11 HELIOS Klinik Bad Grönenbach

Grönenbacher Modell: Rehabilitationskonzept für die Behandlung von Menschen mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen

Jochen von Wahlert, Achim Votsmeier-Röhr

11.1 Klinikträger, Form und Struktur der Einrichtung

Die HELIOS Klinik Bad Grönenbach ist eine Akut- und Rehabilitationsklinik für Psychosomatische Medizin in der Trägerschaft von HELIOS, einem Geschäftsbereich von Fresenius SE. Die Klinik verfügt über 140 Rehabilitationsplätze gemäß § 111 SGB V und 15 Betten zur Krankenhausbehandlung gemäß §§ 108/109 SGB V. Sie wird belegt durch alle Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Die Klinik nimmt ebenso Privatpatienten auf und ist beihilfefähig.

Die Rehabilitationsklinik ist unterteilt in drei Abteilungen. Abteilung 1 und 2 mit zusammen 107 Behandlungsplätzen behandeln Patienten mit affektiven, neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen auf gutem bis mäßigem Strukturniveau. Behandlungsschwerpunkte sind u. a. depressive Erkrankungen, Angststörungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Patienten mit komorbider Abhängigkeitserkrankung.

Die Behandlung von Menschen mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen wird als medizinische Rehabilitation in der Abteilung 3 der Klinik durchgeführt. Die Aufnahme erfolgt nach schriftlicher Anmeldung und ggf. einem ambulanten Vorgespräch, in welchem Fragen zu den Behandlungsvoraussetzungen wie Strukturdiagnostik und Aspekte der Rehabilitationsfähigkeit (Motivation, Introspektionsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft) untersucht werden.

11.2 Bettenkapazität

Die Abteilung 3 verfügt über 33 Behandlungsplätze.

11.3 Indikationen und Ausschlusskriterien

Das Behandlungsangebot besteht für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder anderen strukturellen Störungen, also Patienten mit einem mäßigen bis geringen und mit geringem Integrationsniveau der psychischen Struktur nach OPD-2, unabhängig von der Diagnose nach ICD oder DSM.

Nicht aufgenommen werden Menschen mit einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung, mit einer Dissoziativen Identitätsstörung (vormals Multiple Persönlichkeitsstörung) oder einer Psychose in der Vorgeschichte sowie Patienten mit akuter Suizidalität.

11.4 Entstehungsgeschichte

Das Grönenbacher Modell der Borderline-Behandlung ist Mitte der 1980er Jahre in der Kli-

nik entstanden, weil offensichtlich eine Reihe von schwerer beeinträchtigten Patienten nur sehr eingeschränkt von der therapeutischen Arbeit profitierte. Das humanistisch geprägte Klinikkonzept verstand damals Psychotherapie in erster Linie als Hilfe zur Selbsthilfe in einer therapeutisch gestalteten Lerngemeinschaft, in der Menschen sich begegnen und sich gegenseitig durch **spiegelnde Rückmeldung** und **korrigierende Beziehungserfahrungen** in der Genesung von seelischen Erkrankungen unterstützen. Methodisch wurde in den Therapiegruppen mit erlebnisaktivierenden Verfahren gearbeitet gemäß der Vorstellung, dass Menschen ihren Mangel an Zuwendung, ihre negativen Selbstannahmen und ihre unbewussten dysfunktionalen Beziehungsmuster am wirksamsten mit Hilfe von emotional berührenden therapeutischen Erfahrungen modifizieren können, die durch die weitere therapeutische Bearbeitung in einen bewussteren, konstruktiveren Umgang mit sich selbst und den eigenen seelischen Grundbedürfnissen sowie in eine gesteigerte Beziehungsfähigkeit münden. Während sich dieses Konzept für Menschen mit neurotischer Konfliktkonstellation als überaus hilfreich erwies, stellte es sich für die Behandlung strukturbezogener Entwicklungsthemen als Überforderung heraus.

Es wurde sehr deutlich, dass die Behandlung von Menschen mit strukturbedingten psychischen Erkrankungen ein spezifisches Setting erfordert, das den nötigen Halt im Sinne von **„Containment"** (Bion 1970; Bion 1990) für die Entwicklung und Stabilisierung struktureller Fähigkeiten zur Verfügung stellt. Der erste Schritt war, durch ein entsprechendes Konzept und ein therapeutisch strukturiertes Vorgehen das Behandlungsteam in die Lage zu versetzen, destruktives, die eigenen Ziele boykottierendes Ausagieren der Patienten zu begrenzen. Die klare Orientierung über Spielregeln und die Eindeutigkeit von Grenzen erwiesen sich als hilfreich für den Aufbau von tragfähigen therapeutischen Beziehungen. Das Vertrauen und die Motivation für die weitere therapeutische Arbeit der Patienten vertieften sich insbesondere dann, wenn die Grenzen ausgetestet und für solide befunden wurden und wenn sich die therapeutische Beziehung als belastbar, also auch Konflikten standhaltend, erwiesen hatte. Das Konzept beruhte von Anfang an auf verschiedenen, aufeinander aufbauenden Therapiephasen, die sich durch die Therapiefoki, die Methoden und die therapeutische Haltung voneinander unterscheiden. Nachdem ursprünglich das Konzept von den Impulsen aus der tiefenpsychologisch orientierten Transaktionsanalyse (Schiff 1975; Kouwenhoven et al. 2002) inspiriert worden war, entwickelte es sich zu dem heute praktizierten Modell, das für die Behandlung an dem strukturellen Entwicklungsstand der Persönlichkeit ansetzt. Wie es Rudolf (2006) beschreibt, verstehen wir die strukturellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie die störungsspezifische Symptomatik als Folge von lebensgeschichtlich prägenden Erfahrungen und den daraus abgeleiteten Bewältigungsmustern.

Heute bezieht das Konzept der stationären Rehabilitation die Zielrichtung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO ein (WHO 2001). Die Behandlungsziele werden hierbei mit den Begriffen der **„Teilhabe"** konzeptualisiert. Behandelt werden die durch psychische Erkrankungen resultierende Schädigung der psychischen und körperlichen Funktionen und die Beeinträchtigung der Aktivität und der Partizipation an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren.

11.5 Theoretisches Konzept

Die Behandlung von Menschen mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen sowie mit anderen schweren Störungen der psychischen Struktur ist eine psychotherapeutische Kunst, die von den Behandlern und von den Rahmenbedingungen der Therapie ein hohes Maß an

Differenzierung, methodischer Sicherheit und persönlicher Einsatzbereitschaft fordert. Hintergrund ist, dass wir in der Therapie oft mit den ausgeprägten Affektschwankungen, mit destruktiv wirkenden Impulsdurchbrüchen und mit drängenden Anforderungen an uns als Person konfrontiert werden. Die praktische und theoretische Auseinandersetzung mit den Krankheitsbildern einer strukturellen Störung hat zur Entwicklung verschiedener praxistauglicher Modelle einer wirkungsvollen Behandlung geführt, bei der auch methodisch integrative Konzepte durch gute Behandlungsergebnisse ihre Berechtigung nachgewiesen haben (s. Abschnitt „Evaluation", S. 173). Das hier beschriebene Grönenbacher Modell (Stauss 1993; Votsmeier-Röhr 1998, 2001; Janssen et al. 2007) ist eine stationäre psychodynamisch-erfahrungsorientierte Therapie und Rehabilitationsmaßnahme, in der ein traumaätiologisches, strukturbezogenes psychodynamisches Störungsverständnis methodisch mit multimodalen erfahrungsorientierten Interventionsstrategien und einer dialogisch-partnerschaftlich begleitenden therapeutischen Beziehung verbunden wird.

Zentrale Ziele der Therapie sind die Förderung emotional und kognitiv korrigierender Neuerfahrungen und deren Integration in das Selbst zur Verbesserung des „Urvertrauens" der Patienten in die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und in das Potential von Beziehungen zu anderen. Die Erkenntnisse der Bindungs- und Affektforschung (zusammengefasst bei Brisch 1999) bestätigen die hohe Bedeutung des lebendigen Lernens in einer tragfähigen Beziehung zur Verbesserung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit und gehören zum Kern unserer psychotherapeutischen Tätigkeit.

Menschenbild

Das Behandlungskonzept für Borderline-Störungen ist entwickelt worden aus der Historie einer Klinik, in der die Beziehungsfähigkeit seit jeher im Mittelpunkt der psychotherapeutischen Arbeit steht mit der Vorstellung, dass Menschen ohne Beziehung und Bindung nicht leben können und dass problemhafte Beziehungen – verbunden mit den entsprechenden traumatisierenden Erfahrungen – Menschen krank machen. Der umgekehrte Weg in die Gesundheit steht also folgerichtig unter dem Leitmotiv, dass Menschen auch durch Erfahrungen und Beziehungen mit anderen Menschen wieder gesund werden können und in die Lage versetzt werden, an einem für sie sinnhaften und lebenswerten Leben teilzuhaben.

Wir stützen uns auf psychodynamische, bindungstheoretische und dialogisch-philosophische Konzepte (z. B. von Buber 2000, 2004; siehe auch GwG 1992) sowie auf die grundlegenden Arbeiten von Moreno (1993) und Perls (2002), die als Pioniere der Gruppenpsychotherapie auch heute noch die humanistisch orientierten Psychotherapierichtungen prägen. Die erlebte Wertschätzung durch andere Menschen stärkt die Selbstachtung und hilft, Selbstannahme und Liebesfähigkeit anderen Menschen gegenüber wiederzuentdecken, wodurch die psychische Funktionsfähigkeit als Voraussetzung für die Beziehungsfähigkeit wiederhergestellt und weiterentwickelt wird.

