Objekt-Grenzen.

Die damit einhergehende Instabilität des Identitätsempfindens wird über das Kontrollieren der äußeren Einflüsse zu kompensieren versucht. Borderline-Patienten/innen bauen sich im Sinne einer Externalisierung *ihre* Realität auf und versehen sich auf diese Weise mit einem äußeren Setting, an das sie sich anzupassen gelernt haben und welches ihnen den Gebrauch adaptiver Techniken ermöglicht, die sie sich früher aneigneten (vgl. Rohde-Dachser 1983, 125). Die Abwehr bzw. die dysfunktionale Anpassung ist interpersonal. Gelingt diese Kontrolle nicht, kommt es häufig zu kompensatorischen Reaktionen wie Impulsdurchbrüchen, selbstschädigenden Verhaltensweisen oder ähnlichem.

Die Aufgabe des therapeutischen Settings ist das Bereitstellen eines äußeren „Holding“ (Winnicott 1984), um den eingeschränkten seelischen Innenraum der Patienten/innen zu kompensieren und dadurch erst neue Erfahrungsmöglichkeiten zu eröffnen. In dieser Funktion ist das therapeutische Setting ein wichtiger Wirkfaktor. Hilfreich ist diesbezüglich, daß die Patienten/innen sich - da sie strukturell ähnliche Schwierigkeiten haben - untereinander verstanden fühlen, ihr störungsspezifisches Erleben gegenseitig nachvollziehen können und sich nicht so fremdartig vorkommen wie häufig in ihren Alltagsbeziehungen.

Die Elemente des stationären Settings umfassen zunächst zwei Therapiegruppen (die „Cathexis-Gruppe“ - der Name war ursprünglich an das Cathexis-Konzept von Schiff (1975) angelehnt - und die „Strukturgruppe“) mit jeweils 10-11 Patienten/innen. Die Gruppen sind jeweils mit einer weiblichen und einem männlichen Therapeuten/in besetzt. Dies geschieht aus Gründen der Kontinuität der Betreuung in Urlaubszeiten und um korrektive triadische Neuerfahrungen in Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen zu ermöglichen. Hinzu kommen die indikationsspezifischen Gruppen. Ein weiteres wichtiges Element ist das Pflgeteam mit seiner „Holding“-Funktion außerhalb der Therapiezeiten. Die zweimal wöchentlich stattfindende Intervision ist ein Bindeglied zwischen den Therapeuten/innen der Borderline-Gruppen, Therapeuten/innen aus den indikationsspezifischen Gruppen und dem Pflgeteam. Sie dient der Koordination der Therapie auf den verschiedenen Behandlungsebenen und Fallbesprechungen. In vierteljährlichen Abständen findet ein Supervisionstag mit einem auswärtigen Supervisor statt.

Ein weiterer Aspekt des therapeutischen Settings ist die Strukturierung der Behandlung in drei Phasen. Die Therapie beginnt mit einer *Basisphase*, in der ein Therapievertrag erstellt wird, die Bearbeitung des destruktiven Ausagierens im Vordergrund steht und es sich zeigt, ob der Behandlungsrahmen ein „Holding“ gemäß der Erfordernisse der Störung des/der Patienten/in bieten kann. Darauf folgen die *Kernphase*, in der durch Verzicht auf destruktives Ausagieren eine psychodynamisch orientierte Bearbeitung der Störung möglich wird und die *Abschiedsphase*, in der es um die adäquate Ablösung und Vorbereitung auf die Situation nach dem Klinikaufenthalt geht.

Das Behandlungsmodell

Theorie der Veränderung

Grundsätzlich gehen wir einem humanistischen Menschenbild gemäß davon aus, daß jedem Menschen eine *emanzipatorische Tendenz zu innerem Wachstum*, zur Aktualisierung seiner Potentiale innewohnt. Dieser Antrieb steht auch hinter dem Leidensdruck und dem Wunsch nach Veränderung, der jemanden dazu bringt, Therapie in Anspruch zu nehmen. Aber auch die dysfunktionalen Anpassungen sowie der sekundäre Krankheitsgewinn werden als Versuche betrachtet, sein oder ihr Potential unter widrigen Umständen so gut es geht zu verwirklichen.

Ein weiteres Merkmal unserer Theorie der Veränderung hat einen existentiellen Hintergrund: Die Person wird im Kontext ihrer menschlichen Existenz, ihres Daseins in der Welt gesehen, als verantwortlich für ihre Handlungen und Versäumnisse sowie mit der Freiheit der Entscheidung, sobald sie sich ihrer bewußt ist. Solange ein Verhaltensmuster der Person in seiner Bedeutung unbewußt bleibt, ist keine substantielle Veränderung zu erwarten. *Bewußtheit* ermöglicht Bewertung und damit *Verantwortung* für sich und ihr Handeln. Die Person steht damit vor einer Entscheidung, ein bestimmtes Verhalten fortzusetzen oder zu verändern. Sie hat die Freiheit der Wahl. Ähnliches gilt für das Verständnis der Realität. Diese wird nicht als objektiv betrachtet, sondern als persönliche, phänomenologische Konstruktion auf der Basis der wahrgenommenen Informationen aus der Innen- und Außenwelt. Bewußtheit über die Art und Weise der persönlichen Konstruktionen führt ebenfalls zu der Einsicht, daß alternative Konstruktionen möglich sind und damit auch Verantwortung, z.B. für ein bestimmtes Selbstkonzept.

Grundsätzlich werden unsere Patienten daher als aktive und verantwortliche Personen angesehen, als erwachsene Partner, die Absprachen und Vereinbarungen treffen können, für die sie verantwortlich sind. Sie sind auch dafür verantwortlich, mitzuteilen, wenn sie sich nicht in der Lage fühlen, getroffene Absprachen einzuhalten und z.B. intensiveren Schutz in Belastungssituationen benötigen.

In bestimmten Situationen ist ein *paradoxes Verständnis von Veränderung* (vgl. Beisser 1970) nötig. Veränderung findet statt, wenn jemand sich dem stellt und akzeptiert, was da ist, dies nicht kaschiert oder bagatellisiert etc. und auch nicht angestrengt versucht, etwas zu werden, was er oder sie nicht ist. Kann dieser Punkt, sei es - von außen gesehen - ein Widerstand, ein kindlich-unreifes Verhalten oder ein peinlicher, schambesetzter Teil vorurteilsfrei als zu sich gehörig anerkannt werden, kann man also dort erst einmal ankommen und stehenbleiben, dann geschieht Veränderung häufig leichter und substantieller als bei einem Vorgehen, das nur den Teil der Person, der sich verändern will, einbezieht, aber z.B. nicht den Teil, der sich einer Veränderung widersetzt.

Wir vermitteln den Patienten ebenso, daß in zwischenmenschlichen Angelegenheiten *Probleme prinzipiell lösbar* sind, auch wenn es hin und wieder zeitaufwendige Klärungen verlangt. Dies steht häufig in eklatantem Gegensatz zu den biographischen Vorerfahrungen in den Familien der Patienten/innen, in

denen Konflikte stets in Chaos ausarteten (s.a. Benjamin 1993).

Veränderungen bei Traumatisierungen und ihren Folgen wie pathogenen Repräsentationen, Defiziten und Dissoziationen sowie dysfunktionalen Anpassungs- und Bewältigungsmustern erfordern *korrektive Neuerfahrungen* (vgl. Little 1966), d.h. ganzheitliche, reale körperlich-emotional-kognitive (manchmal sogar geistige) Erfahrungen, die dazu führen, daß heilsame innere Bilder entstehen können. Diese sollten möglichst alle Erlebnisebenen vereinigen, da sie so am besten integriert werden können. Sie können dazu beitragen, den Einfluß der dysfunktionalen inneren Bilder zu verringern.

Diagnostik

Die biographische Anamnese gibt erste Hinweise auf erlittene kumulative Traumatisierungen in der Beziehungsgeschichte der Person. Die Art der Übertragungen und die Gegenübertragung der Therapeuten/innen weisen u.a. auf das Vorliegen einer strukturellen Störung hin. Wenn sich jemand beispielsweise feindselig-kontrollierend verhält, Präventivangriffe unternimmt und die Therapeutin ihrerseits gegenüber der Person Haßgefühle empfindet, die ihr ansonsten fremd sind, kann dies Ausdruck einer „Projektiven Identifizierung“ (vgl. Rohde-Dachser 1983) sein, eines Abwehrmechanismus auf geringem strukturellen Integrationsniveau.

Die aktuelle Symptomatik wird mit Hilfe der phänomenologischen Klassifikationssysteme ICD-10 bzw. DSM-IV diagnostiziert. Sie wird testdiagnostisch durch die SCL-90 (Symptomcheckliste 90; Franke 1995) und den BDI (Beck-Depressions-Inventar; Beck, Steer & Garbin 1988) ergänzt. Auf der psychodynamischen Ebene orientieren wir uns mittlerweile an der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 1996), insbesondere an der Strukturachse, welche die Dimensionen der Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung umfaßt. Ergänzt wird die psychodynamische Diagnostik durch den Gießen-Test (Beckmann, Brähler & Richter 1991), die Anwendung des SASB-Fragebogens (Structural Analysis of Social Behavior; Benjamin 1993), des IIP (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, Strauß & Kordy 1994) und des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Gehring & Blaser 1982). Sich wiederholende maladaptive interpersonelle Beziehungsmuster können mit Hilfe eines „dysfunktionalen Interaktionszyklus“ erhoben werden, eines Vorgehens, das an der Methode des „zyklisch-maladaptiven Musters (CMP)“ von Strupp & Binder (1991) orientiert ist.

Therapeutische Maßnahmen

Das methodische Vorgehen ist multimodal und kombiniert einen psychodynamisch-interpersonellen mit einem kognitiven Ansatz, ergänzt durch sozial-kommunikative und körpertherapeutische Maßnahmen, Arbeit mit kreativen Medien und indikationsspezifischen Gruppen. Als interpersonelles Verfahren nutzen wir im wesentlichen Methoden der Dialogischen Gestalttherapie (Yontef 1983). Gegebenenfalls werden auch verhaltenstherapeutische Elemente - z. B. als aktive Hilfen zur Problembewältigung bei eng umschriebenen Störungen

wie Angst- und Zwangsstörungen - und transaktionsanalytische Elemente zur Skript-Analyse in die Arbeit integriert. Maßnahmen, die korrektive emotionale Neuerfahrungen ermöglichen, ergänzen das Behandlungsspektrum.

