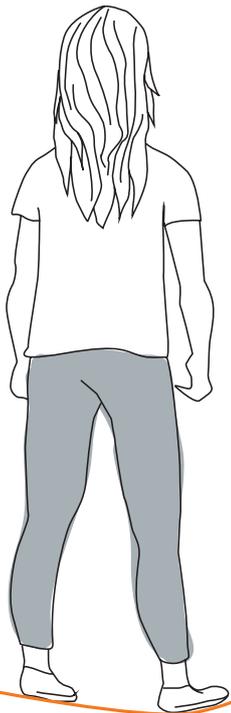


FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg



Gefühls chaos Borderline

Ohne Halt – Leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Interview: Ist Borderline eine Krankheit?

Der Schmerz verspricht Linderung

Identität

impulsiv
Gefühlsausbruch

Unsicherheit

Selbstwert

Wut

Beziehungsabbruch

manipulativ

Wirrungen

Selbstschädigung

Druck

Anspannung

Stabilität

Beziehung

Gefühlschaos Borderline

- 4 _ Wie fühlt sich Borderline an?
- 6 _ Ohne Halt
- 12 _ Zahlen, Daten, Fakten
- 13 _ Das Gefühlschaos wieder in den Griff bekommen
- 16 _ Der Schmerz verspricht Linderung
- 18 _ Mich gibt es noch!
- 21 _ Die Geschichte der Borderline-Störung
- 22 _ Interview: Ist Borderline eine Krankheit?
- 24 _ Schutzfaktor Familie
- 26 _ Gleichberechtigt im therapeutischen Boot
- 29 _ Zwischen Aggression, Gewalt und Therapie
- 32 _ Die Flucht vor dem eigenen Erleben
- 34 _ Forschung für eine bessere Versorgung
- 36 _ Literatur- und Filmempfehlungen
- 38 _ Information, Beratung, Kontakt
- 39 _ Gewinnspiel, Impressum



6_ Ohne Halt
Extreme Stimmungsschwankungen und Gefühlsausbrüche führen zu einem hohen Leidensdruck bei Betroffenen und ihren Angehörigen.

Als Gefühlschaos oder als Emotionskarussell beschreiben Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ihr Leben. In der einen Minute ist alles in Ordnung, im nächsten Moment explodieren sie innerlich und können ihre Gefühle nicht mehr kontrollieren. Für einen Teil der Betroffenen sind die Anspannungen und Ausbrüche zu belastend, sie begehen Suizid. Nicht nur Borderliner selbst leiden unter ihren extremen Stimmungsschwankungen, auch Angehörige oder Partner können nur schwer mit dem Ausnahmeverhalten umgehen. Oftmals kommt es zu schmerzhaften Beziehungsabbrüchen.

In dieser Ausgabe der Facetten erklären wir, woher der Name der Störung kommt und informieren über den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten. Wir beleuchten die Behandlungsmöglichkeiten, die nicht immer einfach sind, und klären die Frage: Ist die Borderline-Störung überhaupt eine Krankheit? Wir haben mit Expertinnen und Experten gesprochen und uns näher mit den Therapiemöglichkeiten auseinandergesetzt. Menschen mit der Störung gewährten uns Einblicke in ihre wankende Gefühlswelt und sprachen über ihre Pläne. Zudem haben wir zusammengestellt, wo Angehörige und Betroffene Hilfe erhalten.

Elke Cambré

Elke Cambré

16_ Der Schmerz verspricht Linderung
Menschen mit einer Borderline-Störung schädigen sich auf vielfältige Weise selbst.



22_ Interview: Ist Borderline eine Krankheit?
Im Gespräch mit Prof. Dr. Tilman Steinert

Wie fühlt sich Borderline an

„Manchmal kommt es mir vor, als würde ich die Welt durch eine Glasscheibe betrachten. Durch die Verletzung kann ich die Welt ein Stück weit zurückholen. Ich denke dann nicht an die Folgen, sondern bin wie **ferngesteuert**.“

„Das Schlimmste für mich ist, dass ich mir selbst Verletzungen zufügen muss. Es ist **ein Hilfeschrei**, weil ich eben nicht klarkomme ... lieber verletzen als sich das Leben nehmen.“

» **BORDERLINE IST EIN LEBEN AM RANDE DES AUSHALTbaren.** «

„Freude. Freude! Freude! Euphorie!!
Oh. Traurig. Freude! Wütend. Extrem wütend. Nein, traurig.
Einsam. So einsam. Einsam.
Leere. Oh, diese Leere. Traurig.
Aber Liebe. So viel Liebe! Liebe. Liebe.
Empathie! Freude. Freude!! Freude! Traurig.“

„Sich glücklich zu fühlen, ist **reine Euphorie**. Traurig zu sein, fühlt sich an, als würde man verbrennen.“

» **BEZIEHUNGEN SCHWANKEN** ZWISCHEN „ICH HASSE DICH“ – „VERLASS MICH NICHT“. «

„Wenn ich mich auf intensive Beziehungen einlasse, habe ich einerseits **Angst vor körperlicher Nähe**, andererseits aber auch davor, mich an die Person so stark zu binden, dass eine Trennung neue innere Narben hinterlassen würde. Je intimer, desto heftiger meine Zurückweisung.“

„**WENN ICH MICH SCHNEIDE, KANN ICH MICH WIEDER SPÜREN UND WEISS, DASS ICH NOCH DA BIN.**“

„Bin ich in einem Moment gut drauf, habe ich im nächsten das Gefühl, mich irgendwo **runterstürzen zu müssen**.“

„Ich hab da eine Krankheit in meinem Kopf sitzen, die es immer wieder schafft, dass ich an mir, am Leben, an allem zweifle. Die mir jegliche Freude, jede Hoffnung, jede Lust und jedes andere schöne Gefühl raubt.“

» **BORDERLINE IST WIE EIN LEBEN OHNE FESTE WURZELN.** «

Ohne Halt

Leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Extreme Stimmungsschwankungen, unkontrolliertes Verhalten und Beziehungen, die dadurch häufig zu Bruch gehen – das Leben von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gleicht einem Chaos der Gefühle. Darunter leiden nicht nur sie selbst, sondern auch Angehörige und Freunde. Die Betroffenen müssen lernen, damit umzugehen.

Innere Anspannungszustände und starke Gefühlsschwankungen sind Symptome der Borderline-Störung.



Borderlinerinnen leiden unter ihren extremen Persönlichkeitsmerkmalen.

Tage, an denen man nicht gut drauf ist oder Situationen, in denen man auf andere Personen wütend wird und streiten will, kennt jeder einmal. Bei Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, sind die Gefühle jedoch so stark und schwankend, dass sie sie nicht steuern können. „Die Merkmale sind eine ausgeprägte Impulsivität und eine gefühlsmäßige Instabilität“, beschreibt Prof. Dr. Tilman Steinert, Ärztlicher Leiter der Klinik I für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm des ZfP Südwürttemberg, die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung (kurz: BPS).

» Die Merkmale sind eine ausgeprägte Impulsivität und eine gefühlsmäßige Instabilität.

Die Betroffenen neigen zur Überschwänglichkeit auf der einen Seite und zu kurzfristiger tiefer Verzweiflung und Depression auf der anderen Seite, bis hin zur Suizidgefährdung. Bei der BPS handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung, was bedeutet: Bestimmte Persönlichkeitszüge sind besonders ausgeprägt. Diese weisen andere Menschen zwar in schwächerer Form auch auf, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind die Abweichungen jedoch gravierend. „Die besonderen Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale führen dazu, dass Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung selbst und auch andere Menschen darunter leiden“, fasst es Steinert zusammen. Der Zustand ist anhaltend und tritt nicht nur in bestimmten Lebensphasen auf.

„Ich lieb’ dich – ich lieb’ dich nicht“

Das Verhalten von Borderlinerinnen und Borderlinern ist geprägt durch extreme Stimmungsschwankungen. Die Stimmung ist sprunghaft und kann sich, je nach äußeren Einflüssen, innerhalb weniger Minuten ändern. Die Reaktion ist häufig übertrieben und nicht vorhersehbar: Oft reicht eine falsche Äußerung des Partners oder der Angehörigen aus und es kommt zum Gefühlsausbruch. Diese Schwankungen und die Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität führen dazu, dass die Beziehungsgestaltung erschwert ist. „Menschen mit einer Borderline-Störung können Partnerschaften meistens nicht über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten. Die Beziehungen sind anfangs sehr intensiv, zerbrechen aber schnell und dann kommt gleich der nächste Partner“, so Steinert. Selbstverletzendes Verhalten wie das Ritzen oder Schneiden der Arme ist ein weiteres, häufiges Symptom der Störung und auch die Suizidalität spielt eine große Rolle. Diese kann kontinuierlich bestehen und nicht nur, wie bei einer Depression, beschränkt auf eine Krankheitsphase.



Ein unbeständiges Bild von sich selbst, ein geringes Selbstwertgefühl und Gefühlsausbrüche führen dazu, ...



... dass Menschen mit Borderline nur schwer verlässliche Beziehungen eingehen können.

Insgesamt sind mehr Frauen als Männer von der BPS betroffen, Frauen begeben sich auch vermehrt in Behandlung. Dies hängt laut Steinert damit zusammen, dass sie unterschiedlich mit Impulsivität und Gefühlsschwankungen umgehen. „Frauen neigen eher dazu, sich selbst zu verletzen. Männer richten ihre Impulse oft gegen andere. Dies führt Frauen eher zum Psychiater, Männer sehen dagegen eher den Polizisten oder den Richter“, verdeutlicht der Ärztliche Direktor. Um ihre Gefühle zu regulieren, neigen Betroffene dazu, wahlweise dämpfende oder aufputschende Substanzen wie Alkohol oder Drogen zu konsumieren. Unter Abhängigkeitskranken finden sich in Kliniken deshalb vermehrt Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

» **Selbstverletzendes Verhalten wie das Ritzen oder Schneiden der Arme ist ein weiteres, häufiges Symptom der Störung.** «

Die Diagnose BPS stellt ein Facharzt anhand einer Liste von Merkmalen, die vorhanden sein müssen. Dies geschieht in Abgrenzung zu anderen Persönlichkeitsstörungen, die ähnliche Symptome haben können. „Es gibt keine spezifischen Symptome, die bei jedem Menschen mit Borderline und auch nur bei solchen vorkommen. Alle Symptome der BPS können auch bei anderen Störungen auftreten“, beschreibt Steinert die Schwierigkeit. Manche Abgrenzungen seien schwierig. So zum Beispiel gegenüber der komplexen posttraumatischen

Belastungsstörung: Betroffene seien in ihrer frühen Kindheit anhaltenden Traumatisierungen wie sexuellem Missbrauch ausgesetzt gewesen, was zu einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung und zu Störungen des Selbstbildes führen könne. Die Traumatisierten verletzen sich auch häufig selbst, sie hätten jedoch nicht diese Dramatik in Beziehungen. Die Belastungsfaktoren seien hier klar identifizierbar.

