

Petra Klampfl

Zwischen Zudröhnen und Verwöhnen – Spannungsregulation und Selbstfürsorge in der (musik-)therapeutischen Arbeit mit strukturell gestörten PatientInnen

Fallbeispiel:

Eine junge Borderline-Patientin kommt nach telefonischer Vorankündigung von der betreuenden PSD-Ärztin zur wiederholten stationären Aufnahme. Zum Aufnahmezeitpunkt wirkt sie angstüberflutet, starr, weinerlich, kaum kontaktierbar, in einem deutlich dissoziativen Zustand.

Der Zustand der Patientin hat sich laut Angaben der Ärztin in den letzten Wochen massiv verschlechtert. Sie habe keine Medikamente genommen, es sei zu dissoziativen Zuständen gekommen mit Flashbacks und Selbstverletzungen. Sie habe zuletzt nicht mehr gegessen und getrunken und kaum mehr geschlafen.

Sie wird wegen bestehender Selbstgefährdung untergebracht und medikamentös behandelt. Nach einigen Tagen kommt es zu einer deutlichen Verbesserung des Zustandsbildes, und im Gespräch berichtet die Patientin von belastenden Situationen im Umfeld. Es wird deutlich, dass die Patientin immer wieder dazu neigt, für sie kaum aushaltbare Situationen zu ertragen ohne sich Hilfe zu holen. Dahinter steckt teilweise die Überzeugung, dass ihr letztlich nicht geholfen werden kann und dass sie's nicht wert ist.

1. Zur Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörungen und strukturellen Störungen

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bei der Entstehung von Borderline-Störungen wird von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen. Unter Einbeziehung neuerer Ergebnisse aus der Säuglings- und Traumaforschung werden Borderline-Entwicklungen, neben dispositionellen Faktoren, zu einem hohen Maß auf kumulative Kindheitstraumata zurückgeführt, d.h. dass strukturelle Defizite und Vulnerabilitäten als Folgen von Verarbeitungsstörungen nach massiven Stresssituationen und Erschütterungen in wichtigen Beziehungen in der Lebensgeschichte verstanden werden, welche zu dysfunktionalen Anpassungen mit entsprechender Symptomatik führen. Beispielsweise finden sich in der Biographie dieser Personengruppe überproportional häufig emotionale Vernachlässigung und sexueller oder körperlicher Missbrauch. Durch diese Beeinträchtigungen der Integration der psychischen Struktur werden Selbstregulierung und konstruktive Lebensgestaltung sowie das Empfinden von Identität und Selbstwert eingeschränkt und verunsichert, deutlich sind massive Beziehungsstörungen.

Laut DSM-IV handelt es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um *"ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität"* (Herpetz & Saß 2000, S. 120; nach DSM-IV, APA 1994, 1996). 70% davon sind Frauen, davon verletzen sich ca. 80% selbst und 5-10% suizidieren sich (Bohus & Unckel, 2000, S. 87). Psychostrukturelle Charakteristika nach Kernberg (1996) sind Identitätsdiffusion und primitive Abwehrmechanismen bei intakter Realitätsprüfung. Entwicklungsschritte zu mehr Integration und Stabilität werden erschwert, weil in archaischen Abwehrreaktionen zumindest zeitweise die Wahrnehmung, aber auch kognitive Funktionen stark verändert oder beeinträchtigt werden. Markant ist ein Schwanken zwischen zu heftig empfundenen Gefühlen und Zuständen. Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitsgruppe OPD, 1998) geht mittels eigener Struktur-Achse genau auf diese strukturellen Aspekte zur Diagnostik ein.

In der Integrativen Gestalttherapie beschreibt Yontef (1999) als signifikante Defizite in der Ich-Entwicklung bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung fehlende oder geringe Objektkonstanz (ein stabiles Bild von anderen kann nur eingeschränkt aufrecht erhalten werden), Spaltung (Gegensätzliches kann nicht integriert, ein Ganzes nicht aufrecht erhalten werden), Bindung oder Trennung als doppelte Gefahr (Verbundenheit wird mit Konfluenz gleichgesetzt, Trennung wird verwechselt mit Verlassenheit und Isolation) und das Hin und Her zwischen den Extremen Konfluenz und Isolation als "Borderline-Sequenz", wodurch kein guter Kontakt möglich ist (Yontef, 1999, S. 323ff).

Im Kontakt zu anderen Menschen führen fixierte maladaptive Beziehungsmuster zu gravierenden Beziehungsstörungen. Probleme in der Nähe-Distanz-Regulierung, der Wechsel von Zugehörigkeits- und Autonomiebestreben, aber auch Dynamik von Macht und Ohnmacht sind dominierende Themen. In der therapeutischen Beziehung ist die starke Involviertheit markant und das hohe Ausmaß an notwendiger Klärung der Kontakt- und Beziehungsqualität, die besonders wichtig ist.

Auch auf körperlicher Ebene widerspiegelt sich der problematische Selbstbezug. Der Körper steht für alles Schlechte und soll spannungsfrei funktionieren, ohne Pflege und Fürsorge zu brauchen. Selbstfürsorge und körperlicher Genuss im engeren Sinn finden nicht statt, stattdessen werden Selbstverletzung, Suchtverhalten, sich "Zudröhnen" mit Musik usw. häufig als selbstfürsorgliche Möglichkeiten eingesetzt. Häufig fehlt das Erleben von sich als Einheit, stattdessen kämpft ein Teil gegen den anderen, der Körper oder ein Körperteil wird zum Feind, der angegriffen wird. Diese Angriffe auf den eigenen Körper haben häufig aber auch Schutzfunktion, um die destruktiven Impulse abzuleiten ohne alles zu zerstören.

Struktur – Strukturelle Störungen

In der klinischen Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen hat Rudolf (2004) in den letzten Jahren wesentliche Differenzierungsarbeit geleistet und mit der Entwicklung der "Strukturbezogenen Psychotherapie" eine therapeutische Antwort auf strukturelle Möglichkeiten und Einschränkungen von PatientInnen gegeben, die, z.B. im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung, strukturelle Störungen aufweisen.

Struktur ist demnach definiert "als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind"(Rudolf, 2004, S. 58). Strukturelle Störungen ergeben sich aus der unzureichenden Verfügbarkeit über diese Funktionen oder ihre Vulnerabilität.