Die *allgemeinen* methodischen Elemente sind:

- Der direkte Kontakt zwischen Therapeut/in und Patient/in im Sitzen;
- Übertragung wird als Erscheinung innerhalb des therapeutischen Prozesses gewürdigt, jedoch als Kontaktstörung betrachtet, die möglichst bald bewußt gemacht und an der Realität überprüft werden soll, um die reale Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in aufrechtzuerhalten und zu verbessern;
- Ausgangspunkt der Therapie ist die aktuelle Realität, von der aus der Prozeß offen für vergangene, unerledigte bzw. unvollendete Erfahrungen oder zukunftsorientierte Themen ist.

Die *spezifischen* Behandlungselemente, die wir verwenden, sind ihrer Orientierung nach:

- *dialogisch*: Heilung geschieht durch Begegnung im Sinne der „dialogischen Beziehung“ Bubers;
- *phänomenologisch*: Ansatzpunkt der therapeutischen Interventionen ist die gegenwärtige Erfahrung der Person, die zuerst phänomenologisch, d.h. unvoreingenommen und beschreibend untersucht wird, um fokussierte Bewußtheit und Einsicht in die individuelle Konstruktion der phänomenologischen Realität zu fördern;
- *erfahrungsorientiert*: Die therapeutischen Interventionen sind erlebnisaktivierend sowie problemaktualisierend und beziehen möglichst alle Ebenen der Erfahrung mit ein;
- *experimentell*: Die erfahrungsorientierten Interventionen sind z.T. experimentelle Aufgaben, d.h., offen im Ergebnis stimulieren sie Bewußtheit und Klärung, aktive Bewältigungsschritte sowie den Mut zu neuen Lösungen („task interventions“ bei Greenberg, Elliot & Lietaer 1994).
- *ressourcenorientiert*: Vorhandene innere und äußere Ressourcen werden therapeutisch genutzt oder aktiviert, mangelhafte innere oder äußere Stützen versuchen wir zu verbessern.

Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung orientiert sich an den Grundsätzen der existentiellen Beziehungsphilosophie Martin Bubers, der ‚dialogischen Haltung‘ (Buber 1984, Hycner 1989, Friedman 1987).

Die Merkmale der dialogischen Haltung von seiten des/der Therapeuten/in sind Präsenz, Umfassung, Bestätigung und das Hüten des ‚Zwischen‘. *Präsenz* bedeutet, sich aufrichtig in die Interaktion mit dem Gegenüber einzubringen, mit dem Ziel, dem/der anderen so gegenwärtig wie möglich zu werden und gleichzeitig die eigene Perspektive zu bewahren. Präsenz beinhaltet, sich emotional berühren zu lassen und das persönliche Erleben ggf. in den Dialog mit einzubringen.⁵ Die Arbeit mit Borderline-Patienten/innen und deren Spaltungsdynamik in Beziehungen erfordert beispielsweise, sich von der Not des Gegenübers berühren zu lassen, jedoch

mit Klarheit und Bestimmtheit die eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu definieren. Steht ein fragiles Selbstempfinden (im Sinne Kohuts) stärker im Vordergrund der strukturellen Problematik, ist ein mehr empathisch-spiegelndes Vorgehen erforderlich, der Akzent auf Grenzen nicht so nötig.

Umfassung bedeutet, das Geschehen in der Therapie so gut es geht von der Seite des Gegenübers wie von sich aus zu erleben, dort und hier zur selben Zeit sein zu können, die phänomenologische Realität des/der anderen zu erleben und gleichzeitig die eigene Zentriertheit zu bewahren. Im Unterschied zur reinen Empathie ist der Fokus nicht das Gegenüber, sondern das Teilhaben an der Situation, das beide Seiten umfaßt.

Bestätigung bedeutet notwendig, die andere Person in ihrer Existenz als eigenständiges Wesen zu akzeptieren und darin anzuerkennen, so wie sie im Moment ist, was jedoch nicht hinreichend für ihre Bestätigung ist. Diese beinhaltet nämlich ebenso die Bekräftigung der Möglichkeiten, die in ihr als Person vorhanden sind, einschließlich des Anerkennens der verleugneten, abgespaltenen Anteile, die ihr nicht bewußt sind, sie aber ebenfalls ausmachen. Dies kann bedeuten, genaues Feedback zu geben oder etwas zu konfrontieren, was der Selbstwahrnehmung entgeht. Es kann auch bedeuten, eine existentielle „Forderung“ zu stellen und darum mit der Person zu „ringen“, wie z.B. aus der Sorge um Gesundheit und Wohlergehen des/der Patienten/in eine Lösung zu erwarten, die ein selbstzerstörerisches Verhalten beendet, oder auf die Wirkung eines beziehungs-schädigenden Verhaltens hinzuweisen und wohlwollend zu „fordern“, andere, beziehungs-erhaltende Möglichkeiten zu suchen. Diese Konfrontation wird in das „Zwischen“ hineingegeben als aufrichtig eingebrachte Meinung in den Dialog. Die Entscheidung über eine Verhaltensänderung bleibt jedoch ausschließlich in der Hand des/der Patienten/in.

Diese Art der Bestätigung bedeutet, zwar auf ermutigende Art zu „fordern“, dem Gegenüber aber nichts überzustülpen, strikt das Verhalten zu konfrontieren und nicht die Person in ihrer Existenz sowie zu vermitteln, daß ich als Therapeut/in in der Beziehung bleibe, auch wenn ich eine andere Überzeugung vertrete. (Dies gilt mit der Ausnahme, daß der Therapievertrag und damit das grundlegende Arbeitsbündnis in Frage gestellt ist, was u.U. die Beendigung der Therapie bedeuten kann). Dieser Aspekt der dialogischen Haltung ist anspruchsvoll, erfordert er doch von seiten der Therapeuten/innen ein ständiges Austarieren von Bezogenheit und Grenzen in der Beziehung zu den Patienten/innen. Als Orientierung in der oben beschriebenen Weise schließt sie therapeutisches Agieren und Machtmißbrauch aus.

Für viele Patienten/innen ist diese Art der Akzeptanz, Bestätigung und Klarheit durch ein reales Gegenüber eine wichtige korrektive Neuerfahrung, die die Subjekt-Objekt-Differenzierung verbessert, die Trennung der Selbst- und Objekt-Repräsentationen und die Autonomie bei gleichzeitiger Bezogenheit zum anderen fördert.

Das *Halten des „Zwischen“* bedeutet, sich als Therapeut/in für den therapeutischen Dialog verantwortlich zu fühlen und die Offenheit dafür zu bewahren, was aus dem Bereich des „Zwischen“ entsteht. Es beinhaltet, immer wieder eine Hal-

tung kreativer Indifferenz, einen mittleren Modus zwischen Aktivsein und Passivsein einzunehmen, geprägt von Interesse, Neugier und Staunen sowie der Bereitschaft, sich immer wieder von Unerwartetem überraschen zu lassen. Diese Art der therapeutischen Beziehung impliziert, daß die Konzentration auf die reale Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in wichtiger ist als auf die Übertragungsbeziehung. Die eingesetzten spezifischen Methoden sind immer in den Kontext der 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.

Therapieziele und Ansatzpunkte

Die Behandlungsziele und therapeutischen Ansatzpunkte sind in Tab. 1 aufgelistet:

1. Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und Erstellung des *Therapievertrages*
2. Verringerung des destruktiven Ausagierens
3. Verantwortung für das eigene Handeln und die daraus folgenden Konsequenzen zu übernehmen
4. Verbesserung der Subjekt-Objekt-Differenzierung (der Fähigkeit, innere und äußere Realität zu unterscheiden, z.B. Übertragungsreaktionen zu erkennen, Vorstellungen, innere Bilder und Überzeugungen an der Realität zu überprüfen) und der Objektwahrnehmung
5. Verbesserung der Selbstwahrnehmung (selbst-reflexive Bewußtheit) und Selbstakzeptanz sowie des Gefühls der Ich-Identität
6. Verbesserung der kognitiv-integrativen Funktionen und Verarbeitungsprozesse
7. Verbesserung der Selbstregulation (verbesserte Selbststeuerung hinsichtlich Bedürfnis- und Affektregulierung sowie Selbstwertregulierung und Erwerb adäquater Schutz- und Regulationsfunktionen zur Aufrechterhaltung der Ich-Grenze)
8. Verbesserung der aktuellen Beziehungsgestaltung und Kommunikation im Sinne einer Autonomie bei gleichzeitiger Bezogenheit auf andere
9. 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
10. Verarbeiten und Integrieren der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen (einschließlich Verbesserung der Fähigkeit, die Vergangenheit realistisch zu akzeptieren)
11. Vervollständigen unterbrochener Entwicklungsprozesse (aufgrund der mangelnden Verarbeitung der Traumatisierungen)
12. Erwerb adaptiver Schemata für funktionale Anpassungen im Umgang mit unterschiedlichen Lebenssituationen (kognitive, emotionale, Handlungsschemata)

Tab. 1: Therapieziele und Ansatzpunkte

Therapeutische Strategien und Interventionen

Die Basisphase

Die Basisphase beginnt mit der Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und der Erstellung des *Therapievertrages*. Zum Aufbau eines Arbeitsbündnisses gehören

- a) Klärung der Eignung der Therapie für die jeweiligen Patienten/innen
- b) Schaffen von Klarheit über die Erwartungen an die Therapie von seiten der Patienten/innen und der Therapeuten/innen
- c) Erreichen einer Übereinstimmung über die Therapieziele und Klärung des Auftrags an die Therapeuten/innen
- d) Vorbereitung der Patienten/innen auf ihre Rolle und die Mitarbeit in der Therapie
- e) Klärung der Frage der Suizidalität

Wirkfaktor dieser Phase ist ein äußeres „ *Holding* “, welches so entworfen ist, daß es an sich bereits zu einer Verringerung des destruktiven Ausagierens führen soll. Allgemein geht es um eine begrenzende soziale Antwort durch die Gruppe und die Therapeuten/innen auf die Externalisierung und das destruktive Ausagieren bei gleichzeitigem Schutz und der Ermutigung, funktionale Alternativen zu suchen bzw. zu entwickeln.

Konkret erarbeitet der/die Patient/in einen *Konfrontationsvertrag*, der darauf angelegt ist, auf das destruktive Ausagieren verzichten zu lernen. Konfrontation bedeutet in diesem Zusammenhang, daß man jemanden auf selbst- oder beziehungs-schädigende Verhaltensweisen anspricht, die der Selbstwahrnehmung der entsprechenden Person entgegen.

Mit der Erstellung eines Konfrontationsvertrages verpflichten sich die Mitglieder der Gruppe also, Teil der therapeutischen Gemeinschaft zu sein und für sich und füreinander in der Weise Verantwortung zu tragen, daß sie aufeinander reagieren, sich auf selbst- oder beziehungs-schädigende Einstellungen und Verhaltensweisen ansprechen und sich durch bestätigende und kritische Rückmeldungen unterstützen.

