4 Stationäre psychodynamische Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Paul L. Janssen, Katharina Martin, Philipp Martius, Achim Votsmeier-Röhr und Gerhard Dammann

Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Patienten, bilden eine beträchtliche Gruppe innerhalb psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken. In der Übersichtsarbeit von Tritt et al. (2003) wurden unter 6349 Patienten verschiedener psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken in 9,6% Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Zaudig (2004) fand bei 6125 Patienten einer psychosomatischen Klinik 10,9% Persönlichkeitsstörungen. In der psychosomatischen Abteilung an einem psychiatrischen Zentrum in Dortmund waren unter 882 Patienten 12% Persönlichkeitsstörungen und 10,9% Borderline-Persönlichkeitsstörungen, also zusammen 22,9% (Martin 2002). Laut einer Übersicht von Berger (2004) über das Diagnosespektrum in psychiatrischen Kliniken (Abteilungen und Universitätskliniken) wurden dort 9% Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Borderline-Patienten wird eine schlechte Behandelbarkeit nachgesagt. Typischerweise haben sie vor allem erhebliche Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung und gelten als chronisch suizidgefährdet. Diese schlechte Prognose bessert sich nur allmählich mit zunehmendem Alter (Jonas u. Pupe 1992; Stone 1992). In den vergangenen Jahren wurden spezifische Ansätze sowohl zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung dieser Patientengruppe entwickelt wie auch zur stationären Behandlung.

Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland, darunter auch die älteste Form, die psychoanalytisch orientierte, hat sich in 50 Jahren zu einer multimodalen oder multimethodalen und multipersonellen eigenständigen Behandlungsform für bestimmte Patientengruppen, insbesondere für neurotische, psychosomatische und persönlichkeitsgestörte Patienten, entwickelt (Janssen 1987; Schepank u. Tress 1988; Becker u. Senf 1988; Ruff u. Leikert 1995; Janssen et al. 1998; Becker u. Lüdeke 1978; Mattke et al. 1998; Seidler 1998; Streeck 1998). Schon 1988 definierte Schepank die stationäre Psychotherapie als „Rund-um-die-Uhr-Psychotherapie in Form verschiedener, wohl organisierter und miteinander koordinierter und jeweils theoretisch begründbarer, indizierter und individuell dosierter, verbaler und averbaler Interventionstechniken" (S. 14). Diese Position der Eigenständigkeit der stationären Psychotherapie wird insbesondere in deutschsprachigen Ländern vertreten. Wegen der Komplexität müssten jedoch die Erforschungserkenntnisse aus den verschiedenen Gebieten der Psychotherapie sinnvoll zusammengefügt werden, z. B. aus der Einzeltherapieforschung, der Gruppentherapieforschung und der organisationspsychologischen Forschung. Dabei kommt es auch auf die institutionelle Dynamik an oder auf das so genannte „Milieu", das seine eigene Wirkung entfaltet.

Aus dieser Position der Eigenständigkeit der stationären Psychotherapie sind insbesondere in Deutschland, kaum jedoch in dem angloamerikanischen Sprachraum, spezifische Settings zur psychodynamischen Therapie der Persönlichkeitsstörung entwickelt

worden, z. B. Fritzsche 1994, Konzag u. Fikentscher 1998, Sack et al. 1999, Schmid-Ott et al. 1998, Votsmeier 1998, Janssen et al. 1998, Streeck 1998, Martius u. Buchheim 2000 u. a. Zwei dieser Modelle werden später beispielhaft dargestellt.

Indikation zur stationären Psychotherapie

Die heutigen Standards der Indikationsstellung zur stationären Psychotherapie haben sich weitgehend aus der klinischen Erfahrung entwickelt. Meist handelt es sich um eine mehrdimensionale Beurteilung unter dem Gesichtspunkt, ob eine individuelle Symptomatik in einem stationären Setting besser als im ambulanten Rahmen behandelt werden kann. Unterschieden werden Indikatoren aus dem Bereich der Psychopathologie und der Symptomatologie (z. B. Suizidalität), der Psychodynamik (z. B. erhebliche Ich-Defekte und die Unfähigkeit, eine ambulante Behandlung aufrecht zu erhalten) sowie psychosoziale Indikatoren (z. B. sozialer Rückzug, Beziehungskrisen, Arbeitsunfähigkeit) (vgl. Janssen 2007). Häfner et al. (2006), haben nach Sichtung der Indikationsliteratur Empfehlungen zur Indikation für die stationäre Psychotherapie zu Leitlinien zusammengestellt (Tab. 4.**1**).

Auf Borderline-Patienten angewandt ergibt sich die Indikation zur stationären Behandlung meist aus der Borderline-typischen Problematik, wie Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Fremdaggressivität, psychotische wie paranoide Dekompensationen, manifestes Suchtverhalten, therapeutische Krisen in ambulanten Behandlungen und Abbruchtendenzen. In diesen Indikationskriterien spiegeln sich die thematischen Hierarchien, wie sie in der übertragungsfokussierten psychodynamischen Psychotherapie (Clarkin et al. 1999) sowie von verhaltenstherapeutischer Seite (Linehan 1996) für die Behandlung der Patienten vorgeschlagen wurde (vgl. Kap. 6).

Einfluss auf die Indikation nehmen auch die folgenden Gesichtspunkte: Die Notwendigkeit, die Umgebung des Patienten vorübergehend zu entlasten, die Notwendigkeit auf mehreren Ebenen ärztlich-medizinisch, psychotherapeutisch, psychopharmakologisch, sozialtherapeutisch u. a. zu intervenieren, mangelnde Möglichkeiten zur Kompensation in der aktuellen Lebenssituation oder auch fehlendes therapeutisches Angebot vor Ort.

Der Nutzen der stationären Psychotherapie für Borderline-Patienten wird grundsätzlich kontrovers diskutiert. Die Stellungnahmen reichen von genereller Skepsis wegen des regressiven Angebots stationärer Therapie (z. B. Gabbard 1994) bis zur Befürwortung von Langzeitbehandlungen im stationären Rahmen (Silver u. Rosenbluth 1992). Kurzfristige Kriseninterventionen sind aber bei akuten psychischen Dekompensationen häufig erforderlich, z. B. bei psychotischen, depressiven, angstneurotischen oder süchtigen. Aus diesen Krisenaufnahmen ergeben sich behandlungstechnische Besonderheiten falls der Patient vorher in ambulanter Behandlung war. Der stationäre Psychotherapeut muss sich hier vor allem um die Klärung der Umstände der Zuspitzung im ambulanten Setting bemühen und um die bewusste und unbewusste Bedeutung der Krise für die Therapie (Clarkin et al. 1999). Der stationäre Psychotherapeut wird angesichts der Spaltungsneigung des Patienten vermitteln und auch oft anzutreffende Eskalationen der Übertragungs-/Gegenübertragung-Situation behutsam klären. Die Wahrung einer ausreichenden Neutralität ist danach besonders wichtig. Kriseninterventionen geschehen in der Regel in akut psychiatrischen Behandlungseinrichtungen. Die stationäre Psychotherapie bevorzugt langfristige Behandlungen mit dem Ziel, eine strukturelle Veränderung herbeizuführen.