Rudolf gliedert in seinem therapeutisch-diagnostischen Ansatz das Integrationsniveau der Persönlichkeitsstruktur in Anlehnung an das Diagnosesystem der “Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik” (OPD), bezieht Ergebnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung mit ein, z.B. Aspekte zur Emotionsregulierung, und leitet aus der jeweiligen diagnostischen Erkenntnis psychotherapeutische Vorgehensweisen ab, die den strukturellen Möglichkeiten der Person in der jeweiligen Entwicklungsphase entsprechen.

Das System der OPD basiert auf fünf Achsen (ICD-10-Achse, subjektives Krankheitserleben, Beziehung, Konflikt und Struktur). Die Strukturachse unterscheidet sechs strukturelle Dimensionen (Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung) und vier strukturelle Niveaus (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert). Mittels einer Struktur-Checkliste lassen sich 21 Strukturfokuspunkte herausarbeiten, die wichtige Hinweise für die diagnostische Einschätzung und therapeutische Vorgehensweisen ermöglichen.

So lassen sich auch sechs Typen struktureller Störungen charakterisieren (Rudolf, 2004, S. 179):

- ☞ neurotische Konflikte auf gutem Strukturniveau
- ☞ neurotische Konflikte, kompliziert durch einzelne strukturelle Ausfälle
- ☞ Bewältigung struktureller Störung durch Charakterabwehr
- ☞ Bewältigung struktureller Störungen durch symptomwertiges Verhalten
- ☞ Strukturelle Störungen auf gering integriertem Niveau
- ☞ Strukturelle Störungen auf desintegriertem Niveau

Diese genaue Diagnostik und Abstimmung therapeutischen Verhaltens erscheint oft gerade bei PatientInnen wichtig, die keine offensichtliche Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, unter Umständen mit ganz anderen Diagnosen zugewiesen werden und bei denen im Laufe der Behandlung entweder große Schwierigkeiten auftauchen, z.B. destruktive Dynamik entsteht, oder sich kein positiver Verlauf zeigt.

2. Aspekte zu Entwicklungs- und Belastungsfaktoren und deren Folgen

Entwicklung von Selbstregulation und Selbstfürsorge

Versucht man Selbstfürsorge zu definieren, könnte die Formulierung in etwa lauten: “Selbstfürsorge ist eine komplexe Fähigkeit, eine Haltung, die eine bestimmte Form des gutwilligen, sorgenden Umgangs mit sich selbst umschreibt... Selbstfürsorge ist eine Qualität des Umgangs mit sich, die mit den prägenden, also emotional bedeutsamsten Beziehungserfahrungen im eigenen Leben zu tun haben...” (Küchenhoff, 1999, S. 161). Als Selbstfürsorge wird nicht nur Selbstbemutterung oder Pflege verstanden, sondern auch die Fähigkeit zu Abgrenzung, Behauptung und Verständnis im Kontakt mit anderen Menschen. Selbstfürsorge ist also an Beziehungserfahrungen und Beziehungsmöglichkeiten gebunden, d.h. es braucht bestimmte Voraussetzungen, damit Selbstfürsorge sich entwickeln kann.

Ergebnisse der Säuglingsforschung zeigen, wie wichtig Interaktionserfahrungen für die

Entwicklung des Selbst sind, wobei grundlegende Beziehungserfahrungen, besonders in den ersten Lebensjahren, vor allem leiblich erlebt werden. Aufgrund der Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfähigkeiten aus Interaktionserfahrungen kann der Säugling ein sicheres Gefühl für sich selbst und eine innere Vorstellung vom Anderen als sicheren Begleiter entwickeln, die auch in Zeiten des Alleinseins aufrechterhalten werden kann und zur Beruhigung beitragen kann (Rahm, Otte, Bosse & Ruhe-Hollebach, 1993, S. 192ff). Die primären Bezugspersonen sind dabei sowohl für optimale Stimulierung als auch für verlässliche Regulierung physiologischer Erregung und psychischen Unbehagens verantwortlich. Das Kind lernt durch diese Erfahrungen allmählich seine eigene Erregung selbst zu regulieren, sich selbst zu beruhigen und seine eigenen Fähigkeiten zur Stressbewältigung einzusetzen, oder aber bei Bedarf Hilfe zu holen (van der Kolk, 1999, S. 37). Dieses Wissen speichert sich in den Gedächtnisstrukturen des Kindes ein, verbale Repräsentanzen verbinden sich mit frühen Beziehungserfahrungen, was für weitere Informationsverarbeitung, Bedeutungsgebung, Selbstregulation und Beziehungsgestaltung maßgeblich ist. Es bildet sich ein Netzwerk aus affektiven, kognitiven und körperlichen Repräsentanzen (Küchenhoff, 2000, S. 146).

Selbstfürsorge ist dabei nicht als stabile Eigenschaft zu verstehen - wenn auch entsprechende Voraussetzungen dafür früh gelegt oder beeinträchtigt werden - sondern als eine Haltung, um die ein Leben lang gerungen werden muss und die immer an Beziehungserfahrungen und -möglichkeiten gebunden ist. Selbstfürsorge ist sehr leiblich, sie steht in engem Zusammenhang mit der Art und Weise, wie sehr wir uns eins mit unserem Körper fühlen und worauf wir uns verlassen können.

Laura Perls (1989) betont in ihrer Arbeit den Stellenwert der Selbststützung als Voraussetzung für Kontakt und Entwicklung. Aus ihrer Sicht spielen konstitutionelle Faktoren, primäre Physiologie, Haltung, assimilierte und integrierte Erfahrungen eine entscheidende Rolle dafür, wie Kontakt aufgenommen und gestaltet wird. Grundlegende Fürsorge mit Balance zwischen Nähe und Distanz, Autonomie und Abhängigkeit und der Möglichkeit zur Integration von Gegensätzlichkeiten und des Ausgleichs von aggressiven Impulsen ermöglichen positive Entwicklung, klare Ich-Grenzen und ein Gefühl von Ganzheit.