Der Inhalt des Konfrontationsvertrages beinhaltet drei Verpflichtungen:

a) sich konfrontierbar zu machen:

Damit ist gemeint, gegenüber der Gruppe und den Therapeuten/innen selbst- oder beziehungs-schädigende Einstellungen und Verhaltensweisen, die man bei sich erkannt hat und im Sinne der Therapieziele ändern will, offenzulegen und die Gruppe und die Therapeuten/innen aktiv einzuladen, einen auf diese Einstellungen und Verhaltensweisen anzusprechen. Hierdurch sollen die Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz verbessert werden.

Mit den Patienten/innen wird besprochen, daß diese Einstellungen und Verhaltensweisen früher - ressourcenorientiert - für sie die bestmöglichen Anpassungen waren und dazu dienten, ihr inneres Gleichgewicht aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Gleichzeitig wird auf die Vermeidungsfunktion dieser Anpassungen hingewiesen,

die die Suche nach alternativen Lösungsmöglichkeiten behindern und Defizite zudecken, die eigentlich bearbeitet und behoben werden könnten. Der Verzicht auf das destruktive Ausagieren ist sozusagen ein „Opfer“, das gebracht werden muß, um sich dem Erwerb neuer Möglichkeiten zu eröffnen. Wir benutzen hier das Bild des Schließens von destruktiven Hintertüren, um dann konstruktive Vordertüren öffnen zu können. Dieser Schritt impliziert eine existentielle Entscheidung, gesund werden zu wollen.

b) angemessen auf Konfrontation zu reagieren:

Damit ist gemeint, daß man sich bemüht, Rückmeldungen und Konfrontationen anzuhören, aufzunehmen, sich damit auseinanderzusetzen und sich nicht abzuschotten. Ergebnis der Auseinandersetzung kann natürlich sein, daß man anderer Meinung ist als der/die andere/n. Es geht also nicht um Überanpassung an die Meinung und Wahrnehmung von anderen. Hierdurch sollen die Selbststeuerung und die Kommunikation verbessert werden.

c) selbst aus einer sorgenden Haltung heraus zu konfrontieren.

Damit ist gemeint, sich in der Gruppe zu engagieren und sich untereinander in oben genannter Weise anzusprechen. Die „sorgende Haltung“ bezieht sich auf die Form der Konfrontation: 1. anzusprechen, was ich wahrnehme (Ziel: Selbst-Objekt-Differenzierung), 2. mitzuteilen, wie ich darauf reagiere, was ich fühle und empfinde (Ziel: Selbstwahrnehmung), 3. nachzufragen, was denn eigentlich mit dem oder der anderen los ist (Ziel: Objektwahrnehmung) und 4. zu sagen, was ich im Sinne einer Problemlösung von der Person erwarte und möchte (Ziel: Kommunikation).

Wenn es um destruktive Symptome oder Verhaltensweisen geht, die im bisher geschilderten Rahmen nicht ohne weiteres aufzugeben sind - meist, weil das Verhalten oder die Hintergründe skriptgebunden sind und man sich ihrer noch nicht bewußt ist oder bei Suizidalität oder Selbstverletzungen -, wird mit der Person vereinbart, hierzu einen sog. *Non-Vertrag* auszuarbeiten.

Ein *Non-Vertrag* besteht aus folgenden Teilen: 1. Verzichtserklärung (Definition und Entscheidung zur Beendigung des Verhaltens sowie zeitlich-örtlicher Gültigkeitsbereich des Vertrages), 2. Analyse des Verhaltens (Beschreibung des Verhaltens und der von außen sichtbaren Anzeichen, die nicht-destruktiven vorausgegangenen inneren oder äußeren Ereignisse und was in dieser Situation vermieden wird), 3. Aktionen (ressourcenorientierte Verhaltensalternativen, bezogen auf die nicht-destruktive vorausgehende Situation), 4. Positive Sanktionen (problemlösende Aktionen bei Verhaltensrückfall). Die positiven Sanktionen müssen innerhalb von 24 Std. umgesetzt werden.

Positive Sanktionen haben einerseits die Funktion, die Fortsetzung des skriptgemäßen Verhaltens zu verhindern. Gleichzeitig stellen sie eine Erlaubnis dar, die ressourcenorientierten Verhaltensweisen doch noch zu aktivieren und so eine korrigierende emotionale Neuerfahrung zu machen. Da ein Verhaltensrückfall in destruktives Ausagieren häufig mit ei-

nem Beziehungsabbruch einhergeht, wird durch die positive Sanktion die Beziehung zu anderen wiederhergestellt (vgl. Stauss 1993, 111f.).

Beispiel für einen Non-Vertrag:

Die 28jährige Patientin nahm anfangs am normalen Therapieprogramm teil, eskalierte in dieser Zeit innerlich immer mehr in Form von Verfolgungsphantasien und Vernichtungsängsten, begleitet von fast täglichen Selbstverletzungen. Es wurde die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt und die Patientin wurde in eine der Borderline-Therapiegruppen verlegt. Die Patientin erstellte folgenden Non-Selbstverletzungs-Vertrag:

1. „Ich werde für die Dauer meiner Therapie und auch über die Zeit hinaus auf jede Form der Selbstverletzung verzichten. Dies gilt sieben Tage pro Woche und 24 Stunden am Tag.
2. a) Ich verletze mich, indem ich mich schlage, mich kratze, mich mit scharfen Gegenständen schneide, mit dem Kopf gegen die Wand schlage.
b) Dem geht voraus, daß: - ich mich wütend und verletzt fühle; - ich ein Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit spüre und befürchte, abgewiesen zu werden; - mich jemand kritisiert; - es mir schwerfällt, nein zu sagen.
c) Mit dem destruktiven Verhalten vermeide ich: - meine Wut und meine Verletzung zu spüren und direkt und angemessen auszudrücken; - Bedürfnisse nach Nähe, Schutz, Unterstützung zu spüren und anzusprechen; - in Kontakt zu bleiben und auf die Kritik zu reagieren; - klare Grenzen zu setzen.
3. Um dem destruktiven Verhalten vorzubeugen werde ich folgende Aktionen einhalten: - ein Wutbuch führen mit dem Ziel, Wut und Verletztsein möglichst frühzeitig wahrzunehmen; - meinen Zorn gleich anzusprechen, wenn er auftaucht; - mein Bedürfnis nach Unterstützung anzusprechen und überprüfen, ob meine Befürchtungen berechtigt waren; - wenn ich kritisiert werde, nachzufragen, bis ich verstanden habe, weshalb ich kritisiert wurde; - meine Grenzen deutlich machen (wenn z.B. jemand zu dicht neben mir sitzt) und nein sagen, wenn ich etwas nicht möchte.
4. Der Vertrag ist gebrochen, wenn ich mich verletze oder meine Aktionen nicht einhalte. Innerhalb von 24 Std. werde ich folgende Sanktionen einlösen: - ein Gespräch zu dem Vertragsbruch führen, darin nachdenken und mitteilen, was ich vernachlässigt habe, was ich noch nachholen kann und worauf ich in Zukunft achten werde; - in der Gruppe den Vertragsbruch mitteilen.

Ein Non-Vertrag wird im Rahmen der *Vertragsgruppe* mit Unterstützung aller Gruppenmitglieder erarbeitet und am Ende von Patient/in und Therapeut/in unterzeichnet, wobei die Therapeuten/innen damit ihre Bereitschaft dokumentieren, die Arbeit mit dem Vertrag zu unterstützen. Außer dem Erarbeiten von Non-Verträgen gibt es die Möglichkeit, ggf. Problemlösungsverträge, die eine Problem- und Zieldefinition sowie Veränderungsschritte benennen und sog. Erlaubnisverträge als Unterstützung für positive Einstellungen zu sich

selbst und dem eigenen Erleben und Handeln, zu erarbeiten. Die Arbeit mit Verträgen verbessert die Selbstwahrnehmung und die kognitiv-integrierenden Funktionen. Die Patienten/innen können üben, Probleme zu strukturieren, Verhaltensabläufe zu analysieren und so mehr Distanz zu ihren Anpassungsmustern zu gewinnen. Adäquate Schutz- und Bewältigungsmechanismen werden erarbeitet und eingeübt, die das Gefühl von Selbsteffizienz und damit auch das Selbstwertgefühl positiv beeinflussen können.

Mit dem Konfrontationsvertrag oder einem Non-Vertrag macht sich die Person konfrontierbar. Das Forum der Konfrontation ist neben den gemeinsamen Alltagssituationen die sog. *Klingelrunde*. In dieser Gruppe nimmt jede/r der Reihe nach die Klingel und hat damit die ungeteilte Aufmerksamkeit der Gruppe. Die Person kann mitteilen, wie es ihr momentan geht, ob sie ein aktuelles Problem hat und was sie bisher zur Lösung unternommen hat bzw. wo sie Unterstützung braucht. Es folgen Rückmeldungen von anderen und ggf. therapeutische Interventionen, die zumindest einen nächsten Schritt in Richtung auf eine Problemlösung zur Folge haben. Die Person kann ebenfalls angesprochen werden im Sinne einer Konfrontation. Erfolgen keine Rückmeldungen mehr, wird die Klingel weitergegeben.

Die Klingelrunde ist ein wichtiger Ort im Sinne des „Holding“, da sie fast täglich stattfindet und so ggf. Eskalationen in destruktives Ausagieren aufgrund verzögerter Problemlösungen verhindert werden können. Im wesentlichen dient die Arbeit in der Klingelrunde dem Therapieziel, die Objektwahrnehmung sowie die aktuelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation durch soziales Lernen (Bandura 1979) zu verbessern. Dazu gehört, sich auf andere auszurichten und sich einzufühlen, Nähe und Distanz so zu regulieren, daß die Beziehung erhalten bleibt oder wenn man konfrontiert wird zu unterscheiden, daß man nicht als *Person* schlecht oder fehlerhaft ist, sondern daß mit der Konfrontation das *Verhalten* gemeint ist. Außerdem kann gelernt werden, Verantwortung für seine/ihre Entscheidungen und Verhaltensreaktionen und für die Wirkung und die Folgen des Verhaltens 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, wo Konflikte nur in Kontaktabbruch und Verletzungen endeten.

