

Jürgen Röhlig

Düren, Januar 2000

Böttcherstr. 18

52353 Düren

XVIII. Weiterbildungslehrgang zur Krankenpflege in der Psychiatrie

im Landschaftsverband Rheinland

Dozenten : Christa Neumann, Andreas Kuchenbecker

Leistungsnachweis : Hausarbeit

Thema : Umgang mit Selbstverletzungen bei Borderlinepatienten
auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutaufnahmestation

Gliederung

Vorwort (Am Anfang war das Chaos)

I. Medizinischer Teil

1. Was ist eine Borderline-Störung

II. Erklärungsmodelle und soziologische Aspekte

1. Psychoanalytisches Konzept
2. Die neurobehaviorale Theorie
3. Gesellschaftliche Aspekte

III. Behandlung

1. Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten
2. Beziehungen und Beziehungsarbeit
3. Die (SET)Kommunikation
4. Weitere sinnvolle Regeln und Regelungen
5. Anwendbare Aspekte des DBT Programm
 - a) DBT, Skills und Emotionalität
 - b) Achtsamkeit
 - c) Umgang mit Gefühlen
 - d) Stresstoleranz

Schlußwort (Hoffnung)

Vorwort (Am Anfang war das Chaos)

Zu Anfang möchte ich kurz eine Situation schildern, die ich Mitte 1999 auf der Akutaufnahmestation in Rheydt, auf der ich arbeite, erlebte. In dieser Zeit behandelten wir insgesamt fünf Borderlinepatientinnen. Zwei waren erst relativ kurz dort. Beide nach einem Suicidversuch. Die anderen drei befanden sich zwischen einem Monat und einem Jahr auf unserer Station. Es entwickelte sich ein Szenario in dem es sich ergab, daß wir uns über einen Zeitraum von mehreren Wochen mit täglich 2 –3 Selbstverletzungen beschäftigen mußten. Die Patientinnen schnitten sich in Arme, Beine, Bauch und Hals, versuchten sich mit Schnürsenkeln zu strangulieren oder mit Plastiktüten zu ersticken. Wir, das Behandlungsteam, standen dieser Situation relativ hilflos gegenüber. Wir schafften es die ersten beiden Patientinnen relativ schnell auf eine Psychotherapiestation zu verlegen. Hintergrund dieser schnellen Verlegung, war unsere Angst, daß diese Beiden, von den anderen Dreien so „unschöne Dinge“ wie schneiden „lernen“ könnten. Die drei anderen Patientinnen beschäftigten uns weiterhin über Wochen. Wir stritten uns im Team über die richtige Umgehensweise. Die einen stellten sich auf den Standpunkt, daß es bei diesem Störungsbild nun doch sehr nachvollziehbar sei, daß die Patientinnen sich schneiden und wir ihnen diese Verantwortung lassen müssen. Die anderen sagten: Nachvollziehbarkeit hin, Nachvollziehbarkeit her. Diese Formen der Selbstverletzungen zeigen deutlich, daß diese Patientinnen im Moment die Verantwortung für sich selbst nicht übernehmen, deshalb müssen wir dies übernehmen; zur Not mit Fixierung! Hin und hergerissen zwischen Kontrolle und Selbstverantwortung entschieden wir uns mal für den einen Weg, mal für den anderen Weg. Wir stritten uns weiter, standen unter ungeheurer Anspannung, taten unser Bestes und kamen mit den Patientinnen kaum aus dieser Sackgasse wieder heraus. Wir versuchten uns Rat innerhalb des Hauses zu holen und erhielten recht widersprüchliche Ratschläge. Dies war der Zeitpunkt an dem ich mich entschloß mich genauer mit diesem Thema zu beschäftigen.

Beim sichten und lesen der Literatur, stellte ich zu meinem Bedauern fest, daß es zwar eine Menge Literatur zum Thema Borderlinestörung gibt, aber kaum etwas pflegespezifisches. Geschrieben wurden diese Bücher von und für Ärzte und Psychologen verschiedener psychotherapeutischer Ausrichtungen. Konkrete Handlungsanweisungen für die Berufsgruppe, die zumindest zeitlich gesehen, den meisten Kontakt mit stationär aufgenommenen Borderlinpatienten hat, gibt es kaum. Nichts desto trotz, habe ich versucht einige wichtige Aspekte bei der Behandlung von sich selbst verletzenden Borderlinepatienten auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutaufnahmestation zu sammeln und aufzuschreiben. Von einer Hoffnung habe ich mich im Laufe der Beschäftigung mit diesem Thema leider trennen müssen. Von der Gedankenkette: Wenn Selbstverletzung dann 1. ... 2. ... 3. ... Krise beendet. Unsere Handlungen müssen deutlich früher ansetzen. Doch dies werde ich im folgenden Text weiter ausführen.

I. Medizinischer Teil

1. Was ist eine Borderline-Störung

Als erstes möchte ich mich der Frage zuwenden: Was ist ein Borderline-Störung?

„Kennen Sie dieses Gefühl, tagtäglich unter Hochspannung zu stehen, unter einem Drang, zu fliehen, ohne zu wissen, woher die Bedrohung kommt, oder gar wo Schutz geboten wäre? Häufig genügen nichtige Anlässe, Gedanken, Gerüche oder Berührungen, um in eine Art 'Panik im Leerlauf' zu verfallen. Die Zeit dehnt sich, die Welt wird unwirklich, der Körper ist kaum spürbar. Schnittwunden helfen, diesen Zustand zu überwinden. Auch Brandwunden oder Verletzungen anderer Art. Bisweilen gelingt es ihnen, durch extreme körperliche Anstrengungen eine kurze Phase der Entspannung zu erreichen, manchmal erscheint der Suizid als einzige Möglichkeit, dieser Hölle zu entfliehen.

Wenn Ihnen diese Phänome bekannt vorkommen, könnte es sein, daß Sie an einem Störungsbild leiden, das im psychiatrisch – psychotherapeutischen Fachjargon als Borderline – Störung bezeichnet wird.“ (entnommen aus einem Leitfaden für Betroffene und deren Angehörige)

1938 prägte Stern als erster den Begriff Borderlinestörung. Er meinte damit einen Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose. Er beschrieb Patienten, die nicht nur an einzelnen, umschriebenen Symptomen wie Ängsten, Zwängen, psychischen Lähmungen oder Depressionen litten, sondern bisweilen auch Stimmen hörten, Bilder sahen, die der Realität nicht entsprachen, oder sich verfolgt fühlten. Heute weiß man, daß diese Erscheinungen nichts mit schizophrene Störungen zu tun haben, sondern daß es sich um ein klar abgrenzbares eigenes Störungsbild handelt, das gut beschrieben und diagnostiziert werden kann. Historisch muss man noch Otto Kernberg erwähnen, der sehr viel zum heutigen Verständnis und Behandlung dieser Persönlichkeitsstörung beigetragen hat.

Es gibt heute mehrere diagnostische Instrumentarien mit denen man feststellen kann ob diese Störung vorliegt oder nicht. Das bekannteste ist das DSM-IV. Es werden 9 Verhaltensmuster beschrieben, von denen fünf erfüllt sein müssen.

1. Ein verzweifertes Bemühen, ein reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern.

Beispiel: Nach monatelangen Streitereien hat der Partner von Fr. M. beschlossen, sich nun zu trennen. Unmittelbar, nachdem er es ihr mitgeteilt hat löst die Furcht, ihn zu verlieren, ein hohes Maß an Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit aus. Frau M. hat das sichere Gefühl, ohne ihren Partner nicht überleben zu können und beschließt, alles zu tun, um den Partner zu halten. Ansonsten weiß sie keinen Ausweg, als sich das Leben zu nehmen.

2. Ein Muster von instabilen, intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen Überidealisierung und Abwertung auszeichnet.

Beispiel: Die einzig wirkliche bedeutende Bezugsperson für Fr. L. ist ihre Freundin, zu der sie sich bisweilen auch körperlich stark hingezogen fühlt. Diese Beziehung besteht schon mehrere Jahre. Die beiden haben Phasen von intensiver Nähe erlebt, in denen sie beinahe das Gefühl hatten zu verschmelzen, sich blind zu verstehen und voneinander abhängig zu sein. dies „kippt“ jedoch immer wieder, wenn eine der beiden diese Nähe nicht mehr erträgt, die andere als bedrohlich, ja fast verfolgend erlebt. Das führt dann zu kurzen Trennungen, die als sehr schmerzhaft erlebt werden. Beide fühlen sich sehr abhängig und fangen an, sich dafür zu hassen.

3. Identitätsstörung: Anhaltend und deutlich gestörtes, verzerrtes oder instabiles Selbstbild bzw. Gefühl für die eigene Person (z.B. Gefühl nicht zu existieren oder Böses zu verkörpern).