Persönlichkeitsstörungen werden am ehesten dann bemerkt, wenn die Persönlichkeit eines Menschen sichtbar wird. Diese ist meist ab der späten Adoleszenz, etwa im Alter von 16 bis 20 Jahren, ausgereift. „Davor stellen Kinder- und Jugendpsychiater deshalb noch keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, da die Entwicklung im Jugendalter noch nicht abgeschlossen ist“, weiß Steinert. In einem Alter, in dem besonders gravierende Lebensentscheidungen wie die Berufs- oder Partnerwahl anstehen, macht sich eine Störung besonders bemerkbar und die gefühlsmäßigen Ausschläge sind groß.

„Gute Eltern sind die beste Prävention“

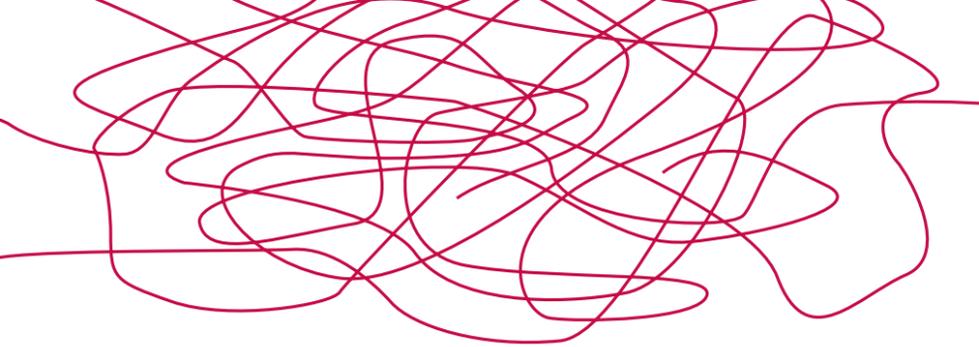
Die Ursachen einer Borderline-Störung sind vielfältig und lassen sich nicht auf den einen Auslöser zurückführen. Ein gewisser genetischer Faktor ist gegeben, jedoch sind die Beziehungen, die die Grundlagen der frühen Kindheit bilden, maßgeblich. „Instabile Beziehungen zu wenig verlässlichen Bezugspersonen wie den Eltern sind der wahrscheinlich größte Risikofaktor“, meint Steinert. Wenn Beziehungen in den ersten drei bis fünf Jahren schlecht waren, könne man das im Alter von 30 Jahren durch eine Therapie nicht einfach wieder gut machen oder nachholen, das sei von der Gehirnentwicklung her nicht möglich. Viele Patienten kommen aus zerbrochenen Familien, wo es chaotisch zugeht und keine verlässlichen Beziehungen mehr da sind. Deshalb ist das Thema Familie für viele Betroffene problematisch und wie ein rotes Tuch, sie möchten oft nicht darüber sprechen oder keinen Kontakt mehr.

» **Instabile Beziehungen zu wenig verlässlichen Bezugspersonen wie den Eltern sind der wahrscheinlich größte Risikofaktor.** «

Die Gründe, weshalb sich Menschen mit einer BPS in Behandlung begeben, sind ebenfalls vielfältig. Suizidversuche sind oftmals ein Anlass oder die Hilfsuche von Dritten wie der Familie. Wenn die Mutter beispielsweise zur 16-jährigen

Tochter sagt „So geht es nicht weiter“ und sie zum Kinder- und Jugendpsychiater bringt. Die Betroffenen selbst haben meist einen hohen Leidensdruck und schon viele Behandlungsangebote in Anspruch genommen und ausprobiert. Oft werden Borderliner auch zuerst wegen ihrer Abhängigkeits-erkrankung behandelt und die Störung wird erkannt, wenn die Symptome trotz einer Abstinenz noch vorhanden sind.

Die Behandlung der BPS erfolgt primär psychotherapeutisch bei einem niedergelassenen Therapeuten, bestimmte Medikamente können unterstützend wirken. „Ein häufiger Irrtum bei Borderline-Patienten ist: Wenn ich das richtige Medikament bekomme, wird alles gut“, weiß Steinert um eine Schwierigkeit. Das bekannteste psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung der BPS ist die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), daneben gibt es weiteren Formen. Die größte Herausforderung für die Betroffenen ist es jedoch, die Psychotherapie überhaupt aufrechtzuerhalten. „Die Patienten sind so schwankend, dass nicht nur private Beziehungen, sondern auch die therapeutische immer



Titelthema

Eine konstante therapeutische Beziehung ist für beide Seiten herausfordernd.

Behandlung im ZfP Südwürttemberg

„Man findet Menschen mit Borderline bei uns in allen Bereichen“, erläutert Steinert die Verteilung der Borderline-Patienten im ZfP Südwürttemberg. Der Behandlungsgrund sei oftmals vorrangig eine andere psychische Störung wie eine Abhängigkeit oder eine Depression mit Suizidgefahr. Auf der Kriseninterventionsstation am Standort Weissenau habe etwa die Hälfte der Patienten die Diagnose BPS. Eine Besonderheit ist zum einen die hohe Kompetenz der Mitarbeitenden in der Diagnostik. Schließlich gebe es eine Vielzahl an Störungen, die sich von der Symptomatik ähneln können. Zum anderen könnten die Mitarbeitenden eine fachgerechte Beurteilung der Selbstgefährdung vornehmen und richtige Behandlungsmaßnahmen bei suizidalen Krisen in die Wege leiten. „Wir bieten eine kritisch geprüfte stationäre Behandlung an nach der Devise: So viel wie unbedingt nötig, aber so wenig wie möglich“, fasst es Steinert zusammen. Eine tagesklinische Behandlung oder auch eine ambulante wie in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) sei einer stationären vorzuziehen. Ein wichtiger Baustein der Behandlung ist die Psychoedukation: Die Patienten seien zunächst ahnungslos darüber, was mit ihnen los sei. Sie werden gezielt informiert über ihre Störung, dass diese auch bei anderen Menschen vorkommt, worin das Problem besteht und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

wieder abgebrochen wird“, erläutert Steinert. Ein unbeständiges Bild von sich selbst führt bei Borderlinern oftmals dazu, dass sie auch ein wechselhaftes von Bezugspersonen wie dem Therapeuten haben. Ein Abbruch der Therapie und auch ein Wechsel des Therapeuten sei nicht förderlich für den Ausgang der Therapie.

Eine konstante therapeutische Beziehung und das Einhalten von Terminen sind für Borderliner äußerst schwierig. „Unterbrechungen der Therapie, wenn der Therapeut beispielsweise Urlaub hat, empfinden die Betroffenen als große Belastung und als kränkenden Vertrauensbruch, was wiederum zum Beziehungsabbruch führen kann“, erklärt der Psychiater. Die Behandlung sollte seiner Meinung nach wenn möglich ambulant durchgeführt werden. Eine ambulante Therapie sei aus den genannten Gründen jedoch schwer realisierbar und für beide Seiten anstrengend. Ein stationärer Aufenthalt sei auch möglich, bringe aber viele Nachteile: Zum einen fallen die Patienten in eine Art Versorgungshaltung und meinen: „Mir geht es so schlecht und das schon seit langem, dass ich gar nichts mehr tun kann, dass es mir besser geht. Jetzt muss ich mich erst einmal erholen.“ Eine stationäre psychotherapeutische Behandlung sei aber eher harte Arbeit als Erholung. Zum anderen werde mit einem stationären Aufenthalt der Alltag der Betroffenen durchbrochen und die Störung nach einigen Wochen wahrscheinlich auch nicht gleich besser.

Die Herausforderung: „Wir müssen den Patienten sagen, dass sie ernsthafte Probleme haben, die behandelt werden müssen. Aber trotzdem ist es wichtig, dass sie ihr normales Leben weiterführen – mit Arbeit und allem, was dazu gehört“, so Steinert. Gründe für eine angezeigte Krankenhausbehandlung können ein begleiteter Entzug bei einer Suchterkrankung sein oder auch eine vorliegende Suizidalität, wenn die Absprachefähigkeit nicht gegeben ist und eine Gefährdung vorliegt. Ein guter Kompromiss sei insgesamt die Behandlung in einer Tagesklinik.



Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird auch als emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs bezeichnet.

Titelthema



Bei der Psychoedukation werden die Betroffenen über ihre Störung informiert und lernen, wie sie ein stabileres Leben führen können.

Heilung ist nicht das Ziel

Vordringliches Ziel aller Behandlungsansätze ist eine Verbesserung der Impulskontrolle. Das bedeutet, dass die Patienten lernen, besser mit ihren Persönlichkeitsausprägungen umzugehen und starke Gefühle besser auszuhalten, ohne gleich an Selbstverletzungen oder Suizid denken zu müssen. Wenn sie wütend werden, sollen die Betroffenen andere Möglichkeiten finden, als gewalttätig zu werden. „In der Folge gelingt es ihnen, ihren Alltag besser in den Griff zu bekommen, wieder arbeiten zu gehen und in der Lage zu sein, verlässlichere Beziehungen zu pflegen“, so Steinert. Eine grundsätzliche Heilung sei nicht das Ziel, denn: „Man kann eine Persönlichkeit nicht heilen.“

Bei den meisten Patienten mit BPS verläuft die Störung aber größtenteils günstig. Was bedeutet: Fast allen geht es auf Dauer besser. Dies liegt zum einen daran, dass die Menschen besser mit ihrer Störung zurechtkommen und die Symptome nicht mehr so stark sind. Bei einem größeren Teil der Betroffenen könne die Diagnose nach einigen Jahren anhand der Kriterien nicht mehr gestellt werden. Wann das ist, sei unterschiedlich. Jedoch ist die Behandlung auch sehr anstrengend und Suizidalität spielt insgesamt eine große Rolle. Der schlechte Teil der Prognose: „Leider muss man sagen, dass bis zu sieben Prozent der Betroffenen mittelfristig an Suizid sterben“, merkt Steinert an. Damit gehört die BPS zu den psychischen Erkrankungen und Störungen mit der höchsten Sterblichkeitsrate.



