

Dipl.-Psych. Achim Votsmeier

Stationäre Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Ein integratives Behandlungsmodell.

In diesem Artikel wird ein stationärer Behandlungsansatz der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt, der in der Klinik für Psychosomatische Medizin Grönenbach über einen Zeitraum von mittlerweile 12 Jahren entwickelt wurde. Der zwischenzeitliche Stand des Behandlungskonzepts wurde von Stauss (1993) erstmals in Buchform veröffentlicht. Seit Anfang der 90er Jahre gewann das Konzept vermehrt interpersonelle Züge und entwickelte sich zu einem integrativen Behandlungskonzept, das mittlerweile auch bei anderen Formen struktureller Störungen angewendet wird. Bei Interesse an einer ausführlicheren Darstellung verweise ich auf eine umfangreichere Veröffentlichung an anderer Stelle (Votsmeier, 1998).

Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Borderline-Störungen wurden bis vor nicht allzu langer Zeit den sog. *Frühstörungen* zugeordnet (Lohmer et al., 1992). Dieser Begriff bezeichnete Störungsbilder, die im Unterschied zum höheren Strukturniveau der Charakterpathologie (Kernberg, 1970) das mittlere und niedere Strukturniveau umfaßten. Hierunter wurden diagnostisch die meisten Persönlichkeitsstörungen subsumiert sowie darüber hinaus schwere Formen von Perversion und maligne verlaufende Psychoneurosen (vgl. Lohmer et al., 1992).

Kernberg ging beim niederen Strukturniveau, der sog. Borderline-Persönlichkeitsorganisation, von einer ätiologischen Hypothese aus, die eine Fixierung im Durchlaufen der Separations-Individualisationsphase (Kernberg, 1993; Mahler et al., 1980) postulierte und die Beibehaltung von Spaltungsprozessen zur Folge hatte. Kernbergs zentrales Konzept der frühkindlichen *Spaltung* besagt, daß das Kind in den ersten beiden Lebensjahren konstitutionell bedingt Selbst-Objekt-Repräsentanzen in „ganz gut“ und „ganz böse“ spaltet und dieser Mechanismus bei einer gestörten Entwicklung fixiert und zu Abwehrzwecken aufrechterhalten wird, um den Preis allerdings, daß keine sichere eigene Identität entstehen kann.

Neueren Forschungsergebnissen zufolge (vgl. Saunders & Arnold, 1993; Rohde-Dachser, 1996) kann diese Hypothese jedoch nicht aufrechterhalten werden. Die Ergebnisse legen den Schluß nahe, daß Borderline-Entwicklungen in aller Regel auf *kumulative Kindheitstraumata* zurückzuführen sind. Diese Traumatisierungen

sind wiederholte reale Beziehungserfahrungen, in denen ein Kind vor Erschütterungen, die es nicht bewältigen konnte, nicht geschützt wird. Dies können z.B. Erfahrungen sein von physischen und emotionalen Mißhandlungen, Vernachlässigung, häufigem Wechsel von Bezugspersonen, Zeuge von drastischer Gewalt in der Familie oder sexuellem Mißbrauch (vgl. Rohde-Dachser, 1996, S. 298f.; Dornes, 1997, S. 16). Sie können in jeder Phase der kindlichen Entwicklung stattgefunden haben, so daß man sinnvollerweise nicht mehr von Frühstörungen sprechen kann.

Symptombildungen der Borderline-Störungen sind daher nicht der Ausdruck des frühkindlichen, fixierten Spaltungsmechanismus, sondern Auswirkungen einer *dissoziativen Verarbeitung* der erlebten Traumatisierungen. Die traumatischen Erfahrungen werden verinnerlicht, jedoch dabei intrapsychisch über die Mechanismen der Introjektion und Dissoziation isoliert, d.h. sie bleiben als Fremdkörper vom Hintergrund der übrigen Prozesse abgespalten. Die dissoziative Verarbeitung verzerrt und fragmentiert die internen Repräsentationen (Schemata von sich, signifikanten anderen und Interaktionen), die sich in dauerhaften, sich wiederholenden maladaptiven interpersonellen Mustern und Lebens-Skripten auswirken.