Beispiel: Seit ihrer Kindheit hat Fr. R. das unbestimmte Gefühl, eigentlich nicht zu wissen wer sie ist. Ihren Körper nimmt sie wahr als dünne Hülle, die einen leeren Kern umschließt. Immer wieder hat sie das Gefühl, eigentlich überhaupt nicht zu existieren oder kommt sich vor wie ein Alien oder ein Zombie, der nicht in diese Welt paßt. Dieses Gefühl des „Andersseins“ wird nicht als besonders herausragend, sondern vor allem als fremd erlebt.

4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren, Freßanfälle, nicht Nr.5)

Beispiel: Immer wenn Frau A. ein gewisses Maß an innerer Spannung erlebt, weiß sie sich nicht anders zu helfen, als mit ihrem Mittelklassewagen im Tempo 180 die Landstraße entlang zu jagen. Schon häufiger hat sie die Hände vom Steuer genommen, dabei bis 10 gezählt, um zu beobachten, was passiert. Manchmal geschieht es auch, daß sie sich wahllos mit Männern einläßt, obwohl sie keinerlei Lust beim Sex empfindet.

5. Wiederholte Suiciddrohungen, -gesten oder versuche oder selbstverstümmelnde Verhaltensweisen.

Beispiel: Ab einem gewissen Maß an Spannung, so beschreibt es Fr. R., fühle sie ihren Körper nicht mehr. Es beginne an den Händen, die kribbelten, zunächst leicht, dann habe sie das Gefühl, sich vollständig zu verlieren, dies löse Panik in ihr aus. Manchmal helfen bereits oberflächliche Schnittwunden, die sie sich mit Rasierklingen oder Glasscherben zufügt, manchmal muß sie sich tiefer schneiden. In der Regel stellt sich nach wenigen Minuten ein Zustand von tiefer Ruhe und Entspannung ein. Erst 20 Minuten nach den Schnitten kämen die Schmerzen wieder. Häufig ist es auch der Anblick von fließendem Blut, der ihr gut tue. Bisweilen schreibe sie mit ihrem Blut oder male. Auch dies führe zur Beruhigung. Anschließend schäme sie sich häufig deswegen, ihr Körper sei bereits übersät mit Schnittwunden und Narben, auch habe sie das Gefühl, daß die Wirkung des Schneidens nachläßt, so daß sie sich immer stärkere Schnitte

zufügen muß und nun das Gefühl hat die Kontrolle über ihre Handlungen zu verlieren.

Weiteres Beispiel: Die Vorstellung sich umzubringen, ist für Fr. M. ein ständiger Begleiter ihres Lebens. Bereits früh in ihrer Kindheit hat sie mit dem Gedanken gespielt und sich daran gewöhnt, sich in diesen Phantasien zu bewegen, die für sie wichtig geworden sind, um überhaupt die ansonsten kaum aushaltbaren Alltagssituationen zu bewältigen. Häufig hat die Suicidvorstellung für sie etwas Tröstliches, nicht nur das Verlassen dieser Welt, sondern auch das Eintauchen in eine bessere Welt, in der Gerechtigkeit herrscht und sie vom Leiden erlöst.

6. Instabilität im affektiven Bereich: Ausgeprägte Stimmungsschwankungen (z.B. intensive episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst), wobei diese Zustände gewöhnlich ein paar Stunden, selten länger als einige Tage andauern.

Beispiel: Obwohl die ausgeprägten Depressionen nie sehr lang anhalten, so fühlt sich Frau E. doch ihren Gefühlen hilflos ausgeliefert. Oft reichen kleine Anlässe, Beobachtungen und Gedanken, um heftige Emotionen, wie Angst, Schuld, Trauer oder Scham auszulösen, die als ausgesprochen stark und intensiv erlebt werden und lange brauchen, bis sie sich wieder normalisieren. Sie hat beständig das Gefühl, daß sie die Emotionen nicht steuern kann, sondern im Gegenteil diese mit ihr machen, was sie wollen. Das war schon immer so, schreibt sie bisweilen reicht eine traurige Episode in einem Film, um sie zum Weinen zu bringen oder heftige Trauer auszulösen, während die anderen Zuschauer vergnügt Popcorn essen. Auch nach dem Kino fühlt sie sich häufig intensiv berührt, mit einem starken Bedürfnis, über das Erlebte zu sprechen, während die Freundinnen schon längst zu anderen Themen übergegangen sind. Aber auch positive Gefühle, wie Freude oder Stolz, kann sie als äußerst stark, manchmal fast rauschhaft erleben.

7. Chronisches Gefühl der Leere

Beispiel: Wie schon oben beschrieben, hat Frau A. häufig das Gefühl, nicht zu existieren bzw. innerlich wie tot, abgestorben oder vollkommen leer zu sein. Dieses Gefühl geht häufig einher mit einer Einschränkung der Sinneswahrnehmung, so daß Geräusche, Gerüche, Bilder oder körperliche Berührungen nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden.

8. Übermäßige, starke Wut oder die Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder wiederholte Prügeleien)

Erklärung: Borderline-Patienten neigen zu zwei Extremen: Entweder sie bewerten die Wahrnehmung von Wut oder Ärger grundsätzlich als gefährlich, bedrohlich und beängstigend, so daß sie große Schwierigkeiten haben, Ärger auszudrücken und wenn, dann lediglich ihre Wut auf sich selbst richten. Andere Pat. haben große Mühe, Wut und Ärger zu kontrollieren, so daß sie bisweilen impulsiv „herausplatzen“, dann Gegenstände zerstören, Einrichtungen demolieren, auch bisweilen andere Menschen verprügeln und während dieser Zustände keine Kontrolle mehr über sich haben.

9. Vorübergehende, stress-abhängige schwere dissoziative Symptome oder paranoide Wahnvorstellungen.

Erklärung: Unterer Dissoziation versteht man einen Verlust des Wirklichkeitsgefühls. In aller Regel geht dieser Zustand einher mit einer Abnahme der Intensität von Sinneswahrnehmungen, d.h. Geräusche werden nur noch wie von weiter Ferne wahrgenommen, Gerüche reduzieren sich fast vollkommen, das Gespür für den Körper incl. Schmerz Wahrnehmung kann sich auf Null reduzieren, die Wahrnehmung des Raumes verändert sich häufig so, als ob die Dinge entweder in weite Ferne rücken oder ihre Gestalt, insbesondere ihre Grenzen verändert. Auch Gefühle werden nicht mehr so intensiv wahrgenommen, manchmal beschreiben Betroffene, daß es so sei, als ob man seinen Körper verlasse, außerhalb des Körpers trete und den Körper dann etwas unbeteiligt beobachte. Dissoziationen sind fließende Prozesse, d.h. man kann „teildissoziieren“, so daß die Wahrnehmung von Raum und Zeit in der Realität noch teilweise vorhanden ist, oder vollständig dissoziieren. Während Letzterem können Dinge begangen werden, von denen keine Erinnerungsspuren aufgezeichnet werden. Die Betroffenen finden sich zum Teil in völlig unbekanntem Situationen wieder und wissen nicht mehr, was sie während dieses Zeitraumes getan haben. Für die Außenstehende können die Betroffenen jedoch völlig normal wirken. Auch „Flashbacks“, also das sich Aufdrängen scenischer Wiedererinnerungen vergangener Ereignisse, gehört zu der Gruppe der dissoziativen Phänomene. Seien es nun Bilder, Stimmen, Gerüche oder körperliche Wahrnehmungen, fast immer handelt es sich um vergangene traumatische Erlebnisse, die im Gehirn gespeichert sind und unkontrollierbar einschleusen, dabei als äußerst intensiv und wie gegenwärtig erlebt werden. Es gelingt also nicht, diese Ereignisse der Vergangenheit zuzuordnen. Manche Pat. berichten auch über Halluzinationen. Zum Beispiel berichtete eine Patientin, daß sie ihre längst verstorbene Mutter in der Badewanne sähe. Sie ruft daraufhin ihre Freundin an, daß sie kommen möge, um nachzuschauen, ob dies wieder so eine Vorstellung sei oder Realität.