Tendenziell kommt die Störung in allen Gesellschaftsschichten vor. Die Störung passt laut Steinert vielleicht zu den Anforderungen unserer heutigen Zeit: „Wir sind insgesamt sehr auf Selbstoptimierung gerichtet, die Selbstdarstellung ist wichtig.“ Das Einordnen des Selbstwerts habe einen hohen Rang erhalten und Fragen kämen auf wie: „Wer bin ich, wer will ich sein?“ Man müsse heute seine Rolle in der Gesellschaft finden, sie sei nicht mehr wie früher festgelegt. Dies könne zu Identitätsschwankungen führen. **I**

Text: Elke Cambré

Fotos: Ernst Fesseler, Pixabay

glossar

Was genau bedeutet eigentlich ...

Borderline

„Borderline“ bedeutet Grenzbereich. Der Begriff ist historisch entstanden und bezeichnete einen Zustand an der Grenze (engl. Border) von Neurose und Psychose. Heutzutage ist die Bezeichnung unpassend und die eigentliche Bedeutung des Wortes gilt nicht mehr: Die BPS wird heute zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt.

Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen beschreiben eine Klasse von psychischen Störungen. Kennzeichnend ist eine extreme Ausprägung an Persönlichkeitsmerkmalen, die die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen und zu Konflikten mit ihrer Umwelt führen. Persönlichkeitsstörungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen.

Zahlen, Daten, Fakten.

An einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden etwa **2 Prozent** der Bevölkerung.



Mit rund **70 Prozent** sind überwiegend Frauen betroffen – deutlich mehr Frauen als Männer begeben sich auch in Therapie.



70 bis 80 Prozent der Patientinnen und Patienten ritzen sich, verbrennen sich selbst mit Zigaretten, schlagen den Kopf gegen die Wand oder verhalten sich anders aggressiv gegenüber sich selbst.



60 bis 75 Prozent der Betroffenen unternehmen **einen oder mehrere** Suizidversuche, die Selbsttötungsrate liegt **zwischen 7 und 10 Prozent.**



Besonders häufig finden sich in der Biografie der Betroffenen

sexuelle Gewalterfahrungen (65 Prozent) oder **schwere Vernachlässigung (40 Prozent)** oder **körperliche Gewalterfahrungen (60 Prozent)**

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer von Betroffenen liegt bei **70 Tagen.**



Die Borderline-Persönlichkeitsstörung gehört zu den **häufigsten** Aufnahmediagnosen in psychiatrischen Kliniken.



Bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie sollen Patientinnen ihr Selbstwertgefühl verbessern und lernen, ihre Gefühle zu kontrollieren.

Das Gefühlschaos wieder in den Griff bekommen

Die Behandlung der Borderline-Störung fordert sowohl Betroffene als auch Behandelnde. Als wirksam haben sich verschiedene Therapieformen gezeigt:

Schematherapie/Schemafokussierte Therapie (SFT)

Die Schematherapie ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren. Kindliche Beziehungserfahrungen wie Vernachlässigung, Gewalt oder Ablehnung führen oftmals zu Persönlichkeitsanteilen oder Erlebensmustern, die die Betroffenen nicht adäquat bewältigen können. In der Schematherapie geht es darum, sich diese Bewältigungsmuster und die zugrundeliegenden Schemata bewusst zu machen, sie als früher sinnvoll, aber heute ungeeignet oder sogar schädlich zu erkennen. Die Patientinnen sollen sich von diesen trennen und neue, sich anerkennende, schützende und versorgende Umgangsmöglichkeiten einüben.

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Das Verstehen und Interpretieren von Gefühlen steht bei der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) im Vordergrund. Hierbei jedoch nicht nur die eigenen Gefühle der Betroffenen, sondern auch die von anderen Menschen. Denn Borderline-Patientinnen mangelt es an der Fähigkeit, innere Vorgänge bei anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen. Daher zielt die MBT auf eine Verbesserung dieser Fähigkeiten ab. Dadurch kann die Affekt- und Impulskontrolle gesteigert werden, was sich positiv auf Beziehungen auswirkt.

Transference Focussed Therapy (TFP – übertragungsfokussierte Psychotherapie)

In der Transference Focussed Therapy (TFP), zu Deutsch: übertragungsfokussierte Psychotherapie, geht man davon aus, dass sich gestörte Objektbeziehungen in der Übertragung auf den Psychotherapeuten abbilden. In der Therapie wird versucht, eine gestörte Objektbeziehung, die oft in der Kindheit entstanden ist (Beziehung zu Eltern, Pflegeeltern und weiteren), auf den Therapeuten zu übertragen und dadurch aufzuarbeiten.

Akzeptieren und verändern

Wie Menschen mit einer Borderline-Störung ihre unkontrollierten Gefühle besser regulieren können, lernen sie in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Diese ambulante Therapieform gilt als hoch wirksam.

„Bei der DBT handelt es sich um ein störungsspezifisches Therapiekonzept für den ambulanten Sektor“, erklärt Dr. Peter Noetzel, Chefarzt der Allgemeinpsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.r). Durchgeführt wird die Behandlung von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Fachärzten. In der PP.rt werden chronisch suizidale Borderline-Patientinnen und -Patienten therapiert. „Oftmals sind es gedemütigte Frauen, die in der Kindheit einiges durchgemacht haben wie anhaltende Missbrauchserfahrungen, Vernachlässigung und fehlende Bezugspersonen. Sie finden sich in Lebenssituationen wieder, die sie nicht verursacht haben, aber bewältigen müssen“, beschreibt Dr. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor der PP.rt, typische Borderline-Patientinnen. „Sie wollen an sich arbeiten und sich verbessern. Ich unterstelle den guten Willen“, erläutert Noetzel die Grundannahme der DBT. „Sie kommen jedoch oftmals aus verheerenden Bedingungen und müssen sich stärker motivieren als andere.“ Deshalb müsse der Therapeut genauso mitarbeiten.

„Du bist okay, aber du musst dich ändern“

Die Basis der DBT ist die kognitive Verhaltenstherapie. Begründet wurde die Therapieform in den 80er-Jahren von der amerikanischen Psychologin Marsha Linehan, selbst Borderline-Patientin,

weil ihr bei der Therapie ihrer Störung etwas fehlte. Grundzug der DBT ist es, die ausweglose Situation der Betroffenen als Aufgabe anzunehmen, sich anzustrengen und gemeinsam Lösungen zu finden. Die Annahme der Probleme wird als dialektische Aufgabe verstanden. Dialektisch bedeutet „in Gegensätzen denkend“. „Du bist okay, so wie du bist. Aber du musst dich ändern“, erläutert Noetzel den Grundgedanken. „Die Akzeptanz der Person ist verbunden mit der Aufgabe, an bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen zu arbeiten und sich zu ändern“, ergänzt Schwärzler. Ein aktuelles Problem wird sowohl von den Betroffenen als auch von den Behandelnden akzeptiert, ohne dies zu bewerten oder zu verurteilen. Ein wichtiger Leitsatz: Don't judge!

Ein besserer Selbstwert

Die therapeutische Beziehung wird betont, indem Schwierigkeiten oder Störungen als gemeinsames Problem verstanden werden, um die Beziehung aufrechtzuerhalten. „Es geht nicht darum, einseitig die Schuld am Scheitern des Therapieprozesses zuzuweisen“, betont Noetzel. Sondern darum, zusammen auf ein Ziel hinzuarbeiten: ein besseres Selbstwertgefühl. „Die Betroffenen müssen erkennen, dass sie es sich wert sind, an einer Verbesserung ihrer Situation zu arbeiten“, sagt Noetzel. Im Kern geht es darum, den Patientinnen über das Einüben einer achtsamen Grundhaltung eine verbesserte Selbstwahrnehmung zu ermöglichen.

Ein Schwerpunkt in der DBT liegt zudem auf therapierschwerendem oder -verhinderndem Verhalten: Dazu gehören Suizidalität, schwere Selbstverletzungen, Drogen und Alkohol, Essstörungen und Fremdaggressivität. Therapierschwerendes Verhalten wird thematisiert, nicht bestraft. Über Therapievereinba-

rungen versuchen die Behandelnden, das problematische Verhalten zu begrenzen, um eine Therapie doch zu ermöglichen. Damit solche Therapieverträge zustande kommen, müssen die Patientinnen zuerst bestimmte Fähigkeiten aufbauen. Diese sollen in der Klinikbehandlung aufgebaut werden. Hilfreich dabei sind Elemente aus dem Skills-Training. Es wird versucht, die Wahrnehmung von Stress, Anspannung, Gefühlen, Handlungsweisen und Gedanken über sich und andere zu trainieren und neue Verhaltensweisen einzuüben. Mit diesen Fertigkeiten sollen die Betroffenen Gefühlszustände besser regulieren können, ohne sich selbst zu schädigen. Die DBT ist als Einzeltherapie ausgelegt, die sogenannten Skills-Gruppen stellen eine Ergänzung dar und sollen nicht als Ersatz für die Einzelgespräche dienen. Idealerweise finden die Skills-Gruppen in Kooperation mit dem ambulant behandelnden Therapeuten oder der Therapeutin statt.

DBT in der Klinik

„Wir in der Klinik möchten mit unseren Möglichkeiten mit sehr hohem Tagesklinik-Anteil eine sektorenübergreifende Krankenhausbehandlung anbieten und nicht nur Krisenintervention betreiben“, betont der Ärztliche Direktor der PP.rt. Neue Verhaltensweisen der Patientinnen müssten sich im Alltag bewähren und in die Lebenswirklichkeiten der Betroffenen hineinreichen. Das Reutlinger Behandlungsteam stellt sich dieser Aufgabe unter anderem durch Angebote wie der stationsäquivalenten Behandlung (StäB).

Wie das ambulante Konzept der DBT auf das stationäre Setting in der PP.rt abgewandelt wird? Einige Module und Komponenten werden auf den stationären und tagesklinischen Klinikbetrieb adaptiert. Zahlreiche Patientinnen seien noch nicht zu einer ambulanten Therapie

bereit. Von einer Psychotherapie sollen sie jedoch nicht ausgeschlossen werden. Auch hier liegt laut Chefarzt Noetzel die Dialektik: „Schon da anzufangen, wo es noch nicht möglich ist.“ Auf den Stationen und in der Tagesklinik wird an Motivation und Skills gearbeitet. Nach dem Modul Stresstoleranz werden Krisensituationen, beispielsweise Selbstverletzungen oder Suizidversuche, nachbesprochen und Gefühle wie Wut oder Frustration analysiert: Wie kann man die Anspannung früher wahrnehmen und rechtzeitig eingreifen? Achtsamkeit wird als Basis aller Skills angesehen: „Ich muss zuerst wahrnehmen, dass es ein Problem gibt. Dann kann ich reagieren und gegenarbeiten“, erklärt Noetzel. Borderline-Patientinnen müssten diese Wahrnehmung erst

lernen und auch, Dinge zu beschreiben und sich bei der Lösungssuche nicht von störenden Gedanken ablenken zu lassen.

