

15 Stationäre psychodynamisch erfahrungsorientierte Therapie bei Borderline-Störungen: Das Grönenbacher Modell

Achim Votsmeier-Röhr

In diesem Kapitel wird ein stationärer Behandlungsansatz bei Borderline-Störungen vorgestellt, der in der Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach über einen Zeitraum von mittlerweile ca. 15 Jahren entwickelt wurde. Das spezifische Störungs- und Behandlungsmodell wird dargestellt, therapeutische Strategien und Interventionen werden erläutert und an einem Fallbeispiel illustriert.

Schon Mitte der achtziger Jahre bemühten wir uns um die Entwicklung eines störungsspezifischen Therapiekonzepts für Menschen, die unter Borderline-Störungen litten und vermehrt in unsere Klinik kamen. 1986 kam dieses erstmals zur Anwendung und wurde seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Der zwischenzeitliche Entwicklungsstand wurde von Stauss (1993) erstmals in Buchform veröffentlicht. Seit Anfang der neunziger Jahre gewann das Konzept vermehrt interpersonelle Züge (der realen Beziehung in der Therapie wurde besondere Bedeutung beigemessen) und entwickelte sich zu einem integrativen Ansatz, der mittlerweile auch bei anderen Formen struktureller Störungen Anwendung findet (Votsmeier 1998).

Die wesentlichen Charakteristika dieses Behandlungskonzepts sind

- Ein störungsspezifisch strukturiertes stationäres Behandlungssetting
- Ein psychodynamisches Verständnis intrapsychischer und interpersoneller Prozesse in Orientierung an der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD 1996)
- Ein traumaätiologisches Entstehungsmodell der Störung, ausgehend von realen Beziehungserfahrungen (Goldstein 1965, 1971, Votsmeier 1988, Saunders u. Arnold 1993, van der Kolk u. Mitarb. 1996a, Rohde-Dachser 1996, Gast 1997, Sachsse u. Mitarb. 1997, van der Kolk 1999)
- Eine dialogische therapeutische Beziehung (Buber 1984, Friedman 1987, Hycner 1989)
- Die Anwendung erfahrungsorientierter Interventionsmethoden (Greenberg u. Mitarb. 1998, Votsmeier 1998).

Das Störungsmodell

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

In unserem Störungsmodell unterscheiden wir fünf Ebenen in der Entstehung und Manifestation der Störung, an denen wir in der Behandlung mit spezifischen therapeutischen Maßnahmen ansetzen. Diese Ebenen werden im Folgenden dargestellt.

In: Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.) Psychotherapie der Borderline-Störungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2001, (S. 178-190).

Reale Beziehungserfahrungen

Kumulative Traumatisierungen sind wiederholte reale Beziehungserfahrungen, in denen ein Kind vor Erschütterungen, die es nicht bewältigen kann, 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 (Rohde-Dachser 1996, Dornes 1997).

Dysfunktionale intrapsychische Verarbeitung und strukturelle Defizite/Vulnerabilitäten als Folgen

Symptombildungen der Borderline-Störungen sind Auswirkungen einer dysfunktionalen Verarbeitung der traumatisierenden Erfahrungen. Diese werden verinnerlicht, jedoch dabei intrapsychisch über die Mechanismen der Introjektion und Dissoziation isoliert, d.h. sie bleiben als Fremdkörper abgespalten vom Hintergrund der übrigen psychischen Prozesse. Die dissoziative Verarbeitung verzerrt und fragmentiert die internen Repräsentationen der Ereignisse selbst sowie der Schemata von sich selbst, signifikanten Anderen und von Beziehungsschemata als Verinnerlichungen von Interaktionsprozessen und deren affektiver Tönung. Es werden scheiterungsfixierte Skripte gebildet, das sind Schemata, die negative Erwartungen hinsichtlich des Eintretens und Ablaufs von entsprechenden Ereignissen beinhalten und die das ganze Leben diktieren können (Horowitz 1988, Greenberg u. Mitarb. 1993). Das Gefüge dieser Repräsentationen führt zu dauerhaften, sich wiederholenden, maladaptiven interpersonellen Mustern (Horowitz 1991).

Im Einzelnen kommt es zu Phänomenen, die auf der Ebene der Repräsentation von Selbst-Objekten (Kohut) und Objektbeziehungen beschreibbar sind. Die Bedrohung des Selbstgefühls (Ich-Identität) durch die Traumatisierung kann zu extremer Abhängigkeit von Selbst-Objekten in der internen Repräsentation der Ich-Identität führen (z.B. „ich brauche ständig jemanden in meiner Nähe, sonst fühle ich mich wertlos, zerrissen und leer“). In der Externalisierung kann es dann zu extremen Selbstobjekt-Übertragungen als Versuch der Regulation des Selbsterlebens kommen.

Ebenso wie die Repräsentation der Ich-Identität kann die Repräsentation der verinnerlichten Objektbeziehungen durch die Traumatisierungen und deren dissoziative Verarbeitung beeinflusst werden. Die Selbst- und Objektrepräsentanzen können fragmentiert und verzerrt sein, z.B. werden Personen im sozialen Umfeld auf Träger von bestimmten Eigenschaften reduziert („X bedroht mich, Y gibt mir, was ich will, Z hasse ich“). Sie prägen entsprechend die affektive Beziehungsgestaltung und -regulation und führen zu charakteristischen Übertragungsbeziehungen (Kernberg 1993).