(DSM-IV übernommen aus M. Linehan S 7, Beispiele und Erklärungen übernommen aus Patientenratgeber)

II. Erklärungsmodelle und Soziologische Aspekte

1. Psychoanalytisches Konzept

Was sind die Ursachen für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Das traditionelle tiefenpsychologische oder psychoanalytische Konzept geht davon aus, daß Patienten mit einer Borderline-Störung an einer sogenannten „frühen Störung“ leiden. Das heißt, daß viele Borderline-typische Denkweisen eigentlich entwicklungspsychologisch früheren Lebensabschnitten zuzuordnen sind. Belastungen im zwischenmenschlichen Bereich, häufig mit der Mutter oder einer anderen wichtigen Bezugsperson, führten dazu, daß die Reifeentwicklung nur teilweise vollzogen wurde. Unter Belastung funktionieren die „erwachseneren“, das heißt reiferen Anteile nicht mehr, und der Betroffenen bleibt nichts übrig, als sich durch die Aktivierung frühkindlicher Denkmechanismen vor dem vollständigen Zusammenbruch zu schützen. Die Folge ist eine intensive Abhängigkeit von Bezugspersonen, die wechselseitig geliebt und gehaßt werden. Dies kommt daher, daß die betroffenen Patienten einen wichtigen Entwicklungsschritt, der sich im Alter zwischen 2 und 3 Jahren abspielen sollte nicht vollzogen haben: zu lernen, daß geliebte Bezugspersonen auch nicht vollkommen, das heißt ausschließlich gut sind oder immer zur Verfügung stehen, sondern daß diese auch unangenehme und negative Eigenschaften haben. (Erklärung für das Schwarz-Weiß Denken) Die Psychoanalyse nimmt nun an, daß diese fehlende Integration sogenannter guter und böser Anteile zu massiven inneren Spannungen führt, die von den Betroffenen nicht ausgehalten werden. Um diese Spannungszustände zu bewältigen, versucht die Betroffene wechselnd die guten oder bösen Anteile nach außen zu lagern (zu projizieren). Damit wird die innere psychische Spannung reduziert, es besteht jedoch eine massive Abhängigkeit zu äußeren Personen.

Diese Theorie basiert auf der Annahme, daß krankhafte Phänomene im Erwachsenenalter fast immer auf unbewältigten Prozessen der Vergangenheit basieren. Die Konsequenz aus dieser Theorie für die psychotherapeutische Behandlung besteht darin, daß angestrebt wird, eine intensive therapeutische Beziehung herzustellen, um im Rahmen dieser Beziehung „Nachreifungsprozesse“ zu gewährleisten.

2. Die neurobehavioral Theorie

Erst in jüngster Zeit wurden neue Erklärungsansätze entwickelt. Diese Modelle gehen davon aus, daß für die Entstehung der Borderline-Störung mindestens drei Faktoren verantwortlich sind:

1. Eine gewisse Veranlagung, auf emotionale Reize rasch, heftig und lange zu reagieren.

2. Starke emotionale Belastungsfaktoren in der Kindheit und Jugend (sexuelle oder schwere körperliche Mißhandlungen oder Vernachlässigungen)
3. Ein soziales Umfeld das „emotionales Lernen“ behindert. Das heißt, das Kind lernt nicht seinen Gefühlen zu vertrauen, diese stimmig und adäquat zu erleben und zur Steuerung seiner Handlung zu benutzen.

Es müssen nicht immer alle drei Faktoren vorhanden sein, bisweilen genügt das Zusammenspiel von zwei Faktoren, um eine Borderline-Störung zu entwickeln. Fast immer handelt es sich also um sehr lebhaft, gefühlsbetonte und sensible Kinder, die relativ früh mit Belastungssituationen konfrontiert werden, deren Bewältigung sie überfordert.

Wir wissen noch zu wenig über erbliche Faktoren, die zum Entstehen einer Borderlinestörung beitragen. Gesichert ist lediglich, daß im Erwachsenenalter die Betroffenen sehr rasch und sehr heftig auf emotionale Reize reagieren, daß es oft sehr schwierig ist unterschiedliche Gefühle überhaupt klar zu benennen, daß vielmehr häufig unerträgliche Spannungszustände vorherrschen. Weiterhin wissen wir, daß diese Spannungszustände häufig so stark sind, daß ein klares Denken nur sehr eingeschränkt möglich ist, und daß sich die Betroffenen dann auch körperlich kaum wahrnehmen. Einige Theoretiker nehmen nun an, daß diese hohe Sensibilität angeboren ist andere meinen, daß dies die Folge von schweren traumatisierenden Erfahrungen ist, oder daß beide Faktoren zusammenwirken.

Wir wissen mittlerweile, daß über 70% aller Patientinnen mit Borderline-Störungen Opfer von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit sind, daß die Mißbrauchssituationen sehr häufig lange anhielt und enge Bezugspersonen im Täterkreis waren. In aller Regel wurde das Sprechen darüber strengstens verboten, die betroffenen Kinder bedroht. Nun entwickeln nicht alle Kinder, die Opfer sexueller Übergriffe werden, im Laufe ihres Lebens eine Borderline-Störung. Welche Umstände davor schützen und welche Umstände besonders anfällig machen ist bisher noch nicht vollständig geklärt. Es scheint sicher, daß gerade Kinder, die eine sehr dichte Beziehung zum Täter entwickeln, lernen müssen, ihren eigenen Gefühlen zu mißtrauen bzw. diese als falsch zu bewerten.

Sicher kann man Emotionen verlernen. Wächst ein Kind in einer sozialen Umgebung auf, die seine adäquate Wahrnehmung fortwährend als völlig unsinnig und absurd widerspiegelt, so bleibt dem Kind nichts übrig, als die Wahrnehmung seiner Emotion zu verleugnen. In einer Umgebung also, in der das Mitteilen persönlicher Erfahrungen nicht ernstgenommen wird, sondern statt dessen bestraft, oder trivialisiert wird, wird es schwierig sein, sich einen sicheren emotionalen Boden zu schaffen, der klare Handlungsentwürfe vorgibt. Vielmehr wird ständige Unsicherheit vorherrschen, eine grundlegende Alarmbereitschaft, weil jederzeit Unberechenbares passieren kann. Scheu und

Mißtrauen wird sich breit machen, weil es niemanden gibt, der seine Wahrnehmungen teilt. Keine Verbündeten weit und breit, es sei denn man schafft sie sich in der Phantasie. Wenn dann noch reale Bedrohungen auftreten. Sexueller Mißbrauch, Vernachlässigungen oder schwer körperliche Mißhandlungen, so wird das Überleben zum Drahtseilakt zwischen Dissoziation, Selbstmordphantasie und Angst. Borderlinepatientinnen sind häufig Überlebende solcher Katastrophen.

3. Gesellschaftliche Aspekte

Kreisman schreibt (S95,ff) von der möglichen Rolle der Gesellschaft bei der ständig wachsenden Zahl der Borderline Persönlichkeitsstörung. Er vermutet einen Zusammenhang mit der Veränderung von sozialen Mustern innerhalb der Familie. Z.B. den hohen Scheidungsraten, damit verbunden Kleinstfamilien oder Mischfamilien. Ebenso wird erwägt, ob eine Veränderung von Rollen (insbesondere der Frau) Einfluß nimmt. Die heutigen Rollen sind deutlich komplexer als früher geworden. Die Individualisierungstendenz, verbunden mit einem Rückgang der Unterstützung durch Familie und sozialem Umfeld, hat seine Auswirkungen. Das veränderte Verhältnis zur Sexualität könnte ebenfalls Einfluß nehmen in Bezug auf die Zunahme von sexuellem Mißbrauch.

Ebenso spielen (Artikel von S. Herpertz) „die schlechten psychosozialen Entwicklungsbedingungen eine Rolle, die viele Patienten mit BPS vorfanden. Diese erscheinen bestimmte Lernprozesse gravierend zu erschweren. Die Familienorganisation von Borderline-Patienten wird häufig als desorganisiert, chaotisch, konfliktreich und feindselig beschrieben. Die Eltern zeigen selbst Verhaltensmuster oder psychische Störungen, die mit Kontrollverlust einhergehen.“

Zu erwähnen ist noch, daß einige Symptome des BPS massive Auswirkungen auf die Gesellschaft bzw. auf die Lebensqualität des Patienten hat. Gravierend sind Alkohol und Drogenmißbrauch, deren Auswirkungen hinlänglich bekannt sind. Des weiteren häufig Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (stationäre Behandlungen, Streß mit Arbeitskollegen u.s.w.) verbunden mit möglichem Verlust des Arbeitsplatzes, was wiederum oft zu sozialem Abstieg führt. Die fehlende Objektkonstanz hat zur Folge, daß das soziale Umfeld entweder häufig wechselt oder immer kleiner wird bis es sich schließlich auf „Profis“ reduziert. Diese Liste ließe sich sicher noch weiter fortführen.

III. Behandlung

1. Suicidalität und selbstverletzendes Verhalten

Zentrales Thema einer Behandlung auf einer allgemeinspsychiatrischen Akutaufnahmestation wird ganz häufig Suicidalität und Parasuizidalität sein.

75% aller Borderlinepatienten (Dulz S9) begehen irgendwann einen Suicidversuch. Zwischen 5 u. 10% (Dulz S9) der Betroffenen werden sich irgendwann suicidieren. Diese sehr hohen Zahlen zeigen sehr deutlich, daß hier ein sehr hoher Hilfsbedarf notwendig ist. Ohne Übertreibung kann man sagen, daß die Borderlinestörung als lebensbedrohliche Erkrankung anzusehen ist.