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

Darüber hinaus treten *dysfunktionale Anpassungen* in Form von Schutz- bzw. Abwehrmechanismen und Kompensationen als *protektiv* bedingte Symptome in Erscheinung und dienen als Bewältigungsversuche, um weitere Erschütterungen/Traumatisierungen zu verhindern. Zu diesen Symptomen gehören z.B. Impulsdurchbrüche und Selbstverletzungen, die der Spannungsabfuhr dienen, sowie Depressionen, psychosomatische Symptome, Zwänge, magische Rituale etc. als Kompensation. Im zwischenmenschlichen Bereich sind Phänomene wie Kontaktabbruch, aktive Distanzierung, Kontrollversuche, Präventivangriffe oder

pathologische Regression im Sinne einer Spaltungsdynamik bzw. projektiven Identifizierung zu beobachten. Andere, eher überdauernde Anpassungen dienen der habituellen Vermeidung von Autonomie und echter Beziehung/Bindung, indem versucht wird, persönliche Verantwortung für eigenes Erleben und Handeln an andere zu delegieren.

Im Unterschied zu neurotischen Störungen wie bspw. der Depression, bei der die Symptomatik durch die Labilisierung oder den Zusammenbruch der Anpassungsmuster in Erscheinung tritt, haben die dysfunktionalen Anpassungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst Symptomwert, d.h. es gelingt nicht, mit ihrer Hilfe weitere Erschütterungen des Organismus zu verhindern und sich zu stabilisieren.

Dieses Entstehungsmodell, das die Folgen von kumulativen traumatischen Beziehungserfahrungen hervorhebt, steht im Einklang mit neueren Forschungsergebnissen zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung als einer posttraumatischen dissoziativen Störung (vgl. Saunders & Arnold, 1993; van der Kolk et al., 1996; Rohde-Dachser, 1996; Gast, 1997; Sachse et al., 1997).

Das Behandlungsmodell

Am Anfang der Therapie steht eine symptomorientierte sowie psychodynamische, interpersonelle und Persönlichkeitsdiagnostik. Das methodische Vorgehen ist ganzheitlich-multimodal und verbindet ein psychodynamisches Verständnis der intrapsychischen und interpersonellen Prozesse (aus der Perspektive der Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie) mit Interventionsstrategien aus humanistischen Psychotherapieverfahren. Hier nutzen wir im wesentlichen Methoden der Dialogischen Gestalttherapie (Yontef, 1983), ergänzt durch sozial-kommunikative, kognitive und körpertherapeutische Maßnahmen, Arbeit mit kreativen Medien und indikationsspezifische Gruppen, z.B. beim Vorliegen einer Sucht. Gegebenenfalls werden auch verhaltenstherapeutische Elemente - z.B. als aktive Hilfen zur Problembewältigung bei eng umschriebenen Angst- oder Zwangsstörungen - und transaktionsanalytische Elemente zur Lebens-Skript-Analyse in die Arbeit integriert.

In der Anwendung spezifischer Behandlungselemente bemühen wir uns, die von Grawe (1994) empirisch gesicherten Wirkfaktoren zu berücksichtigen.

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

Als aktive Hilfen zur *Problembewältigung* werden übende Verfahren angewendet sowie experimentelle Aufgaben gestellt. Letztere sind im Ergebnis offen, stimulieren jedoch neben Bewußtheit und Klärung aktive Bewältigungsschritte sowie den Mut zu neuen Lösungen („task interventions“ bei Greenberg, Elliot & Lietaer 1994).

Alle Interventionen sind möglichst erfahrungsorientiert, im Sinne einer *Problemaktualisierung* werden möglichst alle Ebenen der Erfahrung und Repräsentation (körperlich-motorisch, imaginativ, sprachlich) einbezogen.

Vorhandene innere und äußere *Ressourcen* werden therapeutisch *aktiviert*, wir versuchen, mangelhafte innere oder äußere Stützen zu verbessern. Widerstandsphänomene werden häufig als Ressourcen im Sinne eines versuchten Selbstschutzes verstanden. Die therapeutische Beziehung hat eine besondere Bedeutung als Ressource. Sie orientiert sich an den Grundsätzen der existentiellen Beziehungsphilosophie Martin Bubers, der 'dialogischen Haltung' (Buber, 1984; Hycner, 1989; Friedman, 1987).

Die Verbindung aus:

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

kennzeichnen diese therapeutische Haltung. Der/die Therapeut/in fühlt sich für den therapeutischen Dialog verantwortlich und bewahrt eine unvoreingenommene Offenheit dafür, was aus dem Bereich „zwischen“ Patient/in und Therapeut/in „entsteht“. Die eingesetzten spezifischen Methoden sind immer im Kontext dieser Beziehung eingebunden.