Die Folgen der dissoziativen Verarbeitung sind, je nach Art und Schwere der Traumatisierungen sowie dem Alter, in dem diese stattgefunden haben, 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.

Dysfunktionale Anpassungen als Bewältigungsversuche

Darüber hinaus treten dysfunktionale Anpassungen in Form von Schutz- bzw. Regulationsmechanismen als protektiv bedingte Symptome in Erscheinung und dienen als Bewältigungsversuche, um weitere Erschütterungen oder Traumatisierungen zu verhindern. Zu diesen Symptomen gehören z.B. Impulsdurchbrüche und Selbstverletzungen, die der Spannungsabfuhr dienen, sowie depressive Verstimmungen, psychosomatische Symptome, Zwänge, magische Rituale etc. als Kompensation von Defiziten. 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.

Sucht als spezifische dysfunktionale Anpassung

Stoffgebundene oder stoffungebundene Abhängigkeiten treten ebenfalls als protektiv bedingte Symptome in Erscheinung. Sie stehen strukturell im Zusammenhang mit einer beeinträchtigten Selbststeuerung, dienen jedoch in der Regel auch der Kompensation anderer struktureller Defizite, der Überdeckung von Konflikten sowie der Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts im Feld zwischenmenschlicher Beziehungen. Neben diesen Funktionen des Suchtmittels als Teil der Anpassungsversuche von Borderline-Patienten gewinnt die Sucht in ihrem Verlauf eine zerstörerische Eigendynamik, die ein zusätzliches Problem schafft. Daher ist die Suchtbehandlung ein spezifischer Aspekt des vorgestellten Therapierationals bei Borderline-Störungen.

Symptombildung in Belastungssituationen

Wie oben beschrieben ist die Symptomatik defizitär und/oder protektiv bedingt. Im Unterschied zu neurotischen Störungen wie beispielsweise 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. Es gelingt nicht, mit ihrer Hilfe weitere Erschütterungen der psychischen Struktur zu verhindern und sich zu stabilisieren, was zur Überstrapazierung der Anpassungsmuster und in Belastungssituationen zu Eskalationen in destruktives Ausagieren führt.

Behandlungsmodell

Veränderungsmodell und Behandlungsziele

In unserem Störungsmodell stehen die Verarbeitung und Repräsentation von traumatisierenden Beziehungserfahrungen und Interaktionsmustern sowie die daraus folgenden strukturellen Entwicklungsdefizite im Vordergrund. Die sich aus der dissoziativen Verarbeitung entwickelnden Personen- und Beziehungsschemata sowie Skripte werden als aufrechterhaltende Bedingungen für die dysfunktionalen borderlinespezifischen Anpassungen angesehen. Folgerichtig ist das globale Ziel der Behandlung die Veränderung der inneren Repräsentationen von Beziehungserfahrungen und der sich daraus ergebenden Schemata sowie die Verbesserung von basalen Funktionen und Fähigkeiten der Person.

Voraussetzung für diese Veränderungen ist jedoch die Verringerung des destruktiven Ausagierens der dysfunktionalen Anpassungsmuster. Somit ist in der Behandlung ein sequentielles Vorgehen nötig, indem Prioritäten im Bearbeiten der Behandlungsziele gesetzt werden. In gewisser Weise setzt das therapeutische Vorgehen an den äußeren Ebenen (3 bis 5) des sequentiell beschriebenen Störungsmodells an, d.h. an den symptombildenden Bedingungen und den dysfunktionalen Anpassungen einschließlich des Suchtverhaltens. Teilziele sind diesbezüglich:

- Die Klärung der Behandlungsvoraussetzungen und Erstellung des Therapievertrages.
- Die Verringerung des destruktiven Ausagierens der dysfunktionalen Anpassungsmuster, ggf. einschließlich des Suchtverhaltens.
- Das Erlernen der Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln und die daraus folgenden Konsequenzen.

Mit der Verringerung des destruktiven Ausagierens werden unter den Anpassungsmustern der Mangel an funktionalen Schutz- und Regulationsfunktionen und diesbezügliche strukturelle Defizite deutlich. Daraus ergeben sich folgende Teilziele und Ansatzpunkte:

- Die Verbesserung der Subjekt-Objekt-Differenzierung (der Fähigkeit, innere und äußere Realität zu unterscheiden, z.B. Übertragungsreaktionen zu erkennen, Vorstellungen, innere Bilder und Überzeugungen an der Realität zu überprüfen) und der Objektwahrnehmung.
- Die Verbesserung der Selbstwahrnehmung (selbst-reflexive Bewusstheit) und Selbstakzeptanz sowie des Empfindens der Ich-Identität.
- Die Verbesserung der Selbstregulation (verbesserte Selbststeuerung hinsichtlich Bedürfnis- und Affektregulierung sowie Selbstwertregulierung und Erwerb adäquater Schutz- und Regulationsfunktionen zur Aufrechterhaltung der Ich-Grenze).
- Die Verbesserung der aktuellen Beziehungsgestaltung und Kommunikation im Sinne einer Autonomie bei gleichzeitiger Bezogenheit auf andere.