Wie schon erwähnt, stehen Schwierigkeiten der Emotionsregulation im Zentrum der Borderlinestörung. Gefühle, oder deren körperliche Erscheinungsformen werden entweder als überwältigend und bedrohlich wahrgenommen, oder phasenweise komplett abgespalten, so daß sich die Betroffenen „wie tot“ fühlen. Im Versuch, diese Zustände zu bewältigen, entwickelten Borderlinepat. zahlreiche Variationen. Diese reichen von vollständiger Dissoziation über Selbstschädigung zu Suizidphantasien oder –versuchen. Etwas harmloser wirken die körperlichen Erschöpfungszustände oder das Aufsuchen von gefährlichen Situationen wie Hochhäuser u.s.w. Wie leicht zu sehen, führen viele dieser „Bewältigungsversuche“ zwar kurzfristig zur Linderung von schweren Spannungszuständen, langfristig aber sind sie nicht nur gefährlich sondern auch sozial schädlich. Isolierung von Gleichaltrigen, Verlust von Freundinnen oder Partnern ist die Folge.

Ein weiteres Problem stellt die „Automatisierung“ und Abschwächung der Wirkung dar. Einmal „gelernt“, stellen sich schließlich Dissoziationsprozesse von selbst ein, der Schneidedruck wird überwältigend, die „Dosis“, also die zugefügte Verletzung muß immer gravierender sein. Ähnlich wie bei einer Alkoholsucht, treten die eigentlichen Ursachen in den Hintergrund der Problematik, die Selbstverletzungen werden zum eigenständigen Problem.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen Suizidddrang und Selbstverletzungen als eigenständiges Problem anzusehen und vorrangig zu behandeln.

Parasuizidale Handlungen können sehr unterschiedlich sein: schneiden, verbrennen, strangulieren, Rasierklingen schlucken, Verbrühungen mit kochendem Wasser, Verätzungen u.s.w. Diese Handlungen haben den Sinn die innere unerträgliche Spannung zu reduzieren.

„In der Behandlung (Sachse, S32) ist deutlich zu unterscheiden, ob die aktuelle Handlung jeweils ein Suizidversuch ist mit dem Ziel, sich das Leben zu nehmen, eine parasuizidale Handlung oder ein Versuch, sich vorübergehend zu narkotisieren. Sehr viele `Suizidversuche` dieser Patientinnen sind Medikamentenintoxikationen mit dem Ziel, sich vorübergehend sicher zu narkotisieren. Andere sind eine Art russisches Roulette mit dem Schicksal: `Wenn ich überlebe, soll ich noch weiter leben. Das lasse ich das Schicksal

entscheiden. Solche, parasuizidalen Handlungen bergen immer ein letales Risiko in sich.“

Sachse schreibt weiter (S. 72) „ Das SVV (Selbstverletzende Verhalten) ist solange nicht entbehrlich, wie es nicht durch angemessene Ich- Funktionen ersetzt wird.“ Er schreibt ebenso (S. 41): „Die Symptomhandlung Selbstverletzung ist die zentrale, meist die einzige Möglichkeit der Selbstfürsorge“ . „Der Impuls ´ich muß mich schneiden´ ist ein Hinweis für eine drohende Ich – Fragmentierung.“

Es ist übrigens so daß Frauen im Verhältnis von 4:1 (Sachse S33) eher zu Selbstverletzungen neigen.

Zum Umgang mit SSV schreibt Sachse (S. 24-25): „Mein Kriterium für den Umgang mit SSV ist die Schwere der sichtbaren Entstellungen. Beim Ritzen, den oberflächlichen, wenig entstellenden Hautwunden, nehme ich das Symptom wie ein anderes süchtiges oder psychosomatisches Symptom auch: Es folgt eine medizinisch korrekte, emotional möglichst gelassene, weder überbordend besorgte noch latent sadistische noch kalt abweisende Wundversorgung. Anschließend oder am nächsten Tag wird auch überlegt, ob es in der konkreten Situation nicht Alternativen zu SSV gegeben hätte. Dieser eher gelassene Umgang mit dem Symptomen darf nicht in Gleichgültigkeit ausarten. Dann würde der Therapeut vielleicht sogar Symptomverstärkung induzieren, da die Patientin ihre Signale bagatellisiert oder abgewertet sieht und hofft, ihren Therapeuten durch immer schwereres SSV doch noch erreichen zu können. Bei schweren Selbstverletzungen mit bleibenden, entstellenden Narbenbildungen ist mir ein eher gelassener Umgang mit der Symptomatik nicht möglich. Ein erklärtes Therapieziel ist es, daß der eigene Körper einmal selbstfürsorglich und liebevoll als Selbst-Anteil erlebt, erfahren und behandelt werden kann. Dies wird um so schwieriger, je entstellter dieser Körper wird. Zwar kann plastische Chirurgie gegen Ende der Therapie sehr segensreich wirksam werden, aber die ganze Therapie wird durch jede weitere schwere Entstellung belastet. Außerdem bergen schwere Selbstverletzungen das Risiko von Nerven – oder Gefäßschädigungen in sich. Je potentiell gesundheitsschädigender und sichtbar entstellender die Symptombehandlungen sind, um so mehr entscheide ich mich für die Möglichkeiten einer Außensteuerung, wie eine geschlossene Station sie bietet: Ausgangssperre, Entzug von Feuerzeug und Streichhölzern, Rauchen nur unter Aufsicht einer Schwester, Übernachtung im Wachsaal, Fixierung. Hier gibt es ideologische, institutionelle, juristische, teamspezifische und ganz persönliche Begrenzungen, die jedes Team kennen sollte und die als Variable in einen Behandlungsplan einzubeziehen sind.“

Zum Thema Fixierung äußert sich Sachse folgendermaßen (S. 117): „Fixierungen sind als letzter Schritt der Freiheitsberaubung das äußerste Mittel zur Außensteuerung.“ Dennoch beschreibt er, daß er bei einigen Pat., meist nur als kurze Episode, zu diesem Mittel gegriffen hat. Er schreibt von 4 Pat. in den letzten Jahren seit 1982, wo er gezwungen war Fixierungen zwischen 5 und 11 Tagen anzuordnen.

M. Linehan rät, zum Umgang mit suizidalen und parasuizidalen Handlungen in ihrem DBT – Programm, einen Drahtseilakt zwischen zwei Polen. Zum einen wird jede suizidale bzw. parasuizidale Handlung besprochen mit der Zielsetzung genauer hinzusehen: Was war vorher? Wie hat es sich angekündigt? Gab es vorher Möglichkeiten die Handlung zu unterbrechen? Wie könnten alternative Handlungsmöglichkeiten aussehen? Der zweite Pol geht davon aus, daß man streng darauf achten muß, diese schädlichen Handlung nicht noch sozial zu verstärken (dazu zählen auch Fixierungen). D.h. in der aktuellen Situation wird nur die Wunde adäquat versorgt. Es wird versucht zu klären, wie das weitere Risiko eines Suizidversuches ist. Wenn möglich wird der Pat. dann in ein sogenanntes time-out geschickt. Time-out bedeutet die Herausnahme aus jeglichem Therapieangebot mit der Auflage eine Verhaltensanalyse der parasuizidalen Handlung zu erstellen. Ein time-out kann zwischen 2 und 48 Stunden dauern. In dieser Zeit werden die Kontakte mit den Bezugspersonen auf ein Minimum beschränkt. Besteht weiterhin Suizidalität können kurze Kontakte (ausgehend vom Pat.), z.B. alle 10 Minuten vereinbart werden. Das time-out wird mit den Besprechen der Verhaltensanalyse beendet.

2. Beziehung und Beziehungsarbeit

Kreissmann (S.188) schreibt: „Der einzige Faktor, der bisher konstant mit Verbesserungen in Beziehung gebracht werden kann, ist die Beziehung zwischen Patient und Therapeut, die von gegenseitigem Respekt gekennzeichnet ist.“