Belastungsfaktoren in der Entwicklung / Entwicklungsstörungen

Sind die Betreuungspersonen allerdings unberechenbar, misshandelnd oder vernachlässigend, wird diese Entwicklung massiv gestört. Inadäquate Stimulierung und unverlässliche Regulierung verursachen Dauerstress. Säuglingsstudien dokumentieren, dass dissoziative Zustände oder selbstzerstörerische Aggression unter Umständen die einzige Bewältigungsmöglichkeit darstellen, wenn sich Unbehagen, das durch eigenes Einwirken auf die Umwelt nicht zu beseitigen ist, bis zur Unerträglichkeit steigert (van der Kolk, 1999, S. 40). Das Kind kann keine sichere Vorstellung von sich und signifikanten Anderen entwickeln. Überwältigender Stress, Verlust und Deprivation in der frühen Entwicklung haben auch langfristige neurobiologische Folgen, was sich unter anderem in Störungen beim Erfassen und Einordnen von Gefühlszuständen zeigt. Schädigendes Verhalten der primären Bezugspersonen hat gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung von Beziehungen, auf das Selbst und auf die Regulations- und Integrationsfähigkeiten des Kindes (van der Kolk, 1999, S. 34ff). Es kann kein stabiles und realistisches Bild der interpersonalen Welt entwickelt und aufrechterhalten werden.

Stütze, die für guten Kontakt notwendig ist, fehlt, und es kommt zu einem Pendeln zwischen Extremen, weil Verbindung genauso gefährlich ist wie Trennung. Die Ich-Grenze ist unsicher und diffus und Kontaktunterbrechung dient der Abwehr. Frühe Schutzmechanismen, die ursprünglich das Überleben gesichert haben, bleiben in ihrer undifferenzierten Wirkungsweise erhalten und verformen die Funktionen des sich entwickelnden Selbst. Die Ganzheitlichkeit des Selbst mit seinen integrativen Funktionen wird durch diese Beeinträchtigungen gefährdet, Gegensätzlichkeiten können nicht integriert werden, und Teile des Selbsterlebens, die zusammen ein Ganzes bilden, werden abgespalten (Yontef, 1999, S. 324). Es entstehen strukturelle Defizite und Verletzlichkeiten, die die weitere Entwicklung beeinträchtigen und die Kontakt- und Beziehungsgestaltung prägen.

Traumatische Beziehungserfahrungen überfordern die aktuelle Reizverarbeitungsfähigkeit eines Menschen, es kommt zu einem biologisch determinierten Übererregungszustand. Sind Kampf oder Flucht unmöglich, droht die Erfahrung völliger Hilflosigkeit und Ohnmacht. Gibt es zu wenig Bewältigungsmöglichkeiten und/oder wiederholen sich die Traumatisierungen, kommt es zu pathologischen Reaktionen und neurophysiologischen Veränderungen, die wiederum eine erhöhte Stressanfälligkeit bewirken und Verarbeitung neuer Erfahrungen erschweren. Die Organisation der Wahrnehmung von sich selbst und von anderen und die Art und Weise, wie weiterhin auf Belastungen (und) in Beziehungen reagiert wird, verändert sich. Durch die Überforderung der integrativen Funktionen der Person durch die traumatische Erschütterung kommt es zu einer Katastrophenreaktion im Versuch, den Zustand der existentiellen Bedrohung möglichst rasch zu beenden. Als Regulierungsversuch kommt es zum Kontaktabbruch, z.B. durch Dissoziation. Traumaspezifische Verarbeitung bewirkt, dass unerträgliche Szenen unintegriert und dissoziiert erhalten bleiben, wobei viel Energie für die Abwehr dieser Erinnerungen verwendet wird. Äußere Ereignisse, Gedanken und Gefühle können diese aber leicht "triggern", was wiederum Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle aktualisiert.

Dissoziation während und nach der Traumatisierung bewirkt neben Schutz aber auch die Zerstörung der eigenen Wahrnehmung, die aufrechterhalten werden muss, um das traumatische Geschehen nicht durch Intrusionen (oder Flashbacks) zu aktualisieren und dadurch Retraumatisierungen zu riskieren. Die Aufspaltung der Wahrnehmung durch Dissoziation wird durch Abwehrmechanismen stabilisiert und aufrechterhalten. Aber auch dissoziative Mechanismen, die ursprünglich Regulationsversuch und Überlebensschutz waren, können sich generalisieren und verselbständigen und werden so unter Umständen selbst zum Problem. Zahlreiche Untersuchungen ergaben signifikante Hinweise auf Zusammenhänge von Traumatisierungen, Dissoziativität und selbstverletzendem Verhalten (Sachsse, 2000, S. 359).

Entwicklung von Selbstregulation und Selbstfürsorge

Stimulierungen und Reaktionen der Umwelt

Optimale Stimulierung und verlässliche Regulierung von negativer Erregung	Inadäquate Stimulierung und unverlässliche Regulierung verursacht Dauerstreß
---	--

Grundlegende Beziehungserfahrungen

Verinnerlichung sorgender Beziehungserfahrungen und des Gehaltenwerdens	keine sichere Vorstellung von sich und signifikanten Anderen
---	--

Netzwerk aus affektiven, kognitiven und körperlichen Repräsentanzen

Positive Interaktions- und Selbstregulationserfahrungen maßgeblich für weitere Informationsverarbeitung, Streßregulation und Beziehungsgestaltung	Streß, Verlust und Deprivation – Veränderung/Einschränkung der Gedächtnisprozesse, Streßphysiologie, Affektregulation und Beziehungsgestaltung
---	--

Grenze – Kontakt – Stütze

Balance zwischen Nähe und Distanz, Autonomie und Abhängigkeit	Bindung und Trennung als doppelte Gefahr, Pendeln zwischen Konfluenz und Isolation
---	--

Integration

Gegensätzlichkeiten integrierbar; aggressive Impulse werden ausgeglichen; Ganzheit	Gegensätzlichkeiten unintegrierbar, aggressive Impulse werden verleugnet/verlagert; Spaltung
--	--

Kernpunkte struktureller Entwicklung:

Rudolf (2004) verweist in seinem Ansatz der „Strukturbezogenen Psychotherapie“ explizit auf die Säuglingsforschung und dabei auf die strukturellen Entwicklungsschritte, die den stufenweisen Ausbau der Fähigkeit der Selbstwirksamkeit und der Fähigkeit zur Beziehungsregulierung zeigen. Eine genauere Darstellung dieser Entwicklungsschritte würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die von Rudolf dargestellten strukturellen Funktionen grundsätzlich drei Zielrichtungen haben: differenzieren, integrieren und regulieren.