Die Bearbeitung der bisher genannten Teilziele erleichtert im Verlauf der Behandlung die Arbeit an grundlegenden Entwicklungsdefiziten und Vulnerabilitäten sowie an Schema-Strukturen. Teilziele sind diesbezüglich folgende:

- Die Verbesserung der kognitiv-selbstreflexiven sowie integrativen Funktionen und Verarbeitungsprozesse.
- Die Veränderung der Personenschemata in Form von Selbst- und Objektpräsentationen (Integration partieller S-O-Repräsentanzen, Internalisierung und Konstanthaltung positiver innerer Bilder von anderen, Fähigkeit zur Bindung an Bezugspersonen), Beziehungs-Schemata und Lebens-Skripte.

Die Arbeit an den bisher genannten Zielen verbessert nun die Voraussetzungen für die Arbeit auf der Ebene der realen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungserfahrungen. Teilziele sind hier die im Folgenden angeführten:

- Das Verarbeiten und Integrieren der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen (einschließlich Verbesserung der Fähigkeit, die Vergangenheit realistisch zu akzeptieren).
- Das Vervollständigen unterbrochener Entwicklungsprozesse, wie etwa den Eintritt ins erwachsene Berufsleben.
- Der Erwerb adaptiver Schemata für funktionale Anpassungen im Umgang mit aktuellen Lebenssituationen (funktionale kognitive, emotionale und Handlungsschemata).

Die fünf Ebenen des Störungsmodells werden mit den entsprechenden Ansatzpunkten, Zielen und therapeutischen Maßnahmen in Tabelle 15.1 veranschaulicht.

Tabelle 15.1 Psychodynamisch-erfahrungsorientiertes Therapierational bei Borderline-Störungen

Ebenen	Ansatzpunkte	Therapeutische Strategien
1. Reale Interaktionen mit Bezugspersonen <ul style="list-style-type: none"> kumulative Traumatisierungen 	<ul style="list-style-type: none"> traumatisierende Beziehungserfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> Dialogische Therapiebeziehung Korrektive Neuerfahrungen Soziales Lernen <p>(Ziele: funktionale Schemata entwickeln, Beziehungsgestaltung verbessern)</p>
2. Dysfunktionale intrapsychische Verarbeitung <ul style="list-style-type: none"> Dissoziation verzerrte, fragmentierte Repräsentationen 	<ul style="list-style-type: none"> strukturelle Vulnerabilität Entwicklungsdefizite geringes Strukturniveau 	<ul style="list-style-type: none"> Verarbeitungsprozesse verbessern Integration von Persönlichkeitsanteilen Internalisieren positiver innerer Bilder Traumaverarbeitung <p>(Ziele: funktionale Schemata entwickeln, Persönlichkeitsintegration, Strukturbildung)</p>
3. Dysfunktionale Anpassungen als Bewältigungsversuche <ul style="list-style-type: none"> dysfunktionale Selbstregulation, dysfunktionale Beziehungsgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> protektive (Abwehr-) Mechanismen als Kompensationen Vermeidungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> Vertragsarbeit Fähigkeiten einüben Arbeit am Widerstand <p>(Ziele: destruktives Ausagieren verringern, adäquate Schutz-, Regulations- und Kommunikationsfunktionen entwickeln)</p>
4. Sucht als spezifische dysfunktionale Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Suchttherapie: Abstinenz, Rückfallprophylaxe fördern <p>(Ziele: destruktives Ausagieren verringern, adäquate Regulationsfunktionen entwickeln)</p>
5. Symptombildung in Belastungssituationen <ul style="list-style-type: none"> Erschütterung der psychischen Struktur 	<ul style="list-style-type: none"> protektiv und/oder defizitär bedingte Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutisches Setting: Schutz und Sicherheit bieten <p>(Ziele: destruktives Ausagieren verringern, Behandlungsvoraussetzungen klären)</p>

Therapeutische Maßnahmen

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

Das erfahrungsorientierte psychotherapeutische Vorgehen verbindet eine bestimmte Form der therapeutischen Beziehung, die dialogische Haltung (Buber 1984, Friedman 1987, Hycner 1989), mit der Anwendung phänomenologischer Methoden. Dies hat die Fokussierung auf die Vertiefung und Bewusstwerdung der gegenwärtigen Erfahrung der Person, einschließlich der Schema-Konstruktionen, welche die Erfahrung bestimmen, zum Ziel. Ebenfalls im Blickpunkt steht die Arbeit mit experimentellen therapeutischen Aufgaben zur Lösung spezifischer Probleme der Verarbeitung und Bewältigung von Er-

fahrungen und Problemsituationen (Greenberg u. Mitarb. 1993, 1998). Die Wirkungen dieser Vorgehensweisen sind gut belegt (Greenberg u. Mitarb. 1994, Grawe 1998).

In diesem Kontext nutzen wir Methoden der Dialogischen Gestalttherapie (Yontef 1983, 1998), ergänzt durch sozial-kommunikative und körpertherapeutische Maßnahmen, Arbeit mit kreativen Medien und indikationsspezifische Gruppen. Gegebenenfalls werden auch übende Verfahren, Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Elemente – z.B. als aktive Hilfen zur Problembewältigung bei eng umschriebenen Störungen wie Angst- und Zwangsstörungen – sowie transaktionsanalytische Elemente zur Skript-Analyse in die Arbeit integriert.