Weitere therapeutische Maßnahmen sind in der „Strukturgruppe“ die Teilnahme an der *Basisgruppe* und der *Spielgruppe*. Die Basisgruppe bietet neben der Vertragsgruppe und der Klingelrunde zusätzlich Möglichkeiten, grundlegende Funktionen und Fertigkeiten zu erlernen oder zu verbessern. So werden eine realistische Selbstwahrnehmung und eine realistische Wahrnehmung der anderen gefördert. (Dazu gehört auch, verschiedene Möglichkeiten der Erfahrung zu unterscheiden, also zwischen Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Interpretieren oder Bewerten zu trennen sowie unterschiedliche Gefühle voneinander zu differenzieren.) Diese Förderung der Wahrnehmung erleichtert es dann, Phantasien über jemand anderen an der Realität zu überprüfen, indem man z.B. lernt, nachzufragen.

Weiterhin werden Fähigkeiten vermittelt, Probleme zu strukturieren, problemlösend zu denken und Ereignisse und Situa-

tionen nicht nur einseitig und extrem zu sehen, sondern von der unmittelbar gegebenen Situation abstrahieren zu lernen und so immer auch andere Seiten mit einzubeziehen, d.h. Erfahrungen so einzuordnen und zu organisieren, daß ein stimmiges Gesamtbild entsteht.

Die *Spielegruppe* bietet Gelegenheit, spielerisch Kontakt in der Gruppe zu pflegen, Vertrauen aufzubauen und Kompetenzen hinsichtlich Selbstbehauptung, Zusammenarbeit und Umgang mit Konflikten zu erproben.

Alle therapeutischen Gruppen dienen als ein Lern- und Übungsfeld, um innere Vorgänge auszusprechen und anderen mitzuteilen, eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen zu trauen, sich zu akzeptieren, wie man ist, sowie eigene Bedürfnisse und Interessen zu achten. Das kann natürlich zu Meinungsverschiedenheiten und Konflikten führen. Mit zwischenmenschlichen Konflikten umgehen zu lernen ist daher ebenfalls ein wichtiges Ziel dieser Therapiephase.

Gefördert wird auch die Fähigkeit, destruktive Anpassungs- oder Vermeidungsmuster im Alltag oder in Beziehungen sowie Übertragungen von bestimmten Gefühlen (z.B. gegenüber den Eltern) auf die Therapeuten/innen oder andere Gruppenmitglieder zu erkennen, so als ob ein alter Film die aktuelle Wirklichkeit überlagere. Das Erkennen dieser Zusammenhänge ist der erste Schritt dahin, sich von solch fixierten Verhaltens- und Denkmustern zu distanzieren, sich letztendlich von ihnen zu befreien und der Wirklichkeit realistischer gegenüberzutreten.

Viele Patienten/innen haben außerdem Probleme, mit ihren Impulsen angemessen umzugehen. So kann in dieser Phase gelernt werden, Impulse - wenn nötig - zu kontrollieren, mit Frustrationen und Begrenzungen besser als bisher umzugehen, ebenso mit Angstzuständen. Dazu gehört auch, das Lernen, sich Hilfe zu holen oder sich selbst zu beruhigen.

Der Übergang in die Kernphase

Die Basisphase ist der Rahmen, in dem die Inhalte des Konfrontationsvertrages bereits geübt werden, d.h. sich konfrontierbar zu machen, auf Konfrontation zu reagieren und andere ebenfalls aus einer sorgenden Haltung heraus anzusprechen.

Der Therapievertrag, der Konfrontationsvertrag und ggf. ein erstellter Non-Vertrag sowie die in der Basisphase erworbenen Fähigkeiten und Funktionen sind die Grundlage für die gemeinsame Arbeit in der Kernphase. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann sich die Person in der Klingelrunde in Form eines Rituals für den Eintritt in die Kernphase bewerben. Die Gruppe und die Therapeuten/innen geben Rückmeldungen und entscheiden, ob die definierten Voraussetzungen für die Aufnahme in die Kerngruppe erfüllt sind. Wenn ja, nimmt die Person von da ab an der Kerngruppe teil.

Je nach der zur Verfügung stehenden Therapiezeit und der Klärung der vorrangigen Therapieziele kann es nötig sein, sich auf die Behandlungsziele der Basisphase zu beschränken und daran das Arbeitsbündnis und die Therapie zu orientieren. Eher mittelfristige und langfristige Ziele werden dann in der anschließenden oder fortzusetzenden ambulanten Therapie oder ggf. in einer stationären Wiederholungsbehandlung bearbeitet.

Die Kernphase

In der Kernphase wird zum einen die Arbeit an den für die Basisphase definierten Zielen fortgesetzt. Sie werden allerdings um weitere Ziele, wie die Verarbeitung und Integration der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen, die Veränderung relevanter Personenschemata, Beziehungsschemata und Lebens-Skripten sowie die Auflösung habitueller Konfliktmuster und den Erwerb adaptiver Anpassungen in unterschiedlichen Lebenssituationen, ergänzt.

Die Patienten/innen nehmen an weiteren therapeutischen Maßnahmen teil, im wesentlichen an der *Kerngruppe*, ergänzt durch eine strukturierte *Körpertherapie*, *Kreativtherapie* und ggf. an einer *Gruppe für sexuell mißbrauchte Frauen*. In der „Cathexis-Gruppe“ kann zusätzlich an einer sog. *Familiengruppe* teilgenommen werden.

Durch die in der Basisphase erarbeiteten Verträge ist ein effektiver Umgang mit der Tendenz zu destruktivem Ausagieren sowie mit entsprechenden Rückfällen erworben worden und die Patienten/innen kooperieren als eigenverantwortliche Partner/innen im weiteren Therapieprozeß.

Die Klarheit im Umgang mit destruktivem Ausagieren ist insbesondere für die Arbeit in der *Kerngruppe* von großer Bedeutung. Das in dieser Gruppe mögliche Arbeiten mit biographischem Material und psychodynamischen Zusammenhängen sowie an der Verarbeitung der erlittenen Traumatisierungen und der Reintegration dissoziierter Persönlichkeitsanteile kann eine tiefgreifende Labilisierung bewirken. Entsprechend wichtig ist es, daß der Rückgriff auf destruktive Anpassungsformen nicht mehr ohne weiteres möglich ist.

Das gesamte therapeutische Setting, d.h. die Einbindung der Patienten/innen in die Borderline-Gruppe, der Kontext der therapeutischen Gemeinschaft der gesamten Mitpatienten/innen, die therapeutische Beziehung zur Therapeutin und zum Therapeuten sowie dem Pflgeteam erlaubt die *Aktualisierung* der Phänomene im Zusammenhang mit der Verarbeitung der traumatisierenden Erfahrungen und den entsprechenden Folgen. Dies zeigt sich z.B. in der Aktivierung der entsprechenden Personen- und Beziehungsschemata sowie Lebens-Skripten, in der Reinszenierung maladaptiver interpersonaler Beziehungsmuster in den Übertragungen zu den Mitpatienten/innen und Teammitgliedern und den charakteristischen Vermeidungsmechanismen als Anpassungsformen. Dies sind die therapeutischen Ansatzpunkte für weitere Strategien und Interventionen mit dem Ziel der Reintegration dissoziierter Persönlichkeitsanteile und der Aufhebung bzw. Verbesserung der strukturellen Defizite oder Vulnerabilitäten.

Die Formen der Aktualisierung werden grundsätzlich positiv bewertet, da „etwas sichtbar wird“, was mit der persönlichen Problematik des jeweiligen Menschen zu tun hat und damit bearbeitbar wird. Die von den Patienten/innen oft negativ bewerteten pathologischen Phänomene werden ihnen im Sinne der oben beschriebenen Veränderungstheorie als bestmögliche Lösungs- und Bewältigungsversuche unter den damaligen schwierigen Lebensumständen, d.h., als früher wichtige Ressourcen erklärt, die heute jedoch dysfunktional und in ihrem Resultat scheiterungsfixiert sind. Damit wird es möglich,

Mitgefühl für sich und damit Selbstakzeptanz als Ressource für die Selbststützung im weiteren Therapieprozeß zu entwickeln.

Das konkrete Vorgehen in der Kernphase soll im folgenden schematisch erläutert werden. Destruktives Ausagieren, wie z.B. wiederholtes selbstverletzendes Verhalten einer Patientin, dazu ihr Drohen mit Selbstverletzung oder Suizid wird als dysfunktionale Anpassung z.B. in der Klingelrunde über den Non-Selbstverletzungs-Vertrag konfrontiert. Die Patientin kann ihr destruktives Verhaltensmuster zur weiteren Klärung und Bewältigung in der Kerngruppe als Thema einbringen und eine Frage dazu formulieren, an der sie arbeiten will, z.B. herauszufinden, was den Selbstverletzungsdruck erzeugt. Mit dem Ziel der *Bewußtwerdung* wird das Verhalten und persönliche Erleben zunächst phänomenologisch exploriert und von allen Seiten aus untersucht, um die *inhaltliche* Bewußtheit für das zu steigern, *was* sie tut und erlebt, sich dann über den *Prozeß* bewußt wird, *wie* sie es tut und über die therapeutische Fokussierung der Bewußtheit das situationsübergreifende *Muster* erkennt, welches sich hier evtl. zeigt und wiederholt.

Gewinnt das Verhalten und Erleben durch vermehrtes Verständnis an Prägnanz und Klarheit, kann auf einer anderen Ebene ein Prozeß in Gang kommen, in dem z.B. eigene Impulse und Bedürfnisse oder Selbstobjekt-Bedürfnisse an andere wahrgenommen werden, die durch die dysfunktionale Anpassung überdeckt waren. Sind sie nun im Bewußtsein, tauchen als nächstes möglicherweise Ängste und Konflikte auf, indem beispielsweise versagende oder strafende Introjekte aktiviert werden oder Ambivalenzen wie zwischen Abhängigkeits- und Autonomiebestrebungen, Unterwerfung und Kontrolle etc. in Erscheinung treten.

An dieser Stelle kann es sinnvoll sein, gemeinsam mit den Patienten/innen das psychodynamische Kräftefeld, das Zusammenwirken von Selbst-Schemata, Schemata von signifikanten anderen, Beziehungs-Schemata und die daraus gebildeten Skripten herauszuarbeiten und bewußt zu machen. Hier nutzen wir das transaktionsanalytische Modell der Struktur- und Funktionsanalyse, um das Muster der aktivierten sog. Ich-Zustände („Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich, Kind-Ich“) in ihrer intrapsychischen oder interpersonellen Interaktion zu untersuchen. Dieses Muster wird an einer Tafel im Gruppenraum gemeinsam mit den Patienten/innen entworfen. Am Ende der Arbeit verdeutlicht dieser Entwurf in einfacher und plastischer Weise das Zusammenwirken verschiedener psychodynamischer Aspekte:

1. die verinnerlichten Objektrepräsentanzen, insbesondere steuernde und kontrollierende (Gebote, Verbote) Teile und negative Introjekte, sowie von welchen Bezugspersonen diese am stärksten vermittelt wurden;
2. die Repräsentation von Selbst-Objekten in der Ausprägung ihrer Funktionen: Bestätigung geben, Schutz und Beruhigung geben, Zugehörigkeit vermitteln, Ermutigung zu Autonomie und Anderssein und Ermutigung zu Kompetenz und Einflußnahme;
3. die internen Anpassungen an die Objekt-Repräsentationen in Form der Selbst-Schemata und Selbstkonzepte einschließlich der damit verbundenen Gefühle;

4. die Wirkung auf das emotionale Selbsterleben in Bezug auf Selbstrespekt, Selbstwertgefühl, Selbstbehauptung, Selbstberuhigung, Selbststeuerung, Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl.