Strukturelle Entwicklung betrifft immer zugleich das reifende Selbst und die sich differenzierenden Beziehungen und kann in Kernpunkten zusammengefasst werden (Rudolf, 2004, S. 17ff):

- ☞ Die Erfahrung, sich ausdrücken zu können und sein wichtiges Objekt damit zu erreichen.
- ☞ Die Erfahrung, als Antwort auf den eigenen Appell beachtet, verstanden, beruhigt, getröstet zu werden.
- ☞ Die Erfahrung, dass Situationen gemeinsam emotional bewertet und getragen werden können.

- ☞ Die sprachlich begriffliche Differenzierung von Emotionen.
- ☞ Die Erfahrung des Körper-Selbst.
- ☞ Die Differenzierung von Ich und Nicht-Ich.

Damit es zu Störungen der strukturellen Entwicklung beim Kind kommt, braucht es deutliche Belastungen. Es müssen die familiären Entwicklungsbedingungen für das Kind massiv eingeschränkt werden, wobei es mittlerweile eine Fülle von empirischen Befunden gibt, die den Zusammenhang zwischen der Entwicklung der strukturellen Fähigkeiten und den familiären Belastungsfaktoren aufzeigen konnten (Rudolf, 2004, S. 20).

3. Stationäres Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept im Überblick

Seit einigen Jahren wird an einer psychiatrischen Aufnahmestation in Niederösterreich (Landeskrankenhaus Donauregion, Standort Gugging) ein spezifisches Behandlungskonzept für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in Krisensituationen umgesetzt und weiterentwickelt, das den Kontext für nachfolgende Ausführungen darstellt. An diese Station kommen PatientInnen üblicherweise nicht zu längerfristig geplanten Aufenthalten, sondern in Krisensituationen, d.h. im Zustand extremer Destabilisierung, Überflutung und Orientierungslosigkeit verbunden mit massiven Verstrickungen im Umfeld oder gar Zusammenbruch des sozialen Netzes. Ziel dieses Konzeptes ist es, gemeinsam mit diesen PatientInnen und unter Einbeziehung ihres Umfeldes zu Ansätzen einer Erweiterung ihrer Kontakt- und Regulierungsmöglichkeiten und dadurch zu mehr Stabilität und Integration zu gelangen, was wiederum Basis für eine anschließende längerfristige ambulante Therapie schaffen soll.

Im stationären Setting werden, nach einem Erfassen der „Beziehungsszene“, ausführlich Möglichkeiten und Grenzen des Aufenthalts besprochen. Dabei erfolgt auch die Motivationsklärung, die ausschlaggebend für eine individuelle Behandlungsvereinbarung ist. In einem Therapievertrag werden Ziele, Grenzen und Regeln, spezifische Therapieangebote, Regulierung des Umgangs mit Spannung und Alleinsein, aber auch mit Kontakten verbindlich vereinbart und regelmäßig von allen Beteiligten (PatientIn und Teammitglieder) in einer „Teamintervention“ (Döcker, 2002) reflektiert und aktualisiert, während gleichzeitig das soziale Umfeld und der Übergang „nach draußen“ miteinbezogen werden. Zentral ist dabei die Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen, d.h. die Einbeziehung ihrer Ressourcen als auch das Einfordern ihres Teils bei der gemeinsamen Arbeit von Anfang an. Es wird z.B. ein Stufenplan zur Bewältigung von Spannungszuständen oder Zeiten des Alleinseins vereinbart, der für alle Beteiligten transparent und verbindlich ist, wo die PatientInnen sehr zu Eigenaktivität und Selbststeuerung motiviert werden, um Regression möglichst einzugrenzen und Selbstwahrnehmung und -regulierung zu verbessern. Selbstverletzung wird als Regulierungs- und Entlastungsfunktion in gewissem Maß anerkannt mit der gleichzeitigen Einforderung von alternativen Möglichkeiten.

In diesen regelmäßigen Teaminterventionen wird genau reflektiert, was von den Vereinbarungen hilfreich und entlastend war oder wo Veränderungen notwendig sind, aber auch, was zu neuerlichen Spannungszuständen, Dissoziation, Selbstverletzung,... geführt hat und wie in Zukunft damit umgegangen werden kann. Das multiprofessionelle Team hat Grenz- und Haltefunktion, fördert die Realitätsbeziehung und ermöglicht in diesem Sinne

Selbstfürsorge. Neben dem notwendigen Verständnis für die jeweilige Situation braucht es dabei gegebenenfalls auch dosierte Konfrontation mit destruktiven Anteilen und dysfunktionalen Verhaltensweisen.

Intensive Zusammenarbeit im Team und ein Sich-Einlassen von allen Beteiligten sind Voraussetzung, um der intensiven Dynamik konstruktiv begegnen zu können, die z.B. bei Selbstverletzung und/oder Suizidalität entstehen kann und einen nicht unwesentlichen Faktor für die Arbeit darstellt. Unter dem Sich-Einlassen wird in diesem Zusammenhang die Bereitschaft verstanden, die unterschiedlichen Empfindungen und Gefühle im Kontakt mit den PatientInnen wahrzunehmen und zuzulassen ohne sie auszuagieren. Bewusster Umgang mit heftigen Reaktionen und polaren Haltungen im Umfeld, Beziehungsklärung, transparente Rollenaufteilung und möglichst viel Klarheit im Umgang mit Grenzen und Regeln, ohne die notwendige Flexibilität zu verlieren, stehen auf allen Ebenen in der Zusammenarbeit immer wieder im Vordergrund, um genügend Sicherheit und Entlastung und dadurch den notwendigen Spielraum zu haben. Das erfordert eine Arbeitskultur, wo das Austauschen von unterschiedlichen Wahrnehmungen und differierendem Erleben möglich ist, um nach entsprechender „Verdauung“ wieder eine gemeinsame Haltung vertreten zu können und sich nicht in Einzelaktionen zu verausgaben und die alte Dynamik zu wiederholen. Weiters wird Vernetzung auch für die ambulante therapeutische Betreuung betont und gepflegt, wo neben PsychotherapeutIn üblicherweise auch Facharzt/ärztin, SozialarbeiterIn, WG-BetreuerIn u.a. gut miteinander abgestimmt und auch weitere stationäre Krisenaufenthalte eingeplant sein müssen.