Therapeutische Haltung

Der Umgang mit Patienten mit strukturellen Störungen erfordert das Know-how über diese Krankheitsbilder und differenzierte Interventionstechniken. Wichtiger noch ist, dass sich Patienten unmittelbar ernst genommen fühlen und dass sie spüren, dass der Therapeut ihnen durch die Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings gewachsen ist und vor ihren destruktiven Verhaltensweisen und Impulsen weniger Angst verspürt als sie selbst. Gleichzeitig erfordert die therapeutische Beziehung in unserem Konzept Wertschätzung gegenüber den Patienten, die aus einem hohen Maß an Verständnis und Respekt gegenüber der bis-

herigen Lebensleistung und den Bewältigungsversuchen der Patienten besteht. Ihnen wird unterstellt, dass sie grundsätzlich zu einem konstruktiven, emotional kompetenten, eigenverantwortlichen und an den Vorstellungen der Wertegemeinschaft orientierten Leben fähig sind.

Symptomatik der Patienten

Schwerwiegende strukturelle Störungen der Persönlichkeitsentwicklung betreffen in individuell unterschiedlicher Ausprägung die verschiedenen Ich-Funktionen bezogen auf die eigene Person (wie Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung) und in ihrer Ausrichtung auf andere (wie Kommunikation und Bindung). Dabei zeigen sich verschiedene Figurationen von folgenden klinischen Symptomen: Kontrollverlust, affektive Labilität, instabile Beziehungen, das Gefühl chronischer Leere, Dysphorie, instabiles Selbstwertgefühl, vorübergehende paranoide und dissoziative Episoden, eine verzerrte Wahrnehmung des Selbstbildes und Störungen im zwischenmenschlichen Verhalten, Selbstverletzungen, Suizidversuche, Alkohol- und Drogenprobleme, Ess- und Angststörungen.

Die Symptomatik ist entweder als direkte Folge der gestörten Strukturbildung (z. B. die Unfähigkeit, existenzielle Ängste einzudämmen, sich selbst zu beruhigen und Impulse zu kontrollieren) zu verstehen oder als (dysfunktionaler) **Bewältigungsversuch**, bei dem z. B. Alkohol und Drogen als Selbstmedikation zur inneren Beruhigung genutzt werden oder Selbstverletzungen vorgenommen werden, um dissoziative Zustände zu beenden. Es ist davon auszugehen, dass die missglückten Bewältigungsversuche, aber auch Suizidversuche, Aggressionsdurchbrüche und Beziehungsabbrüche ein andauerndes Erleben persönlichen Scheiterns verursachen und damit zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung der Symptomatik führen.

Krankheitsmodell

Das Behandlungskonzept gründet auf der Annahme, dass traumatisierende Erfahrungen (Vernachlässigung, Deprivation, massive körperliche oder sexuelle Misshandlung) die strukturelle Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern (und auch in späteren Entwicklungsstadien, z. B. der Pubertät) beeinträchtigen und dadurch grundlegende Fähigkeiten nur ungenügend stabil ausgebildet werden. Je nach Zeitpunkt und Schwere der Traumatisierung treten Störungen auf einer oder mehreren der folgenden vier Entwicklungsstufen (Rudolf 2006) auf:

1. Entwicklung des Systems der Nähe und Kommunikation im ersten Vierteljahr: Dies betrifft die basale Erfahrung, angemessen versorgt zu werden, als Voraussetzung für die spätere Internalisierung guter Objekte und die Erfahrung gesunder Emotions- und Selbstregulierung. Und es betrifft die Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzuschwingen, sich auf andere auszurichten, anderen nahe zu sein, dialogisch reziprok zu handeln, sowie die Fähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren.
2. Entwicklung des Bindungssystems im ersten bis zweiten Lebensjahr mit dem Aufbau und der Internalisierung einer emotionalen Bindung mit der Fähigkeit, zwischen sich und anderen zu differenzieren und günstige Beziehungserfahrungen zu internalisieren: Damit ist z. B. die Erfahrung gemeint, angemessen versorgt, beruhigt und getröstet zu werden. Dies führt in der Regel zur Fähigkeit der Selbstberuhigung und Selbstfürsorge. Aus der Erfahrung gemeinsamer Regulierung von Unlustaffekten resultiert die Fähigkeit, Affekte eigenständig zu regulieren. Aus der Erfahrung, emotional gehalten und verstanden zu werden, resultiert die Fähigkeit, die eigenen emotionalen Vorgänge zu verstehen. In dieser Phase entwickeln sich auch die basalen Fähigkeiten, sich auszudrücken, sich mitzuteilen, sich emotional

berühren zu lassen und in einen emotional-verbalen Austausch zu treten (Wir-Bildung), sowie die Fähigkeit, Körpererleben mit Emotionen zu verknüpfen.

3. Entwicklung des Autonomiesystems im zweiten bis vierten Lebensjahr mit der Erfahrung, dass es in Ordnung ist, sich zunehmend unabhängig von der elterlichen Bezugsperson zu machen: Es entwickelt sich die Fähigkeit, Affektäußerungen gezielt einzusetzen und Affekte zu regulieren, Impulse zu steuern, Abwehrfunktionen flexibel und konstruktiv einzusetzen. Auch die Fähigkeit zur Antizipation, Selbstwertregulierung, Empathie und zum Verständnis fremder Affekte entwickelt sich.
4. Entwicklung des Identitätssystems im vierten bis sechsten Lebensjahr mit dem Aufbau einer realistischen Vorstellung von der eigenen Person und ihrer Stellung im sozialen Gefüge mit der Fähigkeit, ein realistisches Selbstbild und ein lebendiges Körperbild zu entwickeln, Identität zu erleben, sich in der Welt zu orientieren. Dazu kommt die Fähigkeit, variable Bindungen aufzubauen, sich wieder lösen zu können und unterschiedliche Rollen zu übernehmen.

Eine Störung in der Reifung struktureller Funktionen führt einerseits zu einem dysfunktionalen Umgang mit sich selbst, verbunden mit Problemen in der Selbstwahrnehmung und -steuerung und einem brüchigem Selbstwertgefühl. Andererseits betrifft es die sich zunehmend differenzierenden Interaktionen mit anderen und damit die Ausbildung der Beziehungsfähigkeit als Voraussetzung für die Befriedigung wesentlicher psychosozialer Grundbedürfnisse. Pathogen sind dabei nicht unbedingt einzelne traumatische Episoden, sondern vielmehr die Kumulation von Traumata über einen längeren Zeitraum, die besonders schwer zu kompensieren sind, wenn die Traumatisierung von engen Bezugspersonen ausgeht, auf die das Kind in seiner physischen und psychischen Entwicklung angewiesen ist.

Kumulative Traumatisierungen (vgl. Peichl 2004) werden in einer Weise verinnerlicht, 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 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) und für das Selbst-Erleben als eine integrierte 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 das Erleben, das Verhalten und psychische Verarbeitungsprozesse steuern und inadäquate Reaktionen bewirken.

Die strukturelle Vulnerabilität, die über die OPD-Strukturachse (Arbeitskreis OPD 2006) eingeschätzt wird, ist Ausgangspunkt für Anpassungs- und Bewältigungsversuche, die meist kurzfristig entlastend, aber langfristig dysfunktional wirken. Sie sind oft selbstschädigend – wie beispielsweise süchtiges Verhalten und Selbstverletzungen – oder beziehungsschädigend, verbunden mit Impulsivität, symbiotischem oder feindseligem Verhalten und anderen Extremreaktionen.

Auch spätere einschneidende Ereignisse können zu einer psychischen Erkrankung mit struktureller Störung führen, insbesondere wenn die psychischen Strukturen in ihrer Entwicklung nicht stabil ausgebildet werden konnten. Hierzu zählen Gewalterfahrungen, Miss-

brauchserlebnisse und andere existenzielle Bedrohungen. Aber auch Trennungen, Umzüge oder Wechsel des Arbeitsplatzes können die inneren Fähigkeiten, die für die Bewältigung eines normalen Alltags und somit für ein symptomfreies Leben ausgereicht haben, außer Kraft setzen, wenn eine entsprechende strukturelle Vulnerabilität vorliegt.

Über eine differenzierte Diagnostik der strukturellen Fähigkeiten lassen sich die Störungen den einzelnen Entwicklungsstufen zuordnen. Die Therapieplanung erfolgt unter der Vorstellung, dass die Stufen auch im langfristigen therapeutischen Prozess aufeinander aufbauen. Die Fähigkeiten einer Entwicklungsstufe müssen also hinreichend gut entwickelt werden, damit die Aufgaben der nächsten Stufe erfolgreich bewältigt werden können. Jede Entwicklungsstufe erfordert ein differenziertes therapeutisches Vorgehen von einer anfänglichen Übernahme wesentlicher Ich-Funktionen seitens der Therapeuten bis hin zu einer zunehmenden Herausforderung selbstverantwortlichen Verhaltens im Verlauf.

Krankheitsfolgemodell

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-IV) oder Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.30, F60.31) und ähnlich gravierende Störungen resultieren in Schädigungen der strukturellen Fähigkeiten bzw. Funktionen (nach OPD):

- auf der kognitiven Ebene: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung
- auf der regulativen Ebene: Steuerung und Abwehr
- auf der emotionalen Ebene: Fähigkeit zur Kommunikation
- auf der Beziehungsebene: innere Bindung und äußere Beziehung

Diese Schädigungen sind bei Borderline- und ähnlich strukturierten Patienten besonders ausgeprägt, weshalb man von einem geringen Strukturniveau spricht.