Darüberhinaus werden die Interaktionsmuster mit anderen Personen sichtbar, sowie die entsprechenden Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen. Auch wird deutlich, wie vorgefaßte Erwartungen an die Reaktionen anderer zu sich wiederholenden Inszenierungen und im Sinne eines Skripts in immer wieder sich ähnelnde Sackgassen führen.

Dieses Vorgehen fördert die Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz und verbessert die kognitiv-integrativen Funktionen. Außerdem werden ausgeblendete, abgespaltene oder extrem polarisierte Teilaspekte der Persönlichkeit deutlich und können der Ansatzpunkt für integrationsfördernde Strategien sein. Gestalttherapeutische Interventionen wie das Anwenden experimenteller Aufgaben, z.B. des „intrapyschischen Dialogs“, können die Reidentifikation mit dissoziierten oder projizierten Teilaspekten fördern und so die Persönlichkeitsintegration unterstützen. Manchmal ist es auch Aufgabe der Therapeuten/innen, von sich aus die andere Seite der Polarität in die gegebene Situation einzubringen, wenn aufgrund der Dissoziation nur eine Hälfte des phänomenologischen Feldes im Bewußtsein ist. Dies bedeutet z.B., in der „absoluten“ Verzweiflung die Hoffnung und die Existenz von Möglichkeiten im „absoluten“ Gefühl der Unfähigkeit das Vorhandensein von Fähigkeiten zu benennen.

Den Patienten/innen wird auch klar, daß die dynamischen Muster Konstruktionen sind, die sie im Laufe ihrer Entwicklung gezwungenermaßen als Anpassungsstrategien entworfen haben, die aber, da sie Konstruktionen sind, auch wieder veränderbar sind. Hieraus ergeben sich Ansatzpunkte zur aktiven Suche nach und Erprobung von alternativen Einstellungs- und Verhaltensweisen sowie der Assimilation positiver innerer Bilder von sich, anderen und der Welt. Ziel ist hierbei die Erarbeitung und Internalisierung funktionaler 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 Beziehung zu den Gruppenmitgliedern und zu den Therapeuten/innen ist das Feld für korrektive emotionale 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 abzutauern und sich den Möglichkeiten der Gegenwart zu öffnen, die ständige Reinszenierung der unerledigten Erfahrung ist nicht mehr nötig.

In unserem ganzheitlichen Behandlungsansatz benutzen wir aktiv-erfahrungsorientierte Methoden, die möglichst alle Ebenen der Repräsentation, d.h. die körperlich-motorische, imaginative und sprachliche Ebene (vgl. Bruner 1968, Horowitz 1988, 155ff.), mehr oder weniger gleichzeitig ansprechen, so daß neue Erfahrungen ganzheitlich repräsentiert werden können und nicht nur intellektuelle Einsichten bleiben. Nach Greenberg, Rice & Elliott (1993) ist ein erfahrungsorientierter Ansatz ideal für Veränderungen auf der Schema-

Ebene. Wenn möglich, versuchen wir, auch, das äußere Umfeld von Patienten/innen in Form von Partner- oder Familiengesprächen und therapeutischen Heimaturlauben in die Behandlung mit einzubeziehen.

Der geschilderte Prozeß der Bewußtwerdung kann in jeder Phase Widerstandsphänomene hervorrufen, sei es, daß die Bewußtheit der hinter der Anpassung liegenden Prozesse das bestehende, fragile Selbstkonzept gefährden könnte, sei es, daß dissoziierte Persönlichkeitsanteile ins Bewußtsein treten können, sei es aus Angst vor einer Wiederholung, daß wichtige Bezugspersonen mit Unverständnis auf die Äußerung von Bedürfnissen reagieren könnten.

Die *Arbeit am Widerstand* nimmt einen großen Teil der Kerngruppenarbeit ein. Widerstand wird als Reaktion auf Katastrophenerwartungen, als Schutz vor erneuten Erschütterungen und damit ebenfalls in seiner Funktion als Ressource verstanden. Widerstandsphänomene werden wie die o.g. Formen der Aktualisierung in ihrer phänomenologischen Bedeutung und Funktion für die Person untersucht. Wenn die Funktion bzw. der Zweck dieses Verhaltens deutlich wird, kann es sein, daß sich das bestehende Selbstkonzept verändert, vorher abgespaltene oder projizierte Persönlichkeitsanteile wieder als zu sich gehörig identifiziert werden. Ist der Widerstand interpersonell, besteht die Möglichkeit zu korrektiven emotionalen Neuerfahrungen, oder es können funktionalere Schutzmöglichkeiten entwickelt werden.

Die Verringerung des destruktiven Ausagierens, die Verbesserung der Selbst- und Objektwahrnehmung und des problemlösenden Denkens, die Aktualisierung der störungsspezifischen inneren Prozesse der Patienten/innen, die Arbeit an der Bewußtwerdung und Veränderung dieser Prozesse und die damit verbundene Widerstandsarbeit wirken *strukturbildend*. Die inneren Prozesse, die von Borderline-Patienten/innen in ihrer Wirkung in der Regel als wechselhaft, labilisierend, verwirrend und sie ständig erschütternd erlebt werden und daher ihre Identitätsdiffusion bewirken, können im Therapieverlauf immer besser eingeordnet und verstanden werden. Immer mehr Aspekte ihrer Persönlichkeitsstörung werden ich-dyston, können in ihrem Auftreten schneller erkannt und mit neuerworbenen Strategien beantwortet werden. Diese Form der Selbsteffizienz (Bandura 1977) ist eine wichtige Stütze im weiteren Therapieverlauf.

Die Strukturbildung ermöglicht eine Erweiterung des „seelischen Innenraums“. Zum einen bestehen nun Möglichkeiten, zwischenmenschliche Bedürfnisse wirklich zu befriedigen, eigene Potentiale und individuelle Fähigkeiten stärker zu verwirklichen und ein Identitätsgefühl aufrechtzuerhalten. Zum anderen werden starke Affekte, innere Not oder Frustrationen etc. tolerierbarer. Gleichzeitig werden nun aber auch die sozialen und kognitiven Entwicklungsdefizite deutlich, den Patienten/innen ist es oft peinlich, fehlende Informationen zu erfragen, sei es zu Fragen ihrer Geschlechtsrolle oder wie etwas normalerweise zwischen Menschen funktioniert: Freundschaften zu pflegen, Abschied zu nehmen etc. Da in der „Cathexis-Gruppe“ im Durchschnitt jüngere Patienten/innen sind, die hier altersgemäß stärkere Defizite haben, bietet die sog. *Familiengruppe* eine Möglichkeit für gezielte,

skriptverändernde Neuerfahrungen, indem die Bedingungen einer (möglichst) funktionalen Familie simuliert werden. Auch nicht vollzogene Entwicklungsaufgaben treten in den Vordergrund, der Auszug aus dem Elternhaus, Abschluß einer Berufsausbildung, Berufseintritt und Übernahme von Verantwortung im Beruf etc.. Über Modellernen, Verhaltensverträge oder Rollenspiele werden adaptive Schemata zur Bewältigung von unterschiedlichen Lebenssituationen erprobt und eingeübt, so z.B. durch Übernahme von Diensten und autoritativen Funktionen im Klinikalltag der therapeutischen Gemeinschaft.

Die Erweiterung des seelischen Innenraums, ein Vertrauensverhältnis zu den anderen Gruppenmitgliedern sowie Therapeuten/innen und ein stabiles Arbeitsbündnis erlauben es den Betroffenen, früher oder später über ihre erlittenen Traumata oder kumulativen Traumatisierungen zu berichten. Die Arbeit am phänomenologischen Erleben der Patienten/innen hat hier Priorität vor Interpretationen und Erklärungen. Erfahrungsorientierte Methoden zur Aktualisierung des Problems auf möglichst allen Ebenen der Repräsentation sowie der Einsatz von experimentellen Aufgaben im Rahmen des therapeutischen Dialogs ermöglichen das sukzessive Abschließen der bisher unerledigten oder unvollendeten Erfahrungen und damit deren allmähliche Integration in den persönlichen Lebensverlauf.

Bei sexuellen Traumatisierungen ist es für viele ein großer Schritt, das Erlittene öffentlich zu machen und damit ein Tabu zu brechen. Neben der Arbeit in der *Gruppe für sexuell mißbrauchte Frauen* wird in der Kerngruppe daran gearbeitet, die zerstörte „Ordnung“ der Wirklichkeit wiederherzustellen, die „Unordnung“ zu benennen und Verantwortung klar zu attribuieren, auch den fehlenden Schutz durch Familienangehörige vor dem Täter. Dies beinhaltet die Arbeit an Scham und Schuldgefühlen. Ein wiederholtes emotionales Hineingehen ins Trauma findet in der Regel nicht, ggf. nur ansatzweise statt, nie jedoch ohne die Verankerung des Gewahrseins in der gegenwärtigen, sicheren und geschützten Situation. Eher werden, wie bereits oben erwähnt, korrigierende, heilende innere Bilder entworfen, wie es hätte sein müssen oder können. Die Betroffenen werden ggf. unterstützt, das Empfinden ihrer Würde wiederzuerlangen, indem sie sich symbolisch alle verlorenen, an andere abgegebenen und zurückgelassenen Persönlichkeitsanteile wiederaneignen.

Die Abschiedsphase

In dieser Phase 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, eine weitere ambulante Nachsorge oder ein Unterstützungssystem im Freundes- oder Bekanntenkreis zu organisieren. Für manche bedeutet dies, zu überlegen und zu planen, wie sie überhaupt Kontakte daheim knüpfen können. In dieser Phase kann die *Nachsorgegruppe* als Unterstützung in Anspruch genommen werden.