Für PatientInnen mit strukturellen Störungen bei einer anderen Hauptdiagnose können einzelne Elemente dieses komplexen Behandlungskonzeptes eingesetzt werden, um destruktive oder stagnierende Prozesse hintanzuhalten oder zu verändern.

Fallbeispiel:

Beispielsweise wurde bei einer 50-jährigen Patientin mit rezidivierenden Depressionen, Medikamentenabusus und Panikattacken die strukturelle Störung erst im Lauf der Behandlung deutlicher, als es zu einer Verschlechterung und dem Gefühl von Hilflosigkeit gekommen ist. Durch das Reagieren, Einlassen, Verstehen und ihr dann zur Verfügung stellen des Verstandenen auf Teamebene konnte die destruktive Dynamik rasch aufgelöst werden und die Patientin konnte ihre nächsten Schritte machen.

Spannungsregulation und Selbstfürsorge

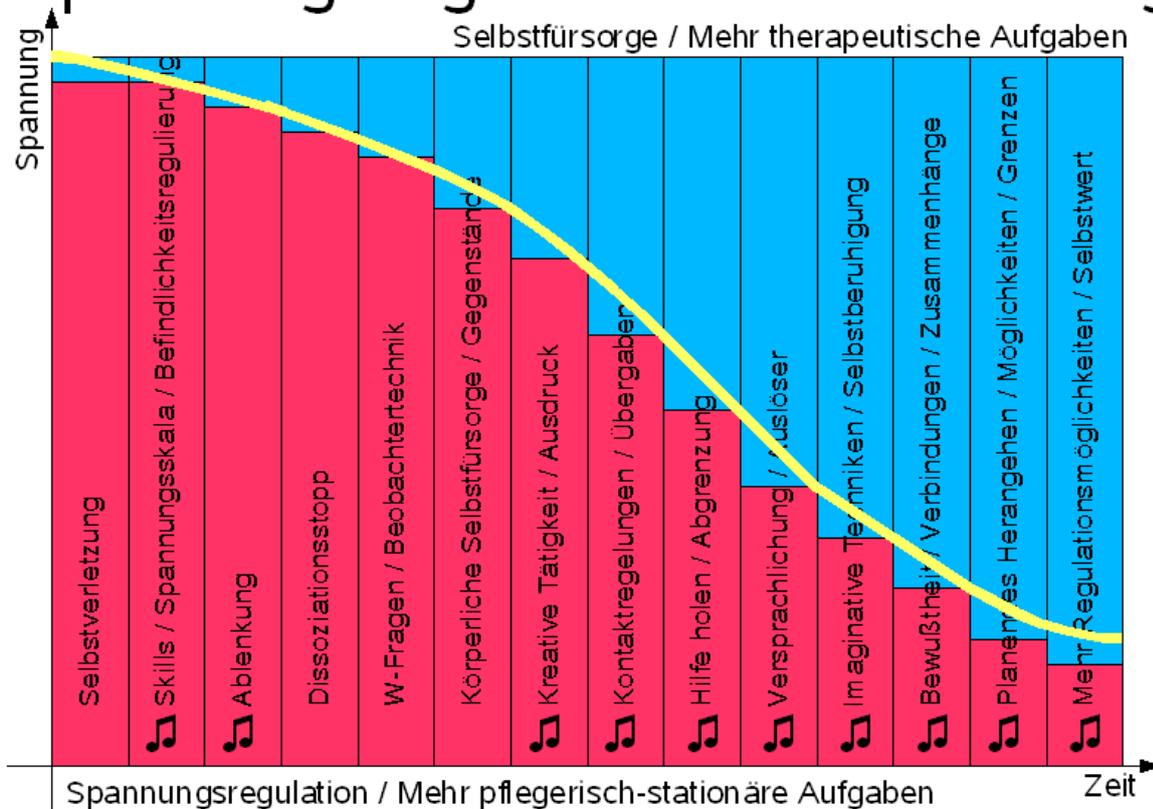
In der therapeutischen Arbeit mit strukturell gestörten PatientInnen lässt sich oft keine klare Grenze zwischen Spannungsregulation und Selbstfürsorge ziehen, vielmehr gehen die Bereiche ineinander über oder sind miteinander verwoben. Auch wechseln Aufgabenbereiche und Involvierung der verschiedenen Berufsgruppen fließend, je nach Spannungsniveau und Kompetenz der PatientInnen. Grundsätzlich führt der Weg von sehr basaler Beruhigung zu immer mehr Differenzierung.

Durch Ergebnisse der Hirnforschung wurde belegt, dass Menschen ab einem gewissen Spannungsniveau nicht mehr klar denken können, dass nur mehr massive Reize oder Handlungen entgegenwirken können, wie z.B. auch Selbstverletzungen. Man geht von unterschiedlichen „Informationskanälen“ aus, die abhängig vom Spannungszustand verfügbar sind.

In der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) geht man gezielt darauf ein und bietet je nach Anspannung unterschiedliche „Skills“ (Fertigkeiten, die geübt werden) an. Ausgehend von der höchsten Stufe sind das die Bereiche Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Selbstwert und Achtsamkeit (Bohus & Höschel, 2006; Rimmel & Richarz, 2006).

Im Gugginger Behandlungskonzept steht zu Beginn der Behandlung üblicherweise Befindlichkeitsregulierung, wo die PatientInnen einerseits durch gezieltes Nachfragen durch das Personal ihre eigene Spannung auf einer Skala von 0-10 einschätzen und andererseits im „Skills-Training“ (in Anlehnung an Techniken aus DBT) verschiedene Möglichkeiten zur Spannungsregulation ausprobieren, einstufen und umsetzen lernen. Beispielsweise werden verschiedene starke Reize, wie Kältereiz, Schärfe (Chili,...), taktile Reize (Massageball,...) und anderes, die der inneren Anspannung regulierend entgegenwirken können, ebenso eingesetzt wie Alternativen zu Ablenkung und Beruhigung, wie z.B. Musikhören, Bewegung, Mandala malen,... In dieser Zeit ist in erster Linie das Pflegepersonal involviert, das restliche Team bezieht sich aber inhaltlich stark darauf, und die Erfahrungen aus dem „Skills-Training“ werden auch in den Therapievertrag miteinbezogen.