Dies ist der Grund weswegen ich mich jetzt dem Thema Beziehung und Beziehungsgestaltung zuwende. Der Frage nach Beziehung wendet sich Birger Dulz (S.93) mit einem Zitat von Ferenci zu: „Nur Sympathie heilt... Verständnis ist notwendig, uns die Sympathie an der richtigen Stelle, in der richtigen Art anzuwenden. Ohne Sympathie keine Heilung.“ Desweiteren macht er auf den scheinbaren Widerspruch zur sogenannten therapeutischen Neutralität aufmerksam. Schreibt dann jedoch weiter (S93): „das Verbindung von Neutralität und haltender Funktion im Sinne Winnicott, sowie von kontrolliertem Vorgehen und Sympathie die Grundvoraussetzungen einer erfolgreichen Behandlung seien. Je früher die Störung, je psychosenäher der Pat. einzuschätzen ist (und dies ist oftmals das Klientel einer Akutaufnahmestation), desto wichtiger ist die Rolle der `haltenden Funktion` des gesamten Teams.“ Dulz bemerkt (S.97) wie wichtig die kontinuierliche Behandlung durch die selben Personen ist, selbst während länger andauernder Stillständen innerhalb der Behandlung. Das Weiterleiten an einen viel „kompetenteren Therapeuten“ wird der Pat. als Wiederholung eines Beziehungsabbruchs erleben, den er in der Regel seit frühester Kindheit all zu gut kennt. Er schreibt weiter (S.95) „Die Sympathie als Voraussetzung für die stabile therapeutische Beziehung hilft bei

der Vermeidung überzogener (sadistischer) Reglementierung. Die Neutralität ist als Voraussetzung für die nicht minder existenzielle Flexibilität im Umgang mit dem Pat., für die Vermeidung eines Eingefangen werdens, eines Befangenseins unverzichtbar, aber auch in der Grenzsetzung und Strukturierung.“ Ein gutes Beispiel für das Zusammenspiel von haltender und neutraler Funktion gibt Dulz in seinem Buch(S.96).Ebenso kann dies als Beispiel für die immer währende Auseinandersetzung mit Suizidalität und Parasuizidalität gesehen werden. „Herr M. war ein junger Mann, dessen immer wieder auftretende Suizidalität uns im vollem Umfang bekannt war. Vor jeder Beurlaubung überlegten wir uns, ob es vielleicht zu riskant sei, ihm ein Verlassen der Station zu gestatten. Eines Montags berichteten H.M., daß er eine eindeutig letale Dosis eines Antidepressivums gekauft und zu Hause gebunkert habe. Wir waren zunächst nicht sicher, welches Verhalten unsererseits geboten war. Das übliche Vorgehen wäre gewesen, die Herausgabe der Medikamente zu verlangen, wobei er sich dies allerdings problemlos hätte erneut beschaffen können. Entspräche es nicht gerade der haltenden Funktion, ihm diese Lebensbedrohung in Form von Tabletten zu nehmen? Oder liegt die Lebensbedrohung weniger in den Tabletten, als in einer zu geringen haltenden Funktion? Und dann unsere eigenen Gefühle der Angst um den Pat., die zu überwinden die Voraussetzung der Rückgewinnung unserer technischen Neutralität war! Wir entschieden, H.M. die Tabletten zu lassen, ihn nicht einmal mehr darauf anzusprechen. So wollten wir vermeiden, ihn, der sich ohnehin auf alle mögliche Arten hätte suizidieren können, seiner Autonomie zu berauben, als deren Symbol wir die Tabletten deuteten. Nach wenigen Wochen war den meisten von uns entfallen, daß es die Tabletten überhaupt in der Wohnung von H.M. gab – wenn er sie nicht bereits weggeworfen hatte. Es hat sich im Verlauf als richtig erwiesen, nicht das oft übliche psychiatrische Vorgehen zu wählen und H.M. per PsychKG auf eine geschlossene Station zu verlegen. Hierdurch wäre die Störung nur verstärkt worden: durch ein Fehlen der haltenden Funktion, ein Fehlen der technischen Neutralität (also eine übermäßige Reaktion auf die Angst des Teams), durch die daraus sich ergebende Strukturierung an der falschen Stelle.“

In den vorherigen Ausführungen erwähnte ich „das Halten im Sinne Winnicott`s“. Diesen zitiert Dulz (S.98) folgendermaßen: „Man muß dann im Auge behalten, daß der Pat. sich in einem Zustand der Abhängigkeit befindet und für seine Behandlung einen verlässlichen Rahmen in Form von Ich-Stützung und Fürsorge durch seine Umwelt (Halten) braucht.“

Auch Sachse wendet sich dem Thema Beziehung und Beziehungsgestaltung zu. Er schreibt (S.52),das die Bezugsperson Hilfs-Ich-Funktion hat und daß er (S.53) „in der Beziehungsarbeit verstehend, Resourcen verstärkend und Veränderungen fordernd sein sollte.“ Die Beziehung muß geprägt sein von Verlässlichkeit. Er sagt dazu (S.64): „Krass gesagt, halte ich einen absolut verlässlichen Termin einmal im Monat für besser, als tägliche Termine, die ständig verlegt werden oder ausfallen“. Er rät dazu seine Gefühle zu benennen (S.73).Die Bezugspersonen sollten Hilfestellung bei der Überprüfung der

Realität, insbesondere bei Beziehungen, geben(S.80). Dazu sagt er außerdem, (S.82-83) daß die Bezugspersonen einen Teil der Realitätswahrnehmungen bestätigen sollte, was er übertrieben überzogen, verzerrt findet, davon distanziert er sich. In seinem Buch führt er weiterhin aus(S.83) daß er auch Mitteilungen für wichtig hält, in denen wir zugeben, daß die Pat. schon mal unsere eigenen Stimmungen, für die sie nicht verantwortlich sind, abbekommen und daß wir unsere Fehler bei der Behandlung offen zugeben.

Auch Marsha Linehan, eine Verhaltenstherapeutin, ist überzeugt von der zentralen Bedeutung der Beziehung bei der Arbeit mit Borderline-Patienten. Sie rät zu einem validierendem Kommunikationstil, damit die Patienten wieder lernen sich auf ihre Gefühle zu verlassen. Außerdem rät sie ein Spannungsfeld aufzubauen in dem auf der einen Seite das „radikale Akzeptieren“ des Ist-Zustandes steht, auf der anderen Seite die Forderung nach Veränderung. Wichtig ist, daß die Forderung nach Veränderung des Verhaltens den Möglichkeiten des Patienten angemessen ist. Sie nutzt die Beziehung ganz gezielt, um immer wieder die Forderung nach neuen, wenn auch kleinen, Therapiefortschritten stellen zu können.

Zum Ende meiner Ausführungen möchte ich ein Zitat von Sachse stellen, daß zu großer Geduld auffordert (S.54): „Ich habe lange gebraucht, innerlich wirklich zu akzeptieren, daß mein Beziehungsangebot sehr lange unzureichend ist, die Symptomatik ersetzen und erübrigen zu können. Dies gilt ja auch für süchtige Symptome. Mein menschliches Verständnis und Engagement wirkt nie so schnell, so sicher und so intensiv wie ein Schnitt. Dieses hat mich gekränkt, und es kränkt mich manchmal heute noch.“

3.Die (Set)-Kommunikation

Zum Thema Kommunikation mit Borderline-Patienten habe ich schon im vorherigen Kapitel einiges geschrieben. Trotzdem möchte ich hier nochmal gesondert ein Kommunikationssystem vorstellen, daß auch auf einer Akutaufnahme für Betroffene und Pflegepersonal hilfreich sein könnte. Die Set –Kommunikation! Beschrieben wird sie von Kreisman und Strauß (S.148,149,150).

„<SET> - Support (Unterstützung) Empathy (Mitgefühl) Truth (Wahrheit) – ist ein dreiteiliges Kommunikationssystem. Wenn man sich mit destruktivem Verhalten auseinandersetzt, in Gesprächen , in denen wichtige Entscheidungen getroffen werden, oder in anderen Krisensituationen sollte die Interaktion mit der Borderline-Persönlichkeit alle drei Elemente beinhalten.

Die >S <Stufe dieses Systems, die >Unterstützung<, ist eine persönliche Stellungnahme, die Sorge ausdrückt.>Ich mache mir wirklich Gedanken um dich< wäre ein Beispiel für eine solche unterstützende Aussage. Die Betonung liegt auf den Gefühlen des Sprechers und ist im wesentlichen das persönliche Bekenntnis, helfen zu wollen.

Mit dem >E<-Teil (Mitgefühl) versucht man, die chaotischen Gefühle der Borderline-Persönlichkeit anzuerkennen: >Du mußt dich wirklich schrecklich fühlen...< Es ist wichtig, Mitgefühl nicht mit Mitleid zu verwechseln (>Du tust mir so leid...<), denn dies könnte zu einem Zornesausbruch führen, da der Betroffene sich herablassend behandelt fühlt. Das Mitgefühl sollte zudem neutral ausgedrückt werden und mit möglichst wenig Bezugnahme auf die eigenen Gefühle. Die Betonung liegt hier auf der schmerzlichen Erfahrung der Borderline-Persönlichkeit, nicht auf der des Sprechenden. Eine Aussage wie:>Ich weiß genau, wie schlecht du dich fühlst< könnte zu der spöttischen Antwort führen, daß das ja gar nicht stimme, so daß sich der Konflikt nur verstärkt.