Oft werden in dieser Phase Themen vom Anfang der Therapie nochmals aktuell. Es ist dann wichtig, den Patienten/innen zu vermitteln, daß dies normal ist und kein Zeichen für mangelnden Therapieerfolg, es aber heißt, daß die alten Anpassungsformen nicht „ausradiert“ sind, sondern neben den

neuen, funktionaleren Anpassungen potentiell immer noch zur Verfügung stehen. Für manche stellen sich hier (für andere bereits in der Basisphase) existentielle Fragen: „Wie will ich leben, an welchen Bildern will ich mich orientieren?, will ich wirklich genesen, mit allen sozialen Konsequenzen?, will ich auf die destruktiven Stützen in meinem Leben verzichten und ggf. Übergänge von Leere und Ungewißheit akzeptieren?, will ich wirklich erwachsen werden? etc.“, mit entsprechenden Widerstandsphänomenen. Die Betonung dieser existentiellen Perspektive fördert die Eigenverantwortung und macht maligne Regressionen oder regressiv Heilungsvorstellungen rasch deutlich und damit konfrontierbar.

Einen abschließenden Überblick über den Behandlungsverlauf zeigt Tabelle 2.

Fallbeispiel

An einem Fall sollen ein Therapieverlauf und einige typische Behandlungsprobleme beispielhaft veranschaulicht werden. Die 25jährige Patientin, die mehrfach wegen selbstverletzenden Verhaltens in der Psychiatrie war, kam auch wegen dieser Symptomatik zur Aufnahme, zusätzlich war sie schwer depressiv und hatte Suizidgedanken. Sie litt außerdem darunter, keine Partnerschaft eingehen zu können, da sie Angst vor Männern habe. Sie könne liebevolle Zuwendung nicht ertragen. Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle könne sie kaum wahrnehmen, geschweige denn äußern. Sie lebe allein und eher zurückgezogen, habe jedoch einige engere Freunde.

Sie sei nikotinabhängig, habe teilweise exzessiv Alkohol mißbraucht und sich unter Alkoholeinfluß wiederholt schwer verletzt.

Die emotionale Atmosphäre in Elternhaus sei extrem karg gewesen, das Verhältnis zur Mutter und zu den Geschwistern beziehungslos. Sie sei in der Pubertät vergewaltigt worden, später stellte sich heraus, daß sie von zwei Männern aus dem familiären Umfeld bis zur Aufnahme jahrelang sexuell mißbraucht worden war.

In den ersten Therapiewochen wurden die Behandlungsvoraussetzungen geklärt, der *Therapievertrag* erstellt und darin gemeinsam mit der Patientin Therapieziele definiert: Aufgabe des destruktiven Ausagierens in Form von Selbstverletzungen und Suchtverhalten; verbesserte Selbstwahrnehmung und Affektregulierung im sozialen Kontext; verbessertes Identitäts- und Selbstwertgefühl; Verbesserung der Beziehungsgestaltung; Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen; Klärung der inneren Beziehung zum verstorbenen Vater.

Die Patientin erstellte einen *Konfrontationsvertrag*, entschied sich darin, auf selbstverletzendes Verhalten und Nikotinabusus zu verzichten sowie sich auf der sozialen Ebene auf sich abkapselndes, selbstabwertendes und „So-tun-als-ob“-Verhalten ansprechen zu lassen. Neben einem Non-Suizid-Vertrag erarbeitete sie zusätzlich einen Non-Selbstverletzungs-Vertrag, da dieses destruktive Verhalten einer vertieften Analyse bedurfte, um es aufgeben und durch alternatives Verhalten

Basisphase	Kernphase	Abschiedsphase
Basisgruppe (Strukturgr.)		
Klingelrunde		
Vertragsgruppe		
Spiegelgruppe (Strukturgr.)		
ggf. Suchtgruppe		
ggf. Eßstörungsgruppe		
	Kerngruppe	
	Körpertherapie	
	Familiengruppe (Cathexisgr.)	
	ggf. Gruppe für mißbrauchte Frauen	
		Nachsorgegruppe

Tabelle 1. Therapeutische Gruppen im Behandlungsverlauf

ersetzen zu können (der Vertrag war ähnlich gestaltet wie der o.g. Beispielvertrag). Die Aktionen im Vertrag gaben ihr im Kontext des gesamten Klinikalltags einen Aufmerksamkeits-Fokus dahingehend, sequentielle Verhaltensabläufe bei sich zu erkennen, ihre Selbstwahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen zu stärken und zu sehen, wo sie Schwierigkeiten mit deren Ausdruck hatte sowie sich von anderen Personen zu differenzieren und Phantasien über diese an der Realität zu überprüfen. In der *Klingelrunde* und der *Basisgruppe* konnte sie ihre Schwierigkeiten und ihre Erfahrungen dabei ansprechen und sich aktuelle Problemlösungen erarbeiten. In diesen Gruppen zeigte sich ebenfalls, daß kognitiv-integrative Funktionen, wie sich zu orientieren, etwas bewerten, antizipieren und entscheiden zu können, wohl funktionsfähig waren, jedoch hauptsächlich in der Fürsorge für andere angewandt wurden. Grobe Einbrüche zeigten sich, wenn Traumatisierungen stimuliert wurden, sei es dadurch, daß eigene Erinnerungen ins Bewußtsein traten oder äußere Ereignisse bzw. die Arbeit anderer Patienten/innen zur Restimulierung führten.

In der *Kernphase* wurde eine Reihe von Themen aktualisiert und in Richtung auf die definierten Therapieziele hin bearbeitet:

1. Schon in der Basisphase zeigte sich eine extreme Fürsorge gegenüber ihrer Herkunftsfamilie. Die Patientin überlegte beispielsweise, die Therapie zu unterbrechen, um ihrer Schwester aus einer familiären Notlage zu helfen. In der Kernphase der Therapie aktualisierte sich noch deutlicher, wie sehr sie sich in ihrem Identitätsgefühl von Familienmitgliedern in deren Funktion als Selbst-Objekten abhängig fühlte. Sie hatte große Angst, der Mutter zu widersprechen oder nicht für sie oder die Schwester zu sorgen, weil sie befürchtete, aus der Familie herauszufallen und „niemand mehr zu sein“. Sie hatte auch Angst, die Familie zu verraten, wenn sie biographische Erlebnisse erzählte. Einige Male reagierte sie darauf sehr labilisiert und verfiel in einen schweigenden inneren Rückzug als einer dissoziativen Reaktion, aus der sie erst nach ein bis zwei Tagen herauskam. Dieser Widerstand aus Angst vor Erschütterung ihres Selbstkonzepts konnte erfolgreich bearbeitet werden, und sie entschied sich in einer nochmaligen Besprechung ihrer Therapieziele dafür, daß es darum gehe, sich selbst und nicht mehr ihrer Schwester und Mutter helfen zu müssen.

Die Distanzierung von den familiären Selbst-Objekten wirkte sich auf die Beziehungen zum therapeutischen Team aus. Sie zeigte eine Übertragungs-Spaltung, auf der einen Seite die Arbeitsbeziehung zu den Therapeuten/innen, in der sie weiterhin Fortschritte machte, auf der anderen Seite die Beziehung zu den Krankenschwestern, bei denen sie über manipulativ-demonstratives Verhalten - indem sie mit Selbstverletzungen drohte oder kokettierte - Aufmerksamkeit und Zuwendung bekam. Die Krankenschwestern hatten von ihr somit die Funktion als Selbst-Objekte übertragen bekommen. Sie versuchte, die Beziehung in Form einer dysfunktionalen Symbiose zu gestalten, was für das Pfltegeam ein Ausmaß an Druck und Verantwortung be-

deutete, welches bald das Maß des Erträglichen überschritt. Anfangs wurde die Spaltungsdynamik auch im therapeutischen Team ausagiert, da wir die unterschiedlichen Erfahrungen mit der Patientin nicht genügend zusammenführten, was jedoch im Rahmen der Supervision aufgelöst werden konnte.

So war es möglich, die Patientin mit der Spaltungsdynamik in ihrer Funktion als Externalisierung innerer Prozesse zu konfrontieren und sie konnte die Rolle explorieren, die das Pfltegeam für sie erfüllte. Sie verschob zum einen ihren inneren Druck nach außen: sie traute sich nicht, ihre Bedürfnisse in die Beziehung zu den Therapeuten/innen einzubringen, aus Angst vor der Nähe, die entstehen könnte. Also machte sie dies über den Umweg der Krankenschwestern, bei denen sie heftige Sorge auslöste. Sie diente außerdem als Blitzableiter für Wut, Ärger und Rache, dies war im Sinne einer Übertragung der Objektbeziehung zur Mutter zu verstehen, bei der sie sich nicht traute, offen aufzubegehren.

Über die Bewußtwerdung dieser Dynamik konnte die Spaltung aufgehoben werden und die Patientin wandte sich vermehrt der Gruppe und den Therapeuten/innen zu, auch wenn dies von ihr zunächst wieder als bedrohlich und labilisierend erlebt wurde. Dies ermöglichte jedoch korrektive emotionale Neuerfahrungen, die ihre Personenschemata veränderten (die Therapeuten/innen und Krankenschwestern konnten ganzheitlicher in ihren unterschiedlichen Facetten wahrgenommen werden). Auch veränderte sie ihre Beziehungsgestaltung, indem sie lernte, direkt ihre Bedürfnisse anzusprechen, ohne daraufhin abgewiesen zu werden. Sie erarbeitete einen Non-Manipulations-Vertrag, der sie auch kognitiv dabei unterstützte, Auslöser für Rückfälle in regressive Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und alternatives Verhalten zu wählen. Dennoch waren therapeutischerseits immer wieder klare Grenzen als Unterstützung nötig, da sie noch einige Male ihren Non-Selbstverletzungs-Vertrag außer Kraft setzte, indem sie ihn nicht mehr als verbindlich ansah, was eine Rückstufung in die Basisphase nach sich zog, bis sie das Problem gelöst hatte.

2. Die Patientin thematisierte von sich aus die innere Beziehung zu ihrem verstorbenen Vater. Dieser hatte einerseits die Funktion eines idealisierten Selbst-Objekts, über das sie ihr Identitätsgefühl regulierte. Andererseits war die Objektbeziehung zu ihm sehr destruktiv geprägt, sie erlebte eine Todessehnsucht als Ausdruck dessen, daß sie sich - neben eigenen Verschmelzungsphantasien - von ihm in den Tod gezogen fühlte. Sie erklärte sich viele dissoziative Phänomene (z.B. daß sie nicht wußte, wie sie an bestimmte Orte gekommen war) sowie destruktive Impulse und Verhaltensreaktionen so, daß der Vater sie von außen steuerte. Behutsam konnten diese Zusammenhänge szenisch und explorativ mit ihr gemeinsam erforscht werden. Sie konnte letztlich seinen Tod akzeptieren, auch wenn erst eine Welt zusammenbrach und sie das Gefühl hatte, keinen Rückhalt mehr zu haben. In der verstärkten Hinwendung zum männlichen Therapeuten konnte sie schrittweise korrektive emotionale Neuerfahrungen ma-

chen und ein inneres Bild entwickeln, wie eine unterstützende Vaterbeziehung hätte aussehen können.