Spannungsregulation - Selbstfürsorge



In einem nächsten Schritt, d.h. wenn die PatientInnen eine gewisse Bereitschaft und Kompetenz in der Regulierung ihrer Befindlichkeit zeigen, werden spezifische Therapieangebote gestartet, die individuell auf die Notwendigkeiten und strukturellen Gegebenheiten der PatientInnen abgestimmt werden. Bei PatientInnen, die Gruppensituationen möglicherweise weniger gut für sich nützen können, wird beispielsweise der Schwerpunkt mehr auf spezifische Einzeltherapie (Döcker & Klampfl, 2004) gelegt, ergänzt mit kreativen Beschäftigungsangeboten und kombiniert mit klaren Kontaktregelungen.

Wichtige Aspekte der Einzeltherapie sind dabei:

- ☞ Erweiterung der Möglichkeiten zur Selbst- und Kontaktregulation (d.h. individuelle Strategien zur Spannungsregulation, Selbstberuhigung und Selbstfürsorge, aber auch Kontakt- und Abgrenzungsthemen).
- ☞ Arbeit an Stabilisierung (z.B. mittels Techniken aus der Traumatherapie) und Differenzierungsarbeit (Zuordnen und Auseinanderhalten von unterschiedlichen Zuständen und Situationen (z.B. bei Dissoziationen) und das Erkennen von belastenden und/oder triggernden Situationen. Biographische Arbeit, z.B. Bearbeitung traumatischer Ereignisse, ist nur bei entsprechender Stabilität möglich und wird bei einem Krisenaufenthalt meist nicht fokussiert.
- ☞ Arbeit an mehr Bewusstheit über Verbindungen und Zusammenhänge und dadurch Möglichkeit zu mehr planendem Herangehen.

Die in der Einzeltherapie erarbeiteten Ansätze können in den Stationskontext übertragen werden, wo z.B. Probehandeln (z.B. beim Hilfeholen, sich Abgrenzen,...) und durch das Team zusätzlicher Halt möglich ist (auch für die Therapie).

Bei strukturell gestörten PatientInnen auf höherem Niveau sind Gruppentherapien mit ihren verschiedenen Schwerpunkten wichtiger Bestandteil der Behandlung und bringen vielfältige Möglichkeiten in Zusammenhang mit Spannungsregulation und Selbstfürsorge. Bei Bedarf können gezielte zusätzliche Interventionen (z.B. Interventionen auf Teamebene, wenn innere Anteile der PatientIn sich auf der Stationsebene widerspiegeln und eine problematische Dynamik entstehen könnte) oder Angebote im Einzelsetting (z.B. Erlernen von Imaginationsübungen zur Selbstberuhigung (Reddemann, 2001)) ergänzend eingesetzt werden.

Grundsätzlich kann der therapeutische Prozess in vier Phasen unterteilt werden:

- ☞ Einstiegsphase: mit erster Beruhigung durch Befindlichkeitsregulierung, Spannungsregulation und dem Herstellen eines sicheren Rahmens.
- ☞ Differenzierungsphase: mit dem Begrenzen von Themen und Fokussierung, aber auch genauere Differenzierung von Situationen und Zuständen, Grenzen und Regeln.
- ☞ Experimentierphase: mit der Möglichkeit zu mehr Selbstfürsorge und neuem Miteinander, wo Zusammenarbeit und Verlässlichkeit im Vordergrund stehen, aber auch das (Wieder-) Entdecken von eigenen Ressourcen und Strategien und das Herstellen von mehr inhaltlichen Verbindungen.

- ☞ Abschiedsphase: mit dem Versuch, die Verunsicherung durch die bevorstehende Veränderung gemeinsam zu bewältigen mit Hilfe von gemachten hilfreichen Erfahrungen und mehr Kompetenz im Umgang mit schwierigen Befindlichkeiten, aber auch durch das Organisieren und Sichern von Übergängen.

Ziel ist es, den PatientInnen mehr Kompetenz im Umgang mit schwierigen Situationen zu vermitteln und ihnen dadurch mehr Regulationsmöglichkeiten zu vermitteln, wenn sie bereit sind, ihren Teil der Eigenverantwortung zu übernehmen, was z.B. auch heißt, fürsorglich genug mit sich umzugehen, um sich nicht in krisenhafte Zustände zu manövrieren.

4. (Musik-)Therapeutische Überlegungen und Zusammenfassung

Spannungsregulation und Selbstfürsorge in der Musiktherapie

Ganz allgemein kann gesagt werden, dass Musik an sich einen besonderen Stellenwert bei PatientInnen mit strukturellen Störungen haben kann. Für die meisten ist Musik ein ständiger Begleiter und wird nicht selten ohnehin schon gezielt zur Beruhigung, als Ventil, zur Ablenkung,... eingesetzt, ohne dass die PatientInnen sich darüber viele Gedanken gemacht haben. Gruppenmusiktherapie kann dagegen für solche Menschen aufgrund ihrer hohen Irritierbarkeit und schlechten Abgrenzungsfähigkeit unter Umständen eine große Herausforderung oder Überforderung darstellen. Es kommt leicht zu einer Überreizung durch Defizite in der Selbst- und Kontaktregulation, sodass statt Entlastung und Beruhigung unter Umständen Spannungsverstärkung passiert.

Geht man auf diese Defizite durch das Einbeziehen bestimmter strukturierender Elemente gezielt ein, können viele der oben genannte Abstufungen im Bereich der Spannungsregulation und Selbstfürsorge spielerisch ausprobiert, umgesetzt und reflektiert werden. Im Folgenden möchte ich einige Möglichkeiten anführen:

Musikhören kann beispielsweise ein Skill sein, das gezielt in Zeiten des Alleinseins, oder bei innerer Anspannung eingesetzt werden kann.

Beispiel: eine junge Borderline-Patientin holte sich in sehr krisenhaften Zeiten immer wieder von mir einen Koschball (Gummifaserball) zur Beruhigung, weil sie ihn mit bestimmten positiven und hilfreichen Erfahrungen verbinden konnte (Übergangsobjekt), und dazu regelmäßig eine CD mit Musik von Vivaldi.

Im gemeinsamen Improvisieren mit bestimmten Regeln können im Schutz der Gruppe verschiedene Emotionen ausgedrückt werden, die sonst schwer zugänglich oder als zu bedrohlich weggehalten werden.