Tabelle 4.1 Indikationen für stationäre Psychotherapie (nach Häfner et al. 2006)

1. Spezielle Störungen, deren Behandlung zu bestimmten Zeitpunkten oder Phasen nur stationär durchgeführt werden kann:
   - Bestimmte Somato-Psychosomatosen
   - Somatische Krankheiten, die klinische Behandlung und gleichzeitig psychotherapeutische Betreuung erfordern
   - Suchtpatienten
   - Borderlinepatienten (ICD-10: F60.3) / sozial desintegrierte Patienten und zur Rehabilitation
   - Bei schweren Persönlichkeitsstörungen und selbstdestruktiven Tendenzen (ICD-10: X60-X84)
   - Symptombedingte Unmöglichkeit der ambulanten Therapie (z. B. bei schweren Phobien ICD-10: F40), schwerem Agieren)
   - Komorbidität
2. Fehlende Krankheitseinsicht und Motivation
   - Fixierung auf organische Ursache
   - Unzureichende Motivation
   - Probatorische Behandlung
3. Notwendigkeit der Trennung vom pathogenen Milieu
4. Einleitung einer ambulanten Therapie
5. Patienten
   - Krisensituationen
   - Suizidgefahr (ICD-10: X60-X84)
   - Krisenhafte Steigerung von Angst- (ICD-10: F40-41) und Depressionszuständen (ICD-10: F32-34)
   - Zuspitzung der Symptomatik
   - Internistische Gründe (z. B. Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0, F50.1), Bulimie (ICD-10: F50.2, F50.3), Asthma bronchiale (ICD-10: F54 und J45.9), ulzerierende Magen-Darm-Erkrankungen (ICD-10: K25, K51))
6. Sonstiges
   - Bei Chronifizierung
   - Zur Begutachtung
   - Als Intervalltherapie

Schließlich können auch Behandlungsambivalenz und mangelnde Therapiemotivation eine stationäre Aufnahme von Borderline-Patienten indizieren (Kernberg 1997). Eine mangelnde Behandlungsmotivation findet sich vor allem bei der Untergruppe mit vorherrschenden narzisstischen und/oder antisozialen Zügen (Clarkin et al. 1999). Patienten mit dieser Problematik inszenieren die eigene Problematik häufig so, dass das Verhalten und seine Folgen dem inneren Leidensdruck zunächst entgegenwirken (Lohmer 1989; Bohus et al. 1996). Dies geschieht z. B. durch projektive Abwehrmechanismen, durch die Annahme, die Schuld an der eigenen misslichen Lage liege bei den anderen und damit seien diese zur Hilfe und Wiedergutmachung verpflichtet. Daher stimmen die Patienten häufig aus äußeren Gründen einem stationären Aufenthalt zu. Erst durch die erneute Inszenierung ihrer Situation auf der Station wird ihnen deutlich, in welchem Ausmaß sie zur Eskalation beigetragen haben.

Die stationären Langzeitbehandlungen von Borderline-Patienten erzielen sicher die günstigsten Behandlungsergebnisse (s. u.). Auch ist häufig eine absolute Indikation bei spezi-

fischen Problemen der Borderline-Patienten gegeben, wie beispielsweise Ich-Schwäche, unsichere Therapiemotivation, erhebliche affektive Beziehungsstörungen im sozialen Feld, unsicheres Arbeitsbündnis im ambulanten Setting, mangelnde Belastbarkeit für ein ambulantes Setting u. a. (Kernberg 1993; Silver u. Rosenbluth 1992; Streeck 1998). Trotz dieser unbestreitbaren Vorteile der stationären Psychotherapie wird aus ökonomischen Gründen die Langzeittherapie immer mehr zurückgedrängt, so dass häufig nur noch Kriseninterventionen, d. h. kurze begrenzte Behandlungsinterventionen erfolgen können. Nach unseren Erfahrungen in Deutschland sind aber insbesondere die schwer gestörten Borderline-Patienten, vor allem die mit lang dauernder sexueller und körperlicher Gewalterfahrung nur in dafür spezialisierte Einrichtungen zu behandeln (z. B. Dulz et al. 1998; Sachsse 1996).

Grundzüge der stationären psychodynamischen Psychotherapie

Die stationäre psychodynamische Psychotherapie ist charakterisiert durch die Phänomene der Multipersonalität und der Multimethodalität.

Die Multipersonalität, also das Angebot mehrerer therapeutisch wirksamer Beziehungen, ist ein Charakteristikum stationärer psychodynamischer Psychotherapie (Janssen 1987; Kernberg 1992; Lohmer 1988). Für Borderline-Patienten besteht die Chance, alte Interaktionsmuster zu inszenieren und neue, „gesündere" Interaktionsmuster zu erwerben (Janssen 1987; Lohmer 1989; Janssen et al. 1998). Die Patienten nützen in der Regel in den Übertragungen das Angebot mehrerer therapeutischer Beziehungen vor dem Hintergrund ihres typischen Abwehrstils, der Spaltung. Einzelne Teammitglieder werden bei der Übertragungsspaltung meist idealisiert, andere entwertet. Diese Inszenierungen treffen auf eine teamspezifische Dynamik und auf die Reaktionsbereitschaft des Teams (Janssen 1987; Lohmer 1989; Mattke et al. 1998). Das Team muss die Inszenierungen ausgleichen und ausbalancieren, daher leistet das Team durch seine Integrationsfähigkeit einen entscheidenden Beitrag zum Behandlungserfolg.

Die Multimodalität oder Multimethodalität der klinischen Behandlung ist ein weiteres zentrales Merkmal stationärer Psychotherapie. Das Angebot von Einzelpsychotherapie in Kombination mit Gruppenpsychotherapie, die Berücksichtigung der therapeutischen Gemeinschaft, das Angebot von kreativen und bewegungstherapeutischen Verfahren, aber auch von verhaltenstherapeutischen Methoden und eine gezielte Psychopharmakotherapie sind Merkmale der Multimodalität. Die Konzepte aus der Sicht der Stellung der einzelnen Setting sind entweder bipolar oder integrativ organisiert (vgl. Bräutigam et al. 1976; Janssen 1987; Lohmer 1988).

In diesem multipersonalen und multimethodalen Beziehungsfeld der Gruppensituation im Krankenhaus ereignen sich im Netzwerk der therapeutischen Beziehungen dispergierende Übertragungsprozesse. Nach dem Verständnis der Psychoanalyse sind dispergierende Übertragungen so genannte Nebenübertragungen oder „Extra-Transference" (Gill 1982). Nach dem gruppenanalytischen Konzept (Foulkes 1974) sind es multilaterale Übertragungen. Die integrativen Modelle wollen möglichst vollständig die im multipersonalen Beziehungsfeld sich entwickelnden Beziehungsmuster und die darin neben den Arbeits- und Realbeziehungen enthaltenen infantilen Objektbeziehungsanteile bzw. Übertragungsanteile erfassen. Die bipolaren Konzepte versuchen, in Realbeziehungen auf der Station Übertragungs-

prozesse zu vermeiden. Bei den Borderline-Patienten bekommen alle Objektbeziehungsmuster, die in den Objektwahlen innerhalb der stationären Bezugsgruppen (mit Patienten und Team) reaktiviert werden, insbesondere den Charakter von Spaltungsübertragungen und psychotischen Übertragungen neben realitätsorientierten und distanzierten Beziehungen.