Unterstützung für alle

Auch bei Teamsitzungen werden DBT-Elemente genutzt. Die Behandelnden stellen sich Fragen wie: Wozu ist ein Problemverhalten gut? Welches andere Problem soll dadurch gelöst werden? Was spricht für die Patientin? Das Behandlungsteam will nicht verurteilen, sondern sieht sich als „Anwälte der Patienten“ in verlässlicher Beziehung. „Für das gesamte Behandlungsteam ist die Arbeit sehr fordernd, wir müssen uns in viel höherem Maße reflektieren und hinterfragen“, so Schwärzler.

Die Schlussfolgerung: Nicht nur der Borderline-Patient oder die -Patientin braucht Hilfe, sondern auch die Therapeutin oder der Therapeut. Im therapeutischen Prozess sollen alle Teilnehmenden unterstützt werden. Dies geschieht durch Supervisionen und Interventionen, wo sich Fachärzte auf kollegialer Ebene austauschen. Noetzel ist Mitglied im Qualitätszirkel Borderline-Netzwerk Neckar-Alb, wo zusammen an einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gearbeitet wird. Die PP.rt plant, an der Klinik Fortbildungen zur DBT anzubieten, um die eigenen Mitarbeitenden zu schulen im herausfordernden Umgang mit Borderline-Patientinnen und -Patienten. **f**

Text: Elke Cambré
Fotos: Dr. Frank Schwärzler, Elke Cambré

Auch für die Behandelnden ist die Therapie fordernd. In Interventionen tauschen sich Fachärzte untereinander aus und suchen gemeinsam nach Lösungen.



Der Schmerz verspricht Linderung

Menschen mit einer Borderline-Störung schädigen sich auf vielfältige Weise selbst. Als Kinder waren sie häufig verschiedenen Arten von Gewalt ausgesetzt. Unter deren Folgen haben sie auch noch im Erwachsenenalter zu leiden. Viele werden von Suizidgedanken geplagt.

Wenn er mich nicht schlägt, wie kann er mich dann lieben? Diese Frage stellte eine Borderline-Patientin an Maria-Luisa Steib, Psychologische Psychotherapeutin auf der Kriseninterventionsstation des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. Wie kann es sein, dass Gewalt mit Liebe in Verbindung gebracht wird? Um das herauszufinden, wagte die Therapeutin gemeinsam mit der Patientin einen Blick in die Vergangenheit. Frühe Gewalterfahrungen mit engen Bezugspersonen ließen die Betroffene Gewalt und Liebe als untrennbar voneinander erfahren. Schläge, Entwertungen oder Missbrauch erleben Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im zwischenmenschlichen

Bereich als etwas Bekanntes, es ist ihnen vertraut. Und Vertrautes wird dann mit dem Gefühl von Sicherheit verbunden, was aus „normaler“ Perspektive widersprüchlich erscheint. „Wenn eine gewaltsame Partnerschaft zerbricht, kann man häufig beobachten, dass die Frauen sich wieder selbst verletzen“, weiß Steib.

Durch selbstschädigendes Verhalten versuchen Borderline-Patientinnen ihre Seele zu entlasten. In der Therapie lernen sie alternative Methoden, sogenannte Skills, um die innere Anspannung abzubauen.

Wie sich die Patienten selbst Schaden zufügen, ist ganz unterschiedlich. Manche ritzen sich, andere haben ein gestörtes Essverhalten, wieder andere schlagen auf die Wand ein, manchmal bis die Knochen brechen. Die Frage nach dem ‚Warum‘ ist nicht einfach zu beantworten. „Oft ist es eine Art Selbstbestrafung“, erklärt die Psychologische Psychotherapeutin, „jahrelang wurde ihnen zu verstehen gegeben, dass sie wertlos und schuldig sind. Dafür fügen sie sich jetzt selbst Schmerzen zu.“ Es kann aber auch mit einer traumatischen Vorgeschichte zusammenhängen. Während eines Flashbacks, einem Wiedererleben einer früheren traumatisierenden Erfahrung, dissoziieren manche Patienten. Das heißt, sie sind wie „weggetreten“, ein Schutzmechanismus der Psyche, um beispielsweise eine Vergewaltigung nicht bei vollem Bewusstsein ertragen zu müssen. Durch den Schmerz oder das Fließen des Blutes können sie diesen Zustand beenden und sich wieder spüren. Verletzungen können aber auch dazu dienen, den seelischen Schmerz durch einen körperlichen zu betäuben. Bei sehr starken Schmerzen wird das Gehirn mit körpereigenen Endorphinen geflutet. „Das löst ein High-Gefühl aus. Die Selbstverletzung wirkt dann wie eine Droge“, so Steib.

Verantwortung tragen

Borderline-Patienten leben mit einer ständigen inneren Anspannung. Ist diese zu hoch, hilft die Selbstverletzung dabei, sich zu beruhigen. „Die Patienten fühlen sich zunächst besser, aber langfristig betrachtet schadet es ihnen natürlich“, erläutert Steib. Daher versucht sie mit den Patienten herauszufinden, warum sie sich schaden, warum sie in der Situation keine andere Möglichkeit gesehen haben, die Seele zu entlasten. Gemeinsam werden Strategien, sogenannte Skills, erarbeitet, die alternativ angewendet werden können. Die Therapeutin gibt aber zu bedenken: „Dieses Verhalten wurde oft jahrelang

durchgeführt und als hilfreich erlebt. Für eine Veränderung braucht es sehr viel Geduld und Zeit.“

Verletzen sich Patienten während ihres stationären Aufenthalts, ist der Umgang heute ein anderer als noch vor ein paar Jahren. Damals wurden Gespräche gestrichen und eine Ausgangssperre verhängt. Heute werden die Wunden medizinisch versorgt; geschaut, ob die Anspannung besser ist und die genaue Situation erst im nächsten Treffen besprochen. Die Selbstschädigung wird als Symptom benannt, das nicht schnell veränderbar ist. In der Behandlung werden die langfristigen negativen Konsequenzen der Selbstschädigung erarbeitet und der Patient sollte die Entscheidung treffen, auf dieses Verhalten langfristig verzichten zu wollen. Was jedoch nicht leicht ist. Anschließend kann erarbeitet werden, an welcher Stelle der Negativkreislauf gestoppt werden kann und welche Alternativen zur Verfügung stehen. Was schwierig ist: Menschen mit einer Borderline-Störung laufen oft vor sich selbst weg, da sie davon überzeugt sind, ihre – vor allem negativen – Gefühle und Erinnerung nicht aushalten zu können. Sich aktiv damit zu beschäftigen, fällt ihnen oft schwer.

Der Wunsch nach Ruhe

Der Gedanke, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, ist für viele Borderline-Patienten ein ständiger Begleiter. Viele haben auch schon einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich. Dahinter verbirgt sich der Wunsch nach Ruhe oder die Vorstellung, dem Leiden ein Ende zu setzen. Steib betont jedoch: „Suizidgedanke ist nicht gleich Suizidgedanke.“ Die Suizidalität wird in Stufen unterteilt von Null, gar keine Suizidalität und noch nie über Selbstmord nachgedacht, bis Vier, akut suizidal mit dem Willen zur Umsetzung. Die meisten Borderline-Patienten entsprechen der Stufe Zwei: Suizidgedanken sind vorhanden, die Selbsttötungsabsicht ist aber nicht akut. Davon zu unterscheiden ist die suizidale Kommunikation als eine Möglichkeit, soziale Unterstützung einzufordern. In Momenten, in denen alles zu viel wird, sie sich überfordert fühlen, sehnen sie sich nach jemandem, der die Verantwortung für sie übernimmt. Dann sprechen sie aus, dass sie nicht länger dafür garantieren können, sich nichts anzutun. Oder sie haben bereits einen Suizidversuch unternommen und kommen anschließend zur weiteren psychiatrischen Einschätzung und Behandlung in die Psychiatrie. „Die Klinik ist schon ein wenig wie eine Käseglocke“, weiß Steib, „es ist ein geschützter Raum, man ist weg von den Belastungsfaktoren und man kann, zumindest für eine gewisse Zeit, Verantwortung abgeben.“ Auch das führt zu einer kurzfristigen Entlastung. Für eine Verhaltensänderung müssen jedoch die Auslöser für eine Krise identifiziert und langfristige Lösungsstrategien entwickelt werden, die einem helfen, besser mit den fordernden Situationen umzugehen.

Während der Therapie werden Bezüge zwischen dem aktuellen Verhalten und der Biografie erarbeitet. Dadurch können die Patientinnen und Patienten besser verstehen, wieso sie in bestimmten Situationen ein bestimmtes Verhalten zeigen. Anfangs ist ihnen der Zusammenhang meist gar nicht klar. Erst, wenn ein Verständnis vorhanden ist, ist es möglich, einen nachhaltigen Veränderungsprozess in Gang zu bringen. Wichtig bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist jedoch immer, die Verantwortung über ihr Leben und ihre Handlungen soweit wie möglich bei ihnen selbst zu belassen.