Neben den strukturellen Defiziten sind bei diesen Patienten weitere psychische Funktionen geschädigt. Die pathologischen Repräsentanzen bzw. dysfunktionalen Schemata sind in ihrer Funktion handlungsleitend. Ein desolat negatives Bild von sich selbst, anderen, von Beziehungen und dem Leben an sich führt in Anforderungssituationen zu Handlungen, deren Scheitern vorprogrammiert ist.

Eine weitere Kategorie von Schädigungen ist die Fragmentiertheit der verschiedenen Selbstanteile. Diese Schädigung bewirkt, dass die Patienten darin beeinträchtigt sind, auf Anforderungssituationen eine ganzheitliche Antwort zu geben, was ebenfalls häufig ein Scheitern zur Folge hat.

Die beschriebenen Schädigungen führen zu erheblichen Behinderungen der Aktivitäten der Patienten, die insbesondere auch die Erwerbsfähigkeit betreffen. Sie haben dadurch gravierende Auswirkungen auf die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben, da die Borderline-Patienten aufgrund ihrer Schädigungen entweder psychisch abhängig von anderen sind oder aber sozial völlig isoliert. In jedem Fall ist jedoch die wirtschaftliche Eigenständigkeit meist stark beeinträchtigt.

Fördernde Kontextfaktoren sind in der Regel nicht in ausreichendem Maße vorhanden, um die Beeinträchtigung der Teilhabe zu verringern. Aufgrund der handlungsleitenden dysfunktionalen Schemata werden im Gegenteil fördernde Kontextbedingungen oft zerstört (Beziehungen beenden, Arbeitsstellen verlieren etc.), was geradezu in einen Teufelskreis einer weiteren Einschränkung der Teilhabe führt. Oft leben diese Patienten im Gegensatz zu ihren intellektuellen Möglichkeiten auf niedrigstem sozialem und wirtschaftlichem Niveau, es sei denn, sie werden durch Eltern, andere Personen oder Einrichtungen unterstützt.

Dysfunktionale Anpassung als Bewältigungsversuch

Menschen mit strukturellen Störungen versuchen, sich vor weiteren Erschütterungen oder Traumatisierungen zu schützen. Sie entwickeln eine Reihe von Anpassungsstrategien und Bewältigungsmuster, die aber aufgrund der strukturellen Ausgangssituation die erwünschte Funktion nicht oder nur zum Teil erfüllen, dafür aber eigene Schwierigkeiten bedingen bzw. eine krankheitswertige Symptomatik verursachen. Zu diesen Symptomen gehören die Selbstverletzungen, die der Spannungsabfuhr dienen, mit denen aber auch dissoziative Zustände beendet werden sollen. Depressive Zustände, psychosomatische Symptome, Zwänge oder die Ausführung magischer Rituale lassen sich als unbewusste Strategien zur Kompensation von Defiziten begreifen. Besonders im zwischenmenschlichen Bereich (s. Abschnitt „Soziale Krankheitsfolgen") werden Phänomene wie Kontaktabbruch, aktive Distanzierung, Kontrollversuche, Präventivangriffe oder pathologische Regression im Sinne einer Spaltungsdynamik bzw. einer projektiven Identifikation wirksam. Anpassungsmuster können auch zu Persönlichkeitsmerkmalen wie beispielsweise einer demonstrativ zur Schau getragenen (Pseudo-)Autonomie führen, die einer habituellen Vermeidung der Angst von Nähe und Beziehungen dient. Die abhängig gestalteten Beziehungsmuster dienen der Vermeidung von Autonomie und echter Bindung bzw. Beziehung, indem versucht wird, persönliche Verantwortung für eigenes Erleben und Handeln an andere zu delegieren.

Sucht als spezifische dysfunktionale Anpassung

Stoffgebundene oder nicht stoffgebundene Abhängigkeiten sind oft eng mit dem Krankheitsgeschehen verknüpft im Sinne einer beeinträchtigten Selbststeuerung. Dabei wird das Suchtverhalten als dysfunktionale Anpassung an die Folgen struktureller Beeinträchtigung verstanden. Im Sinne einer Selbstmedikation dient das Suchtverhalten in der Regel zur Selbstberuhigung von ansonsten unkontrollierbaren Erregungszuständen oder auch zur Kompensation anderer struktureller Schwierigkeiten, der Überdeckung von Konflikten oder um zwischenmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten (und sie nicht aus innerer Not abbrechen zu müssen). Dieser funktionale Aspekt mündet nicht selten in eine für Abhängigkeitserkrankungen typische destruktive Dynamik, die ein zusätzliches Problem schafft. Die Suchtbehandlung ist aus diesem Grund ein integrierter Bestandteil der Behandlung von Borderline-Patienten und nicht von der Psychotherapie zu trennen.

Symptombildung in Belastungssituationen

Die Anpassungsmechanismen führen bei Borderline-Patienten zu einer Symptomatik, mit der es nicht oder nur ungenügend gelingt, die weitere Erschütterung der inneren Strukturen zu verhindern. Auf diese Weise geraten Borderline-Patienten in eine ständige „Notfallsituation", in der sie versuchen, mit einer Kette von dysfunktionalen Bewältigungsversuchen den destruktiven Folgen der vorherigen Anpassung zu begegnen. Dies eskaliert und führt regelmäßig zu einer Überstrapazierung der Strategien mit der Folge von destruktivem Ausagieren, Impulsdurchbrüchen oder Dissoziationen.

Soziale Krankheitsfolgen

Menschen mit schweren strukturellen Störungen werden oft als fremd- und andersartig wahrgenommen und entsprechend behandelt. Viele leiden unter Einsamkeit und nicht selten entsteht in beruflichen oder sozialen Gruppen eine Dynamik feindseliger Abwehr, die bis hin zu offener oder versteckter Aggressivität den

Betroffenen gegenüber reicht. Mobbing, „Bossing" und soziale Ausgrenzung sind Folgen, die eine Integration in verlässliche und kontinuierliche berufliche und soziale Bezüge erschweren. Dies mündet in einen Teufelskreis, der sich aus mangelnder Impulskontrolle, einer geringen Frustrationstoleranz und einem misstrauischen bis aggressiven Beziehungsverhalten der Betroffenen speist und Reaktionen hervorruft, die mit der Dynamik der projektiven Identifikation das Misstrauen zu bestätigen scheinen. Der sozial kompetente Umgang mit Schwierigkeiten, Konflikten, Angriffen oder Zurückweisungen ist erschwert, weil in Stresssituationen die basalen inneren Systeme einbrechen und die Betroffenen oft mit panikartiger Aggression oder plötzlichem Rückzug die Situation in den Griff zu bekommen versuchen. Je nach Ausmaß der situativen Belastung dissoziieren Patienten, verstummen oder reagieren nur noch fassadär und unangemessen mit dem Resultat, noch weniger als ein kompetentes Gegenüber wahrgenommen zu werden.

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft und der interpersonellen Behandlung widmet den sozialen Krankheitsfolgen besondere Aufmerksamkeit, um soziale Retraumatisierungen zu vermeiden.

Stationäre Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftigkeit

Borderline-Störungen bedürfen oft intensiver rehabilitationsmedizinischer Behandlung.

Bei schwer gestörten Borderline-Patienten ist in der Regel die stationäre Rehabilitation indiziert, wenn

- deren verminderte Belastbarkeit eine durchgängige Stützung und Strukturierung durch das stationäre Setting notwendig macht,
- die Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Beziehungsfähigkeit nur durch Integration in ein stationäres Setting erreicht werden können (therapeutische Gemeinschaft als Lern- und Übungsfeld),
- durch die therapeutischen Maßnahmen eine emotionale Labilisierung zu erwarten ist, welche die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert,
- die Borderline-Symptomatik so ausgeprägt ist, dass eine engmaschige Betreuung, Behandlung und die kontinuierliche Verfügbarkeit von Kriseninterventionsmöglichkeiten unverzichtbar sind oder
- eine Fremdkontrolle von schädlichen Verhaltensweisen notwendig ist und Defizite im Bereich der Impulskontrolle eines durchgängig Halt gewährenden Rahmens bedürfen.

Rehabilitationskonzept

Ein Rehabilitationskonzept für Patienten mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen muss der Schwere der Beeinträchtigung in nahezu allen Lebensbereichen Rechnung tragen und darauf angelegt sein, eine Chronifizierung der Störung und damit ein dauerhaftes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Dies erfordert – wie bei kaum einer anderen Indikation – ein umfassendes, ganzheitlich angelegtes und interdisziplinäres Rehabilitationskonzept sowie entsprechende Rahmenbedingungen, die den Bedürfnissen der spezifischen Indikation gerecht werden und eine positive Prognose der Behandlung erwarten lassen.

Das störungsspezifische Rehabilitationskonzept wurde 1986 konzipiert und seitdem beständig weiterentwickelt und regelmäßig evaluiert. Es hat als das „Grönenbacher Modell" in der stationären psychodynamisch orientierten Borderline-Behandlung Anerkennung und Eingang in die Reihe der Lindauer Psychotherapie-Weiterbildungsmodule gefunden (Votsmeier-Röhr 2001; Janssen et al. 2007). Weitere Veröffentlichungen dokumentieren den Ansatz in verschiedenen Entwicklungsstadien (Votsmeier 1988; Stauss 1993; Votsmeier-Röhr 1998).