Da das Team nach Prinzipien organisiert ist, die die therapeutischen Aufgaben insgesamt wahrzunehmen ermöglichen, hat jedes Beziehungsfeld rahmenbezogene und therapeutische Aufgaben, z. B. in der Gruppenpsychotherapie, in der Einzeltherapie, in der Gestaltung des Therapieraums in der therapeutischen Gemeinschaft usw. Diese rahmenbezogenen therapeutischen Aufgaben werden miteinander abgestimmt und aufeinander bezogen und in unterschiedlichen Settings wahrgenommen. Dadurch entsteht für den inszenierenden Borderline-Patienten ein fester und haltender Rahmen, den er zur Inszenierung braucht.

Die Wirksamkeit der Multimethodalität ist auch davon abhängig, ob die therapeutischen Zielrichtungen der unterschiedlich ausgebildeten Teammitglieder in einem gemeinsamen therapeutischen psychodynamischen Selbstverständnis durch Teamkonferenzen und Supervisionen hergestellt werden kann. Teammitglieder müssen sich einem solchen therapeutischen Selbstverständis verpflichtet fühlen (Janssen 1987; Lohmer 1989; Mattke et al. 1998; Schmid-Ott et al. 1998; Konzag u. Fikentscher 1998). Dieses gemeinsame Selbstverständnis bildet den Bezugsrahmen für die Intervention auf den verschiedenen therapeutischen Ebenen. Dadurch wird ein Setting realisiert, dass den unterschiedlichen Funktionen und Kompetenzen der Teammitglieder und Subgruppen Rechnung trägt und gleichzeitig ermöglicht, dass die Störungen des Patienten dort aufgegriffen und bearbeitet werden, wo sie am deutlichsten hervortreten.

Das Nebeneinander und Miteinander von Einzel- und Gruppentherapie im klinischen Rahmen ist noch wenig untersucht. Dabei ist die Gruppenpsychotherapie für manche Abteilungen der zentrale Ort der therapeutischen Arbeit, für andere mehr die Einzeltherapie. Die Vorteile des gruppentherapeutischen Settings liegen darin, dass die Gruppe den Borderline-Patienten hält und stützt, dass sich die oft belastenden Übertragungsspaltungen durch das Beziehungsangebot zum Therapeuten wie zu den Gruppenmitgliedern quasi verdünnt. Innerhalb der Gruppe können modellhaft zwischenmenschliche Erfahrungen gemacht werden und die Gruppe kann einen gewissen und nachhaltigen Druck zur sozialen Anpassung ausüben, verbunden mit dem Angebot stützender Beziehungen. Schließlich kann das Gruppensetting im Vergleich zur Einzeltherapie eine zu tiefe oder sogar maligne Regression eher verhindern (vgl. Leszczik 1992; Munroe-Blum 1992; Janssen 2001).

Ziel einer psychodynamisch orientierten stationären Langzeit-Psychotherapie ist die Strukturveränderung. Interaktionelle Re-Inszenierungen sind nicht nur zu klären und zu deuten, sondern sollen auch neue Erfahrungen erlauben sowie auch die Symbolisierungsfähigkeit des Patienten fördern (Schneider u. Seidler 1995). Die emotional aufgeladenen Teamprozesse, die mit solchen Prozessen einhergehen, fordern das Team heraus, eine therapeutische Haltung aufrechtzuerhalten und die bisher getrennt gehaltenen positiven und negativen Beziehungsmuster zu integrieren. Zentraler Wirkfaktor ist die Erfahrung mit Halt gebenden, beruhigenden und integrierenden Kompetenzen, aktualisiert im Team. Zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Raumes ist daher eine regelmäßige Gruppenarbeit im Team erforderlich (Janssen 1987, 1989; Lohmer 1988; Kriebel 1993; Barde u. Mattke 1993; Mattke et al. 1998). Die Teamarbeit soll ausschließlich patientenbezogen sein. Im Team soll eine authentische und identitätserhaltende Darstellung jedes Teammitglieds ermöglicht werden.

Prozess der Inszenierung der Borderline-Pathologie im stationären Raum

Die Borderline-Psychodynamik erschwert es dem Patienten, eine Abgrenzung der inneren Welt von der äußeren Welt vorzunehmen. Die inneren Vorgänge werden auf die äußeren Objekte verlagert. Insbesondere die Abwehrvorgänge wie Spaltung und projektive Identifikation, Überidealisierung und Entwertung bekommen durch die Externalisierung einen interpersonellen Charakter. In der Klinik steht dem Borderline-Patienten ein multipersonales Beziehungsangebot zur Verfügung, in dem sie versuchen, die interpersonellen Abwehrarrangements in Beziehungen zu etablieren, z. B. innerhalb der Therapeutengruppe, aber auch innerhalb der Patientengruppe. Die Borderline-Pathologie kommt daher weniger in Vorstellungen und Phantasien zum Ausdruck, sondern vielmehr im Verhalten, in den Objektwahlen und in Interaktionen mit signifikanten Anderen. Diese interaktionelle Inszenierung ist zwar ein Kernmerkmal der stationären Behandlung generell, bei den Borderline-Patienten aber besonders ausgeprägt. Die handelnden Inszenierungen spiegeln die Borderline-Psychodynamik wie z. B. narzisstische Allmachtsphantasien, die Versuche, sich in neuen Beziehungen narzisstisch zu stabilisieren, die Aktualisierung der negativen Introjekte in Spaltungsübertragungen, die psychotischen Übertragungen und die Somatisierungen (Janssen 2000).

Borderline-Patienten zeigen einen geringeren Widerstand gegen die Entfaltung primitiver Objektbeziehungsmuster in der Übertragung als neurotische Patienten. Im stationären Setting werden die Therapeuten, aber auch die Mitpatienten sehr bald in Übertragungen wie Spaltungsübertragung, Idealisierung, Entwertung, fusionäre Übertragungen verwickelt. Manchmal wird auch durch Herstellung von Notsituationen wie Suizidversuchen, Selbstschädigung, Alkoholabusus versucht, den therapeutische Raum und die therapeutischen Beziehungen durch Abfuhr von Aggression zu zerstören. In der Gruppensituation neigen Borderline-Patienten auch dazu, auf frühe Beziehungsmuster, die den Als-ob-Charakter der Übertragungsbeziehung verlieren, einzugehen. Die zentrale Aufgabe des Teams besteht darin, diese projektiven Identifikationen aufzunehmen. Dabei muss es sich der Auslöser, die im Verhalten des Teams liegen, bewusst werden (Streeck 1998). Borderline-Patienten neigen auch zur Inszenierung von Subgruppenphänomenen in der Gesamtgruppe der Patienten (Cliquenbildung). Die positiven Selbstaspekte dreier oder mehrerer Patienten verschmelzen miteinander und projizieren die negativen bedrohlichen Aspekte auf andere Personen (Janssen 1987).