Text: Marlene Pellhammer
Foto: Pixabay

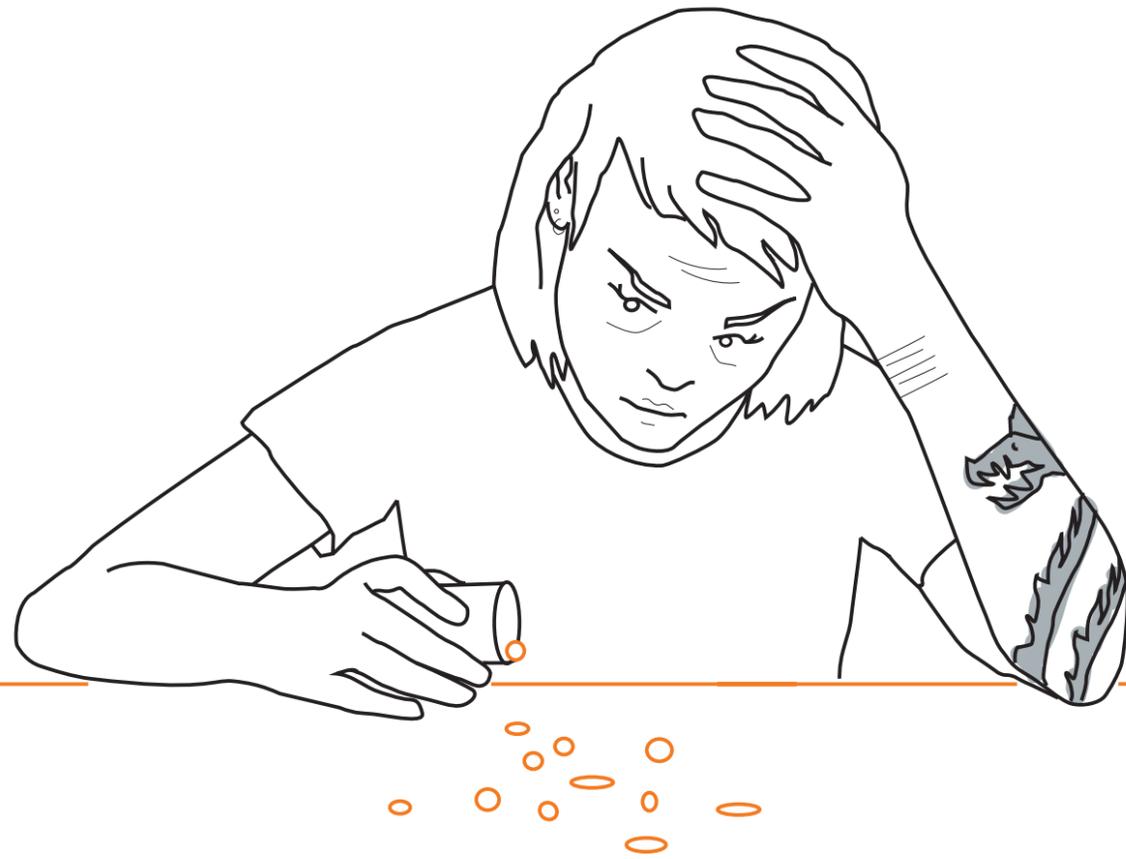
Darf's mehr sein?



So sieht die Kriseninterventionsstation des ZfP Südwürttemberg in Weissenau aus.

YouTube

Youtube Stichworte: Facetten bewegt, Einblicke Station Krisenintervention



Mich gibt es noch!

Wenn Selbstverletzungen und Drogen der einzige (Aus)Weg sind.
Die Geschichte von Beate M.*

Großflächige Tattoos zieren die Unterarme von Beate M.: Ein Drache, geschwungene Linien und Symbole. Erst, wer diese aufmerksam betrachtet, bemerkt, was die Tattoos eigentlich verbergen sollen: unzählige Narben und die Rückstände von Verbrennungen. „Ich mache das, wenn ich so viele Bilder und Gedanken im Kopf habe, dass ich diese nicht mehr ordnen kann und nicht mehr klarkomme“, erklärt die schlanke Frau mit den kurzen dunkelbraunen Haaren. Danach gehe es ihr besser. „Das Schneiden ist wie ein Freund für mich. Ich merke dann, ich bin da, mich gibt es noch.“ Jemals mit den Selbstverletzungen aufzuhören, ist für Beate M. undenkbar: „Wenn ich davon wegkomme, dann sterbe ich auch.“

Mittlerweile verletzt sich die 50-Jährige jedoch nur noch selten. Wenn der „Schneidedruck“ aufkommt, helfen ihr meist so-

nannte Skills, die sie in der Therapie erarbeitet hat. Sie lässt sich eiskaltes Wasser über den Kopf laufen oder geht so heiß duschen, dass sie es kaum ertragen kann. Früher hat sie solche Gefühle auch mit Drogen bekämpft. Doch der Konsum ist im Wohnheim Phoenix, einer Einrichtung der stationären Eingliederungshilfe des ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten, nicht erlaubt. Hier lebt Beate M. seit zwei Jahren.

Die Gegenwart

Ihr Ein-Zimmer-Apartment hat einen Balkon, ein kleines Bad und eine Küche. Im Wohnbereich befinden sich ein Bett, davor ein Glastisch und ein Sessel. Neben einem kleinen Schreibtisch steht ein großes Regal mit über 200 DVDs. Zwischen einigen Dokumenten vom Schreibtisch zieht Beate M. eine



Kohlezeichnung hervor. „Nur wenige können darin etwas erkennen“, kommentiert sie. Die 50-Jährige zeichnet und malt gern. Die meisten Bilder verschenkt sie. Handarbeit scheint ihr Freude zu bereiten. Jeden Morgen arbeitet sie drei Stunden in der Holzwerkstatt des ZfP.

Wie jeder Bewohner hat sie im Wohnheim Phoenix eine Pflegekraft als Bezugsperson, an die sie sich wenden kann. Zudem hat sie alle zwei Wochen einen Gesprächstermin bei ihrem Therapeuten. Mit den übrigen Bewohnerinnen und Bewohnern hat sie wenig Kontakt. Gelegentlich trifft sie sich mit einer Bekannten aus Zwiefalten. Doch Beate M. fühlt sich oft allein, manchmal auch überfordert. „Die Betreuer denken immer, die Frau M. kann alles. Das ist aber nicht so. Wenn ich allein bin, kommen Gedanken wieder hoch.“

Wiederkehrende Vergangenheit

Gedanken an das Schneiden, Gedanken an Drogen und Gedanken an Suizid. Wegen diesen kam Beate M. auch ins Stationär Betreute Wohnen. In den Jahren davor wurde sie ambulant betreut. „Die hatten Angst, dass ich mir etwas antue.“ Die 50-Jährige hat bereits zahlreiche Suizidversuche hinter sich: „Ich bin auf die Straße gelaufen, damit Autos mich überfahren, bin auf Brücken gestanden, habe mir versucht, die Pulsadern aufzuschneiden oder viele Tabletten geschluckt.“ Den ersten Versuch unternahm Beate M., als sie acht Jahre alt war. Sie trank eine halbe Flasche Schnaps ihres Großvaters. Danach wurde sie mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert. „Damals habe ich öfters versucht, mich umzubringen.“

Beate M. wuchs mit ihrer eineiigen Zwillingsschwester bei ihren Eltern auf. „Wir waren nicht geplant. Das haben wir zu spüren bekommen.“ Beide Mädchen wurden von ihrem Vater misshandelt und missbraucht. Freunde durften nicht mit nach Hause gebracht werden. „Wir hatten niemanden zum Reden außer uns. Wir haben uns gegenseitig getröstet.“ Mit 14 Jahren nahmen die Mädchen all ihren Mut zusammen und gingen zum Jugendamt. „Sie haben uns nicht geglaubt. Danach wurden



wir noch mehr geschlagen.“ Mit 17 wurde Beate M. schließlich rausgeworfen. „Meine Eltern wollten mich nicht mehr.“ Zu dieser Zeit litt sie an Magersucht. Sie wog 44 Kilogramm.

Alles kommt wieder hoch

Es folgten viele Jahre, die vom Drogenkonsum geprägt waren. Cannabis, Speed, Kokain und schließlich Heroin. Mit 18 Jahren war Beate M. erstmals zur Entgiftung in Tübingen. Dort ritzte sie sich das erste Mal. „Ich weiß gar nicht, wie ich darauf gekommen bin. Ich dachte wohl, dass ich mich dann mehr spüre.“ Das Ritzen sei wie ein Ersatz für die Drogen gewesen, mit denen sie ihre Gefühle sonst betäuben konnte. „Ich habe die Sucht nicht mehr gehabt, die alles abdeckte.“ Die erste Suchttherapie zeigte keine Wirkung. Seither begab sich Beate M. immer wieder in Behandlung, auch wegen ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung und wegen ihrer Borderline-Störung. Doch sie schaffte es nie, die Therapien zu beenden. „Das ging irgendwie nicht. Alles kam wieder hoch und zu arg an mich ran. Damit kam ich nicht klar, das hat mich so runtergerissen.“

Als junge Erwachsene hörte Beate M. nur zweimal auf, Drogen zu konsumieren: Während sie mit ihrem Sohn und ihrer Tochter schwanger war. Zu dieser Zeit war sie auch verheiratet. Ihr Ehemann war Alkoholiker, auch er missbrauchte sie. „Der war genauso böse wie mein Vater.“ Mittlerweile ist Beate M. geschieden. Als sie 23 Jahre alt war, erhielt ihr Ehemann das Sorgerecht für die beiden Kinder. „Dann ging es erst richtig los mit den Drogen und dem Schneiden.“

Auch Beate M.s Zwillingsschwester war zu jener Zeit den Drogen verfallen. Die beiden hatten ein enges Verhältnis, trafen sich regelmäßig. An einem Tag ging Beate M. nicht zu ihrer Verabredung. Sie wollte Drogen beschaffen. Ihre 30-jährige Schwester traf sich stattdessen mit einem Bekannten. Dort setzte sie sich eine Überdosis Heroin. „Sie hatte nicht vor, zu sterben“, sagt Beate M. leise: „Ich gebe mir die Schuld dafür.“





Nachgefragt

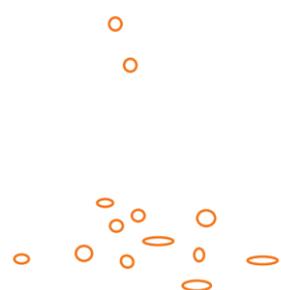
Borderline und Komorbidität



Gegen die Einsamkeit

Heute ist Beate M. substituiert. Sie erhält den Heroinersatz Polamidon unter professioneller Aufsicht. Eine Entgiftung sei zu gefährlich: „Ich bin Epileptikerin und bekomme dann starke Anfälle. So ist es sicherer.“ Ihr nächstes Ziel ist es, eine eigene Wohnung zu finden und dann vom Team der stationsäquivalenten Behandlung betreut zu werden oder wieder ins Ambulant Betreute Wohnen zu kommen. Zu ihren Kindern hat Beate M. wieder Kontakt. Mit ihrer Tochter schon seit einigen Jahren. Vor ein paar Monaten schrieb sie einen langen Brief an ihren Sohn, der sich daraufhin bei ihr meldete. Die 50-jährige strahlt: „Das macht mich so happy.“ Nun wünscht sich Beate M. noch eine gute Freundschaft. „Ich will jemanden haben, mit dem ich über alles reden kann und der bei schwierigen Themen nicht gleich wegspringt. Damit ich nicht alleine bin.“

*Name von der Redaktion geändert
Text: Rieke Mitrenga
Illustration: openminded



Hannes Moser, Chefarzt der Abteilung Suchterkrankungen Alb-Neckar des ZfP Südwürttemberg, weiß, dass eine Borderline-Störung oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergeht und warum der Suchtmittelkonsum bei Borderlinern keine Seltenheit ist.