In der Anwendung dieser spezifischen **Behandlungselemente** bemühen wir uns, die von Grawe (1994) empirisch gesicherten Wirkfaktoren (Klärung, Problembewältigung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung) 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. Übende Verfahren sowie experimentelle Aufgaben werden als aktive Hilfen zur Problembewältigung eingesetzt. Im Unterschied zu übenden Verfahren sind experimentelle Aufgaben im Ergebnis offen, stimulieren jedoch neben Bewusstheit und Klärung aktive Bewältigungsschritte sowie den Mut zu neuen Lösungen. Im Sinne einer prozessualen Aktivierung bzw. Problemaktualisierung werden emotionale Schemata bottom-up, d.h. im unmittelbaren Erleben aktiviert (Greenberg u. Mitarb. 1993, Grawe 1998) und möglichst alle Ebenen der Erfahrung (körperlich-motorisch, emotional, kognitiv-imaginativ, sprachlich) mit einbezogen. Vorhandene innere und äußere Ressourcen werden therapeutisch aktiviert, mangelhafte innere oder äußere Ressourcen werden gestärkt. Widerstandsphänomene werden häufig als Ressourcen im Sinne eines versuchten Selbstschutzes verstanden.

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

Die Merkmale der dialogischen Haltung von Seiten des Therapeuten sind Präsenz, Umfassung, Bestätigung und das „Hüten des Dialogischen“ im Dienste des „Zwischen“ (einem ontologischen Bereich, welcher Therapeut und Patient umfasst und Heilung durch Begegnung ermöglicht). Präsenz bedeutet, sich aufrichtig in die Interaktion mit dem Gegenüber einzubringen, mit dem Ziel, dem anderen so gegenwärtig wie möglich zu werden und gleichzeitig die eigene Perspektive zu bewahren. Präsenz beinhaltet, sich emotional berühren zu lassen und das persönliche Erleben ggf. in den Dialog mit einzubringen. Die Arbeit mit Borderline-Patienten und deren Spaltungsdynamik in Beziehungen erfordert beispielsweise, sich von der Not des Gegenübers berühren zu lassen, jedoch mit Klarheit und Bestimmtheit die eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu definieren. Steht ein fragiles Selbstempfinden (im Sinne Kohuts 1981) stärker im Vordergrund der strukturellen Problematik, ist ein mehr empathisch-spiegelndes Vorgehen erforderlich, der Akzent auf Grenzen ist dann nicht so bedeutsam. Umfassung bedeutet, das Geschehen in der Therapie so gut es geht von der Seite des Gegenübers wie von sich aus zu erleben, dort und hier zur selben Zeit sein zu können, die phänomenologische Realität des anderen zu erleben und gleichzeitig die eigene Zentriertheit zu bewahren. Im Unterschied zur reinen Empathie ist der Fokus nicht das Gegenüber, sondern die Teilhabe an der Situation, die beide Seiten umfasst. Bestätigung bedeutet notwendigerweise, die andere Person in ihrer Existenz als eigenständiges Wesen zu akzeptieren und darin anzuerkennen, so wie sie im Moment ist. Dies ist jedoch nicht hinreichend für ihre Bestätigung. Sie beinhaltet nämlich ebenso die Bekräftigung der Möglichkeiten, die in ihr als Person vorhanden sind, einschließlich des Anerkennens der verleugneten, abgespal-

tenen Anteile, die ihr nicht bewusst sind, sie aber ebenfalls ausmachen. Dies kann bedeuten, genaues Feedback zu geben oder mit dem zu konfrontieren, was der Selbstwahrnehmung entgeht. Es kann auch bedeuten, eine existentielle Forderung zu stellen und darum mit der Person zu ringen. Dies könnte sich zeigen in der Sorge um Gesundheit und Wohlergehen des Patienten und der Erwartung einer Lösung, die ein selbstzerstörendes Verhalten beendet. Es könnte sich auch in dem Hinweis auf die Wirkung eines beziehungserschütternden Verhaltens zeigen und der wohlwollenden Forderung, andere, beziehungserhaltende Möglichkeiten zu suchen. Diese Konfrontation wird in das „Zwischen“ hineingegeben, als ein aufrichtiges Einbringen der eigenen Meinung in den Dialog. Die Entscheidung über eine Verhaltensänderung bleibt jedoch ausschließlich in der Hand des Patienten. Diese Art der Bestätigung bedeutet, zwar auf ermutigende Art zu fordern, dem Gegenüber aber nichts überzustülpen, strikt das Verhalten zu konfrontieren und nicht die Person in ihrer Existenz sowie zu vermitteln, dass der Therapeut in der Beziehung bleibt, auch wenn er eine andere Überzeugung vertritt als der Patient. (Eine Ausnahme stellt hierbei das Infragestellen der Therapievereinbarung und damit des grundlegenden Arbeitsbündnisses dar, was u. U. die Beendigung der Therapie bedeuten kann). Das „Hüten des Dialogischen“ im Dienste des „Zwischen“ bedeutet, sich als Therapeut für den therapeutischen Dialog verantwortlich zu fühlen und die Offenheit dafür zu bewahren, was aus dem Bereich des Zwischen entsteht. Es beinhaltet, immer wieder eine Haltung schöpferischer Indifferenz, d.h. einen mittleren Modus zwischen Aktivität und Passivität einzunehmen, welcher geprägt ist von Interesse, Neugier und Staunen sowie der Bereitschaft, sich immer wieder von Unerwartetem überraschen zu lassen. Diese Art der therapeutischen Beziehung impliziert, dass die Konzentration auf die reale Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient wichtiger ist als auf die Fokussierung der Übertragungsbeziehung. Die eingesetzten spezifischen Methoden sind immer in den Kontext der Beziehung eingebunden. Kommt es in der inhaltlichen therapeutischen Arbeit zu Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung, z.B. durch Missverständnisse oder Kränkungen etc., ist ein Wechsel auf die dialogische Ebene erforderlich, um das Beziehungsproblem gemeinsam zu verstehen und zu lösen.