Beispiel: Ein Mann mit struktureller Problematik und deutlicher Selbstunsicherheit konnte sich in der Gruppenmusiktherapie durch kräftiges Improvisieren regelmäßig deutlich entlasten, während er in anderen Kontaktsituationen sofort unter starke Anspannung kam. Durch diese neue Möglichkeit konnte ein langsamer Annäherungsprozess an seine Autoritätsproblematik beginnen.

Im aktiven Improvisieren wird beispielsweise das Trommeln manchmal anfangs als zu aggressiv abgelehnt, aber mit der Zeit von bestimmten PatientInnen als sehr hilfreiches Ventil zum Spannungsabbau erlebt, wenn die innere Erlaubnis größer wird, dass es auch legitim ist aggressiv oder angespannt zu sein und dieses Gefühl (kontrolliert) auszudrücken.

Beispiel: Eine etwas ältere Patientin mit struktureller Störung auf höherem Niveau und stark

narzisstischer Problematik geriet im Zuge des Einzeltherapiegeschehens auf verbaler Ebene immer wieder in einen Zustand innerer Verstrickung und Ohnmacht. Durch das Trommeln konnte sie durch den Ebenenwechsel rasch aus diesem Zustand aussteigen und wir konnten an ihrer Kompetenz anknüpfen. Nach und nach war eine Annäherung an ihre Aggression und Wut möglich, die sie sich vorher lange Zeit nicht erlauben konnte und auf die sie stattdessen mit massiver innerer Anspannung reagiert hatte.

Der in erster Linie nonverbale Zugang ermöglicht aber auch im Bereich der Kontaktregulation eine Fülle an Möglichkeiten, wie mit Kontaktaufnahme, aber auch -abgrenzung experimentiert werden kann und welche Formen des Miteinander möglich sind.

Beispiel: Eine junge Frau mit Abgrenzungsproblematik hatte für sich keine Vorstellung, wie sie eine für sie belastende Kontaktsituation verändern kann und regulierte ihre innere Anspannung nach solchen Situationen üblicherweise mit bulimischem Verhalten. Durch verschiedene Experimente mit Spielstopp und Ähnlichem konnte sie mehr Zugang zu ihrer eigenen Wirkmächtigkeit bekommen und versuchte nach und nach diese Erfahrungen auch auf das Stationsgeschehen zu übertragen mit dem Ziel, dies längerfristig auch in ihr persönliches Umfeld zu übersetzen.

Über das Besprechen und Reflektieren der Wahrnehmungen, Erfahrungen, Emotionen, z.B. nach der Improvisation, oder nach dem Musikhören, kann Versprachlichung unterstützt werden, die wiederum wesentlich zur Differenzierungsarbeit beiträgt. Zusätzlich können gezielte thematische Improvisationen den umgekehrten Weg unterstützen, beispielsweise wie aktuelle Themen oder Befindlichkeiten, erinnerte Szenen, unterschiedliche Selbstanteile,... ausgedrückt und bearbeitet werden können.

Beispiel: Eine junge traumatisierte Frau mit einzelnen strukturellen Defiziten blockierte sich immer wieder durch ihre Ambivalenz, was ihre Gefühle betraf. Ich lud sie ein, ihre unterschiedlichen Anteile jeweils durch ein entsprechendes Instrument darzustellen und auszudrücken. So konnte sie mehr in Kontakt zu diesen gegensätzlichen Anteilen kommen, unterschiedliche Perspektiven probieren und schließlich einen Schritt weiter machen.

Grundsätzliche Möglichkeiten in der Musiktherapie

Über Möglichkeiten und Grenzen von Musiktherapie wurde in den letzten Jahrzehnten schon viel diskutiert und geschrieben. Darauf will ich hier nicht im Einzelnen eingehen. Isabelle Frohne-Hagemann (2006) hat aktuell über Musiktherapie in der Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen geschrieben und einige interessante Verbindungen zu spezifischen Therapietechniken aus dem Bereich der Borderline-Therapien hergestellt.

Ich möchte an dieser Stelle eine relativ spontane und sicher nicht vollständige, aber persönliche Aufstellung von Möglichkeiten in der Musiktherapie mit strukturell gestörten PatientInnen machen in Anlehnung an Frohne-Hagemann:

- ☞ Wirkung der Musik an sich
- ☞ Erreichbarkeit frühen / vorsprachlichen Erlebens und Resonanzmöglichkeit
- ☞ Aktion / Interaktion auf nonverbaler Ebene
- ☞ (Wahrnehmungs-)Differenzierung und Verbindung zur Sprache
- ☞ Musik als Medium
- ☞ Gestaltungsmöglichkeit / Probehandeln

- ☞ Inszenierung innerseelischen Geschehens außen
- ☞ Unterstützung von Symbolisierung
- ☞ Globales Ventil / (Spannungs-)Regulation
- ☞ Übergangs- und Intermediärobjekt
- ☞ Zugang zu eigener Leiblichkeit

Integration von Therapietechniken und Zusammenfassung

In der therapeutischen Arbeit mit strukturell gestörten PatientInnen reicht es meiner Ansicht nach nicht aus, sich ausschließlich auf die eigene Therapiemethode zu konzentrieren. Spezifische Therapieansätze der letzten Jahre, besonders im Bereich der Borderline-Therapie und der Traumatherapie, haben neueste Forschungsergebnisse, z.B. aus der Hirnforschung oder der Bindungsforschung, miteinbezogen und methodenübergreifende Behandlungskonzepte entwickelt. Ich finde das Aufgreifen und Integrieren dieser Ansätze, oder zumindest von Elementen, in der Arbeit mit dem oben beschriebenen Klientel äußerst hilfreich und notwendig und möchte da vor allem die beiden manualisierten Therapieverfahren Psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) (Buchheim, Kernberg, Clarkin, Yeomans & Doering, 2006) und Dialektisch-behaviorale Psychotherapie (DBT) (Bohus & Höschel, 2006) im Bereich der Borderline-Therapie erwähnen sowie Ansätze aus der Traumatherapie, z.B. von Luise Reddemann (2001) mit ihrem ressourcenorientierten Vorgehen.

An oberster Stelle steht aber das vernetzte Arbeiten und die gute Einbindung in ein funktionierendes Team, wie schon oben beschrieben.