Nach der Darstellung mancher Autoren (Lohmer 1988; Votsmeier 1998) durchlaufen Borderline-Patienten während einer länger andauernden stationären Behandlung drei Phasen:

- Die initiale Testphase stellt eine Zeit der Prüfung des Teams und des Therapeuten durch den neu aufgenommenen Patient dar. Es geht für den Patienten darum, das haltende Milieu anzunehmen und die Grenzen des Settings anzuerkennen.
- Die mittlere Arbeitsphase beinhaltet die Erarbeitung der eigentlichen psychischen evtl. psychisch-strukturellen Veränderungen, die über die handelnden Inszenierungen (s. o.) erkannt werden. Hier ist v. a. die konsistente therapeutische Haltung entscheidend.
- Die abschließende Phase der Trennung ist meist von Krisen gekennzeichnet, die mit der psychischen Integration des Erreichten verbunden sind. Besonders Borderline-Patienten tun sich schwer, dass nicht alle ihre Erwartungen erfüllt werden und sie dennoch einen Fortschritt erzielt haben. In der Trennungsphase wiederholen sich häufig die vorausgegangenen Inszenierungen und die Herstellung von Notsituationen.

Ein etwas anderes Phasenmodell wird von Konzag et al. (1998) beschrieben. Sie gliedern den Behandlungsverlauf ihres multimodalen psychodynamischen und kognitiv sozialpsychologisch strukturierten stationären Settings folgendermaßen: In der Anfangsphase, in der der strukturell gestörte Patient seine pseudoneurotische Abwehrfassade aufrechterhält, folgt nach Abschluss der Therapievereinbarungen der Zusammenbruch dieser Fassade und das Hervortreten hochambivalenter Spaltungsmechanismen (Spaltungsphase). Allmählich bildet sich nach dieser, in den bisherigen Konzepten als eine mittlere Arbeitsphase beschrieben, eine Triangulierungsphase mit der interaktionellen Botschaft, „halte mich, aber lass mich probieren". Idealtypischerweise folgt danach eine Nachreifungsphase, bevor der Patient sich mit der Möglichkeit eines ambulant-stationären Übergangs von der Klinik nach einem Trauerprozess (Trennungsphase) verabschiedet.

Bei den Beschreibungen von Phasen muss man berücksichtigen, dass es große individuelle Varianzen gibt in dem zeitlichen Ablauf des psychotherapeutischen Prozesses. Das Team ist also nicht so sehr auf diese idealen Phasenentwicklungen festzulegen.

Interventionenspezifität bei der Behandlung von Borderline-Störungen im stationären psychodynamischen Setting

Waldinger (1987) hat für die psychodynamische Psychotherapie von Borderline-Patienten Grundprinzipien formuliert, die für die ambulante Behandlungspraxis gedacht sind:

- ein stabiler Behandlungsrahmen,
- eine aktive therapeutische Haltung
- das Anerkennen und Tolerieren feindlicher Aspekte,
- das konsequente Ansprechen selbstschädigenden Verhaltens,
- die Deutung und Verbindung der Gefühle und Handlungen,
- die Grenzsetzung für das Ausagieren durch einen Therapievertrag,
- die Betonung des Hier und Jetzt,
- die Beachtung der Gegenübertragungsgefühle.

In der Weiterentwicklung dieser Grundsätze werden sie in der übertragungsfokussierten psychodynamischen Psychotherapie (Clarkin et al. 1999), die in diesem Band in Kap. 6 dargestellt wird, übernommen. Auch diese Therapie hat die Grundregel, einen festen Rahmen zu erarbeiten, die aktive Einstellung des Therapeuten zu befördern, Grenzsetzungen vorzunehmen u. a.

Eine weniger an der Interpretation und mehr an der Unterstützung orientierte Therapie vertritt Rockland (1992). Er hat die psychodynamisch orientierte supportive Therapie (POST) beschrieben. Er orientiert sich an den Forschungsergebnissen von Wallerstein (1999), der der Ansicht ist, dass viele Patienten von einer einsichtsorientierten Therapie nicht profitieren, sondern supportive Techniken eingesetzt werden müssen. Als Therapieziel einer supportiven Psychotherapie nennt Rockland die psychische Homöostase des Patienten sowie die direkte oder indirekte Stärkung seiner Ich-Funktionen. Um dies zu erreichen, bringt sich der Therapeut aktiv und im Rahmen einer positiv getönten Übertragungsbeziehung ein. Er beschränkt sich auf die Bearbeitung von bewusstem und vorbewusstem Material und vermeidet regressive Angebote. Mittlerweile sind diese Elemente der stützenden, supportiven Psychotherapie mit einer einsichtsorientierten Therapie verbunden worden und in die klinischen Interventionen eingegangen.

Bei allem Für und Wider für die einsichtsorientierte versus supportive Psychotherapie wird schon die Frage sein, welches spezifische Behandlungssetting welcher Patient braucht. Insofern werden viele, auch fokaltherapeutische Ansätze (Lachauer 1986; Pfitzer et al. 1990) in die stationäre Therapie integriert oder über den stationären Behandlungsrahmen hinaus ambulant fortgesetzt. Auf der Basis langjähriger Erfahrungen in der stationären Psychotherapie mit der Re-Inszenierung der Borderline-Pathologie ergab sich in Kombination von einsichtsorientierten, übertragungsfokussierten und supportiven Elementen in Anlehnung an Waldinger (1987) eine gewisse Spezifität in den Interventionen, die den psychotherapeutischen Umgang mit den Borderline-Patienten charakterisieren:

- Von Beginn der stationären Behandlung an braucht der Borderline-Patient einen festgelegten, stabilen Behandlungsrahmen. Er ist in den Teamsitzungen zu besprechen und dem Patienten verbindlich mitzuteilen, manchmal sind auch schriftliche Vereinbarungen erforderlich. Eine feste Struktur, die von außen gesetzt wird und die klare Vereinbarungen zur Teilnahme am Behandlungsangebot enthält, ist vorrangig vor einsichtsfördernden Interventionen.
- Da Borderline-Patienten zum Rückzug aus Beziehungen neigen, sollen die Therapeuten im Team aktiv Beziehungen herstellen und nicht abwartend und zurückhaltend sein.
- Inszenierungen negativer Übertragungen müssen im Team durch Aufrecherhaltung der Rahmenbedingungen begegnet werden. Diese Erfordernis eines „Containment" ist eine große Herausforderung für die therapeutische Haltung des Teams. Vor allem bei aggressiven Attacken auf Teammitglieder verhält das Team sich häufig defensiv, zieht sich zurück, verstößt den Patienten oder isoliert das Teammitglied, das negative Gegenübertragungsreaktionen zeigt.
- Gerät der Patient in eine psychotische Übertragung, d. h. bricht die Realitätsprüfung zusammen, dann sind gemäß Kernberg (1981) gemeinsame Wirklichkeitsgrenzen herzustellen. Diese Interventionsform bedeutet, die Welt des Patienten, seine Wahrnehmung von denen des Therapeuten abzugrenzen, aber beide Sichtweisen zu akzeptieren.
- Selbstdestruktives Verhalten (suizidales, selbstschädigendes, süchtiges) kann häufig von Borderline-Patienten nicht kontrolliert werden und insbesondere können die Konsequenzen aus den Aktionen nicht bedacht werden. Darum muss das Team frühzeitig selbstdestruktive Tendenzen und Aktionen gegen den Therapierahmen ansprechen.
- Die handelnden Inszenierungen des Borderline-Patienten symbolisieren die externalisierte Innenwelt des Patienten. Da die Handlungen Ich-synton sind und die Motivation zur Handlung dem Patienten nicht bewusst ist, sind sie durch Interpretation dem Patienten zugänglich zu machen. Am aktuellen Erleben im Hier und Jetzt lassen sich häufig die Wurzeln für handelnde Inszenierungen erhellen.
- Grenzsetzende Interventionen sind im Laufe des Behandlungsprozesses dann erforderlich, wenn der Patient die Therapievereinbarungen nicht einhält, sich suizidale Impulse zeigen, süchtiges Agieren oder selbstschädigendes Verhalten auftritt. Der Patient ist aufzufordern, zu verbalisieren, statt zu agieren.
- Insbesondere bei den aggressiven Attacken auf das Team werden im Team Gegenübertragungsreaktionen ausgelöst, die zu einem Gegenübertragungsagieren führen können. Deswegen ist es erforderlich, dass das Team in einer regelmäßigen Beratung und Supervision seine Gegenübertragungsreaktionen analysiert und reflektiert. Jedes Team hat seine Grenzen, Hass und Wut zu tolerieren. Die Bedrohung seiner Identität und die jedes Einzelnen setzt ihm Grenzen. Gegenübertragungsagieren ist dann nicht zu sanktionieren, sondern konstruktiv für den therapeutischen Prozess des Patienten zu nutzen.

Die Ziele der stationären Psychotherapie von Borderline-Patienten kommen schon in diesen Interventionen zum Ausdruck. Zum einen geht es natürlich um eine symptomatische Besserung und auch um eine bessere Lebensbewältigung (Stone 1992; Broda et al. 1993). Außerdem wird eine psychostrukturelle Veränderung angestrebt (Janssen 1987; Seidler 1998). Fokaltherapeutische Ansätze (Lachauer 1986) versuchen, den Patienten für eine ambulante Behandlung vorzubereiten und insbesondere die therapeutische Bündnisfähigkeit des Patienten zu fördern, damit er eine ambulante Psychotherapie aufrechthalten kann.

Praxis der stationären psychodynamischen Therapie der Borderline-Störung in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung in Dortmund

Dieses Modell einer integrativen, psychoanalytisch begründeten Krankenhausbehandlung (Janssen 1985, 1987, 1993) mit dem Schwerpunkt der Gruppenpsychotherapie (Janssen 2001), kombiniert mit Einzelpsychotherapie, Kunsttherapie und Bewegungstherapie, folgt den oben beschriebenen grundsätzlichen Prinzipien. Die therapeutische Gemeinschaft, das therapeutische Setting des Pflegepersonals, ist ein wichtiger therapeutischer Bestandteil, ebenso wie die unterstützenden Pharmakotherapiemaßnahmen und der Einsatz von verhaltenstherapeutischen Interventionen, wie z. B. Trainingsgruppen für Borderline-Patienten und Angststörungen. Borderline-Patienten werden in einer gemischten Gruppe behandelt und nicht in homogenen Gruppen. Die Inszenierungen der Borderline-Pathologie führen jedoch zu spezifischen Interventionen, die auf ihre Pathologie abgestellt sind (s. o.).

Die Aufgabe des gesamten Behandlungsteams ist rahmenbezogen und aufeinander abgestimmt. Das Setting umfasst grundsätzlich drei Ebenen:

- Die erste Ebene der physischen „holding function", der physischen Versorgung, umfasst die somatische Behandlung und Pflege, die Pharmako- und Psychopharmakotherapie und ggf. auch die arbeitstherapeutischen bzw. sozialtherapeutischen Trainingsprogramme. Diese Aufgabe wird vom Krankenpflegepersonal und von Ärzten der Station sowie von Sozialarbeitern wahrgenommen.
- Die zweite Ebene fördert die nonverbalen Ausdrucksformen in der Kunsttherapie und in den Körpertherapien und wird von examinierten Kunst- und Bewegungstherapeuten praktiziert.
- Die dritte Ebene ist die Kombination von psychodynamischer Gruppentherapie und Einzeltherapie, in denen sowohl einsichtsfördernde, wie auch supportive, rahmenbezogene Interventionen eingesetzt werden. Die Gruppenpsychotherapie findet 4-mal pro Woche 60 Minuten mit 8 bis 9 Patienten statt und die Einzeltherapie mit 50 Minuten 1- bis 2-mal pro Woche.

Im wöchentlich mindestens zweimal tagendem Team werden die Prozesse in den jeweiligen Therapie- und Beziehungsfeldern dargestellt und besprochen und interaktionelle Re-Inszenierungen versucht zu erfassen und zu verstehen (s. o.). Eine Supervision erfolgt sowohl in diesen Teamsitzungen wie in klinischen Visiten von Chefarzt und Oberarzt und einer Einwegspiegelbeobachtung der Gruppentherapie mit Nachbesprechung. Angestrebt werden neue Erfahrungen in den therapeutischen Beziehungen, strukturelle Veränderungen und Veränderungen interpersoneller Verhältnisse.

Die kurz erörterten Behandlungsergebnisse belegen die Erreichbarkeit solcher Ziele (ausführlich vgl. Martin 2002). In die Untersuchungen gingen die Daten von 882 Patienten ein, die in dem Zeitraum von 1995 bis Mitte 2001 stationär behandelt wurden. Darunter waren 96 Patienten mit der Hauptdiagnose Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10. Die Sozialdaten wurden nach der Psych-BaDo (Heuft u. Senf 1998) erhoben. Die Beschwerden nach der Symptomcheckliste SCL-90-R und das interpersonelle Verhalten nach dem Inventar interpersoneller Probleme IIP-C ermittelt. Die Erhebungen fanden zu Beginn der Behandlung und am Ende der stationären Behandlung statt. Anamnestische Untersuchungen erfolgten 1 Jahr nach Abschluss der stationären Behandlung. Die Daten der Borderline-Patienten wurden mit denen anderer Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und anderen Diagnosen (Depression, Angststörung, Essstörung, somatoforme Störungen, Zwangsstörungen) verglichen.

Die Borderline-Patienten waren überwiegend weiblich (82,3% weiblich, 17,7% männlich). Bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen überwogen die männlichen Patienten. Das Durchschnittsalter der Gesamtpopulation lag bei 32,5, das Durchschnittsalter der Borderline-Patienten bei 28,6. Die Borderline-Patienten lagen überwiegend in der Altersgruppe von 21–25 Jahren. In der schulischen Ausbildung unterschieden sich die Borderline-Patienten nicht wesentlich von den anderen Patienten. In der Gesamtpopulation waren 9% Sozialhilfeempfänger, bei den Borderline-Patienten 21%. Dies weist auf ihre erhebliche soziale Desintegration hin. Auch in ihren Partnerbeziehungen unterschieden sich Borderline-Patienten wesentlich von denen der Gesamtpopulation; 72% der Borderline-Patienten hatten keine feste Partnerbeziehung, hingegen 57% der Gesamtpopulation.