Therapeutische Strategien und Interventionen

Wie im Behandlungsmodell dargelegt, steht zu Beginn des sequentiellen Vorgehens in der Behandlung von Menschen mit Borderline-Störungen die Verringerung des destruktiven Ausagierens dysfunktionaler Anpassungsmuster. Der wichtigste Aspekt hierbei ist das Bereitstellen eines spezifischen therapeutischen Settings, das gleichzeitig Schutz und Sicherheit vor nicht zu bewältigenden Belastungssituationen bietet. Die Aufgabe des therapeutischen Settings ist es somit, ein äußeres „Holding“ (Winnicott 1984) zu geben, um den eingeschränkten seelischen Innenraum der Patienten zu kompensieren und dadurch neue Erfahrungsmöglichkeiten zu eröffnen. In dieser Funktion ist das therapeutische Setting ein wichtiger Wirkfaktor. In den allgemeinen Behandlungsrahmen der Klinik eingebettet, besteht das spezifische therapeutische Setting aus zwei Therapiegruppen (mit 10–11 Patienten pro Gruppe), die jeweils mit einem weiblichen und einem männlichen Therapeuten 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. Durch das Erstellen eines Konfrontationsvertrages lernen die Patienten, Verantwortung für ihr eigenes Handeln und die daraus folgenden sozialen Konsequenzen zu übernehmen. Sie erklären sich konfrontierbar, d.h. auf ihr vorher definiertes destruk-

tives Verhalten ansprechbar und verpflichten sich, angemessen, d.h. problemlösend auf Konfrontationen zu reagieren sowie ihre Mitpatienten ebenfalls aus einer sorgenden Haltung heraus mit destruktivem Verhalten zu konfrontieren. In sog. Non-Verträgen werden destruktive Verhaltensweisen wie z.B. Selbstverletzungen in dem Kontext, in dem sie auftreten, analysiert, und es werden ressourcenorientierte Verhaltensalternativen sowie problemlösende Handlungskonsequenzen bei Verhaltensrückfällen (sog. positive Sanktionen) erarbeitet. Gleichzeitig werden durch die Vertragsarbeit und in einer sog. Basisgruppe defizitäre strukturelle Fähigkeiten wie die Selbststeuerung, Selbst- und Objektwahrnehmung sowie die kognitiv-integrierenden Funktionen verbessert. Die Patienten 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, die sog. Klingelrunde 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 eigene Entscheidungen und Verhaltensreaktionen sowie 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 Betroffene aus ihren Familien nicht kennen. Dort endeten Konflikte meist in Kontaktabbruch und Verletzungen. Gefördert wird auch die Fähigkeit, o.g. dysfunktionale Anpassungen zu erkennen. Dies ist der erste Schritt dahin, sich von diesen Verhaltens- und Denkmustern zu distanzieren und letztendlich auf sie zu verzichten. Wurde eine Sucht diagnostiziert, bietet eine themenzentrierte Suchtgruppe die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit Themen wie Krankheitseinsicht, Abstinenz- und Veränderungsmotivation, Funktion des Suchtmittels, Umgang mit Suchtdruck und Rückfallprophylaxe.

In der *Kernphase* ist durch die Verringerung des destruktiven Ausagierens und durch die Verbesserung basaler struktureller Funktionen die psychodynamisch orientierte Bearbeitung der Persönlichkeitsstörung möglich. Zum einen wird die Arbeit an den in der Basisphase definierten Zielen fortgesetzt. Sie werden nun jedoch um weitere Ziele ergänzt, wie z.B. die Verarbeitung und Integration der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen, die Veränderung relevanter interner Repräsentationen (Personenschemata, Beziehungsschemata, Lebensskripten) sowie durch den Erwerb adaptiver Anpassungen in unterschiedlichen Lebenssituationen.