Die >T<-Aussage, die die Wahrheit oder Realität repräsentiert, betont, daß die Borderline-Persönlichkeit zu guter letzt für ihr Leben selbst verantwortlich ist, und daß die Hilfeversuche anderer ihr diese Eigenverantwortung nicht abnehmen können. Während Unterstützung und Mitgefühl subjektive Aussagen sind, die anerkennen, wie der Betroffene sich fühlt, zeigen die Wahrheits-Aussagen, daß ein Problem besteht. Sie beziehen sich auf die praktische Frage, was man tun kann, um eine Lösung zu finden. Andere charakteristische Wahrheitsäußerungen beziehen sich auf Aktionen, zu denen der Sprechende sich verpflichtet fühlt, um auf Verhaltensweisen der Borderline-Persönlichkeit zu reagieren. Diese sollen sachlich und neutral geäußert werden (>Das ist geschehen... So sehen die Folgen aus... Das kann ich dazu beitragen... Was gedenkst du zu unternehmen?<). Sie sollten jedoch so ausgesprochen werden, daß keine Schuld zugewiesen oder sadistisch eine Strafe ausgesprochen wird(>Da hast du uns aber in eine ganz schön blöde Situation gebracht!...Du hast es angerichtet, sieh zu, wie du damit fertig wirst!..<). Der Wahrheitsteil des >SET< - Systems ist für die Borderline-Persönlichkeit der wichtigste und zugleich schwierigste, da ein großer Teil seiner Welt realistische Konsequenzen ausschließt oder zurückweist.

Die Kommunikation mit der Borderline-Persönlichkeit sollte alle drei Botschaften umfassen. Aber selbst wenn dies der Fall ist, kann die Borderline-Persönlichkeit sie möglicherweise nicht alle gleichzeitig integrieren. Es kommt zu vorhersehbaren Antworten, wenn eine der Botschaften entweder nicht klar ausgedrückt oder nicht >gehört< wird.

Wenn beispielsweise die Unterstützungsstufe dieses Systems umgangen wird, ist es charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeit, den anderen zu beschuldigen, daß er nicht verständnisvoll sei oder nichts mit ihr zu tun haben wolle. Die Borderline-Persönlichkeit schaltet sich dann aus weiteren Gesprächen aus, weil sie der Meinung ist, dem anderen sei es egal oder er wolle Böses. Die Beschuldigung: >Es ist dir doch egal!< weist meistens darauf hin, daß die Unterstützungsaussage nicht integriert wurde.

Die Unfähigkeit, Mitgefühl hinüberzubringen, führt zu dem Gefühl, daß der andere nicht versteht, was die Borderline-Persönlichkeit durchmacht. (>Du weißt nicht, was ich durchmachen muß.<) An dieser Stelle rechtfertigt die

Borderline-Persönlichkeit die Zurückweisung der Kommunikation, indem sie behauptet, sie werde mißverstanden. Da der andere den Schmerz nicht verstehen kann, können seine Reaktionen gewertet werden. Wenn die Einleitung mit Unterstützung oder Mitgefühl von dem Betroffenen nicht akzeptiert wird, werden weitere Kommunikationen nicht gehört.

Wenn das Wahrheitselement nicht klar ausgesprochen wird, entsteht eine noch gefährlichere Situation. Die Borderline-Persönlichkeit interpretiert die Einwilligung anderer so, wie es ihren Bedürfnissen am ehesten entspricht, nämlich meistens als Bestätigung dafür, daß andere tatsächlich dafür verantwortlich sein könnten oder daß die eigene Wahrnehmung allgemein geteilt und unterstützt werden. Die zerbrechliche Verbindung der Borderline-Persönlichkeit mit diesen anderen Menschen löst sich schließlich auf, wenn die Beziehung das Gewicht dieser unrealistischen Erwartung nicht tragen kann. Wenn Wahrheit und Konfrontation nicht klar ausgedrückt werden, wird es für die Borderline-Persönlichkeit zu weiteren Verstrickungen mit anderen kommen. Wenn ihre Bedürfnisse erfüllt sind, wird sie darauf bestehen, daß alles in Ordnung sei oder zumindest besser werde. Der Beweis für diese Verstrickung ist oft das überraschende, vorübergehende Fehlen von Konflikten: die Borderline-Persönlichkeit zeigt weniger Feindseligkeit und Zorn. Wenn diese unrealistisch Erwartungen jedoch schließlich enttäuscht werden, bricht die Beziehung in einem Mahlstrom von Zorn und Enttäuschung zusammen.“

4. Weitere sinnvolle Regeln und Regelungen

In diesem Abschnitt werde ich mit weiteren sinnvollen Regeln und Regelungen im Umgang mit Borderline-Patienten beschäftigen.

Als erstes möchte ich mich den sogenannten Paktabsprachen beschäftigen, die oft eine sinnvolle Hilfe sein können, auch in suizidalen Krisen.

Sachse schreibt dazu (S.67): „Paktabsprachen sind wichtige strukturierende Parameter in der Behandlung strukturell ich-gestörter Patienten. Bei einer Paktabsprache muß ich abwägen, ob die Patientin gegenwärtig überhaupt paktfähig ist. In Supervisionen habe ich gelegentlich die Erfahrung gemacht, daß manche Paktabsprachen vom Therapeuten aus ideologischen oder gegenübertragungsbedingten Gründen aufgedrängt wurden. Viele Therapeuten weigern sich, die volle Verantwortung zu übernehmen, vorübergehend für eine Patientin Entscheidungen zu treffen und Außensteuerung notfalls zu erzwingen. Es widerspricht ihrem Menschenbild. Andere wollen nicht böse sein. In beiden Fällen dient der Pakt der Entlastung des Therapeuten und ist kein wirklicher Vertrag zwischen den erwachsenen Anteilen zweier Beziehungspartnern. Ein echter Pakt muß nach meinem Verständnis auch ein Angebot des Therapeuten enthalten, etwa >wenn Sie in Versuchung kommen, sich selbst zu verletzen, können Sie sich jederzeit an uns wenden.< Eine Absprache wie >Ich behandle sie nur, wenn Sie zusagen, auf Selbstverletzungen zu verzichten< ist eine –

möglicherweise sehr sinnvolle – Therapieabsprache, aber kein Pakt. Scheitert die Patientin, wird sie rückfällig, wird sie ihre Aggression heftig gegen sich selbst wenden und ihre Symptomatik verstärken. Andererseits ist es wichtig, so viel Selbstverantwortung wie möglich zu fordern. Das ist oft eine Gratwanderung.“

Zwei weitere Hinweise gibt er etwas später in seinem Buch (S.70). „Die selbstfürsorglichen Anteile, die nach meiner Erfahrung in allen stecken, aufzuspüren und quasi herauszuschälen aus der sie umgebenden Selbstbeschädigungshülle; beides wahrzunehmen, das eine zu bestätigen, das andere dosiert, vorsichtig kritisch in Frage zu stellen. Gerade die Kritik kann lange Zeit nicht vorsichtig genug dosiert werden. Kleine und kleinste Therapiefortschritte werden wahrgenommen und bestätigt.“ Auch auf die Wichtigkeit von Körperarbeit (S.100) mit diesem Klientel macht er aufmerksam. Er schlägt Massagen, Bäder und Duschen vor. Hier geht es um körperliche Selbstfürsorge. Auch das gemeinsame Laufen (mit Pflegepersonal) mag eine Möglichkeit sein.

M.Linehan schlägt vor mit den Pat. ein Signal zum Reden zu vereinbaren(z.B. ein rotes Tuch um den Hals). Dieses ist besonders sinnvoll bei Patienten die Schwierigkeiten haben, in Spannungssituationen aufs Personal zu zugehen.

Dulz beschäftigt sich mit angemessenen Reaktionen bei Fehlverhalten auf der Station. Er schreibt dazu(S.99,100): „Immer noch zu wenig wird der Versuch gemacht, an alten Strukturen auf psychiatrischen Stationen, die von der Ausübung von Macht innerhalb des >Teams<und den Patienten gegenüber sowie der Entmündigung von Patienten geprägt sind, zu rütteln. Zu oft wird >Fehlverhalten< von Pat. noch schlicht bestraft, also auf eine Weise reagiert, die nicht mehr als ein Disziplinierungsversuch ist. Der Grund hierfür sind meistens Unsicherheit, Angst und Überlastung des Personals. Unter solchen Umständen läuft der Pat. Gefahr, im wahrsten Sinne des Wortes vom Personal mißbraucht zu werden, indem sich ein oder mehrere Mitglieder des Teams zu Lasten des Patienten - zumeist über eine unangemessene Form der Machtausübung oder Moralisierung – selbst stabilisieren. Natürlich wird von eben solchen Teammitgliedern –und zwar völlig zu recht – angeführt, gerade von Borderline-Patienten sehr gemocht zu werden. Aber dies letztlich nur, weil ein solcher Arzt oder eine solche Krankenschwester jene Art der Beziehung zu dem Patienten herstellt, die dieser von seinen Eltern her kennt: eine Beziehung mit Begrenzung, ohne Verstehen, mit Bestrafung und radikaler Beschneidung der Autonomie, mit Reduzierung auf Funktionieren ohne echtes Interesse an dem Patienten und dessen innerpsychischen Erleben, mit scheinbar klaren Regeln ohne tieferes Verständnis und ohne Empathie, ohne echte Sympathie. Natürlich wird ein solches Teammitglied auf eine gewisse Weise geliebt: so, wie einst die unzureichenden Eltern, auch der mißbrauchende Vater oder die mißhandelnde Mutter geliebt wurden und oft genug weiterhin werden. Mithin finden für den Patienten keine Veränderung statt. Aber er fürchtet ja auch nichts so wie eine Veränderung gerade in den inneren Bildern der Eltern. Diese Furcht wird ihm

von diesen Personen im Team genommen, denn er kann sich unbewußt gewiß sein, daß auf einer solchen Station eine Veränderung nicht stattfinden wird und alles so bleibt, wie es immer schon war.“ Er schreibt weiter dazu (S. 103): „Statt althergebrachter Regulierungsversuche mit den Mitteln der bloßen Disziplinierung wird nunmehr mit den Patienten bei >Verstößen< über deren Gründe gesprochen, wobei dies Gespräche durchaus auch von dem Verständnis getragen sind, daß beispielsweise ein Alkoholmißbrauch aus innerer Not entstanden sein kann, die dann bearbeitet wird.“