In der Behandlungsdauer lagen die Patienten im Mittel bei 92 Tagen. Bei den Borderline-Patienten lag die Behandlungsdauer mit 111 Tagen deutlich höher. Über 42% der Borderline-Patienten schätzen subjektiv nach Abschluss der Behandlung ein, dass die Behandlung sich gelohnt hat.

Die Borderline-Patienten zeigten im SCL-90-R bei der Aufnahme, dass sie insbesondere depressiv, unsicher, zwanghaft und ängstlich sind, die Skalen Somatisierung und Psychotizismus sind im Vergleich eher gering ausgeprägt.

In der Tabelle 4.**2** finden sich die Eingangs- und Ausgangsmessungen. Es zeigten sich erhöhte Daten für Unsicherheit, Depressivität und ein erhöhter GSI (Global-Severity-Index) von 1,59. In den Ausgangsmessungen sind die Faktoren Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit und der GSI deutlich reduziert. Es zeigen sich Effektstärken von über 0,80, also gute Behandlungsergebnisse. In Bezug auf die Mittelwertdifferenzen der Eingangs- und Ausgangsmessungen ergab sich eine signifikante Veränderung auf dem 1%-Niveau.

In dem IIP-C beschreiben Borderline-Patienten ihre interpersonellen Probleme (Tabelle 4.**3**). Sie bewerten sich als autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend und damit misstrauischer und streitsüchtiger als andere, sie können wenig vertrauen und ihre eigenen Bedürfnisse gegenüber anderen zurückstellen. Sie beschreiben sich auch als abweisend/kalt, erleben sich wesentlich unfähiger als andere Menschen, emphatisch zu sein, Gefühle zu zeigen und menschliche Nähe zu ertragen. Sie zeigen sich in der Subskala introvertiert/sozialvermeidend als ausgesprochen isoliert. Die Subskala selbstunsicher/unterwürfig gibt ihre Schwierigkeiten wieder, sich abzugrenzen und selbstsicher sowie standhaft aufzutreten. In der Subskala ausnutzbar/nachgiebig wird eine ähnliche Dimension erfasst. Weiterhin können Borderline-Patienten weniger fürsorglich und freundlich sein und empfinden sich häufig als expressiv und aufdringlich.

Bei den Vergleichen von Eingangsdaten mit Ausgangsdaten lassen sich in allen Subskalen bei den Mittelwertdifferenzmessungen Unterscheidungen auf dem 1%-Niveau feststellen.

Tabelle 4.2 SCL-90-R, Eingangsmessung, Ausgangsmessung und Effektstärken

Subskalen	Eingangsmessung (n = 74)		Ausgangsmessung (n = 61)		Effektstärken (n = 54)
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	
Somatisierung	1,16	0,73	0,61	0,63	0,54
Zwanghaftigkeit	1,68	0,81	0,96	0,80	0,79
Unsicherheit	1,88	0,80	1,02	0,77	0,88
Depressivität	2,15	0,74	1,17	0,95	1,03
Ängstlichkeit	1,64	0,76	0,88	0,72	0,80
Aggressivität	1,42	0,89	0,84	0,79	0,75
Phobische Angst	1,24	1,02	0,76	0,88	0,42
Paranoides Denken	1,51	0,78	0,88	0,76	0,68
Psychotizismus	1,14	0,68	0,60	0,63	0,75
GSI	1,59	0,55	0,89	0,66	0,92

Tabelle 4.3 IIP-C, Eingangsmessung, Ausgangsmessung und Effektstärken

Subskalen	Eingangsmessung (n = 67)		Ausgangsmessung (n = 55)		Effektstärken (n = 47)
	Mittelwert	Standard abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	
zu autokratisch/ dominant	8,92	5,54	6,77	4,75	0,53
zu streitsüchtig/ konkurrierend	11,77	5,40	9,49	5,22	0,56
zu abweisend/kalt	14,04	6,37	10,93	6,77	0,55
zu introvertiert/ sozial vermeidend	16,64	6,83	11,96	7,40	0,62
zu selbstunsicher/ unterwürfig	17,75	7,19	13,32	7,28	0,69
zu ausnutzbar/ nachgiebig	16,06	5,62	11,76	6,07	0,67
zu fürsorglich/ freundlich	18,14	6,18	13,59	6,24	0,85
zu expressiv/ aufdringlich	12,29	6,38	9,76	6,00	0,50
Gesamtscore	14,45	3,85	10,95	4,70	0,89

Aber nur in der Subskala fürsorglich/freundlich liegt die Veränderung im Hinblick auf Effektstärken über 0,8. Die übrigen Effektstärken liegen deutlich unter dem der symptomatischen Besserung in SCL-90-R.

Im Vergleich mit den anderen Persönlichkeitsstörungen und den anderen Diagnosegruppen, die hier im Einzelnen nicht dargestellt werden können, ergibt sich, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörungen ebenso profitieren wie die anderen Patientengruppen. Insbesondere zeigten Borderline-Patienten wesentliche stärkere Veränderungen in den Skalen Aggression und paranoides Denken im SCL-90-R. Im IIP-C verbesserten sie sich in den Bereichen autokratisch und streitsüchtig mehr als die übrigen Diagnosegruppen.

Bei einer Gesamtbewertung ergab sich statistisch, dass die Borderline-Patienten über 50% als klinisch bedeutsam gebessert, in 17,5% als gebessert anzusehen sind. Immerhin blieben ca. 30% unverändert, es gab also auch unter den Borderline-Patienten solche, die auch bei längerer Behandlungsdauer nicht erreichbar waren. Erste katamnestische Daten bestätigen die Stabilität dieser Ergebnisse.

Stationäre psychodynamisch-erfahrungsorientierte Therapie bei Borderline-Störungen nach dem Grönenbacher Modell

Auch dieses Modell, das sich als spezifisches Störungs- und Behandlungsmodell für Borderline-Störungen versteht, wurde in den letzten 20 Jahren entwickelt (vgl. Stauss 1993; Votsmeier 1998; Votsmeier-Röhr 2001). Die wesentlichen Charakteristika dieses Behandlungskonzepts sind:

- ein traumaätiologisches Entstehungsmodell der Störung, ausgehend von realen Beziehungserfahrungen (Goldstein 1965, 1971; Votsmeier 1988; Saunders u. Arnold 1993; Van der Kolk et al. 1996a; Rohde-Dachser 1996; Gast 1997; Sachsse et al. 1997; van der Kolk 1999),
- eine fokusbezogene psychodynamische Therapie, orientiert an der OPD (Arbeitskreis OPD 2006) und der Strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf (2004/2006),
- eine dialogische Haltung in der therapeutischen Beziehung (Buber 1984; Friedman 1987; Hycner 1989),
- multimodale Interventionsmethoden, u. a. erfahrungsorientierte Interventionen (Elliott et al. 2004), schematherapeutische Interventionen (Young et al. 2005), Vertragstherapie (Kouwenhoven et al. 2002), Elemente des Fertigkeiten-Trainings nach Linehan (1996) und der Arbeit mit stabilisierenden Imaginationen nach Reddemann (2001).