Das gesamte therapeutische Setting, d.h. die Einbindung der Patienten in die Borderline-Gruppe, der Kontext der therapeutischen Gemeinschaft der gesamten Mitpatienten, die therapeutische Beziehung zur weiblichen wie zum männlichen Therapeuten/in sowie zu dem Pflgeeteam erlaubt die Aktualisierung der störungsspezifischen inneren Prozesse der Patienten. Dies zeigt sich in der Aktivierung der entsprechenden Personen- und Beziehungsschemata oder Lebensskripte, z.B. in der Reinszenierung maladaptiver interpersonaler Beziehungsmuster in Übertragungen auf die Therapeuten 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, darunter liegende eigene Impulse und Bedürfnisse, Selbstobjekt-Bedürfnisse sowie das gesamte psychodynamische Kräftefeld (das Zusammenwirken von Selbst-Schemata, Schemata signifikanter Anderer, Beziehungsschemata und die daraus

gebildeten Lebensskripte) 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 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 zu betrauern und sich den Möglichkeiten der Gegenwart zu öffnen. Die ständige Reinszenierung der unerledigten Erfahrungen ist nicht mehr notwendig. Der geschilderte Prozess der Bewusstwerdung 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 sowie zur Gruppe erlauben es, über die erlittenen Traumatisierungen zu berichten und ermöglichen eine weitere Bearbeitung in der Kerngruppe, ggf. unterstützt durch die Teilnahme an einer indikationsspezifischen Gruppe zur Traumabearbeitung.

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.

An einem Fall sollen ein Therapieverlauf und einige typische Behandlungsprobleme beispielhaft veranschaulicht werden.

Die 25-jährige Patientin, die mehrfach wegen selbstverletzenden Verhaltens in der Psychiatrie war, kam auch wegen dieser Symptomatik zur Aufnahme, zusätzlich war sie schwer depressiv und hegte Suizidgedanken. Sie litt außerdem darunter, keine Partnerschaft eingehen zu können, da sie Angst vor Männern hatte. Sie könne liebevolle Zuwendung nicht ertragen. Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle könne sie kaum wahrnehmen, geschweige denn äußern. Sie lebe allein und eher zurückgezogen, habe jedoch einige engere Freunde. Sie sei nikotinabhängig, habe teilweise exzessiv Alkohol missbraucht und sich unter Alkoholeinfluss wiederholt schwer verletzt. Die emotionale Atmosphäre in ihrem Elternhaus sei extrem karg gewesen, das Verhältnis zur Mutter und zu den Geschwistern beziehungslos. Sie sei in der Pubertät vergewaltigt worden. Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie stellte sich heraus, dass sie von zwei Männern aus dem familiären Umfeld bis zur Aufnahme in die Klinik jahrelang sexuell missbraucht worden war. Es wurde eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und nach der OPD ein gering integriertes Strukturniveau diagnostiziert. In den ersten Therapiewochen, der *Basisphase*, wurden die Behandlungsvoraussetzungen geklärt, die Therapievereinbarung erstellt und darin gemeinsam mit der Patientin Therapie-

ziele definiert. Diese waren im Einzelnen, Aufgabe des destruktiven Ausagierens in Form von Selbstverletzungen und Suchtverhalten, verbesserte Selbstwahrnehmung und Affektregulierung im sozialen Kontext, verbessertes Identitäts- und Selbstwertgefühl, Verbesserung der Beziehungsgestaltung, Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen und Klärung der inneren Beziehung zum verstorbenen Vater. Die Patientin erstellte einen Konfrontationsvertrag, entschied sich darin, auf selbstverletzendes Verhalten, Nikotinabusus und Alkoholmissbrauch zu verzichten sowie sich auf der sozialen Ebene auf sich abkapselndes, selbstabwertendes und „So-tun-als-ob“-Verhalten ansprechen zu lassen. Neben einem Non-Suizid-Vertrag erarbeitete sie in der Vertragsgruppe einen Non-Selbstverletzungsvertrag. Dieses destruktive Verhalten bedurfte einer vertieften Analyse, damit es aufgegeben werden und durch alternatives Verhalten ersetzt werden konnte. Die Aktionen im Vertrag gaben ihr im Kontext des gesamten Klinikalltags einen Aufmerksamkeits-Fokus dahingehend, sequentielle Verhaltensabläufe bei sich zu erkennen, ihre Selbstwahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen zu stärken und zu sehen, wo sie Schwierigkeiten mit deren Ausdruck hatte sowie sich von anderen Personen zu differenzieren und Phantasien über diese an der Realität zu überprüfen. In der Klingelrunde und der Basisgruppe konnte sie ihre Schwierigkeiten und ihre Erfahrungen damit ansprechen und aktuelle Problemlösungen erarbeiten. In diesen Gruppen zeigte sich ebenfalls, dass kognitiv-integrative Funktionen, wie sich zu orientieren, etwas bewerten, zu antizipieren und zu entscheiden, wohl vorhanden waren, jedoch hauptsächlich in der Fürsorge für andere angewandt wurden. Grobe Einbrüche zeigten sich hier, wenn Traumatisierungen stimuliert wurden, sei es dadurch, dass Erinnerungen ins Bewusstsein traten oder äußere Ereignisse bzw. die Arbeit anderer Patientinnen zur Restimulierung führten. In der themenzentrierten Suchtgruppe setzte sie sich mit ihrem Suchtverhalten auseinander.