Die psychodynamische Sichtweise wird durch bindungstheoretische Ansätze spezifiziert. Als Grundlage hierfür gelten Bowlbys

Arbeiten (1969; 1975; 1988), in denen er Bindung als den emotionalen Kern gefühlter Sicherheit und als wahrgenommenen Schutz vor Gefahren in Gegenwart von Bindungspersonen definiert (Grossmann u. Grossmann 2003). Frühe Beziehungserfahrungen führen zu inneren Repräsentanzen, deren Struktur durch die Qualität der Beziehung, die Feinfühligkeit der primären Bezugsperson und die von ihr vermittelte Sicherheit geprägt wird.

Rehabilitationsziele

Das Ziel der Rehabilitation ist es, die erforderlichen psychischen Funktionen und Aktivitäten, die eine Teilhabe an allen normalen Lebensbereichen eines Menschen in unserer Gesellschaft möglich machen, wiederherzustellen und negativen Auswirkungen im Hinblick auf zwischenmenschliche, soziale und berufliche Beeinträchtigungen entgegenzuwirken.

Die Rehabilitationsziele, bezogen auf die psychischen Funktionen, liegen in der Verbesserung der strukturellen Fähigkeiten einer Person:

- auf der **kognitiven Ebene:** Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung
- auf der **regulativen Ebene:** Selbststeuerung und Steuerung des Objektbezuges
- auf der **emotionalen Ebene:** emotionales Erleben des Selbst und Belebung der Beziehung zu anderen
- auf der **Bindungsebene**: innere Bindung und äußere Beziehung

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu lernen, sich von den dysfunktionalen, handlungssteuernden Schemata zu distanzieren, diese Schemata zu bearbeiten und zu verändern und ebenso die fragmentierten Selbstanteile zu integrieren, um die Persönlichkeitsintegration insgesamt zu verbessern.

Die Arbeit an diesen strukturellen Fähigkeiten steht in enger Wechselwirkung mit den Rehabilitationszielen, die auf die Aktivitäten und auf die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben bezogen sind. Strukturelle Defizite, pathogene Repräsentanzen bzw. Schemata und desintegrierte Selbstanteile werden als die aufrechterhaltenden Bedingungen für die dysfunktionalen Borderline-spezifischen Bewältigungsstrategien angesehen. Deshalb können die Rehabilitationsziele bezogen auf

- Aktivitäten wie Erweiterung des Verhaltensrepertoires im Umgang mit Stress,
- Verbesserung von Problemlösestrategien,
- Verbesserung der Beziehungsgestaltung und
- Umgang mit den eigenen Defiziten (Coping-Mechanismen)

nur zusammen mit den Zielen auf der Ebene der Körperfunktionen bzw. der psychischen Funktionen erreicht werden.

Die bisher genannten Ziele stehen wiederum in Wechselwirkung mit den Zielen, die auf die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben bezogen sind. Die Ziele

- der psychischen Unabhängigkeit (Fähigkeit zur Objektkonstanz, Selbstregulierung u. a.) oder
- der sozialen Integration (Beschäftigungsverhältnis eingehen und halten, Freundeskreis aufbauen und halten) und
- der wirtschaftlichen Eigenständigkeit

sind ebenfalls verbunden mit den Zielen auf der Ebene der Körperfunktionen bzw. der psychischen Funktionen und Aktivitäten.

Ein wichtiger Aspekt in der Behandlung von Patienten mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen besteht in der Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Diese sind auch bei den Rehabilitationszielen mit einzubeziehen. Diesbezügliche Ziele sind:

- Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Veränderungen in der häuslichen und sozialen Umgebung
- Aufbau sinnvoller Freizeitaktivitäten
- Vermeidung bzw. Beseitigung negativ wirkender Kontextfaktoren (Zusammenleben mit Süchtigen oder Menschen mit anderen Impulskontrollstörungen etc.)

Das therapeutische Konzept

Im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts von Patienten mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen kommt psychotherapeutischen Interventionen ein besonderer Stellenwert zu. Orientiert am aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand, verfolgen wir ein integratives Behandlungskonzept auf psychodynamischer Grundlage. So verbinden wir eine fokusbezogene psychodynamische Therapie im Sinne der Strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf (2006) mit der Schematherapie nach Young (Young et al. 2005) und ergänzen dies durch Elemente der Vertragstherapie (Kouwenhoven et al. 2002), des Fertigkeitentrainings nach Linehan (1996) und der Arbeit mit stabilisierenden Imaginationen nach Reddemann (2003). Entsprechend den spezifischen Bedürfnissen dieser Patientengruppe wird von den Mitarbeitern eine **„dialogische" Haltung** (vgl. Friedman 1987; Votsmeier-Röhr 2006) in der therapeutischen Beziehung erwartet.

Je nach Indikation werden die psychotherapeutischen Interventionen mit psychopharmakologischen sowie mit ergo-, physio- körper- und sozialtherapeutischen Maßnahmen kombiniert.

Ein hoher Stellenwert wird den Erfahrungsmöglichkeiten in der therapeutischen Gemeinschaft beigemessen. In einer dialektischen Weise wird die Arbeit in den einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten mit der therapeutischen Gemeinschaft als Lern- und Übungsfeld verbunden. Unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe" werden Aufgaben an die Patienten verteilt, die konkrete Anforderungen an sie im Sinne der Rehabilitationsziele, bezogen auf Aktivitäten bezüglich ihrer Funktionsfähigkeit und Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben, stellen. In der Simulation von beruflichen und sozialen Anforderungssituationen können die Patienten ebenfalls erkennen, welche persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren förderlich sind. Milieutherapeutische Gruppen helfen dabei, unter therapeutischer Begleitung förderliche soziale Kompetenzen zu entwickeln.

Entsprechend den störungsspezifischen Besonderheiten und den auf Seite 163 dargelegten Rehabilitationszielen wird der Therapieplan in eine Basis-, eine Kern- und eine Abschiedsphase unterteilt. Psychoedukative Maßnahmen geben zu Beginn der Therapie eine Orientierung über die Besonderheiten des Störungsbildes und über das Behandlungskonzept. In einem sequenziellen Vorgehen

- findet mithilfe spiegelnder und konfrontativer Strategien eine Auseinandersetzung mit den destruktiven Mustern statt mit dem Ziel, das destruktive Verhalten zu verringern (Vertragstherapie, Interaktionelle Gruppentherapie, Suchttherapie),
- werden auf der Basis einer Entscheidung für einen neuen Weg mit stabilisierenden Strategien alternative Bewältigungsweisen gefördert (Vertragstherapie, Interaktionelle Gruppentherapie, Suchttherapie, Fertigkeitentraining, stabilisierende Imaginationen, Angstbewältigung, Pharmakotherapie, Sozialtherapie),
- wird mit strukturfördernden Strategien das Bilden struktureller Fähigkeiten unterstützt (Interaktionelle Gruppentherapie, Ich-strukturell modifizierte Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Körper- und Kreativtherapie, Achtsamkeitstraining, Entspannungstraining),
- werden über Schema-verändernde Strategien korrektive emotionale Neuerfahrungen ermöglicht: Verinnerlichen positiver Bilder von sich und anderen, Distanzieren und Bearbeiten dysfunktionaler Schemata, Integration fragmentierter Selbstanteile, „Schema-Modi" (Ich-strukturell modifizierte Einzel- und Gruppentherapie, indikative Traumatherapie).

Die Behandlungsebenen, die Ansatzpunkte bzw. Ziele und die therapeutischen Strategien sind in Tabelle 11-1 zusammengefasst.

Tab. 11-1 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" • Symptomverzicht	**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 nach OPD-2 • diffuse Identität	**Verbesserung struktureller Fähigkeiten** • Wahrnehmung • Verarbeitung • Steuerung • Kommunikation • Bindung	**strukturfördernde Strategien** • Vertragstherapie • Gruppentherapie mit Fokus (auf Wahrnehmung, Verarbeitung, Steuerung, Kommunikation, Bindung) • Achtsamkeitstraining • Körper- und Kreativtherapie • Ergotherapie
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** • Integration der Selbstanteile	**Schema-verändernde Strategien** • Gruppentherapie mit Fokus auf Dialog zwischen Selbstanteilen, Bearbeitung negativer Introjekte/Schemata, Verinnerlichen positiver Bilder u.a. • Traumatherapie

11.6 Praktische Arbeitsweise

Therapeutisches Setting

Die Aufgabe des therapeutischen Settings ist es, einen protektiven therapeutischen Raum im Sinne eines **„Holding"** (Winnicott 1984) zur Verfügung zu stellen, in dem die erforderlichen Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können. Dabei gilt es, einen strukturellen und emotionalen Halt zu geben, durch den die Patienten in die Lage versetzt werden, mit selbstdestruktivem (z. B. selbstverletzendem) Verhalten aufzuhören. Die therapeutische Beziehung ist nicht dyadisch angelegt. Vielmehr sind für einen Patienten immer zwei Bezugstherapeuten zuständig, die zusammen die therapeutischen Gruppen leiten. Hier geht es insbesondere darum, den Patienten eine **„Triangulierung"** (Lohmer 2002) als stabilisierende Beziehungserfahrung zu ermöglichen. Die Triangulierung ist ein zentrales Lernfeld zur Aufhebung von Borderline-typischen Spaltungsprozessen, die der Abwehr, der dysfunktionalen Kontrolle und der Kompensation dienen und die Integration von Selbstanteilen und Objektrepräsentanzen behindern. Das triangulierende therapeutische Beziehungsdreieck bietet ein **„Containing"**, welches ein entscheidendes Moment in der Prävention suizidaler Krisen darstellt sowie die Stabilität des therapeutischen Beziehungsgefüges auch in Borderline-typischen Krisensituationen (negative Übertragungen auf eine Bezugsperson, Entwertung, Frustrationshass etc.) gewährleistet. Zudem wird bei Urlaub und Krankheit einer Bezugsperson die therapeutische Beziehungskontinuität aufrechterhalten, die für diese instabilen Patienten im Sinne eines erfolgreichen Rehabilitationsprozesses von besonderer Bedeutung ist.