3. Integrationsfördernd war die gemeinsame Analyse des Musters der zusammenwirkenden psychodynamischen Aspekte. Sie erkannte das Muster ihrer destruktiven inneren Verbote und Gebote, woher diese stammten (verinnerlichte mütterliche Introjekte und die Objektbeziehung zum Vater), wie sie sich daran anpaßte und in ihrem emotionalen Selbsterleben darauf reagierte. Das psychodynamische Muster wurde auf diese Weise ich-dyston, sie konnte ihre Reaktionen besser einordnen, ihre Angst vor Vernichtung verstehen sowie Über-Ich-Attacken erkennen und die Identifikation mit diesen lösen, „der destruktiven Seite nicht mehr so viel Macht geben“. So gelang es ihr auch, sich von der gewalttätigen, grenzüberschreitenden Haltung in ihrer Familie zu distanzieren, sich nicht mehr als hilflos ausgeliefert zu betrachten und ihrem eigenen Leben mehr Wert zu geben. Damit verbesserte sich ihr Identitäts- und Selbstwertgefühl.

In der *Abschiedsphase* kam es nochmals zu Rückfällen in destruktives Ausagieren und regressives Verhalten. Dies war verstehbar aus einer Wut über die Begrenztheit des Guten, Mütterlichen, über das sie aufgrund ihrer mangelnden Objekt Konstanz keine Kontrolle erlebte und was deshalb angesichts der näher rückenden Entlassung schwer für sie zu ertragen war. Es war möglich, dies mit ihr zu bearbeiten und sie konnte die Begrenztheit besser akzeptieren, da ihre Selbstobjekt-Bedürfnisse angesprochen und gesehen wurden. Ihre Selbstwahrnehmung und selbst-reflexive Bewußtheit waren mittlerweile so weit verbessert, daß sich die Dynamik auf die „innere Bühne“ verlagern konnte. Sie erlebte früher dissoziierte Selbst-Schemata jetzt in einem intrapsychischen Dialog, die „Kleine“, die innerlich nach Liebe, Geborgenheit, Wärme und Halt schrie und die „Große“, die ihr dies nicht gab und beide mit einem Haß aufeinander. Sie spürte, wie die „Kleine“ litt, sie als ganze Person aber keinen Weg fand, sie zu trösten. Mittlerweile konnte sie die Beziehungen zum therapeutischen Team offen und direkt nutzen, um modellhaft einen fürsorglichen Umgang mit sich selbst zu erlernen. Daß diese Entwicklung möglich war, spricht für eine verbesserte psychische Struktur, damit für einen erweiterten seelischen Innenraum und eine verbesserte Integration vorher dissoziierter und projizierter Persönlichkeitsanteile.

Hinsichtlich der anfangs definierten Therapieziele konnten am Ende der Therapie deutliche Fortschritte verzeichnet werden. Eine gezieltere Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen war auf Wunsch der Patientin nicht erfolgt, wäre vermutlich auch eine Überforderung für sie gewesen. Sie wurde jedoch dabei unterstützt, schon von der Klinik aus den beiden Männern aus dem familiären Umfeld, die sie sexuell mißbraucht hatten, klare Grenzen zu setzen und sich Unterstützung bei Freunden und Bekannten zu sichern.

Evaluation

Alle bei uns behandelten Borderline-Patienten/innen werden seit 1988 systematisch im Prä-Post-Vergleich untersucht. Die Messungen werden mittlerweile mit den Instrumenten SCL-

90, BDI, MMPI, Gießen-Test, SASB und IIP durchgeführt. Die Ergebnisse werden den behandelnden Therapeuten/innen jeweils bei Abschluß einer Behandlung mitgeteilt.

Mestel (1993) konnte eine hohe Effektivität für die Langzeitbehandlung von in unserer Klinik behandelten Borderline-Patienten/innen feststellen (N = 83 im Prä-Post-Vergleich). In einer kürzlich durchgeführten Katamnese (1-7 Jahre Katamnese-Intervall) mit N = 203 hier behandelten Borderline-Patienten/innen (Liedke 1997, Dorn 1997) wurden auf den meisten Skalen des MMPI und des Gießen-Tests statistisch signifikante Unterschiede zwischen Therapiebeginn und Katamnesezeitpunkt (zumeist kleine und mittlere Effektstärken) gefunden. Patienten/innen, die jünger als 35 Jahre alt waren und Patienten/innen mit weniger ko-morbiden Diagnosen verbesserten sich stärker (s. zusammenfassend v. Wahlert, Mestel, Liedke & Dorn 1997).

In einer weiteren Studie (Mestel & Votsmeier 1997) erreichten die Borderline-Patienten/innen das gleiche Ausmaß an Symptomreduzierung auf allen Skalen der SCL-90 im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Patienten/innen mit einer Eßstörung ohne Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu den eßgestörten Patienten/innen ergab sich jedoch, daß die Borderline-Patienten/innen (N = 20) im Prä-Post-Vergleich nicht so starke Veränderungen ihrer „Introjekte“ (SASB: Umgang mit sich selbst) aufweisen konnten. Hier erreichten letztere nur mäßige, während die eßgestörten, neurotisch strukturierten Patienten/innen höhere Effektstärken aufwiesen.

Diskussion

In der Ausgabe 1/96 dieser Zeitschrift wurde die Anwendung der „Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)“ (Linehan 1993) im stationären Bereich dargestellt (Bohus et.al. 1996). Sie soll in diesem Abschnitt vergleichend diskutiert werden. Linehan (1993) äußert die Meinung, daß zwar die Formulierungen, wie und warum ein bestimmter Behandlungsansatz bei Borderline-Patienten/innen wirkt, voneinander unterscheiden, die effektiven therapeutischen Verhaltensweisen über die unterschiedlichen theoretischen Orientierungen hinaus jedoch vermutlich sehr wenig variieren (a.a.O., 200). Auch Lohmer (1996) betont, daß gerade die Beschäftigung mit der Psychotherapie von Borderline-Patienten/innen ein schulenübergreifendes, integratives Denken fördert und gemeinsame Grundsätze therapeutischer Wirkung und therapeutischer Haltungen herausgearbeitet werden können, wie dies bei keiner anderen Patientengruppe der Fall ist (a.a.O., 53). Die Patienten/innen zwingen uns quasi über ihr existentielles In-der-Welt-und-in-Beziehung-Sein zu Antworten, die nicht beliebig, je nach psychotherapeutischer Orientierung, abzuwandeln sind.

Die Gemeinsamkeiten des hier beschriebenen integrativen, psychodynamisch-interpersonellen Ansatzes mit der stationären Anwendung der DBT sind zum einen das sequentielle Vorgehen, welches Prioritäten im Bearbeiten der Behandlungsziele setzt. In der Therapieplanung steht bei beiden Ansätzen am Anfang, daß die Patienten/innen das destruktive Ausagieren reduzieren und einstellen. Was die DBT über Verhaltensanalysen erarbeitet, wird in unserem Ansatz über Therapie-

verträge erreicht, die allerdings im Unterschied zur DBT a priori erarbeitet werden und die in der Anwendung das destruktive Ausagieren im Vorhinein verhindern und durch ressourcen-orientierte Aktionen ersetzen sollen. Erst wenn dies nicht gelingt, treten Sanktionen in Kraft, ähnlich wie bei der DBT. Allerdings wird die Beziehung nicht als Verstärker eingesetzt, der bei Verhaltensrückfällen entzogen würde. Lerntheoretisch gesprochen, wird das destruktive Ausagieren eher gelöscht, da man ihm viel weniger Beachtung schenkt als dem im Vertrag definierten Alternativverhalten, das ja meist beziehungsorientiert ist und um das die Patienten/innen auch nach Verhaltensrückfällen nicht herumkommen.

Auch wird in beiden Ansätzen auf die Verbesserung von Funktionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten großen Wert gelegt. Die vier Module des Fertigkeitentrainings der DBT (Bohus et al. 1996, 41) ähneln unserem Ziel der Strukturbildung in den Dimensionen der Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Kommunikation. Unser Vorgehen diesbezüglich ist jedoch weniger systematisiert und normiert an „gesunden“ Verhaltensweisen im Sinne eines „Trainings“, sondern die Arbeit an diesen Funktionen durchzieht die Vertragsarbeit, die sozial-kommunikativen Maßnahmen, die Arbeit in der Basisgruppe und Kerngruppe und wird je nach den individuellen Anforderungen variiert. Gemeinsam ist wiederum der Akzent auf konkrete Verhaltensänderungen und deren Einübung und Generalisierung im Klinikalltag.

Ebenso wie in der stationären DBT ist die therapeutische Beziehung in erster Linie eine reale Arbeitsbeziehung. Die Anwendung von „dialektischen und Validierungsstrategien“ in der DBT (vgl. Linehan 1989) scheint im Effekt der „dialogischen Haltung“ in unserem Ansatz ähnlich zu sein. Der schwierige Teil dabei ist die Kunst der *Bestätigung*, wenn nötig, klare Grenzen zu setzen, zu fordern und zu konfrontieren und gleichzeitig die Beziehung und das, was auch immer beim anderen ausgelöst wird, liebevoll zu *halten*.

Der vielleicht wesentlichste Unterschied zwischen den beiden Ansätzen ist unser Akzent auf Veränderung der inneren Repräsentation von realen Beziehungserfahrungen und Interaktionsmustern als Teil der Strukturbildung. Dieser Unterschied ist sicher durch die unterschiedlichen Entstehungsmodelle der Störung bedingt. In der biosozialen Verhaltenstheorie Linehans wird von einer konstitutionell bedingten dysfunktionalen Affektregulation ausgegangen, die von einem invalidierenden Umfeld verstärkt und aufrechterhalten wird, woraus im Erwachsenenalter die Borderline-Merkmale entstehen. Folgerichtig schafft die DBT validierende Rahmenbedingungen und arbeitet gezielt an der Verbesserung der vulnerablen Affektregulation.

In unserem Ansatz steht die Verarbeitung und Repräsentation von traumatisierenden Beziehungserfahrungen im Vordergrund. Die daraus sich entwickelnden Personen- und Beziehungsschemata sowie Skripten sind die aufrechterhaltenden Bedingungen für die dysfunktionalen borderlinespezifischen Anpassungen, von denen wir ausgehen. Folgerichtig steht die Veränderung der inneren Repräsentationen und der sich daraus ergebenden Schemata im Vordergrund der Therapie, die Verringerung des destruktiven Ausagierens ist jedoch die Voraussetzung dafür.