In der *Kernphase* wurden eine Reihe von Themen aktualisiert und in Richtung auf die definierten Therapieziele hin bearbeitet. Erstens hatte die Patientin schon in der Basisphase eine extreme Fürsorge gegenüber ihrer Herkunftsfamilie gezeigt. Sie überlegte beispielsweise, die Therapie zu unterbrechen, um ihrer Schwester aus einer familiären Notlage zu helfen. In der Kernphase aktualisierte sich noch deutlicher, wie sehr sie sich in ihrem Identitätsgefühl von Familienmitgliedern in deren Funktion als Selbst-Objekte abhängig fühlte. Sie hatte große Angst, der Mutter zu widersprechen oder nicht für sie oder die Schwester zu sorgen, weil sie befürchtete, aus der Familie herauszufallen und „niemand mehr zu sein“. Sie hatte auch Angst, die Familie zu verraten, wenn sie biographische Erlebnisse erzählte. Einige Male reagierte sie darauf sehr labilisiert und verfiel in einen schweigenden inneren Rückzug als dissoziative Reaktion, aus der sie erst nach 1-2 Tagen wieder herauskam. Dieser Widerstand aus Angst vor Erschütterung ihres Selbstkonzepts konnte erfolgreich bearbeitet werden und sie entschied in einer nochmaligen Besprechung ihrer Therapieziele, dass es darum gehe, sich selbst und nicht mehr ihrer Schwester und Mutter zu helfen. Die Distanzierung von den familiären Selbst-Objekten wirkte sich allerdings auf die Beziehungen zum therapeutischen Team aus. Sie zeigte eine Übertragungs-Spaltung. Auf der einen Seite die Arbeitsbeziehung zu den Therapeuten, in der sie weiterhin Fortschritte machte, auf der anderen Seite die Beziehung zu den Krankenschwestern, bei denen sie über manipulativ-demonstratives Verhalten - indem sie mit Selbstverletzungen drohte oder kokettierte - Aufmerksamkeit und Zuwendung bekam. Die Krankenschwestern hatten von ihr somit die Funktion als Selbst-Objekte übertragen bekommen. Sie versuchte, die Beziehung in regressiver Weise zu gestalten, was für das Pflgeteam ein Ausmaß an Druck und Verantwortung bedeutete, welches bald das Maß des Erträglichen überschritt. Anfangs wurde die Spaltungsdynamik auch im the-

rapeutischen Team ausagiert, da wir die unterschiedlichen Erfahrungen mit der Patientin nicht genügend zusammenführten. Dies konnte jedoch im Rahmen der Supervision aufgelöst werden. Daraufhin war es möglich, die Patientin mit der Spaltungsdynamik in ihrer Funktion als Externalisierung innerer Prozesse zu konfrontieren und sie konnte die Rolle explorieren, die das Pfllegeteam für sie erfüllte. Sie hatte ihren inneren Druck nach außen verschoben, sie traute sich nicht, ihre Bedürfnisse in die Beziehung zu den Therapeuten einzubringen, aus Angst vor der Nähe, die entstehen könnte. Also machte sie dies über den Umweg der Krankenschwestern, bei denen sie heftige Sorge auslöste. Die Krankenschwestern dienten außerdem als Blitzableiter für Wut, Ärger und Rache, was im Sinne einer Übertragung der Objektbeziehung zur Mutter zu verstehen war, bei der sie sich nicht traute, offen aufzubegehren. Über die Bewusstwerdung dieser Dynamik konnte die Spaltung aufgehoben werden und die Patientin wandte sich vermehrt der Gruppe und den Therapeuten zu, auch wenn dies von ihr zunächst wieder als bedrohlich und labilisierend erlebt wurde. Dies ermöglichte jedoch korrektive emotionale Neuerfahrungen, die ihre Personenschemata veränderten (die Therapeuten und Krankenschwestern konnten ganzheitlicher in ihren unterschiedlichen Facetten wahrgenommen werden). Auch veränderte sie ihre Beziehungsgestaltung, indem sie lernte, ihre Bedürfnisse konstruktiv und zielgerichtet zu äußern. Sie erarbeitete einen Non-Manipulationsvertrag, der sie auch kognitiv dabei unterstützte, Auslöser für Rückfälle in regressiv-verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und alternatives Verhalten zu wählen. Dennoch waren therapeutischerseits immer wieder klare Grenzen als Unterstützung nötig, da sie noch einige Male ihren Non-Selbstverletzungsvertrag außer Kraft setzte, indem sie ihn nicht mehr als verbindlich ansah. Dies hatte eine Rückstufung in die Basisphase zur Folge, bis sie das Problem gelöst hatte.