Eingebettet ist dieser Halt sowohl in eine enge therapeutische Tages- und Wochenstruktur als auch in Strukturen innerhalb der therapeutischen Gruppen wie z. B. die täglich stattfindende sogenannte **„Klingelrunde"**, in der jedem Patienten ein definierter Zeitraum zusteht, in dem es gilt, sich mitzuteilen und Rückmeldungen zu erhalten. Zu den Halt gebenden Strukturen gehören Regeln, die von allen in der therapeutischen Gemeinschaft praktiziert und bereits in einem ambulanten Vorgespräch thematisiert und vereinbart werden. Hierzu gehören auch die Abstinenz von allen Suchtmitteln und die Vereinbarung, sich auf destruktives Verhalten ansprechen zu lassen. Die Kultur des Umgangs miteinander richtet sich nach transparenten, vom therapeutischen Team vorgelebten Werten und Maßstäben, auf die sich die Patienten im gegenseitigen Kontakt beziehen können.

Wir gehen davon aus, dass Borderline-Patienten als Folge ihrer Traumatisierungen unter existenziellen Ängsten und den Folgen der zur Abwehr dieser Ängste entwickelten dysfunktionalen Bewältigungsreaktionen leiden. Dem Behandlungsteam und dem Setting kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Das multimodale Stationsteam hat im Sinne von Bion (1970; 1990) die Aufgabe, den unerträglichen Gefühlen des Patienten einen „Container", also ein Behältnis, einen „verstehenden Raum" (Lohmer 2002) zur Verfügung zu stellen. Die Patienten können hierbei zunächst die für sie unerträglichen Gefühle von Bedrohung, Hass, Ablehnung, Entwertung und existenzieller Angst in das Team projizieren. Die Aufgabe des Teams besteht darin, diese projektive Identifizierung zunächst zu registrieren, dann zu verstehen und schließlich dem Patienten für eine Beziehung zur Verfügung zu stehen, die auf realen, tatsächlich mit dem Gegenüber erlebten Erfahrungen beruht. Für diese Aufgabe steht den Teammitgliedern unterstützend eine dichte Struktur von Fallbesprechungen und Teamsupervisionen zur Verfügung. Die Containing-Funktion erfordert die Bereitschaft und Fähigkeit der Therapeuten, die oftmals persönlich schwer zu ertragenden Bilder, die Patienten von einem zeichnen, als Projektionen zu erkennen und von möglicherweise vorhandenen Selbstanteilen zu trennen. Gerade das Letztere ist nicht immer einfach, weil die Pa-

tienten ihre Projektion an Stellen vornehmen, die sie als „Schwachstellen" der Therapeuten erkannt haben, weil ihre „Vorwärtsverteidigung" am besten wirkt, wenn sie das Gegenüber treffen. Gleichzeitig werden so die erwarteten negativen Reaktionen des Gegenübers eingeleitet und die Annahmen über die eigene Beziehungsunfähigkeit bestätigt. Erfolgt die Identifikation mit den Projektionen und die entsprechende Gegenreaktion auf Seiten des Behandlungsteams, ohne dass die Dynamik verstanden, verarbeitet und zurückgespielt wird, hat der Patient in der Regel keine Chance, die phantasierte Bedrohung als Teil seiner Symptomatik zu identifizieren und über eine Realitätsprüfung zu entkräften.

Sobald Patienten dysfunktionale Bewältigungsmuster als solche erkennen und die Bereitschaft zeigen, ihre vorgefassten Annahmen über andere durch Realitätsprüfungen zu relativieren, sehen wir in der Regel eine Öffnung für emotional korrigierende Neuerfahrungen. Der „Geschmack" von Kontakt und guten Beziehungserfahrungen bedeutet für viele einen ungeheuren Motivationsschub.

Rolle der therapeutischen Gemeinschaft

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, wie es beispielsweise von Jones am Henderson-Hospital und von Main im Jahr 1957 am Cassel-Hospital entwickelt wurde (vgl. Main 1981; Lohmer 1988), bietet die Grundlage für eine **lernende Gemeinschaft**. Geschützt durch einen therapeutischen Rahmen mit eindeutigen Grenzen und Spielregeln werden Patienten mit einem hohen Maß an Selbstverantwortlichkeit und Selbstregulation therapeutisch betreut. Der Rahmen wird unterstützt, indem die Regeln, Normen und Werte, die das soziale Leben miteinander regulieren, verbindlich vereinbart und von allen Mitgliedern der therapeutischen Gemeinschaft getragen werden. Entscheidend ist, dass in der Gruppe immer wieder eine Kultur erarbeitet wird, in der sich die Patienten gegenseitig in ihrem therapeutischen Prozess unterstützen. Die Grundannahme dabei ist, dass Menschen genau dann von der Gemeinschaft die notwendige Spiegelung, die emotionale Unterstützung und die erforderliche Hilfe erhalten, wenn sie selbst aktiv und konstruktiv nicht nur an sich, sondern auch an den Prozessen der anderen mitarbeiten. Auf dieser Grundlage können destruktives Ausagieren und Regelbrüche auch durch die Mitpatienten konfrontiert werden. Die Konfrontation wiederum wird gemäß den sozialen Regeln der Abteilung nur dann akzeptiert, wenn sie aus einer **sorgenden Haltung** heraus geführt wird und nicht dem (getarnten) Ausagieren eigener destruktiver Impulse dient. Lernen geschieht also nicht primär in therapeutischen Einzelbeziehungen, sondern im Miteinander der Patienten. Bei einer entsprechenden Abteilungskultur findet diese soziale Korrektur und Unterstützung auch außerhalb der offiziellen Therapiezeiten statt und ist in das Zusammenleben in der Patientengemeinschaft integriert. Mit diesem Vorgehen wird versucht, einer Spaltung in ein angepasstes, in der Therapie gut funktionierendes Verhalten und ein rebellisches, in der Patientengemeinschaft ausagiertes und Regeln brechendes Verhalten entgegenzuwirken. Wie Lohmer (2002, S. 105) beschreibt, erleben gerade junge Erwachsene „den Regelbruch oft als identitätsstiftend und haben die unbewusste Annahme, dass die stark gewünschte Autonomie unvereinbar mit einer Beachtung von Regeln [und Rollen, Anm. der Autoren] der Erwachsenenwelt ist". Erfahrungsbezogenes Lernen bedeutet hier, dass Autonomie und an Normen orientierte Übernahme von Verantwortung keine unvereinbaren Kategorien sein müssen. In der therapeutischen Gemeinschaft werden Rollen und Aufgaben unter den Patienten verteilt. Beispiele hierfür sind die Aufgaben, neu ankommenden Patienten zur Seite zu stehen und ihnen das Haus zeigen, als Ansprechpartner für Mitpatienten zur Verfügung zu stehen, die

Leitung der Patientenversammlungen und organisatorische Aufgaben zu übernehmen.

Die Phasen der Therapie

Basisphase

Die Basisphase dient dazu, die Behandlungsvoraussetzungen zu sichern, Therapieziele zu besprechen und ein Arbeitsbündnis aufzubauen. Voraussetzungen dafür sind, dass die Patienten bereit sind und in die Lage versetzt werden, inneren Druck nicht destruktiv (z. B. in Form von Selbstverletzungen) auszuagieren. Hierzu erarbeiten sich die Patienten einen sogenannten **„Konfrontationsvertrag"**. In diesem Vertrag vereinbaren sie mit den Therapeuten und den Mitpatienten ihrer Abteilung eine Unterstützung für das Eindämmen destruktiver Verhaltensweisen. Sie verpflichten sich, sich ansprechbar zu machen sowie angemessen und problemlösend zu reagieren, wenn sie von Therapeuten oder Mitpatienten auf ihr Ausagieren angesprochen werden. Sie erklären sich bereit, ihrerseits Mitpatienten auf deren destruktives Verhalten anzusprechen. In weiterführenden **„Non-Verträgen"** (z. B. „Non-Selbstverletzungsvertrag") erklären Patienten ihre Bereitschaft, destruktive Verhaltensweisen durch problemlösende Alternativstrategien zu ersetzen, die sie sich bei der Erstellung des Vertrages erarbeitet haben (siehe Abschnitt „Arbeit mit Non-Verträgen", S. 170). Die Verträge werden mit der Unterstützung der Therapeuten und der Mitpatienten ihrer therapeutischen Gruppe erarbeitet und am Ende von allen unterzeichnet. Vertragsbrüche ziehen sogenannte „positive Sanktionen" nach sich, die dafür sorgen, dass das Vermeidungsverhalten aufgelöst wird. Wurde der Selbstverletzungsdruck beispielsweise durch einen Konflikt ausgelöst, auf den der Betroffene mit Rückzug und Selbstabwertung reagiert hat, wird er mit der positiven Sanktion dazu „gezwungen", auf seinen Konfliktpartner zuzugehen und sich um eine Klärung zu bemühen.