Das Konzept basiert auf pathogenetischen Vorstellungen, dass die Borderline-Entwicklungen in der Regel auf kumulative Traumatisierungen zurückzuführen sind (vgl. Peichl 2004), die in einer Weise verinnerlicht werden, dass sie die Bildung von pathogenen Repräsentanzen bzw. dysfunktionalen Schemata zur Folge haben. Gleichzeitig wird durch die Erschütterungen der psychischen Struktur im Zuge der Belastungserfahrungen die Entwicklung der strukturellen Fähigkeiten in ein oder mehreren Bereichen (Wahrnehmung, Verarbeitung, Steuerung, Kommunikation, Bindung) unterbrochen bzw. beeinträchtigt (Rudolf 2004/2006).

Der Gesamtorganismus kann dadurch äußere und innere Ereignisse wie Wahrnehmungen, Emotionen, Vorstellungen und Erinnerungen – besonders unter Stress – nur noch mit Einschränkungen adäquat verarbeiten und in einen zusammenhängenden Kontext integrieren. Dies hat negative Folgen für die Konsistenz der psychischen Prozesse (Grawe 1998, S.[421) und für das Selbst-Erleben als einer integrierten Person mit einer stabilen Identität. In Anforderungssituationen werden demgemäß, statt einer ganzheitlichen Antwort, isolierte Selbstanteile aktiviert, die im Sinne von Schemata (Horowitz 1991) bzw. Schema-Modi

(Young et al. 2005) unbewusste, organisierende Hintergrundprozesse darstellen, die Erleben, Verhalten und psychische Verarbeitungsprozesse steuern und inadäquate Reaktionen bewirken.

Die strukturelle Vulnerabilität, die über die OPD-2-Strukturachse eingeschätzt wird, ist Ausgangspunkt für Anpassungs- und Bewältigungsversuche, die meist kurzfristig entlastend, aber langfristig dysfunktional sind. Sie sind oft selbstschädigend, wie beispielsweise süchtiges Verhalten, Selbstverletzungen etc., oder beziehungsschädigend, wie Impulsivität, symbiotisches oder feindseliges Verhalten und andere Extremreaktionen. Diese Verhaltensweisen spiegeln sich als Symptome teilweise in der ICD/DSM-Diagnostik wieder.

An diesem Störungsmodell sind die therapeutischen Strategien und Maßnahmen orientiert, wie sie in Tabelle 4.4 zusammengefasst sind.

Tabelle 4.4 Psychodynamisch-erfahrungsorientiertes Therapierational bei Borderline-Störungen

Ebenen (Pathogenese)	Ansatzpunkte/Ziele	Therapeutische Strategien
1. Symptombildung in Belastungssituationen – selbstschädigend – beziehungsschädigend – Symptome z.T. nach ICD/DSM	Destruktives Ausagieren verringern „Hintertüren schließen" – Symptom verzieht	Spiegelnde und konfrontierende Strategien: – Vertragstherapie – Suchttherapie – Gruppentherapie
2. Dysfunktionale Anpassungen als Bewältigungsversuche – Überanpassen – Überkompensieren – Vermeiden (protektive Funktion: Kontrolle, Sicherheit, Orientierung)	Bewältigung in aktuellen Belastungssituationen verbessern „Vordertüren öffnen" – Stresstoleranz – Emotionsregulierung – Beziehungsgestaltung	Stabilisierende Strategien: – Vertragstherapie – Suchttherapie – Fertigkeitentraining – stabilisierende Imaginationen – Angstbehandlung – Pharmakotherapie – Sozialtherapie – Gruppentherapie
3. Erschütterungen der psychischen Struktur – Strukturelle Entwicklungsdefizite/Vulnerabilitäten – Diffuse Identität	Verbessern struktureller Fähigkeiten – Wahrnehmung – Verarbeitung – Steuerung – Kommunikation – Bindung	Strukturfördernde Strategien: – Vertragstherapie – Gruppentherapie mit Fokus auf: Wahrnehmung, Verarbeitung, Steuerung, Kommunikation, Bindung – Achtsamkeitstraining – Körper- und Kreativtherapie
4. Verinnerlichung von realen, belastenden Beziehungserfahrungen – Pathogene Repräsentanzen („innere Bilder") – Dysfunktionale Schemata – Isolierte Selbstanteile („Schema-Modi")	Korrektive emotionale Neuerfahrungen – Neue Bilder von sich und anderen verinnerlichen Schemaveränderung – Distanzieren und bearbeiten Persönlichkeitsintegration – Selbstanteile integrieren	Schemaverändernde Strategien: – Gruppentherapie mit Fokus auf: Dialog zw. Selbstanteilen, Bearbeitung neg. Introjekte/Schemata, Verinnerlichen pos. Bilder u.a. – Traumatherapie

Strukturelle Defizite, pathogene Repräsentanzen und desintegrierte Selbstanteile werden als die aufrechterhaltenden Bedingungen für die dysfunktionalen Borderline-spezifischen Anpassungen angesehen. Ziele der Behandlung sind das Verbessern der strukturellen Fähigkeiten, die Veränderung der pathogenen Repräsentanzen/Schemata und die Integration der isolierten Selbstanteile – als Teilaspekte der Förderung der Persönlichkeitsintegration, der Beziehungsfähigkeit und der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Voraussetzung für eine Veränderung ist jedoch das Verringern destruktiven Ausagierens und das Verbessern der Bewältigungsstrategien in aktuellen Belastungssituationen. Daraus ergibt sich ein sequenzielles Vorgehen, bei dem diese Teilziele Priorität in der Bearbeitung haben (wie in der ersten Spalte in Tabelle 4.**4** dargestellt).

Das therapeutische Setting ist eine 33-Betten-Abteilung für Menschen mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen in der Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach mit insgesamt 170 Betten. Das Basisbehandlungsangebot besteht aus drei Therapiegruppen mit jeweils 11–12 Patientinnen und Patienten, die jeweils mit einer Therapeutin und einem Therapeuten besetzt sind. In diesem Rahmen finden wöchentlich mehrere sozialkommunikativ ausgerichtete sowie psychodynamisch orientierte, multimodale Psychotherapiegruppen statt und die eher kognitiv orientierte Vertragstherapie, ergänzt durch Einzelgespräche nach Bedarf. Hinzu kommen indikativ die in Tabelle 4.**4** genannten weiteren Behandlungsangebote.