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

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

In der *Abschiedsphase* kam es nochmals zu Rückfällen in destruktives Ausagieren und regressives Verhalten. Dies war verstehbar aus einer Wut über die Begrenztheit des Guten, Mütterlichen, über das sie aufgrund ihrer mangelnden Objektkonstanz keine Kontrolle erlebte und das deshalb angesichts der näher rückenden Entlassung schwer für sie zu ertragen war. Es war möglich, dies mit ihr zu bearbeiten und sie konnte die Begrenztheit besser akzeptieren, da ihre Selbstobjekt-Bedürfnisse angesprochen und gesehen wurden. Ihre Selbstwahrnehmung und selbst-reflexive Bewusstheit waren mittlerweile so weit verbessert, dass sich die Dynamik auf die „innere Bühne“ verlagern konnte. Sie erlebte früher dissoziierte Selbst-Schemata jetzt in einem intrapsychischen Dialog, die „Kleine“, die innerlich nach Liebe, Geborgenheit, Wärme und Halt schrie und die „Große“, die ihr dies nicht gab und beide mit einem Hass aufeinander. Sie spürte, wie die „Kleine“ litt, sie als ganze Person aber keinen Weg fand, sie zu trösten. Mittlerweile konnte sie die Beziehungen zum therapeutischen Team offen und direkt nutzen und modellhaft einen fürsorglichen Umgang mit sich selbst erlernen. Die Tatsache, dass diese Entwicklung möglich war, spricht für eine integriertere psychische Struktur und damit für einen erweiterten seelischen Innenraum sowie eine Integration vorher dissoziierter und projizierter Persönlichkeitsanteile. Hinsichtlich der anfangs definierten Therapieziele konnten am Ende der Therapie deutliche Fortschritte verzeichnet werden. Im Prä-Post-Vergleich wurde testpsychologisch eine signifikante Verbesserung der Depressivität und der Impulskontrolle festgestellt. Eine gezieltere Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen war auf Wunsch der Patientin nicht erfolgt, wäre vermutlich auch eine Überforderung für sie gewesen. Sie wurde jedoch dabei unterstützt, schon von der Klinik aus den beiden Männern aus dem familiären Umfeld, die sie sexuell missbraucht hatten, klare Grenzen zu setzen und sich Unterstützung bei Freunden und Bekannten zu sichern.

Evaluation

Alle bei uns behandelten Borderline-Patientinnen werden seit 1988 systematisch im Prä-Post-Vergleich untersucht. Die Messungen werden mittlerweile mit den Instrumenten SCL-90, BDI, MMPI, Gießen-Test, SASB und IIP durchgeführt. Mestel (1993) konnte eine hohe Effektivität für die Langzeitbehandlung von in unserer Klinik behandelten Borderline-Patientinnen feststellen (n=83 im Prä-Post-Vergleich). In einer katamnestischen Untersuchung (1–7 Jahre Katamnese-Intervall) mit n=203 hier behandelten Borderline-Patientinnen (Liedke 1997, Dorn 1997) wurden auf den meisten Skalen des MMPI und des Gießen-Tests statistisch signifikante Unterschiede zwischen Therapiebeginn und Katamnesezeitpunkt gefunden. In einer weiteren Studie (Mestel u. Votsmeier 1997) erreichten die Borderline-Patienten das gleiche Ausmaß an Symptomreduzierung auf allen Skalen der SCL-90 im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe von Patientinnen mit einer Essstörung ohne Persönlichkeitsstörung.

In einer Studie mit 26 Borderline Patientinnen wurde mittels sechsfach abgestuften DSM-IV-Kriterieneinschätzungen (nach Clarkin u. Mitarb. 1998) versucht, den kurzfristigen Therapieerfolg in stationärer Behandlung zu präzisieren (Brintzinger 2001). Eine weitere Arbeit beschäftigt sich mit der empirischen Ermittlung von Subclustern von etwa 150 Borderline Patienten anhand der neun DSM-IV Borderline-Kriterien, die von den behandelnden Therapeuten auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt worden waren (Grunewald in Vorb.).

Die Borderline-Störung ist gekennzeichnet durch:

- Die Auswirkungen realer Beziehungserfahrungen im Sinne kumulativer Traumatisierungen
- Eine dysfunktionale, dissoziative Verarbeitung und verzerrte innere Repräsentation dieser Beziehungserfahrungen, mit Entwicklungsdefiziten als Folgen, die als defizitär bedingte Symptome in Erscheinung treten
- Dysfunktionale Anpassungen als Bewältigungsversuche, die als protektiv bedingte Symptome in Erscheinung treten, worunter auch Suchtverhalten und andere selbst- und beziehungsschädigende Verhaltensweisen zu verstehen sind
- Symptombildung in Belastungssituationen, in denen es nicht gelingt, die Defizite zu kompensieren bzw. weitere Erschütterungen der psychischen Struktur durch die Anpassungen zu verhindern.

Die Behandlung weist deshalb folgende Merkmale auf:

- Globales Ziel ist die Veränderung der inneren Repräsentation von Beziehungserfahrungen einschließlich der sich daraus ergebenden Schemata von sich selbst, signifikanten anderen und Beziehungen sowie die Verbesserung defizitärer Funktionen und Fähigkeiten der Person.
- Die therapeutischen Maßnahmen sind erfahrungsorientiert und verbinden eine dialogische Haltung in der therapeutischen Beziehung mit klärungs- und bewältigungsorientierten therapeutischen Strategien auf der Basis einer prozessualen Aktivierung der Probleme sowie der Ressourcenlage der Person.

In einem sequentiellen Vorgehen wird durch therapeutische Verträge und andere bewältigungsorientierte Maßnahmen destruktives Ausagieren verringert, werden adäquate Schutz-, Regulations- und Kommunikationsfunktionen entwickelt, werden über integrationsfördernde therapeutische Strategien und korrektive emotionale Neuerfahrungen Verarbeitungsprozesse gefördert sowie funktionale innere Bilder und Schemata verinnerlicht und damit das Integrationsniveau der psychischen Struktur und die Beziehungsgestaltung verbessert.