FACETTEN: Leiden Menschen mit einer Borderline-Störung häufig auch an anderen psychischen Erkrankungen? Und welche sind das?

HANNES MOSER: Ja, bei Menschen mit einer Borderline-Störung treten meist auch andere psychische Erkrankungen auf. Am häufigsten sind dies Depressionen, Substanzmissbrauch oder Abhängigkeits-erkrankungen, Angststörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, AD(H)S oder auch weitere Persönlichkeitsstörungen.

FACETTEN: Treten solche Erkrankungen dann eher begleitend oder gleichwertig zur Borderline-Störung auf?

MOSER: Laut den Experten gibt es beide Möglichkeiten. Einerseits wird es als zusätzliche psychiatrische Erkrankung, also Komorbidität, gesehen, andererseits spricht auch einiges dafür, dass die psychischen Auffälligkeiten Symptome der eigentlichen Borderline-Störung sind und damit als „Kosymptomatik“ bezeichnet werden.

FACETTEN: Weshalb greifen Menschen mit Borderline-Störung oft zu Alkohol oder anderen Drogen?

MOSER: Der Suchtmittelkonsum kann einerseits als „Selbstmedikation“ verstanden werden. Betroffene versuchen damit die schwer aushaltbaren Symptome wie das ausgeprägte Gefühl der Leere, frei flottierende Ängste und Dissoziationen zu kompensieren. Alkohol kann den als bedrohlich erlebten Spannungszustand verringern, Cannabis wird zum Beispiel gegen depressive Zustände, Angst und Schlaflosigkeit eingesetzt. Es wechseln sich aber auch Phasen mit exzessivem selbstzerstörerischem Substanzmissbrauch, mit Zeiten von Abstinenz ab. Insbesondere bei häufigem Drogenkonsum ist die Prognose einer Therapie deutlich schlechter, so dass zunächst eine Suchttherapie vor einer spezifischen, systematischen Borderline-Therapie stehen kann.

Aufgezeichnet von Rieke Mitrenga – Foto: Rieke Mitrenga

Lang und verworren: die Geschichte der Borderline-Störung



„Die Borderline-Störung hat einen bemerkenswerten Weg durch die Landschaft psychiatrischer Klassifikationen zurückgelegt“, fasst Prof. Dr. Tilman Steinert zusammen. Lange Zeit ging man davon aus, dass es sich dabei um eine Störung an der Grenze zwischen Neurose und Psychose handelt.

Der englische Psychiater C.H. Hughes benutzte 1884 erstmals den Begriff „borderland patients“. Und auch Irving Rosse, Experte für Nervenranke an der Georgetown Universität in Washington, beschrieb 1890 mit dem Begriff „borderland insanity“ Menschen, die eine Vielzahl von nervösen Beschwerden, körperlichen Symptomen oder Verhaltensstörungen zeigten, ohne jedoch eindeutig „verrückt“ zu sein. Borderland ist die englische Bezeichnung für Grenzgebiet.

In Folge wurde die davon abgeleitete Bezeichnung „Borderline“ in verschiedensten Publikationen und Arbeiten – stets für Beschwerdebilder, die nicht eindeutig klassifiziert werden konnten – verwendet. Und zwar immer dann, wenn diese in einem Grenzgebiet zwischen Neurose, schwerer Charakterstörung und Psychose angesiedelt waren. „Heute ist dieses Konzept überholt, daher passt der Begriff Borderline eigentlich nicht mehr“, erklärt Steinert.

Psychose oder Neurose?

Beim Versuch, das Störungsbild zu definieren, gab es zwei unabhängig voneinander verlaufende Entwicklungslinien, eine psychiatrische und eine psychoanalytische. Die Psychiater gingen davon aus, dass es sich um eine abgeschwächte Form einer Psychose handle. Die Psychoanalytiker hingegen gingen eher von einer besonders schwer ausgeprägten neurotischen Störung aus. „Dieser Ansatz entspricht eher der heutigen Einordnung als Persönlichkeitsstörung, mit Psychose hat „Borderline“ nichts zu tun“, so Steinert. „Schwere Störungen der Emotionsregulation spielen eine zentrale Rolle bei der sehr „bunt“ imponierenden Symptomatik.“

In den 1970er Jahren entwickelte eine Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychiater John Gunderson diagnostische Interviews, bei denen bestimmte Kriterien abgefragt wurden. Mit diesen gelang es schließlich, Borderline-Störungen eindeutig von Schizophrenie und der damit verwandten „schizotypen Störung“ abzugrenzen. Fortan galt „Borderline“ als eine eigenständige Störung, die 1980 als Persönlichkeitsstörung in die dritte Auflage des amerikanischen Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM – III) Psychischer Störungen aufgenommen wurde. Seit 1992 ist sie auch Teil der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Borderline und Trauma

Damit ist die Geschichte der Borderline-Störung jedoch noch nicht abgeschlossen. „Erst vor rund 20 Jahren wurde deutlich, dass sich hinter der Störung sehr häufig traumatische Ereignisse verbergen“, erklärt Steinert. Seither geht man von einem engen Zusammenhang aus und lässt diese Erkenntnisse auch in die Therapie der Borderline-Störung einfließen.

Text: Heike Amann-Störk

1884

1890

1970

1980

1992

Ist Borderline eine Krankheit?

Wir alle haben hin und wieder einen schlechten Tag, ärgern uns oder sind traurig. Bei Menschen mit einer Borderline-Störung steigern sich diese Gefühle ins Extreme. Ärger wird zur unbändigen Wut, Trauer reicht bis zur Suizidalität. Aber wann spricht man von einer Störung? Und muss diese immer behandelt werden? Facetten im Gespräch mit Prof. Dr. Tilman Steinert.

FACETTEN: Bei Borderline sprechen wir von einer psychischen Störung, bei Abhängigkeit hingegen von einer Erkrankung. Worin liegt der Unterschied zwischen einer Störung und einer Krankheit?

PROF. DR. TILMAN STEINERT: Ganz grundsätzlich ist Krankheit der engere, Störung der weiter gefasste, neutralere Begriff. Eine Krankheit ist im medizinischen Sprachgebrauch ein Vorgang, der definierbare, krankheitsbezogene Veränderungen im Organismus mit sich bringt. Diese können in den meisten Fällen auch wieder rückgängig gemacht, sprich geheilt werden – zumindest, wenn es eine spezifische Therapie gibt. Eine Persönlichkeitsstörung bezeichnet, wie ein Mensch ist, sein Erleben und Verhalten. Das als Krankheit zu bezeichnen, wäre sehr diskriminierend und es gibt auch keine entsprechenden krankhaften Vorgänge im Organismus.

FACETTEN: Ist denn jede Abweichung von einem als normal angesehenen Erleben bereits eine Störung, die es zu behandeln gilt?

STEINERT: Eine Störung ist zunächst einmal eine statistische Definition. Eigenschaften oder Verhaltensweisen liegen außerhalb der Normalverteilung und fallen deshalb auf. Was normal ist, ist gesellschaftlich definiert und unterscheidet sich auch regional oder im Lauf der Geschichte. Behandlungsbedürftigkeit resultiert erst aus einem Leidensdruck. In manchen Fällen wird die Behandlungsbedürftigkeit auch von anderen Personen gesehen. Es gibt jedoch auch Abweichungen von der Norm, die nicht zwingend behandelt werden müssen, da die betroffene Person nicht darunter leidet.

FACETTEN: Können Sie dazu ein Beispiel nennen?

STEINERT: Höhenangst oder Spinnenphobie. Es kann sein, dass Betroffene dies aus beruflichen oder anderen Gründen behandelt haben möchten. Man kann aber auch einfach die entsprechenden Situationen gezielt vermeiden und kommt dann gut im Leben zurecht. Da sehen vermutlich weder die Person selbst noch die Angehörigen eine Behandlungsbedürftigkeit. Außer vielleicht der Partner, der dann immer die Spinnen einfangen und entsorgen muss.

FACETTEN: Bei einer Persönlichkeitsstörung geht es häufig auch um das Zusammenspiel mit anderen Menschen. Hat das Umfeld einen Einfluss darauf, ob eine Charaktereigenschaft als problematisch gilt?

STEINERT: Auf jeden Fall. Es gibt beispielsweise Paarbeziehungen, die sich ergänzen. Eine Person ist ausgesprochen dominant und selbstbezogen, die andere sehr unterwürfig und abhängig. Das kann auf eine Weise funktionieren, die zwar außerhalb der Durchschnittsnorm liegt, aber gut gelingt. Es hängt sehr von der Umgebung ab, welche Eigenschaften wichtig sind und welche als störend empfunden werden. Wenn jemand hauptsächlich mit Computern arbeitet, spielen zwischenmenschliche Fähigkeiten keine so große Rolle, beim Psychotherapeuten hingegen sind sie extrem wichtig. Was in der einen Umgebung wichtig und nützlich ist, kann in der anderen Umgebung schädlich sein.

FACETTEN: Menschen mit einer Borderline-Störung werden als impulsiv, launisch und unberechenbar beschrieben. Sind das nicht Charaktereigenschaften, die auf viele Menschen zutreffen?

STEINERT: Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zeichnen sich durch Eigenschaften aus, die alle anderen auch haben – nur eben in besonders ausgeprägter Form. Behandlungsbedürftig werden diese Eigenschaften dann, wenn die Betroffenen oder das Umfeld darunter leiden. Gerade Menschen mit Borderline-Störungen leiden in erster Linie selbst, das reicht bis zu schweren Selbstverletzungen oder gar Suizid.

FACETTEN: Sie suchen sich also häufig aus eigenen Antrieb Hilfe?