Durch die Beschäftigung mit den Hintergründen für problematisches Verhalten wird die Aufmerksamkeit auf die eigene Verantwortlichkeit und auf problemlösende Strategien gelenkt und werden erste Erfahrungen mit einem Verzicht auf das Ausagieren ermöglicht. Gleichzeitig werden bereits durch die Vertragsarbeit defizitäre strukturelle Fähigkeiten im Bereich der Selbststeuerung, der Selbst- und Objektwahrnehmung sowie der kognitiv-integrierenden Funktionen verbessert. Die Patienten üben, über Probleme zu sprechen, sie zu strukturieren, Verhaltensabläufe zu analysieren und gewinnen so mehr Distanz zu ihren dysfunktionalen Anpassungsmustern. Sie erarbeiten adäquate Schutz- und Bewältigungsmechanismen, die sie in der Gruppe einüben, und richten ihre Aufmerksamkeit auf ihre Ressourcen. Hierbei entsteht unserer Erfahrung nach das Gefühl von Selbsteffizienz mit einer positiven Wirkung auf das Selbstwertgefühl.

Fast täglich findet eine sozial-kommunikativ ausgerichtete Therapiegruppe, die sogenannte „Klingelrunde" statt, in der Patienten strukturiert über sich sprechen und Feedback erhalten. Ziel ist, die Selbst- und Objektwahrnehmung zu intensivieren und eine verbesserte Differenzierung zwischen sich und anderen zu erreichen. Die aktuelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation lässt sich durch soziales Lernen (Bandura 1979) in der Gruppe verbessern, die hier therapeutisch strukturiert und mittels modellhafter Interventionen inhaltlich angeleitet wird. Bestandteil ist, sich auf andere auszurichten, sich in sie einzufühlen und die Nähe und Distanz so zu regulieren, dass Beziehungen nicht abgebrochen werden müssen, sondern aufrechterhalten werden können. Die Wirkung des eigenen Verhaltens wird in der Gruppe gespiegelt und der Selbstwahrnehmung zugänglich gemacht, sodass der Eigenverantwortungsanteil für die ausgelösten Reaktionen deutlich wird. Schädigende Verhaltensweisen werden angesprochen und wiedergutgemacht, Konflikte geklärt, Unterstützung angeboten – alles Erfahrungen, die die meisten Betroffenen aus ihren Her-

kunftsfamilien nicht kennen. Gefördert wird die Fähigkeit, dysfunktionale Anpassungen zu erkennen und zu reflektieren, um sich von ihnen distanzieren zu können.

Bei einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung werden in einer therapeutischen Suchtgruppe intensiv die Themen Krankheitseinsicht, Abstinenz- und Veränderungsmotivation, Funktion des Suchtmittels, Umgang mit Suchtdruck und Rückfallprophylaxe behandelt. Die Auseinandersetzung mit Sucht gilt analog den destruktiven Verhaltensweisen als Voraussetzung für die nächste Phase der Behandlung.

Kernphase

In der Kernphase der Therapie werden die psychodynamisch zugänglichen Anteile der Persönlichkeitsstörung bearbeitet. Durch die Vertragsarbeit wurde ein gewisses Maß an Introspektionsvermögen und eine Verringerung des destruktiven Ausagierens erreicht. Die Ziele der Basisphase werden intensiv weiter verfolgt und durch weitere Ziele ergänzt. So werden innere Repräsentanzen, Beziehungs- und Personenschemata bearbeitet mit dem Ziel, korrigierende Neuerfahrungen zu ermöglichen und diese zu integrieren. Es werden konstruktive Bewältigungsstrategien besprochen und eingeübt. Bei ausreichend erfolgter Stabilisierung werden ungelöste traumatische Erfahrungen thematisiert und bearbeitet.

Da sich ständig die störungsspezifischen inneren Prozesse aktualisieren, zeigen sich die entsprechenden Repräsentanzen, Beziehungs- und Personenschemata in Form maladaptiver Beziehungsmuster auch in der Übertragung auf die Therapeuten oder Mitpatienten. Dies ist der Ansatzpunkt für das weitere therapeutische Vorgehen. In der „Kerngruppe" können diese Prozesse, die daraus resultierenden Anpassungsmuster sowie deren aktuelle und biografische Hintergründe bearbeitet werden. Im günstigen Fall eröffnet sich in diesem Prozess ein Zugang zu früh erworbenen dysfunktionalen Themen oder Mustern (**Schemata**) und deren Bewältigungsreaktion. Ein Beispiel: Patienten mit der Erwartung, dass das eigene Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung von Seiten anderer Menschen nicht ausreichend erfüllt werden wird (Schema „emotionale Vernachlässigung"), entwickeln unterschiedliche Bewältigungsreaktionen: Entweder sie „erdulden", wählen also Partner, die emotional nicht verfügbar oder unvorhersagbar sind, sie „vermeiden" nahe und vertraute Beziehungen aus Angst, verlassen zu werden, oder sie „überkompensieren", verhalten sich also emotional fordernd (vgl. Young et al. 2005). Die Auseinandersetzung mit den dysfunktionalen Anpassungsmustern ermöglicht die aktive Suche nach und die Erprobung von alternativen Strategien, mit denen im Rahmen der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Gemeinschaft Schema-korrigierende Erfahrungen ermöglicht werden. Ziel ist es, die Erwartungshaltung zu modifizieren und damit die Grundlage zu schaffen, für die eigenen Grundbedürfnisse im Sinne der Konsistenztheorie (Grawe 1998; Grawe 2004) auf angemessene Art und Weise Sorge zu tragen. Die Erfahrungen sind in der Regel mit einer mehr oder weniger tiefen emotionalen Beteiligung verknüpft, da sie oft den „wunden Punkt" der Betroffenen berühren und ein erhebliches Ausmaß an Angst auslösen.

Zur Integration neuer Erfahrungen ist es hilfreich, wenn diese Angst überwunden wird, d. h. trotz oder mit der Angst vor erneuter Verletzung beispielsweise Schritte auf andere Menschen zu gemacht werden. Nur so wird erfahrbar, dass die Angst heute nicht mehr begründet ist und möglicherweise einer längst überwundenen Entwicklungsphase zugeordnet werden kann.

Durch die Beziehungen zu den Therapeuten und den anderen Gruppenmitgliedern können korrigierende Erfahrungen gesammelt werden, die dann gemeinsam mit den Therapeuten und der Gruppe ausgewertet und positiv verstärkt werden. Es geht hierbei nicht darum, die erlebte Deprivation der Kindheit auszugleichen oder Erfüllung von Versorgungswünschen

nachzuholen, sondern vielmehr darum, reife Fähigkeiten für die Kontaktaufnahme und für den Aufbau von guten Beziehungen zu entwickeln, die Autonomie- und Bindungswünsche gleichermaßen berücksichtigen.

Die in der Therapie beispielhaft gemachten Beziehungserfahrungen dienen dazu, ein **Arbeitsmodell** zu entwerfen, wie auf gute Art und Weise für psychosoziale Grundbedürfnisse gesorgt werden kann. Gelingen diese Erfahrungen, dann wächst die Möglichkeit, **Trauerarbeit** zu leisten, die traumatisierenden und deprivierenden Erfahrungen zu bearbeiten und sich von der andauernden Reinszenierung dieser Erfahrungen zu lösen.

Die Kernphase dient außerdem der Integration isolierter Selbstanteile („Schema-Modi"). Mit Techniken des „inneren Dialogs" können dissoziierte oder projizierte Selbstanteile reintegriert oder Konflikte zwischen Selbstanteilen bearbeitet werden (vgl. Young et al. 2005).

In diesem Prozess stabilisieren sich strukturelle Fähigkeiten. Der seelische Binnenraum zur reiferen Emotionsverarbeitung und Impulssteuerung erweitert sich und wir sehen in der Regel eine positive Auswirkung auf das Vertrauen in den Prozess und in die therapeutische Beziehung.

Abschiedsphase

In der Abschiedsphase erfolgt schrittweise und langsam die Lösung aus den Beziehungen in der Therapie, die für die Betroffenen oft einen wichtigen Stellenwert haben. Trauer- und Abschiedsprozesse werden hierbei beispielhaft thematisiert und durchlebt. Die Kernaufgabe dieser Phase ist es, die Fähigkeit zum Aufbau wichtiger Beziehungen und die Fähigkeit zur Selbstständigkeit zu internalisieren. Gelingt dies, können die erworbenen Fähigkeiten als Bestandteil der eigenen Selbstwirksamkeit wahrgenommen werden. Der Abschied aus den therapeutischen Beziehungen ist nicht immer in der Kürze des Aufenthaltes zu leisten und sinnvoll und führt in manchen Fällen zu einer längeren Anbindung der Patienten auch nach der stationären Behandlung. Dies begründet in Einzelfällen eine Verlagerung der Loslösung auf die Zeit nach der Therapie oder führt gelegentlich auch zu einer Wiederaufnahme, insbesondere wenn die einzelnen Reifungsschritte nicht genügend intensiv erarbeitet werden konnten. Gerade in der Abschiedsphase wird deutlich, dass die Prozesse sequenziell ablaufen und bestimmte Entwicklungen in mehreren Lernschleifen durchgearbeitet werden müssen.

In der Abschiedsphase treten auch Themen der sozialen Nachsorge in den Vordergrund. Der Übergang in das Alltagsleben wird vorbereitet und der Transfer der therapeutisch erzielten Ergebnisse thematisiert. Es werden ambulante Weiterbehandlungen organisiert und die Themen der weiteren psychotherapeutischen Arbeit besprochen, andere Behandlungen und Nachsorgemaßnahmen werden eingeleitet und es wird ein angemessenes und ausreichendes Unterstützungssystem am Wohnort vorbereitet.