Zur Gestaltung auf der Station rät Dulz (S.101), daß die Patienten so selbstständig bleiben (werden) sollen wie möglich. Das heißt sie sollen ihre Betten selbst beziehen, sich um die Waschmaschine kümmern, sich um Blumen, Aschenbecher, Tisch decken und ähnliches kümmern.

Zum Abschluß dieses Kapitels möchte ich noch eine Forderung an die Betriebsleitung stellen. Die Forderung nach Fortbildung und Supervision. Dieses schwierige Klientel erfordert, daß jeder Mitarbeiter möglichst gut informiert ist. Sonst geraten wir z.B. in die Falle der Spaltung. Die Borderline-Persönlichkeit kann erst mal nicht anders als uns „schwarz oder weiß“ zu erleben. Aber uns muß klar sein, daß diese Form der Polarisierung auch auf uns massive Wechselwirkungen hat. Ein Team kann gespalten werden. Ebenso hilfreich, wenn nicht gar notwendig ist die Supervision, in der man sich mit diesen Spaltungsprozessen, oder bei schwierigen Entscheidungen, Hilfe holen kann. Außerdem ist sie ein Akt der Selbstfürsorge und kann uns vor einem möglichen „Ausbrennen“ eventuell schützen. Alle Autoren, die ich zu diesem Thema gelesen habe, unterstützen übrigens diese Forderung und halten dies gar für unerlässlich.

5.Anwendbare Aspekte des DBT – Programms auf einer Akutaufnahmestation

5a) DBT, Skills und Emotionalität

Das DBT – Programm von Linehan ist ein verhaltenstherapeutisches Konzept, welches speziell für sich selbstverletzende Borderline-Patienten entwickelt wurde. Dieses Programm führt nachweislich zur Verbesserung der Symptomatik von Borderline-Patienten. Diese wissenschaftliche Nachweisbarkeit führt zu der Forderung eine adäquate Menge von psychiatrischen Stationen zu installieren, die speziell nach diesem Programm arbeiten (dies gilt sicherlich auch für andere sinnvolle, analytisch orientierte Konzepte). Das Erfüllen dieser Forderung liegt jedoch noch in weiter Ferne, da die Geldmittel, die den psychiatrischen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, zunehmend knapper werden. Deswegen beschäftige ich mich in der Folge mit hilfreichen Aspekten dieses Programms, die ohne größere finanzielle Aufwendungen, von Pflegekräften und Borderline-Patienten gemeinsam durchgeführt werden können. Auch dies wird

meiner Meinung nach zu einer deutlichen Reduktion von selbstverletzendem Verhalten führen.

Skills: sind Fertigkeiten, die jeder Mensch hat. Es sind Fertigkeiten im Beobachten (nicht werten), im Umgang mit Gefühlen, im zwischenmenschlichen Bereich und im Umgang mit Hochspannungssituationen. Linehan geht davon aus, daß auch Borderline-Patienten viele dieser Fertigkeiten haben, sonst hätten sie nicht bis jetzt überlebt. Diese Fertigkeiten werden jedoch zu wenig bewußt und zum falschen Zeitpunkt eingesetzt. Deshalb ist es wichtig diese schon vorhandenen Skills mit den Patienten herauszuarbeiten und bewußter einzusetzen. Häufig wissen Patienten z.B. ,daß ihnen in Spannungssituationen eine bestimmte Musik hilft oder der Spaziergang mit dem Hund. Sinnvoll ist dies aufzuschreiben und diese Liste im Laufe der Behandlung zu ergänzen.

In den vorherigen Teilen meiner Arbeit habe ich schon auf die besondere Reaktionskurve auf äußere Anlässe bei Borderline-Patienten hingewiesen. Kennzeichnend ist die hohe Vulnerabilität, die aus folgenden drei Faktoren besteht.

1. Hohe Sensitivität
 - Prompte Reaktionen
 - Niedrige Reizschwelle für emotionale Reaktionen

2. Hohe emotionale Intensität
 - Extreme Reaktionen
 - Verengung von Wahrnehmung und Verarbeitungsprozessen

3. Langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau
 - Langanhaltende Reaktionen
 - Hohe Sensitivität

Die zu lernenden Fertigkeiten beziehen sich auf diese spezielle Emotionskurve. Die lange andauernde hohe emotionale Intensität ist für Menschen kaum aushaltbar, deshalb haben Borderline-Patienten gelernt sich zu schneiden. Nach dieser Selbstverletzung sinkt der Ausschlag auf der Emotionkurve zurück auf das Ausgangsniveau.

Linehan geht davon aus, daß diese Emotionskurve in jeder Phase durchbrechbar ist.

Phase I: durch Achtsamkeitsübungen

Phase II: durch Übungen im Umgang mit Gefühlen

Phase III: durch Streßtoleranzübungen

Individuell kann es aber auch sein, daß eine bestimmte Achtsamkeitsübung auch im Streßtoleranzbereich wirken kann. Ebenso kann es sein, daß eine bestimmte Streßtoleranzübung kaum hilft. Dies gilt es durch vorstellen und üben mit dem Patienten herauszufinden. Wichtig ist es die Übung in den richtigen Bereichen anzuwenden.

5b) Achtsamkeitsübungen (S.141ff)

Ziele

- Bewußtheit im Alltag und somit mehr Steuerungsmöglichkeiten über sich zu bekommen.
- Gefühle und Verstand in ein Gleichgewicht zu bringen und auf diese Weise zu dem „Wahren Selbst“ zu gelangen

Methoden

1. „Was – Fertigkeiten“

- Wahrnehmen
- Beschreiben
- Teilnehmen

2. „Wie – Fertigkeiten“

- nicht bewertend
- konzentriert
- wirkungsvoll

Dies hört sich erstmal etwas undurchsichtig an. In der Praxis ist dies jedoch recht einfach. Es geht um wertfreies und sehr genaues beschreiben unter zu Hilfe nahme aller fünf Sinne. Das wertfreie Beschreiben ist eine selten benutzte Fähigkeit von Borderline-Patienten, da sie dazu neigen alles zu bewerten und in „schwarz oder weiß“ einzuteilen.

Übungen

1. jeder Gegenstand, der im Raum ist, kann wertfrei beschrieben werden
2. der Vorgang eines Schrittes kann beschrieben werden
3. die Vorstellung einer blühenden Rose beschreiben
4. Postkarte beschreiben
5. Bürste, Schwamm oder Fellstück beschreiben (fühlen)
6. den Geschmack von Brause, körnigem Senf oder Ferrero Rocher beschreiben (schmecken)
7. den Geruch von Nelkenöl oder Pfefferminzöl beschreiben (riechen)

8. die verschiedenen Instrumente eines Musikstückes können herausgefunden werden (hören)

9. u.s.w,

Wie man sieht, sind der Kreativität keine Grenzen gesetzt. Eine Sonderübung sei noch erwähnt. Das Finden eines „sicheren Ortes“. Diesen muß man mit den Patient erarbeiten (innere Achtsamkeit) und gestalten. Dieser Ort ist ein innerer Phantasieort in dem man sich sicher und geborgen fühlt. An diesen Ort kann man versuchen sich in einer beginnenden Streßsituation für ein paar Minuten zurückzuziehen.