STEINERT: Da der Leidensdruck in der Regel sehr hoch ist, kommen die Patientinnen und Patienten sehr häufig von sich aus ins Hilfesystem. Manchmal gibt es auch Eltern, die mit ihrer 16-jährigen Tochter kommen, weil es so nicht weitergehen kann, und die sich eine Behandlung wünschen. Und dann gibt es noch diejenigen, meistens handelt es sich dabei um Männer, die selbst keinen Leidensdruck haben, aber wegen ihrer Impulsivität, die sich dann als Gewalttätigkeit äußert, in Kontakt mit Polizei oder Justiz kommen.

FACETTEN: Gibt es auch Menschen, die gut mit einer Borderline-Störung leben können?

STEINERT: Es gibt Einzelfälle wie die Psychologin Marsha Linehan, die die Dialektisch-Behaviorale Therapie entwickelt hat. Sie hat sich später zu ihrer eigenen Geschichte als Borderlinerin bekannt. Grundsätzlich kann man jedoch sagen, dass schwere und unbewältigte Symptome einer erfolgreichen Lebensbewältigung im Wege stehen. Man kann jedoch lernen, mit Problemen besser umzugehen. Wenn die Persönlichkeitszüge von Menschen mit Borderline-Störung gut integriert werden, können diese sogar eine Stärke sein. So kann Impulsivität beispielsweise auch Lebhaftigkeit und Einfallsreichtum sein. Oder die Fähigkeit, schnell Beziehungen herstellen zu können. Die Integration dieser Eigenschaften gelingt im Laufe des Lebens häufig zunehmend besser.

FACETTEN: Das Alter wirkt sich also günstig auf den Verlauf einer Borderline-Störung aus?

STEINERT: In der Tat. Mit zunehmender Lebenserfahrung schwächt sich die Symptomatik häufig ab. Daher gibt es auch mehr jüngere Borderline-Patienten als ältere. Dabei kommt uns entgegen, dass Menschen mit zunehmendem Alter weniger impulsiv sind. Die ungeheure Dynamik, die sich bei Borderline-Patienten in extremen Stimmungsschwankungen äußert, gleicht sich mit den Jahren aus. Für sie ist der natürliche Verlauf des Lebens also günstig.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk
Foto: Ernst Fessler
Illustration: openminded



Behandlungsbedürftigkeit resultiert erst aus einem Leidensdruck.



Prof. Dr. Tilman Steinert

ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm und Leiter des Bereichs Forschung und Lehre. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist Autor des Praxis-handbuches „Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ und an zahlreichen Forschungsprojekten auf diesem Gebiet beteiligt.



Schutzfaktor Familie

Stabile Familienbeziehungen sind von unschätzbarem Wert, damit Kinder sich zu seelisch gesunden Erwachsenen entwickeln können. Auch wenn positive Beziehungserfahrungen nicht immer davor schützen psychisch krank zu werden, können sie abmildernd und unterstützend wirken.

Nicht selten berichten Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) von einer schweren Kindheit mit traumatischen Erlebnissen. Ist die Familie also zwangsläufig Ursache für Persönlichkeitsstörungen oder psychische Erkrankungen? „Diese Annahme greift zu kurz“, warnt Anne Roth, Oberärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. „Nicht immer müssen die Gründe zwingend in der Familie liegen.“ So können traumatische Erlebnisse wie Missbrauch oder Gewalt,

aus denen beispielsweise Symptome einer Borderline-Störung folgen können, auch durch Außenstehende passieren – Täter, die nicht zur Familie gehören. Dazu spielen bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen Risikofaktoren wie genetische Veranlagung, Resilienz, also die Fähigkeit, belastende Lebenssituationen ohne psychische Beeinträchtigungen zu überwinden, sowie individuelle Charaktereigenschaften der Betroffenen eine Rolle.



Stabile Familienbeziehungen stärken Kinder und sind die Grundlage für eine positive Entwicklung.



Schutzfaktor stabile Familie

Dennoch: Die schützende Wirkung familiärer Rahmenbedingungen und dessen, was Eltern ihren Kindern vorleben und mitgeben, ist groß: „Die wichtigste Grundlage für eine positive Entwicklung ist, wenn Kinder stabile Familienbeziehungen erleben“, verdeutlicht Roth. Ein wertschätzendes, bestärkendes Familienklima, verlässliche Bezugspersonen, familiärer Zusammenhalt und eine gesunde Kommunikationskultur – all das stärkt Kinder und macht sie weniger anfällig, psychisch zu erkranken. Auch im Falle traumatischer Erlebnisse wie Missbrauch außerhalb der Familie mindern unter anderem greifbare Bezugspersonen und ein unterstützendes familiäres Umfeld die Wahrscheinlichkeit, dass die traumatische Erfahrung eine ausgeprägte Symptomatik nach sich zieht.

Wie können Eltern also ihren Kindern ein sicheres Umfeld bieten und sie bei einer stabilen Persönlichkeitsentwicklung unterstützen? „Kurz gefasst: fördern und fordern“, rät die Weissenauer Kinder- und Jugendpsychiaterin. „Dazu gehört, Bedürfnisse zu erkennen, feinfühlig Hilfestellung zu geben, das Selbstvertrauen zu stärken, aber auch viel Selbstreflexion: Mit welchen persönlichen Erfahrungen aus meiner Kindheit gehe ich zum Beispiel an die Erziehung heran?“ Insbesondere bei Trennung oder Scheidung liege es, so Roth, in der Verantwortung der Eltern, dass Familienbeziehungen intakt bleiben. Nichtsdestotrotz haben auch Temperament und Charaktereigenschaften des Kindes und der Eltern einen großen Einfluss. „Nicht für jedes Kind ist jede Familienkonstellation gut“, erklärt Anne Roth. „Eltern können bemüht sein und ihr Bestes geben, dennoch können die Beziehungen untereinander sehr konfliktbehaftet sein, so dass alle darunter leiden.“



Feste Bezugspersonen mindern die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken.

Beratung und Therapie

Weisen Kinder beispielsweise starke Stimmungsschwankungen auf und können schlecht mit Frust umgehen oder verhalten sich hingegen sehr angepasst und ziehen sich zurück, kann all das auf belastete Familienbeziehungen hindeuten. „Wie die Beziehungsqualität der Familienmitglieder ist, zeigt sich oft erst nach mehreren Wochen“, so die Oberärztin. Sie betont jedoch auch: „Stabilisieren sich durch therapeutische Arbeit die Verhältnisse innerhalb der Familie, bekommen Kinder die Chance, alles aufzuholen.“ Auch deshalb ist das neue Therapieangebot, die sogenannte stationsäquivalente Behandlung, enorm wichtig. Die Therapie ermöglicht, durch die aufsuchende Behandlung zu Hause die gesamte Familie des Kindes therapeutisch einzubeziehen.

Wie können Eltern hingegen noch früher unterstützen, sodass später nicht behandelt, sondern präventiv gehandelt wird? Wichtig ist, frühzeitig die Basis für eine gesunde Eltern-Kind-Beziehung zu schaffen und Hilfestellung von außen zu bieten. Dazu zählen beispielsweise Hebammen, die die Eltern von Anfang an begleiten und unterstützen, Elternkurse und Familienberatungsstellen oder auch das Jugendamt, das frühzeitig berät, um gemeinsam geeignete Wege aus familiären Krisensituationen zu finden. **I**

Text: Nicola Netzer

Fotos: pixabay

Das können Eltern tun:

- emotionale Sicherheit bieten
- Selbstvertrauen des Kindes stärken
- kindgerechte Ansprache
- feste Bezugspersonen sein
- fördern und fordern
- unterstützendes, bestärkendes Umfeld bieten
- Bedürfnisse erkennen und erfüllen
- offener und ehrlicher Umgang
- keine unrealistischen Versprechungen machen

Gleichberechtigt im therapeutischen Boot



Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen besondere Ansprüche an die Behandelnden. Das kann sogar bis zur Spaltung von Teams führen. Die Allgemeinpsychiatrie in Wangen versucht dem mit ihrer systemischen Herangehensweise vorzubeugen.

„Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind für jede Station eine spannende Herausforderung“, stellt Ulla Göser, Chefärztin der Allgemeinpsychiatrie des ZfP in Wangen, fest. Auf der Akutstation in der Allgäustadt werden Menschen mit ganz unterschiedlichen Diagnosen behandelt, auch diejenigen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Deren Aufnahme ist oftmals mit viel Drama verbunden. Die Chefärztin erinnert sich an eine Patientin: „Sie rief nachts um drei Uhr an, drohte mit Selbsttötung, hatte Rettungssanitäter, Polizei und das Technische Hilfswerk mobilisiert, forderte vehement ein Therapeutengespräch und als sie dann hier war, kuschelte sie sich in ihre Decke ein, trank einen Tee und die Welt war in Ordnung.“

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung suchen Anteilnahme und Aufmerksamkeit, „dann wird schon mal die Suizidkarte gezogen.“ Das muss man dennoch ernst nehmen, denn dahinter kann eine echte Selbsttötungsabsicht stecken – die Suizidrate liegt bei circa 10 Prozent – muss aber nicht. „Wenn man weiß, dass der Suizid als Mittel zum Zweck verwendet wurde, ist es schwierig in dem Moment, der Patientin echte Anteilnahme zu schenken, weil man sich erpresst fühlt“, beschreibt die Chefärztin eines der Probleme im Umgang mit den Patienten. Diese Szene wiederholte sich mehrfach, bis sich alle Beteiligten zusammensetzten und klärten, wie man dieses Handlungsmuster durchbrechen könnte. Eine typische, systemische Herangehensweise. Das Team in Wangen arbeitet mit allen Patientinnen und Patienten systemisch, und so auch mit Menschen mit einer Borderline-Störung. Die Klinik ist

sogar zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie.

Auftragsklärung, Mitbestimmung, Kontrolle

Das hat sich in vielerlei Hinsicht gerade bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bewährt. „Die Patientin berichtete, dass ihr manchmal alles zu viel werde und sie sich hier im ZfP aufgehoben fühlt. Daher betreibt sie diesen Aufwand, um zu uns zu kommen“, so Göser. „Wir haben ihr dann erklärt, dass sie sich immer, wenn es ihr schlecht geht, bei uns melden kann, und wir dann gemeinsam eine hilfreiche Lösung zu finden versuchen, anstatt mit Suizid zu drohen und Rettungskräfte zu rufen. Dann können wir sie auch ganz anders empfangen.“ Das funktioniert bisher sehr gut. Und es zeigt neben der Einbeziehung aller Betroffenen einen zweiten Aspekt des systemischen Konzepts – die Auftragsklärung mit den Patienten. Was will ein Patient? Was auf keinen Fall? Und was kann die Klinik leisten?