In der strukturbezogenen Behandlung spielen die äußeren Ressourcen des therapeutischen Settings als Voraussetzung für die Stärkung der inneren Ressourcen eine besondere Rolle. Die Rahmenbedingungen der stationären Therapie in der Grönenbacher Klinik sind geprägt durch die „Therapeutische Gemeinschaft" (vgl. Lohmer 2002, S. 97ff.), die die Patienten, das therapeutische Team und das Pflegeteam umfasst. Sie ist eine wichtige Ressource und mit einer Mischung aus gegenseitiger Stützung und Herausforderung ein wirksames Lern- und Übungsfeld. Die Regeln des Zusammenlebens in der Gemeinschaft sollen Schutz und Sicherheit sowie Orientierung bieten. Persönliche Themen werden im Zusammenleben prozessual aktiviert (vgl. Grawe 1998, S. 93f.) und können in den Therapiegruppen aufgegriffen und weiter bearbeitet werden. Das Pflegeteam stellt mit seiner „Holding"-Funktion auch außerhalb der formellen Therapiezeiten eine besondere Ressource dar.

Die therapeutische Beziehung ist eine weitere wichtige Ressource. Sie wird als eine „dialogische" Therapiebeziehung im Sinne der Beziehungsphilosophie Martin Bubers verstanden, die die persönliche Präsenz des Therapeuten mit der Haltung einfühlenden Verstehens, positiver Bestätigung sowie manchmal auch kritischer Ermutigung ausbalanciert. Diese Aspekte finden sich auch in der psychoanalytisch-interaktionellen Haltung mit dem Prinzip Antwort wieder.

Der Behandlungsverlauf wird in drei Phasen unterteilt: die Basisphase, die Kernphase und die Abschiedsphase.

Die *Basisphase* beginnt mit der Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und dem Aufbau eines Arbeitsbündnisses. Mit Hilfe von spiegelnden und konfrontierenden Strategien wird das destruktive Ausagieren verringert. Hier spielt die Vertragsarbeit eine wichtige Rolle. Die Patienten lernen dabei, sich auf ihr destruktives Verhalten ansprechbar zu machen und sich mit dessen Umständen auseinanderzusetzen. Zusätzlich bekommen sie in den täglich stattfindenden sozial-kommunikativen Therapiegruppen ein hohes Maß an sozialer Rückmeldung. Über stabilisierende Strategien werden gleichzeitig funktionalere Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet, wenn nötig, intensiviert durch ein Fertigkeitentraining sowie das Einüben stabilisierender Imaginationen. Gegebenenfalls kommen Sucht-

therapie und eine verhaltenstherapeutisch orientierte Angstbehandlung zur Anwendung. Wenn nötig, wird auch über pharmakotherapeutische Maßnahmen die Stabilisierung unterstützt.

In dieser Behandlungsphase wird auch die persönliche Verantwortung der Patienten für ihr eigenes Verhalten und die sozialen Konsequenzen ihres Handelns betont, die Entscheidung, auf die „Hintertüren" des destruktiven Verhaltens zu verzichten und sich neue „Vordertüren" zur Bewältigung von Belastungssituationen zu öffnen. Die Entscheidung für einen „neuen Weg" müssen die Patienten für sich selbst treffen.

In der *Kernphase* stehen das Verbessern der strukturellen Fähigkeiten, die Veränderung der pathogenen Repräsentanzen/Schemata und die Integration der isolierten Selbstanteile im Vordergrund der Behandlung. Oft werden im Verlauf der Basisphase die strukturellen Defizite überhaupt erst deutlich, wenn die kompensatorischen destruktiven Verhaltensweisen geringer werden. Dies ist dann ein guter Boden für die Anwendung strukturfördernder Strategien, die fokusbezogen an den Bereichen Wahrnehmung, Steuerung, Kommunikation und Bindung ansetzen. Auch die Förderung adäquater Verarbeitung von Erfahrungen und das Erlernen neuer Handlungsschemata finden in dieser Phase statt. In vielen Fällen bringen die Therapeuten ihre strukturellen Fähigkeiten in den therapeutischen Dialog ein und stehen sozusagen als „Hilfs-Ich" zur Verfügung.

Zur Arbeit an der Strukturbildung kommen schemaverändernde Strategien mit dem Fokus auf korrektive emotionale Neuerfahrungen hinzu. Hierbei geht es u. a. um die Integration isolierter Selbstanteile über Techniken des „inneren Dialogs", die erfahrungsorientierte Bearbeitung negativer Introjekte, das fokussierte Verinnerlichen positiver innerer Bilder von sich und anderen und ggf. eine vertiefte Traumabearbeitung. Die Therapeuten stehen während der gesamten Behandlung als Dialogpartner zur Verfügung. So kann es im Therapieverlauf zu Re-Inszenierungen kommen, in denen interpersonale Beziehungsmuster in den Übertragungen lebendig werden. Die Beziehungen zu den Gruppenmitgliedern und zu den Therapeuten sind dann ebenfalls das Feld für korrektive emotionale Neuerfahrungen.

In der *Abschiedsphase* und meist schon vorher treten Themen der sozialen Nachsorge in den Vordergrund. Es geht darum, den Abschied von der Klinik und den Mitpatienten sowie den Übergang zurück ins Alltagsleben vorzubereiten, das dortige soziale Netz und soziale und berufliche Probleme (Ausbildung, Arbeitsplatz, Wohnung etc.) zu thematisieren und ggf. im Rahmen der Sozialtherapie konkrete Lösungen zu erarbeiten.

Alle in der Bad Grönenbacher Klinik behandelten Borderline-Patienten werden systematisch im Prä-post-Vergleich untersucht. Die Messungen werden mit den Instrumenten SCL-90, BDI, MMPI-K, Gießen-Test, SASP und IIP durchgeführt.

Die Therapieergebnisse für Borderline-Patienten wurden seit der Implementierung der indikativen Borderline-Konzepte an der Klinik kurzfristig (Prä-post-Vergleich: Mestel 1993), mittelfristig (1-Jahres-Katamnese: Mestel et al. 2006) und langfristig (2- bis 7-Jahres-Katamnese: Liedke 1997) evaluiert.

Im Überblick fällt der Therapieerfolg im Bereich der klinischen Syndrome (Depression, Angststörungen etc.) genauso gut aus wie für höher strukturierte Patienten. Im Bereich interpersoneller Probleme zeigten sich im Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) auf den meisten Skalen sogar große Effektstärken (Prä-1-Jahres-Katamnese; Mestel et al. 2006).

Ähnlich wie in anderen Studien verbesserte sich die Borderline-Kernsymptomatik (z. B. Selbstverletzungen, Dissoziation, Impulsivität) etwas weniger stark.

In der Routinebehandlung werden die Prä-post-Ergebnisse aller Borderline-Patienten auf mehreren psychometrischen Testskalen den Therapeuten bei Therapieende zurückgemeldet und mit den Patienten durchgesprochen.

Zusammenfassung

Es ist festzustellen, dass in beiden Behandlungsmodellen, die über 20 Jahre an Borderline-Patienten angewandt wurden, gute Behandlungsergebnisse erzielt werden. Die stationäre psychodynamische Psychotherapie von Borderline-Patienten ist daher sicher eine der wesentlichen Errungenschaften in der Behandlung dieser schwer gestörten Patienten, die häufig in einem ambulanten Rahmen nicht zu behandeln sind. Sie ist als evidenzbasiert zu bezeichnen (vgl. auch Konzag et al. 2000, 2004).