Arbeit mit „Non-Verträgen" und „positiven Sanktionen"

Die Arbeit mit „Non-Verträgen" (vgl. Kouwenhoven et. al. 2002) betrifft zunächst die kognitive Auseinandersetzung mit dem eigenen destruktiven Verhalten und den Hintergründen und erfordert die Erarbeitung von alternativen, konstruktiven Umgangsformen mit psychischen Belastungssituationen. Durch die Vertragsarbeit und die Tatsache, dass dieser Vertrag in der Therapiegruppe vorgestellt wird und eine Vereinbarung mit der gesamten Gruppe getroffen wird, bekommt er eine Verbindlichkeit und fordert die offene Auseinandersetzung mit der eigenen **Veränderungsbereitschaft**. Die „Non-Verträge" bestehen aus mehreren Bestandteilen.

- Zunächst werden die destruktiven Verhaltensweisen beschrieben („Ich verletze mich

selbst, indem ich ..."). Damit wird das eigene Verhalten bewusst und für andere sichtbar und ansprechbar. Gegebenenfalls wird der Schaden für einen selbst bzw. für die Beziehung zu anderen benannt.

- Die Handlungsmuster werden dann in dem Kontext, in dem das Verhalten auftritt, analysiert („Ich verletze mich selbst, wenn ich ..."). So werden Zusammenhänge deutlich. Auslösesituationen (wie Überforderung, mangelnde Abgrenzung, Enttäuschung, Misserfolge) werden erarbeitet und beschrieben. Ist die Wahrnehmung und Interpretation von Situationen durch die Brille negativer Erwartungen gefärbt, wird dies an dieser Stelle sichtbar und für eine Bearbeitung zugänglich, insbesondere wenn durch einen vermeintlichen Angriff des Gegenübers destruktive Denk- und Verhaltensmuster ausgelöst werden. Auch wird deutlich, welche psychosozialen Grundbedürfnisse (nach Nähe, nach Autonomie, nach Anerkennung etc.) auf der Strecke bleiben bzw. durch die destruktiven Verhaltensweisen torpediert werden.
- Im weiteren Vertragsverlauf wird benannt, was in der vorausgegangenen Situation vermieden wurde. Gegebenenfalls werden Notfallmaßnahmen erarbeitet und beschrieben, die eine Lösung und einen Ausstieg aus der akuten Notsituation darstellen.
- Danach werden problemlösende Strategien im Umgang mit innerem Druck erarbeitet („Ich werde mich entlasten, indem ich ...") sowie Strategien, die dazu führen, dass der aus einer mangelnden Bedürfnisbefriedigung entstehende innere Druck erst gar nicht entsteht („Ich werde für mich sorgen, indem ...").
- Ein Rückfall in destruktive Verhaltensmuster wird als Vertragsbruch gesehen und mit positiven, problemlösenden Sanktionen belegt. Positive, problemlösende Sanktionen sind Aktionen, die den Patienten auch und gerade bei Vertragsbruch dazu zwingen, das vermiedene konstruktive Verhalten doch noch an den Tag zu legen. Positive Sanktionen verpflichten den Patienten, das Problem anzugehen, das zu dem inneren Druck und zum Vertragsbruch geführt hat. Dabei wird das Geschehene reflektiert („Was habe ich vernachlässigt? Was werde ich das nächste Mal anders machen?"). Es werden die Schäden des Verhaltens analysiert und behoben („Wie kann ich den Schaden, den ich verursacht habe, wiedergutmachen?") und es gilt, das Vermeidungsverhalten aufzulösen („Wie kann ich das nachholen, was ich vermieden habe?"). So gilt es, beispielsweise Kontakt aufzunehmen oder einen Konflikt anzusprechen, anstatt sich zurückzuziehen – insbesondere dann, wenn dieser Rückzug in einen destruktiven Teufelskreis führt. In der transaktionsanalytischen Terminologie sollen diese Sanktionen „Skript-auflösend" wirken, wobei das „Skript" bisherige entwertende Selbstannahmen („Ich kann Probleme nicht lösen" oder „Der Kontakt mit mir schadet anderen" etc.) bezeichnet, die über solche korrigierenden Erfahrungen transformiert und in das Selbstkonzept integriert werden sollen.

Lernschleifen

Unser Modell baut auf die Kontinuität des Rahmens und der therapeutischen Beziehungen, die den Patienten durch die beschriebenen drei Phasen der Therapie führen. Die therapeutische Begleitung durch die verschiedenen Phasen hindurch liegt in einer Hand. Dies ist notwendig, weil der therapeutische Prozess bei Patienten mit strukturellen Defiziten Lernschleifen beinhaltet.

Ausgehend von der *Infragestellung* und *Verzicht* auf dysfunktionale Bewältigung, Kompensation oder Abwehr erfolgt eine *Labilisierung*, die eine Belastung bedeutet, in der Regel mit Verstärkung des subjektiven Leidens und des Symptomdrucks. Hierbei wird der *Nutzen* des Halt gebenden rehabilitativen Settings er-

fahrbar gemacht in Verbindung mit dem *Aufbau alternativen stabilisierenden Verhaltens* und der *Verbesserung der relevanten strukturellen Fähigkeiten*. Dann erfolgen die *Stabilisierung* des Gelernten und der *Transfer* in die äußeren Lebensbereiche.

Aufgrund der störungsbedingten geringen Lern- und Veränderungskapazität dieser Patienten muss damit gerechnet werden, dass Teile der Lernschleife für eine effektive und ausreichende Strukturbildung mehrfach durchlaufen werden müssen. Im Gegensatz zur neurotischen Erfahrung besteht bei Borderline- und ähnlichen Patienten kein stabiles Ich, das neue Erfahrungen unmittelbar verarbeiten könnte, bzw. die Fähigkeit ist beeinträchtigt, Erfahrungen zu halten und zu integrieren. Aus erkrankungsbedingten Gründen sind bei diesen Patienten Prozessphasen erforderlich, die eine längere Behandlungsdauer begründen als bei neurotischen Patienten. In der Abschiedsphase sehen wir oft die Notwendigkeit einer weiteren Lernschleife, weil sich die Symptomatik vom Anfang der Therapie wieder bemerkbar macht. Das ist aber nicht als Misserfolg zu interpretieren, sondern ist typisch für den sequenziellen Verlauf der Behandlung.

Übertragung und Gegenübertragung, Teamsupervision

Die Aufgabe des Teams, für die unerträglichen Gefühle der Patienten einen Raum zur Verfügung zu stellen (Containing), bedeutet unter anderem auch, mit Spaltungsversuchen, Projektionen existenzieller Angst- und Hassgefühle sowie den daraus resultierenden Angriffen oder Rückzugstendenzen der Patienten umzugehen. Dies erfordert eine regelmäßige und fortwährende Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens, aus der sich wertvolle Hinweise auf die inneren Vorgänge der Patienten ableiten lassen und die wir als Voraussetzung für hilfreiche therapeutische Interventionen ansehen. Genauso wichtig ist die persönliche Klärung und Konfliktbewältigung im Behandlungsteam, die notwendig ist, um sich aus den Verstrickungen und den Beziehungsfallen zu lösen, die im Rahmen der Reinszenierung pathologischer Beziehungserfahrungen entstehen. Für das Arbeitsbündnis und das Vertrauensverhältnis mit den Patienten ist es eine grundlegende Voraussetzung, dass die destruktiven Beziehungsangebote therapeutisch aufgegriffen und nicht von einzelnen Mitgliedern des Behandlungsteams ausagiert werden. Gelingt es Patienten, ihre Behandler so zu treffen, dass diese sich verletzt zurückziehen oder selbst feindselig reagieren, dann haben sie nicht nur eine erneute Bestätigung ihrer pathologischen Selbstannahmen („Ich zerstöre alles!"), sondern dies wirkt auch äußerst demotivierend für den weiteren Behandlungsverlauf. Günstig ist es, wenn Patienten die Erfahrung machen, dass ihre dysfunktionale Abwehr erkannt und mit klaren, aber wohlwollenden Grenzen beantwortet wird. Für einen integren und glaubwürdigen Umgang mit den Patienten ist eine kontinuierliche interne und externe Supervision des Behandlungsteams erforderlich.

Selbsthilfegruppen

Zur längerfristigen Unterstützung und Sicherung des Behandlungserfolges werden Patienten bereits während des Klinikaufenthaltes mit verschiedenen Selbsthilfegruppen vertraut gemacht. Selbsthilfegruppen unterstützen die Patienten bei der Bewältigung der Folgen ihrer Erkrankung durch das Teilen von Erfahrung, Kraft und Hoffnung. Dadurch werden eigene Kräfte, Fähigkeiten und Ressourcen als Antriebsquelle von fortdauernden Entwicklungsprozessen mobilisiert. So können die Einzelnen leichter mit den Folgen ihrer Krankheit im Alltag umgehen und ihre Lebenslage verbessert sich. Durch den Kontakt zu einer Gruppe kann auch Vereinsamungs- und Ausgrenzungserfahrungen entgegengewirkt wer-

den. In den klinischen Gruppen erhalten die Patienten die entsprechenden Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen in der Nähe ihres Wohnortes.

Die anonymen Selbsthilfegruppen in der Klinik werden selbstverantwortlich von den Patienten organisiert und arbeiten nach dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker. Die anonymen Selbsthilfegruppen sind auch für Störungsbilder geeignet, bei denen stoffliche Süchte keine Rolle spielen. Emotions Anonymous (EA) ist zum Beispiel eine Gruppe für emotionale Gesundheit, die unter anderem ein geeignetes Gruppenumfeld für Patienten mit affektiven Störungen sowie Angststörungen darstellt. Borderliners Anonymous (BA) und Co-Dependence Anonymous (CoDA) eignen sich für Patienten mit einer spezifischen Persönlichkeitsstörung bzw. für Patienten mit bestimmten dysfunktionalen Verhaltensmustern in Beziehungen, Overeaters Anonymous (OA) für Patienten mit Essstörungen. Besuche von anderen Selbsthilfegruppen außerhalb der Klinik werden ebenfalls unterstützt.