Die 'dialogische Haltung' impliziert, daß auf die reale Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in wesentlich stärkerer Wert gelegt wird als auf die Übertragungsbeziehung.

Das therapeutische Vorgehen

In den allgemeinen Behandlungsrahmen der Klinik eingebettet, besteht das spezifische therapeutische Setting für die Behandlung von Borderline-Störungen aus zwei Therapiegruppen (mit jeweils 10-11 Patienten/innen), die jeweils mit einer weiblichen und einem männlichen Therapeuten/in besetzt sind. Die Behandlung ist in drei Phasen unterteilt, die Basisphase, Kernphase und Abschiedsphase.

Die **Basisphase** beginnt mit der Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und dem Aufbau eines Arbeitsbündnisses. Dazu gehört u.a. eine Übereinstimmung über die Ziele der Behandlung. In der Reihenfolge der Bearbeitung der Behandlungsziele gibt es eindeutige Prioritäten. So steht in dieser Phase der Therapie das Reduzieren des destruktiven Ausagierens im Mittelpunkt. Über das Erstellen eines *Konfrontationsvertrages* lernen die Patienten/-innen, Verantwortung für ihr eigenes Handeln und die daraus folgenden sozialen Konsequenzen zu übernehmen. Sie erklären sich konfrontierbar, d.h. auf ihr vorher definiertes destruktives Verhalten ansprechbar, und verpflichten sich, angemessen, d.h. problemlösend, auf Konfrontationen zu reagieren sowie ihre Mitpatienten/innen ebenfalls aus einer sorgenden Haltung heraus mit destruktivem Verhalten zu konfrontieren. Ggf. werden in

sog. *Non-Verträgen* destruktive Verhaltensweisen wie z.B. Selbstverletzungen in dem Kontext, in dem sie auftreten, analysiert, und es werden ressourcen-orientierte Verhaltensalternativen sowie problemlösende Handlungskonsequenzen bei Verhaltensrückfällen (sog. positive Sanktionen) erarbeitet.

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

Fast täglich findet eine sozial-kommunikativ ausgerichtete Therapiegruppe statt. Im wesentlichen dient die Arbeit in dieser Gruppe dem Therapieziel, die Subjekt-Objekt-Differenzierung und die Objektwahrnehmung sowie die aktuelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation durch soziales Lernen (Bandura, 1979) zu verbessern. Dazu gehört es, zu lernen, sich auf andere auszurichten und einzufühlen sowie Nähe und Distanz so zu regulieren, daß die Beziehung erhalten bleibt. Außerdem kann gelernt werden, Verantwortung für seine/ihre Entscheidungen und Verhaltensreaktionen und für deren Wirkungen und die Folgen zu übernehmen, sich ggf. für Schädigungen anderer zu entschuldigen und die Beziehung wieder zu klären - all dies sind Erfahrungen, die viele aus ihren Familien nicht kennen, in denen Konflikte nur in Kontaktabbruch und Verletzungen endeten.

Gefördert wird auch die Fähigkeit, o.g. dysfunktionale Anpassungen zu erkennen. Dies ist der erste Schritt dahin, sich von solch fixierten Verhaltens- und Denkmustern zu distanzieren und letztendlich auf sie zu verzichten.

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

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

Das gesamte therapeutische Setting, d.h. die Einbindung der Patienten/-innen in die Borderline-Gruppe, der Kontext der therapeutischen Gemeinschaft der gesamten Mitpatienten/-innen, die therapeutische Beziehung zur weiblichen wie zum

männlichen Therapeuten/in sowie dem Pflorgeteam erlaubt die *Aktualisierung* der störungsspezifischen inneren Prozesse der Patienten/-innen. Dies zeigt sich in der Aktivierung der entsprechenden Personen- und Beziehungsschemata oder Lebens-Skripten, z.B. in der Reinszenierung maladaptiver interpersonaler Beziehungsmuster in Übertragungen auf die Therapeuten/-innen oder andere Gruppenmitglieder. Dies sind die therapeutischen Ansatzpunkte für weitere Strategien und Interventionen.

In der sog. *Kerngruppe* können diese Prozesse und Anpassungsmuster sowie deren aktuelle und biographische Hintergründe bearbeitet werden.