5c) Umgang mit Gefühlen (162 ff)

Ziele

- Gefühle beobachten, beschreiben und in ihren Bedeutungen und Auswirkungen verstehen lernen
- Emotionale Verwundbarkeit verringern und positiven Gefühlen mehr Raum geben
- Emotionales Leiden vermindern

Methoden

1. Beobachten, beschreiben und verstehen von Gefühlen (mittels Arbeitsblätter)
2. Verwundbarkeit verringern
 - Krankheiten behandeln
 - Ausgewogene Ernährung
 - Drogen vermeiden
 - Ausreichend Schlaf
 - Regelmäßige Bewegung
 - Selbstdisziplin
3. Schritte in Richtung positiver Emotionen
 - Kurzfristig angenehme Dinge tun, die im Moment möglich sind
 - Langfristig die Lebensweise so verändern, daß positive Ereignisse häufiger eintreten werden: Liste positiver Ereignisse erstellen, Beziehungen pflegen, Aufgeben von Vermeidungsverhalten
 - Achtsam für positive Erfahrungen sein
 - Sich von Sorgen abwenden
4. Emotionales Leiden loslassen: innere Achtsamkeit gegen über dem aktuellen Gefühl
 - Gefühle beobachten und erfahren
 - Gefühle loslassen und akzeptieren
5. Dem Gefühl entgegengesetzt handeln
 - Angst: angstauslösende Situation aufsuchen
 - Niedergeschlagenheit: aktiv werden
 - Ärger: auf andere zugehen, ihnen etwas Gutes tun

- Schuld oder Scham: wenn gerechtfertigt: wiedergutmachen
 wenn nicht gerechtfertigt: konfrontieren

Viele Aspekte zum Umgang mit Gefühlen werden mit Arbeitsblättern erarbeitet. Mit diesen könnte man auch auf der Akutaufnahme arbeiten. Ein zentraler Aspekt ist die Technik des „Dem Gefühl entgegengesetzt handeln“(act oposite). Gut durchführbar sind auch kurzfristig angenehme Dinge machen und darauf zu achten, daß die Verwundbarkeit verringert wird.

5d) Streßtoleranz (S.189 ff)

Ziel

- Wege finden, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu ertragen, wenn sich die Situation nicht verändern läßt.

Methoden

1. Krisen aushalten und überleben

- Fertigkeiten mit dem Ziel, schnell und kurzfristig zu wirken

1.1 Überbrücken bedeutet, sich ablenken durch

- Aktivitäten
- Unterstützen anderer
- soziale Vergleichsprozesse
- Gefühle durch ein entgegengesetztes Gefühl ersetzen
- Gefühle beiseiteschieben
- Hirn-Flick-Flacks z.B. zählen, Rechenübungen

1.2 Beruhigen mit Hilfe der Sinne

- sehen
- hören
- riechen
- schmecken
- fühlen

1.3 Den Augenblick verbessern

- Phantasie
- Sinn finden
- Gebet/Meditation
- Entspannungsübungen
- „im Moment sein“
- sich „Urlaub“ nehmen
- sich selbst ermutigen

1.4 Pro und Contra

- Was spricht dagegen, daß ich mich selbst verletze?
- Was spricht dafür, das ich mich selbst verletze?
- Fokussiere auf langfristige Ziele

2. Akzeptieren der Realität

- Fertigkeiten mit dem Ziel, langfristiger, situationsübergreifend sowie vorbeugend zu wirken.

2.1 Den Atem wahrnehmen

- tiefes Atmen
- Atem mittels der Schritte messen
- Atemzüge zählen (eins bis zehn)
- dem Atem folgen
- während Musikhören dem Atem folgen
- während einer Unterhaltung dem Atem folgen
- Atmen, um Geist und Körper zu beruhigen

2.2 Leichtes Lächeln

- beim Erwachen
- in freien Augenblicken
- bei Musik
- bei Gereiztheit
- im Liegen
- im Sitzen
- beim Denken an den Menschen, den ich am meisten hasse
- wo noch?

2.3 Achtsamkeitsübungen

- Körperhaltung - Grounding (Erden, Körperwahrnehmung)
- Tee kochen - Abwaschen
- Wäsche waschen - Hausputz
- Baden - Meditation

Einigen besonderen Übungen, insbesondere den Körperempfindungen, wende ich mich noch mal, wegen der besonderen Wirksamkeit in Akutsituationen zu.

1. Eiswürfel in die Hand nehmen und schmelzen lassen
2. Auf einem Besenstiel mit nackten Füßen stehen und auf die Empfindungen achten
3. An 2% Amoniak riechen
4. Einen Igelball drücken
5. Ein oder mehrere Gummibänder ums Handgelenk legen um daran zu ziehen und los zu lassen
6. Auf einem Fahrradtrainer fahren
7. Sich an die Wand stellen, langsam in die Knie gehen und im 90° Winkel so lange wie möglich verharren
8. Kalt oder heiß duschen oder baden
9. Mit einem nassen Handtuch heftig auf eine Badewanne schlagen
10. Schreien

Auch die Übungen zum leichten Lächeln haben im Vorfeld eine gute Wirksamkeit

1. Beim Aufstehen dreimal tief durchatmen, dabei ein sanftes Lächeln halten
2. Leichtes Lächeln in freien Augenblicken z.B. ein Kind, ein Blatt, ein Gemälde anschauen, irgend etwas was beruhigend wirkt und dann lächeln.
3. Leichtes Lächeln zu Musik
4. Leichtes Lächeln, wenn man gereizt ist und dabei 3mal tief ein- und ausatmen.

Das Lächeln wirkt über eine körperliche Ebene positiv auf die Gefühlslage.

Gut üben lassen sich auf einer Akutstation auch Atemübungen.

Es hat sich auch bewährt, wenn ein Patient eine Liste erstellt, worin aufgelistet wird, was dafür und was dagegen spricht Streß auszuhalten oder nicht auszuhalten (schneiden).

Schlußwort (Hoffnung)

Zum Abschluß möchte ich noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse zusammenfassen. Es gibt nicht das Patentrezept zum Umgang mit Selbstverletzungen bei Borderline-Persönlichkeiten auf einer Akutaufnahmestation. Es gibt jedoch einige Eckpfeiler in der Behandlung, die zum großen Teil vor der der Selbstverletzung ansetzen.

Wie aus meinen Ausführungen zu erkennen ist, ist das Borderline-Syndrom eine höchst komplexe Erkrankung, die eine ausführliche Fortbildung der Mitarbeiter notwendig macht. Sonst haben diese keine Chance adäquate Behandlungsmöglichkeiten zu verstehen oder zu erarbeiten. Dazu gehört selbstverständlich auch eine, die Behandlung begleitende, Supervision. Diese ist notwendig, damit wir nicht in die zahlreichen „Behandlungsfallen tappen“. Zentraler Bestandteil der Behandlung muß eine Bezugspflege sein. Wird diese ausgerichtet nach den ausgeführten Richtlinien, hat der Patient die Möglichkeit an dieser Beziehung zu gesunden. Es wird dennoch immer wieder zu Selbstverletzungen bzw. Suizidversuchen kommen. In diesen Situationen ist es wünschenswert maßvoll zu reagieren. D.h. die Wunden werden adäquat versorgt, es wird geklärt ob dies eine suizidale oder parasuizidale Handlung war, ob der Patient oder wir die weitere Verantwortung tragen, Bestrafungen sind zu vermeiden, Fixierungen nur in seltenen Einzelfällen anzuordnen und zentraler Bestandteil muß der Blick auf alternative Handlungsmöglichkeiten sein. All diese Handlungen müssen so gestaltet sein, daß die selbstverletzenden Handlungen nicht noch sozial verstärkt werden. In der Behandlung ist es wichtig selbstfürsorgliche Aspekte heraus zu arbeiten. An diesem Punkt möchte ich noch mal auf die Wichtigkeit von Körperarbeit hinweisen. Gerade bei längeren Behandlungen müssen wir unseren Blick auf das Erhalten und Ausbauen von Resourcen richten. M. Linehan's DBT bietet den Borderline-Patienten mit ihren Achtsamkeitsübungen, Übungen zum Umgang mit Gefühlen und den

Streßtoleranzübungen eine neue Möglichkeit mit ihrer ganz speziellen Emotionalität umzugehen.

Zum Abschluß möchte ich sagen: Auch wenn der Umgang mit diese Klientel hoch schwierig ist, es gibt eine ganze Menge Möglichkeiten. Wir sollten uns dieser Herausforderung an unsere psychiatrischen (menschlichen) Kompetenz stellen!

Literaturnachweis

Birger Dulz, Angela Schneider , Borderline-Störung: Theorie und Therapie. Stuttgart, 2.Auflage, 1995

Jerold J. Kreisman, Hal Straus, Ich hasse dich – verlaß mich nicht, München, 9.Auflage, 1989

Marsha M. Linehan, Dialektisch Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München, 1.Auflage, 1996

Marsha M. Linehan, Trainingsmanual zur Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München, 1.Auflage, 1996

Ulrich Sachsse, Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen, 1.Auflage, 1994

Aufsätze:

Das Borderline-Syndrom, Ein Leitfaden für Betroffene und deren Angehörige, sonst keine weiteren Angaben

S.Herpertz, Schulenübergreifende Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, sonst keine weiteren Angaben

Ich versichere, daß ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfaßt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwand und die Stellen, die, die anderen Werke im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Unterschrift des Verfassers

Düren, den 14.01.2000