Die therapeutische Arbeit auf der Ebene dieser inneren Pro-

zesse ist aus unserer Sicht besonders wichtig für eine dauerhafte Stabilisierung des Therapieerfolgs. Oft sind Borderline-Patienten/innen in einer langen Karriere von Vortherapien ja gerade daran gescheitert, daß sie vergeblich bemüht waren, sich auf der Verhaltensebene „in den Griff“ zu bekommen.

Wegen der psychischen Labilisierung, die die therapeutische Arbeit nach unserem Ansatz im Verlauf des Therapieprozesses bewirken kann, ist hier ein schützendes und strukturiertes stationäres Behandlungssetting erforderlich.

Anmerkungen

¹ „Interpersonell“ bezieht sich auf schulübergreifende Ansätze, die der realen Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in besonderen Stellenwert beimessen. Dazu gehören z.B. auf Sullivan (1980) zurückgehende Ansätze (Benjamin 1993) sowie dialogische Ansätze im Rahmen der Objektbeziehungstheorie (Guntrip 1968), der Selbstpsychologie (Stolorow, Brandchaft & Atwood 1987) und der Gestalttherapie (Yontef 1983).

² Schemata sind implizite, meist unbewußte, organisierende Hintergrundprozesse, die Denken, Handeln und das Bilden von Bedeutungen und Einstellungen aktiv steuern. Sie wirken wie ein Bezugsrahmen und beeinflussen erstens die Interpretation von eintreffenden Informationen, also die Wahrnehmung von sich selbst und anderen, sie leiten zweitens die Handlungen des Individuums, insbesondere komplexe Verhaltensmuster, und drittens beeinflussen sie, welche neuen Informationen auf welche Art und Weise im Gedächtnis gespeichert werden (vgl. Benjamin & Friedrich 1991, 380). Schemata sind hierarchisch organisiert und funktionieren als Ganzheiten i.S. von Gestalten als mehr als die Summe ihrer Teile (vgl. Horowitz 1991, 7). Wird ein Schema aktiviert, werden zugleich alle Teile aktiviert, also ein gesamter Zustand, der Denken, Fühlen und Handeln umfaßt. Schemata sind nicht wie Dinge gespeichert, sondern sie treten in Erscheinung, wenn sie gebraucht werden, als Aktivierungszustand eines Netzwerks von Interaktionen und Verbindungen vieler einfacherer Einheiten (vgl. Rumelhart & Smolensky et al. 1986, 20f.). Selbst-Schemata beeinflussen auch die Bildung eines Selbst-Konzepts als einer bewußten Repräsentation. Selbst-Konzepte werden im SASB-Modell auch als „Introjekte“ bezeichnet (Tress & Junkert, 1993, 37).

³ Entwicklungsdefizite lassen sich an der Art und dem Niveau der Persönlichkeitsorganisation erkennen (vgl. Kernberg 1991), neuerdings bietet sich die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD 1996) zur Beurteilung des Integrationsniveaus der psychischen Struktur an.

⁴ Hierbei sind als kognitive Aspekte Fähigkeiten zur Symbolisierung (Vorstellungen, Sprache), zum Denken und Erinnern, Bewerten und Urteilen, Antizipieren und Entscheiden etc. gemeint. Integrative Aspekte sind Prozesse des Orientierens, des Organisierens von Erfahrungen und mentalen Repräsentationen (z.B. des Synthetisierens von Teilaspekten zu Ganzheiten), des Problemlösens etc..

⁵ Angemessene Selbstöffnung steht dabei im Dienste der Klärung für den/die Patienten/in, nicht im Dienste des Selbstausdrucks des/der Therapeuten/in.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Ed.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern, Huber, 1996.
- Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research* 1977; 1:287-310.
- Bandura A: Sozial-kognitive Lerntheorien. Stuttgart, Klett-Cotta, 1979.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8:77-100.
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE: Der Gießen-Test. (Handbuch, 4. überarbeitete Auflage mit Nestandardisierung). Bern, Huber, 1991.
- Beisser A: The paradoxical theory of change. In: Fagan, J. & Shephard, I. (eds.): *Gestalt Therapy Now*. New York, Harper & Row, 77-80, 1970.
- Benjamin LS: Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York, Guilford, 1993.
- Benjamin LS, Friedrich FJ: Contributions of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to the Bridge between Cognitive Science and a Science of Object Relations. In: Horowitz M (ed.): *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago, The University of Chicago Press, 379-412, 1991.
- Bohus M, Swenson Ch, Sender I, Kern I, Berger M: Die Anwendung der „Dialektisch-Behavioralen Therapie“ für Borderline-Störungen im stationären Bereich. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin u. Klinischer Psychologie* 1996; 1:32-43.
- Bruner JS: *Processes of cognitive growth: Infancy*. Worcester, Mass., Clark University Press & Barre Publ., 1968.
- Buber M: *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg, Lambert, 1984.
- Dorn C: *Prädikationsanalysen zum langfristigen Therapieerfolg von Borderline-Patienten*. Universität Heidelberg, unveröffentlichte Diplomarbeit, 1997.
- Dornes M: Vernachlässigung und Mißhandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Egle UT, Hoffmann SO., Joraschky P. (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart, Schattauer, 1997.
- Frank G: SCL-90-R - Die Symptom Checkliste von Derogatis - Deutsche Version, Testmanual. Weinheim, Beltz, 1995.
- Friedman M: *Der heilende Dialog in der Psychotherapie*. Köln, Edition Humanistische Psychologie, 1987.
- Gast U: *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart, Schattauer, 1997.
- Goldstein K: Stress and the Concept of Self-Realization. In: Klausner SZ (ed.): *The Quest for Self-Control*. New York, The Free Press, 341-355, 1965.
- Goldstein K: *Selected Papers/Ausgewählte Schriften*. The Hague, Nijhoff, 1971.
- Greenberg L, Elliott R, Lietaer G: Research on Experiential Psychotherapies. In: Bergin AE, Garfield SL(eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, Wiley, 509-539, 1994.
- Greenberg LS, Rice LN, Elliott R: *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-moment Process*. New York, Guilford, 1993.
- Guntrip H: *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*. London, The Hogarth Press, 1968.
- Hambrecht M: *Die „Teaching-and-Learning-Community“*. Von der Psychotherapie zur Lebensschule. Universität Heidelberg, 1982.
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (Deutsche Version: Testmanual)*. Weinheim, Beltz, 1994.
- Horowitz M: *Introduction to Psychodynamics*. New York, Basic Books, 1988.
- Horowitz M: *Introduction*. In: Horowitz M (ed.): *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago, The University of Chicago Press, 1-12, 1991.
- Horowitz M: *Person Schemas*. In: Horowitz M (ed.): *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago, The University of Chicago Press, 13-32, 1991.
- Hycner R: *Zwischen Menschen*. Köln, Edition Humanistische Psychologie, 1989.
- Kernberg O: *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt/M., Suhrkamp, 1978.
- Kohut H: *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M., Suhrkamp, 1981.
- Kohut H, Wolf ES: *Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung*. In: Peters UH (Ed.): *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts - Psychiatrie*. Weinheim, Kindler, 97-112, 1983.
- Kouwenhoven M: *Transaktionale Analyse in Nederland*. Ermelo, 1985.
- Liedke S: *Langfristiger Therapieerfolg bei Borderline-Patienten in stationärer Behandlung*. Universität Heidelberg, unveröffentlichte Diplomarbeit, 1997.
- Linehan MM: *Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1989; 8:220-227.
- Linehan MM: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 1993.
- Little M: *Transference in borderline states*. *Int.J.Psycho-Anal.* 1966; 47:476.
- Lohmer M: *Borderline-Persönlichkeitsstörungen - Psychotherapeutische Behandlungsstrategien*. *TW Neurologie Psychiatrie* 1996; 10:48-53.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A: *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt/M., Fischer, 1980.
- Masterson JF: *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1980.
- Mestel R: *Nachuntersuchung II. Therapieerfolgskontrolle langfristig behandelter Borderline-Patientinnen*. In: Stauss K: *Neue Konzepte des Borderline-Syndroms*. Paderborn, Junfermann, 1993, 197-212.
- Mestel R, Votsmeier A: *Introject changes of borderline patients and patients with eating disorders during inpatient psychotherapy*. Paper presented at the 28th Conference of the Society for Psychotherapy Research in Geilo, Norway, 17.6.1997.
- Rohde-Dachser Ch: *Das Borderline-Syndrom*. Bern, Stuttgart, Wien, Huber, 1983.
- Rohde-Dachser Ch: *Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen*. In: Senf W, Broda M(eds.): *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart, New York, Thieme, 297-301, 1996.
- Rumelhart DE, Smolensky JL, McClelland JL, Hinton GE: *Schemata and sequential thought processes in PDP models*. In: Rumelhart DE, McClelland JL(eds.): *Parallel distributed processing*. Cambridge, MIT Press, 1986.
- Sachsse U, Eblinger K, Schilling L: *Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung*. *Fundamenta Psychiatrica*, 11: 12-20, 1997.
- Saunders EA & Arnold FA: *Critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology*. *Psychiat*, 56: 188-203, 1993.
- Schiff JL: *Cathexis Reader: Transactional Analysis - Treatment of Psychosis*. New York, N.Y., Harper & Row, 1975.
- Stauss K: *Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom: Stationäre Behandlung nach den Methoden der Transaktionsanalyse - das Grönenbacher Modell*. Paderborn, Junfermann, 1993.

- Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE: Psychoanalytic treatment. An intersubjective approach. Hillsdale, Analytic Press, 1987.
- Strupp HH & Binder JL: Kurzpsychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta, 1991.
- Sullivan HS: Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Frankfurt/M., Fischer, 1980.
- Tress W, Junkert B: Modellstruktur. In: Tress W (ed.): Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens. Heidelberg, Asanger, 35-46, 1993.
- van der Kolk BA., van der Hart O & Marmar CR: Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York, Guilford Press, 303-330, 1996.
- von Wahlert J, Mestel R, Liedke S, Dorn C: Follow-up study on borderline patients 1 to 7 years after inpatient psychotherapy. Paper presented at the 28th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, June 26th in Geilo, Norway 1997
- Votsmeier A: Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. Gestalttherapie 1988; 2:5-15.
- Winnicott DW: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M., Fischer Tb, 1984.
- Yontef G: Gestalttherapie als dialogische Methode. Integrative Therapie 1983; 9:98-130

Dipl. Psych. Achim Votsmeier
Klinik für Psychosomatische Medizin Grönenbach
Seb.-Kneipp-Allee 4
87730 Grönenbach
Tel. 08334-981-100 • Fax 08334-981-299