Spirituelle Fragen und Klinikseelsorge

Die Erfahrung aus der klinischen Psychotherapie und die Ergebnisse neuerer religionspsychologischer Forschung zeigen, dass für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen eine existenzielle und religiöse Dimension im Verstehen und Bewältigen dieser Krisen von Bedeutung ist (Braam et al. 2001; Fuchs et al. 2006). Bisherige Erfahrung mit gelebter Spiritualität kann dabei sowohl als hemmender wie auch als fördernder Kontextfaktor wirken. Nicht wenige entdecken in der Auseinandersetzung mit ihren spirituellen Bedürfnissen Ressourcen zur besseren Bewältigung des Krankheitsgeschehens. Für diese Dimension der menschlichen Existenz versuchen wir im Klinikalltag unbefangene Räume zu schaffen, in denen Menschen, die „auf der Suche" sind, Erfahrungen sammeln können und für die Gesprächspartner zur Verfügung stehen.

In der Klinik bieten zwei Seelsorger der beiden christlichen Konfessionen regelmäßig Einzel- und Gruppengespräche für die Patienten an, die in psychotherapeutischen Anliegen seelsorgerischen Beistand suchen oder Gesprächsbedarf über ihre Erfahrungen und ihren Umgang mit ihrem Glauben, mit Glaubenskrisen und ihrem Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Teilhabe an der Schöpfung haben.

Evaluation

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, SASB 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-Jahreskatamnese: Mestel et al. 2006) und langfristig (2–7-Jahreskatamnese: Liedke 1997; von Wahlert et al. 1997) evaluiert.

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

Rehabilitationsdauer

Um die auf Seite 163 genannten Rehabilitationsziele in ausreichendem Maße zu erreichen (erkennbar an der Sicherung der Erwerbsfähigkeit oder der Überwindung von Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit), ist es bei Borderline-Patienten erforderlich, die therapeuti-

sche Arbeit an zahlreichen Ansatzpunkten auf allen vier Rehabilitationsebenen durchzuführen (Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Kontext). Dies unterscheidet diese Arbeit von der mit anderen Patientengruppen, wobei das geringe Strukturniveau den entscheidenden Unterschied ausmacht. Einsichtsorientierte, aufdeckende psychotherapeutische Interventionen, die bei höher strukturierten Patienten häufig rasche Veränderungen bewirken, sind bei diesen Patienten kontraindiziert.

Die Orientierungsphase in der Einrichtung und der therapeutischen Gemeinschaft zu Therapiebeginn sowie der Aufbau eines funktionierenden therapeutischen Arbeitsbündnisses dauern störungsbedingt länger als bei Patienten auf höherem Strukturniveau. Strukturbildung verläuft in kleinen Schritten, im Wiederholen von gleichartigen Erfahrungen, im Auswerten von Rückschritten, unter strukturierender Anleitung der Therapeuten.

Wir gehen daher davon aus, dass hinsichtlich eines positiven Rehabilitationsergebnisses eine Behandlungsdauer von zwölf Wochen Erfolg versprechend ist. Kürzere Behandlungsdauern von sechs bis acht Wochen führten zu unbefriedigenden Ergebnissen.

Krankenhausbehandlung – Rehabilitation

Das Grönenbacher Modell wurde in einer psychosomatischen Fachklinik entwickelt, die überwiegend Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation durchführt, finanziert durch die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen. Betrachtet man bei der Behandlung von Menschen mit struktureller Störung aber den Überschneidungsbereich von Krankenhausbehandlung und Rehabilitation, stellt man fest, dass sich die Indikationskriterien nicht binär abgrenzen lassen, sondern im Verlauf des Therapieprozesses einen fließenden Übergang bilden (Näheres hierzu bei von Wahlert u. Mestel 2008). Am Anfang der Behandlung stehen oft kurative Gesichtspunkte im Vordergrund und erst mit zunehmender Stabilisierung die Ziele der Rehabilitation. Sinnvollerweise müssen zunächst die Symptomatik (beispielsweise das destruktive Ausagieren) eingedämmt und grundlegende strukturelle Fähigkeiten erworben werden, bevor Aspekte der Krankheitsbewältigung und der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben eine Rolle spielen. Gleichzeitig ist es indiziert, diese ineinander verzahnten Prozesse im Rahmen desselben stabilen und sicheren Behandlungssettings durchzuführen und nicht einen Wechsel zwischen Akutbehandlung und Rehabilitationsklinik vorzunehmen, vorausgesetzt die Patienten sind grundsätzlich absprachefähig und verhalten sich nicht akut selbst- oder fremdgefährdend.

Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber 2006.

Bandura A. Sozial-kognitive Lerntheorien. Stuttgart: Klett-Cotta 1979.

Bion WR. Attention and Interpretation. London: Maresfield 1970.

Bion WR. Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1990.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis 1969.

Bowlby J. Trennung. Frankfurt/M.: Fischer 1975.

Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books 1988.

Braam AW, Van Den Eeden P, Prince MJ, Beekman ATF, Kivela S-L, Lawlor BA, Birkhofer A, Fuhrer R, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland JRM. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: result from the EURODEP collaboration. Psychol Med 2001; 31: 803–14.

Brisch KH. Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta 1999.

Buber M. Den Menschen erfahren. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 2000.

Buber M. Das Dialogische Prinzip. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 2004.

Friedman M. Der heilende Dialog in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie 1987.

Fuchs R, Sellmann M, Bell-D'Avis S. Inmitten von Scham, Gewalt und Angst. Theologische Fundierungen der Suchtkrankenpastoral. Würzburg: Echter 2006.

Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe 1998.

Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe 2004.

Grossmann KE, Grossmann K. Bindung und menschliche Entwicklung – John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungsforschung. Stuttgart: Klett-Cotta 2003.

GwG. Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber (mit einführenden Bemerkungen von Wolfgang M. Pfeiffer). In: Behr M, Esser U, Petermann F, Pfeiffer WM, Tausch R (Hrsg). Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Köln: GwG 1992; 184–201.

Horowitz M. Person Schemas. In: Horowitz M (ed). Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. Chicago: University of Chicago Press 1991; 13–32.

Janssen PL, Martin K, Martius Ph, Votsmeier-Röhr A, Dammann G. Stationäre Psychodynamische Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg). Psychotherapie der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2007; 39–54.

Kouwenhoven M, Kiltz RR, Elbing U. Schwere Persönlichkeitsstörungen. Transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz. Wien: Springer 2002.

Liedke S. Katamnestische Untersuchung einer Langzeittherapie der Psychosomatischen Klinik in Grönenbach für Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Universität Heidelberg 1997 (unveröff. Diplomarbeit).

Linehan MM. Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien 1996.

Lohmer M. Stationäre Psychotherapie bei Borderlinepatienten. Berlin, Heidelberg: Springer 1988.

Lohmer M. Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. Stuttgart: Schattauer 2002.

Main TF. Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft: Wandlungen und Wechselfälle (1957). In: Hilpert H, Schwarz R, Beese D (Hrsg). Psychotherapie in der Klinik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1981; 46–66.

Mestel R, Votsmeier-Röhr A, Bach M, von Wahlert J. 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei Borderline-Patienten. Nervenarzt 2006; 3: 287.

Mestel R. Nachuntersuchung II. Therapieerfolgskontrolle langzeitig behandelter Borderline-Patientinnen. In: Stauss K (Hrsg). Neue Konzepte des Borderline-Syndroms. Paderborn: Junfermann 1993; 197–212.

Moreno JL. Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme 1993.

Peichl J. Gibt es eine oder mehrere Borderline-Störungen? Die traumatische Erfahrung als Organi-

sator des Borderline-Spektrums. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin u. Klinischer Psychologie. 2004; 2: 166–74.

Perls F. Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2002.

Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 8. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2003.

Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2006.

Schiff JL. Cathexis Reader: transactional analysis – treatment of psychosis. New York: Harper & Row 1975.

Stauss K. Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom. Stationäre Behandlung nach den Methoden der Transaktionsanalyse – das Grönenbacher Modell. Paderborn: Junfermann 1993.

von Wahlert J, Mestel R. Indikation zur psychosomatischen Akutbehandlung und Rehabilitation. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F. Leitlinien stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer 2008; 255–73.

von Wahlert J, Mestel R, Liedke S, Dorn C. Follow-up study on borderline patients 1 to 7 years after inpatient psychotherapy. 28th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research 1997, Geilo/Norway.

Votsmeier A. Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. Gestalttherapie 1988; 2: 5–15.

Votsmeier-Röhr A. Stationäre Therapie von Borderline-Störungen nach einem psychodynamisch-integrativen Ansatz. Das Grönenbacher Modell. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 1998; 1: 24–39.

Votsmeier-Röhr A. Stationäre psychodynamisch-erfahrungsorientierte Therapie bei Borderline-Störungen. Das Grönenbacher Modell. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg). Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme 2001; 178–90.

Votsmeier-Röhr A. Dialogische Gestalttherapie als eine Variante Prozess-Erfahrungsorientierter Psychotherapie. In: Gegenfurtner N, Fresser-Kuby R (Hrsg). Emotionen im Fokus. Gestalttherapeuten im Dialog mit Leslie Greenberg. Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag 2006; 158–74.

Winnicott DW. Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M.: Fischer 1984.

World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO 2001.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann 2005.