Zusammenfassend können folgende Punkte in der therapeutischen Arbeit mit strukturell gestörten PatientInnen in der Krise als wichtig dargestellt werden:

- ☞ Organisation und Etablierung von möglichst klaren und sicheren Bedingungen für alle Beteiligten
- ☞ Arbeit an Kontakt-, Interaktions- und Abgrenzungsfähigkeit
- ☞ Erarbeiten alternativer Spannungsregulation
- ☞ Erarbeiten von inneren und äußeren Stützfunktionen
- ☞ Selbstregulations- und Selbstberuhigungsmöglichkeiten
- ☞ Arbeit an Selbstfürsorge
- ☞ Ermöglichen von neuen Beziehungserfahrungen durch gewährende aber klare Haltung
- ☞ Arbeit an Bewusstheit und Eigenverantwortlichkeit

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual.* (2. korr. Aufl.) Bern: Hans Huber.

- Bohus, Martin & Unckel, Christine (2000). Selbstschädigung. Krisenintervention bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Thomas Bronisch, Martin Bohus, Matthias Dose, Luise Reddemann & Christine Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen, Reihe Leben lernen 137* (S. 68-116) Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bohus, Martin & Höschel, Klaus (2006). Die Dialektisch-behaviorale Psychotherapie. In Andreas Remmel, Otto F. Kernberg, Wolfgang Vollmoeller & Bernhard Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 255-271). Stuttgart: Schattauer.
- Buchheim, Peter, Kernberg, Otto F., Clarkin, John F., Yeomans, Frank & Doering, Stephan (2006). Psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit – Transference-Focused Psychotherapy. In Andreas Remmel, Otto F. Kernberg, Wolfgang Vollmoeller & Bernhard Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 223-241). Stuttgart: Schattauer.
- Comtois, Katherine Anne, Cochran, Bryyan N. & Linehan, Marsha M. (2000). Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Otto F. Kernberg, Birger Dulz & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 573-594). Stuttgart: Schattauer.
- Dammann, Gerhard, Buchheim, Peter, Clarkin, John F. & Kernberg, Otto F. (2000). Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In Otto F. Kernberg, Birger Dulz & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 461-481). Stuttgart: Schattauer.
- Dornes, Martin (1999). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen, Reihe Geist und Psyche* (9. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Döcker, Friedrich (2002). Stationäre Krisentherapie bei Borderlinestörungen. In Theodor Meißel & Gerd Eichberger (Hrsg.), *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie* (S. 375-404). Linz: Edition Pro Mente.
- Döcker, Friedrich & Klampfl, Petra (2004). Integrative Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer stationären Krisentherapie auf einer sozialpsychiatrischen Aufnahmeabteilung – Teamintervention und Einzeltherapie. In *Kooperative Psychotherapie. Imagination 3/2004* (S.50-56). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Frohne-Hagemann, Isabelle (2006). Musiktherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In Andreas Remmel, Otto F. Kernberg, Wolfgang Vollmoeller & Bernhard Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 285-294). Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, Mathias (1998). *Der eigene Körper als Objekt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hochgerner, Markus (1998). Die Verwendung von Gegenständen als Übergangsobjekte in der Therapie früherer Schädigung. In Markus Hochgerner & Elisabeth Wildberger (Hrsg.), *Frühe Schädigungen, späte Störungen, Reihe Psychotherapeutische Theorie und Praxis 1* (2. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 193-207). Wien: Facultas.
- Kepner, James I. (1988). *Körperprozesse*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Kernberg, Otto F. (1996). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klampfl, Petra (2002). Selbsterstörung als Selbstfürsorge. In Theodor Meißel & Gerd Eichberger (Hrsg.), *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie* (S. 405-438). Linz: Edition Pro Mente.
- Klampfl, Petra (2003). Was ist selbstfürsorglich an der Selbsterstörung von Borderline-PatientInnen? Eine Betrachtung selbstverletzenden Verhaltens aus gestalttherapeutischer Sicht (S. 114-141). Köln: Edition Humanistische Psychologie, Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie.
- Küchenhoff, Joachim (1999). Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – die seelischen Voraussetzungen. In Joachim Küchenhoff (Hrsg.), *Selbsterstörung und Selbstfürsorge* (S. 147-164). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Küchenhoff, Joachim (2000). Der Körper als Beziehungsinszenierung. In Ulrich Streeck (Hrsg.), *Erinnern, Agieren und Inszenieren* (S. 143-160). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Perls, Laura (1989). *Leben an der Grenze*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Petzold, Hilarion G. (1990). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Rahm, Dorothea, Otte, Hilka, Bosse, Susanne & Ruhe-Hollenbach, Hannelore (1993). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Rauchfleisch, Udo (1999). Zum therapeutischen Umgang mit Selbsterstörung und Selbstfürsorge. In Joachim Küchenhoff (Hrsg.): *Selbsterstörung und Selbstfürsorge* (S. 227-238). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Reddemann, Luise (2000). Dissoziation. In Thomas Bronisch, Martin Bohus, Matthias Dose, Luise Reddemann & Christine Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen, Reihe Leben lernen 137* (S. 145-163). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, Luise & Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Otto F. Kernberg, Birger Dulz & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 555-571).

- Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, Luise (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Reihe Leben lernen 141*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, Luise (2004). *Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Seelische Kräfte entwickeln und fördern* (6. Aufl.). Freiburg: Herder spektrum.
- Rommel, Andreas & Richarz, Britta (2006). Bewusstsein und Psychotherapie – Achtsamkeitsbasierte Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen und chronischen Stress-Syndromen. In Andreas Rommel, Otto F. Kernberg, Wolfgang Vollmoeller & Bernhard Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 175-196). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, Gerd (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, Gerd (2006). Strukturbezogene psychodynamische Therapie. In Andreas Rommel, Otto F. Kernberg, Wolfgang Vollmoeller & Bernhard Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 242-254). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, Ulrich (2000). Selbstverletzendes Verhalten – somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Otto F. Kernberg, Birger Dulz & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 347-370). Stuttgart: Schattauer.
- van der Kolk, Bessel A. (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In Annette Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (2. Aufl.) (S. 32-56). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Votsmeier, Achim (1999). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In Reinhard Fuhr, Milan Sreckovic & Martina Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 715-732). Göttingen: Hogrefe.
- Yontef, Gary M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.