Auf dieser Basis ist es möglich, darunterliegende eigenen Impulse und Bedürfnisse, Selbstobjekt-Bedürfnisse sowie das gesamte psychodynamische Kräftefeld (das Zusammenwirken von Selbst-Schemata, Schemata signifikanter anderer, Beziehung-Schemata und die daraus gebildeten Lebens-Skripte) zu erkennen und zu verstehen. In diesem Prozeß können ausgeblendete, abgespaltene oder extrem polarisierte Teilaspekte der Persönlichkeit deutlich werden und der Ansatzpunkt für *integrationsfördernde Strategien* sein, um die Reintegration dieser dissoziierten oder projizierten Persönlichkeitsanteile zu fördern.

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

Der geschilderte Prozeß der Bewußterdung kann in jeder Phase Widerstandsphänomene hervorrufen. Die *Arbeit am Widerstand* ist daher ein wichtiger Teil des Therapieprozesses und beinhaltet, seine Bedeutung und Funktion für die Person als Selbstschutz und Ressource zu untersuchen, was weitere, integrationsfördernde Veränderungen bewirken kann.

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

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

Schluß

Neben der **Verbesserung der defizitären strukturellen Fähigkeiten** der Patienten/innen liegt der Akzent unseres Ansatzes auf der Veränderung der inneren Repräsentation von realen traumatisierenden Beziehungserfahrungen und Interaktionsmustern. Die Personen- und Beziehungsschemata sowie Lebens-Skripten, die sich daraus gebildet haben, sind unseres Erachtens die aufrecht-erhaltenden Bedingungen für die dysfunktionalen borderlinespezifischen Anpassungen. Daher steht die Veränderung dieser inneren Repräsentationen und die sich daraus ergebenden Schemata im Vordergrund der Therapie, wofür die Verringerung des destruktiven Ausagierens und der dysfunktionalen Anpassungen die Voraussetzungen sind. Die therapeutische Arbeit auf der Ebene dieser inneren Prozesse ist aus unserer Sicht für eine dauerhafte Stabilisierung des Therapieerfolgs besonders wichtig. Wegen der psychischen Labilisierung im Verlauf des Therapieprozesses ist hierfür ein schützendes und strukturiertes stationäres Behandlungssetting erforderlich.

*Dipl.-Psych. Achim Votsmeier
Klin. Psychologe (BDP), Gestalttherapeut (DVG), psychologischer
Verhaltenstherapeut. Tätig als lfd. Psychologe in der Klinik für
Psychosomatische Medizin Grönenbach u. a. im Bereich der
Psychotherapie von Borderline- und anderen strukturellen Störungen
nach einem integrativen, psychodynamisch-interpersonellen Ansatz.*

*Korrespondenz:
Dipl.-Psych. Achim Votsmeier
Klinik für Psychosomatische Medizin Grönenbach
Seb.-Kneipp-Allee 4
87730 Bad Grönenbach
Tel.: 08334/ 981-100
Fax: 08334/ 981-299*

Literatur

- Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buber, M. (1984). Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert.
- Dornes, M. (1997). Vernachlässigung und Mißhandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Friedman, M. (1987). Der heilende Dialog in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Gast U. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie u. Psychosoziale Praxis, 4, 357-370.
- Greenberg, L., Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on Experiential Psychotherapies. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley. (S. 509-539).
- Hycner, R. (1989). Zwischen Menschen. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Kernberg, O. (1970). Eine psychoanalytische Klassifizierung der Charakterpathologie. In: O. Kernberg, (Hrsg.). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett. (S. 139-160 (1981)).
- Kernberg, O. (1993). Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber.
- Lohmer, M., Klug, G., Herrmann, B., Pouget, D. & Rauch, M. (1992). Zur Diagnostik der Frühstörung. Prax Psychother Psychosom, 37, 243-255.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1980). Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rohde-Dachser, Ch. (1996). Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme. (S. 297-301).
- Sachsse, U., Eblinger, K. & Schilling, L. (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. Fundamenta Psychiatrica, 11, 12-20.
- Saunders, E.A. & Arnold, F. (1993). A critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology. Psychiat, 56, 188-203.
- Stauss, K. (1993). Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom: Stationäre Behandlung nach den Methoden der Transaktionsanalyse - das Grönenbacher Modell. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B.A., van der Hart, O. & Marmar, C.R. (1996). Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.). Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford Press. (S. 303-330).
- Votsmeier, A. (1998). Stationäre Therapie von Borderline-Störungen nach einem psychodynamisch-integrativen Ansatz. Das Grönenbacher Modell. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin u. Klinischer Psychologie, 1, 24-39.
- Yontef, G. (1983). Gestalttherapie als dialogische Methode. Integrative Therapie, 9, 98-130.