Zweimal in der Woche treffen sich Behandelnde und Pflegedienst, um sich über Patienten auszutauschen. Die Betroffenen sind bei diesen Runden ebenfalls dabei. So haben alle Teil an denselben Informationen.



Auf dem Familienbrett können Patientinnen und Patienten beispielsweise familiäre Konstellationen nachstellen.

Hans Knoblauch, Oberarzt in Wangen, kommt eine Patientin in den Sinn: Eine niedergelassene Psychotherapeutin rief im ZfP an, da sie mit ihrer Borderline-Patientin nicht mehr weiter wusste und schickte sie nach Wangen. Die Psychotherapeutin wollte, dass sie dort aufgenommen wird, die Mutter der Patientin wollte dies ebenso. Die Mutter und die Patientin wurden daraufhin zum gemeinsamen Gespräch eingeladen und es stellte sich heraus, dass die Patientin selbst aber nicht aufgenommen werden wollte. „Da konnten wir nichts machen. Wir boten der Patientin aber an, dass sie sich jederzeit an uns wenden kann, wenn sie eine stationäre therapeutische Behandlung möchte“, so Knoblauch. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben ein sehr starkes Kontroll- und Schutzbedürfnis. Über ihre Köpfe hinweg Entscheidungen zu treffen, ist nicht zielführend. Die Chefärztin weiß: „Man muss sie gleichberechtigt ins therapeutische Boot holen, um zusammen einen Weg zu finden.“ Auch, wenn das nicht immer gelingt, zum Beispiel wenn die selbstzerstörerischen Anteile dieser Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen und keine Wahlmöglichkeiten mehr lassen.

Alle in einem Boot

Um Anschluss zu finden und ihren Willen durchzusetzen, kann es vorkommen, dass Borderlinerinnen und Borderliner das behandelnde Personal gegeneinander ausspielen. Haben beispielsweise die Therapeuten vereinbart, dass der Aufenthalt auf der Station vier Wochen dauern soll und die Patientin möchte länger bleiben, geht sie zu den Ärzten mit unterschiedlichen Aussagen. So entsteht Zwist zwischen den Therapeuten: „Die Patientin hat gemeint, sie hat mit dir eine Aufenthaltsdauer von acht Wochen ausgemacht. Wir hatten aber doch die Hälfte der Zeit vereinbart.“ Die systemische Herangehensweise verhindert das durch einen einfachen Kniff: Zweimal in der Woche treffen sich Therapeuten und Pflegedienst, um sich gemeinsam mit den Betroffenen auszutauschen. So haben alle Teil an denselben Informationen.

Hier erfahren die Patienten, was und wie über sie gesprochen wird. Das wirkt sich auf mehrere Weisen positiv aus: Das Team rückt enger zusammen, die Pflege versteht durch die Hintergrundinformationen die Patienten besser und die Haltung gegenüber den Betroffenen verändert sich gravierend. „Wir arbeiten lösungsorientierter und sind weniger auf das fixiert, was schlecht läuft“, resümiert Göser.





Im Genogramm werden verwandtschaftliche Zusammenhänge und familiäre Beziehungen dargestellt.

Einblick _

_ Perspektivwechsel

Zwischen Aggression, Gewalt und Therapie

Schon als Heranwachsender hat Max H.* nur Ärger gemacht. Auch als junger Erwachsener kann er nicht mit seinen starken Gefühlsschwankungen umgehen. Bis die Situation zu Hause eskaliert und er in der Forensischen Psychiatrie landet. Dort erhält er die Diagnose Borderline.

„Wissen tu ich es erst, seit ich hier bin“, sagt Max H. über seine Diagnose. Der 26-Jährige mit den dunkelbraunen, kurzen Haaren ist Borderliner und seit einigen Jahren in einer Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg untergebracht. Gemerkt hat er es aber schon vorher, dass etwas mit ihm nicht stimmt. Mit 14 Jahren ist er zunehmend angespannt und weiß nicht, wie er mit dem Druck umgehen soll. Er beginnt, sich selbst zu verletzen. „Ich hab’ das gebraucht, damit die Anspannung nachließ“, beschreibt er die belastenden Situationen. Den Druck macht er sich teilweise selbst oder empfindet ihn von Freunden und der Familie aus. Die merken auch bald, dass er Probleme hat. „Man hat das schon gesehen und ich wurde danach gefragt“, erzählt Max H. von den Schnitten an seinem Unterarm, die er durch lange Ärmel versteckt. Schließlich kommt er das erste Mal in psychiatrische Behandlung. In dieser Zeit lassen sich seine Eltern scheiden.

Empathie, Alternativen, Grenzen

Eine der größten Ängste von Menschen mit einer Borderline-Störung ist es, verlassen zu werden und allein zu sein. Dies rührt aus ihrer Kindheit: Häufig erlebten sie schweren sexuellen Missbrauch, körperliche Gewalt und emotionale Vernachlässigung. Ihr Leben lang leiden sie in der Folge unter dem Gefühl der Wertlosigkeit. Die Sehnsucht nach Zugehörigkeit ist so groß, dass sie alles tun, um Anschluss zu finden. Gleichzeitig stellen sie jede Beziehung durch ihre Impulsivität, ihre ständig wechselnden Emotionen, ihr Schwarz-Weiß-Denken und ihre Provokationen auf die Probe.

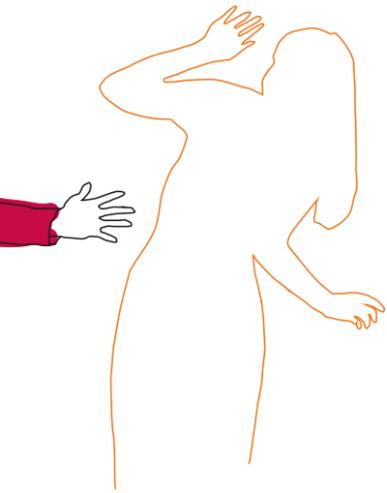
Zerbricht die Bindung, fühlen sie sich in ihrem negativen Selbstbild bestätigt. So ergeht es auch den Therapeuten, erzählt Göser: „Entweder sind wir die Größten überhaupt, oder wir sind ein Stück Dreck.“ Das gestaltet die Zusammenarbeit schwierig. Das auszuhalten und weiterhin als Bezugsperson da zu sein, ist eine Herausforderung. Sonst heißt es schnell: „Das war ja klar, dass Sie mich auch nicht mögen. Niemand mag mich. Ich wurde schon immer von allen verlassen. Also auch von Ihnen. Das habe ich gar nicht anders erwartet.“ Trotz dieses destruktiven Verhaltens weiterhin präsent zu sein, ihnen echte Anteilnahme zu schenken und alternative Wahrnehmungs- und Handlungsweisen aufzuzeigen, ohne dabei die eigene Position aufzugeben, ist in der Zusammenarbeit mit Betroffenen zentral. „Die systemische Herangehensweise ist kein Wundermittel“, sagt die Chefärztin, „aber sie gibt uns Handwerkszeug, das die Arbeit unter anderem mit Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einfacher macht.“

Text: Marlene Pellhammer
Fotos: Ernst Fesseler



SYMPA-Konzept (SYstemtherapeutische Methoden in der Psychiatrischen Akutversorgung):
Bei der systemischen Psychotherapie wird das relevante soziale Umfeld des Betroffenen mit in die Problemanalyse einbezogen. Dies können unter anderem die Familie sein, Freunde, aber auch Therapeuten, gesetzliche Betreuer oder Klinikpersonal. Methoden des systemischen Arbeitens sind beispielsweise das Familienbrett, die Hypothesenrunde oder das Genogramm. In Wangen trifft sich das gesamte Team zweimal in der Woche gemeinsam mit einer Patientin oder einem Patienten, um über den Verlauf des Stationsaufenthalts, Vorgehensweisen oder den Genesungsprozess zu sprechen.





Seine Mutter bringt den Jugendlichen zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und in Kliniken. Von den Gesprächs- und Ergotherapien hält er nichts. „Ich wollte meine Probleme nicht wahrhaben und konnte mich nicht darauf einlassen“, meint er heute. Seine Mutter sagt ihm mehrmals: „Du brauchst Hilfe.“ Doch die will er nicht annehmen. Die Selbstverletzungen begleiten ihn weiterhin. „In solchen Momenten spüre ich eine Art Druck auf der Brust“, beschreibt er die starken Anspannungszustände. Danach hat er ein schlechtes Gewissen und versteckt seine frischen Verletzungen.

Die Gewalt macht alles schlimmer

Zu seinen Eltern habe er immer ein gutes Verhältnis gehabt, berichtet Max H.. Aber die Situation mit seiner Mutter zu Hause wird immer schwieriger. Er schlägt sie, seine kleine Schwester und seine Oma. Auch in der Schule ist er aggressiv. Er schreit die Lehrer an und beteiligt sich an Schlägereien mit den Mitschülern. „Es war mir alles zu viel, ich hatte keine Lust darauf und wollte der Coole sein“, sagt Max H. über seine Schulzeit. Weitere Klinikaufenthalte folgen und er erhält verschiedene Diagnosen wie ADHS. „Da war es schwierig zu verstehen, was mit mir ist.“ Schließlich schafft er irgendwie seinen Förderschulabschluss. Er wohnt mit seiner Freundin zusammen und arbeitet im Berufsbildungsbereich. Doch auch das geht nicht lange gut. Die Anspannung wird zu groß und er ist häufiger in Kliniken. Bei der Arbeit gerät er mit seinem Chef aneinander und will sich nichts sagen lassen. Von seiner Freundin fühlt er sich alleine gelassen, obwohl sie ihn unterstützen will. Irgendwann kann sie nicht mehr und es kommt zur Trennung. „Sie hatte Angst, dass ich sie verletze“, erzählt Max H. traurig. Bei seiner Arbeit erhält er die Kündigung, er sei zu gefährlich für die anderen Beschäftigten. Auch die Wohnung wird ihm gekündigt.

Der junge Erwachsene zieht wieder bei seiner Mutter ein und fällt in ein tiefes Loch. „Mir da wieder was sagen zu lassen, war zu viel“, meint er. Gewalt und Streitereien nehmen immer mehr zu. Er fühlt den starken Druck und weiß nicht mehr weiter. Verzweifelt legt er mehrfach kleinere Brände in der Wohnung, die er selbst wieder löscht. „Ich bin froh, dass da nichts Schlimmeres passiert ist“, sagt Max H. heute darüber. Eines Tages wird er bei einer Brandstiftung ertappt, verhaftet und kommt in Untersuchungshaft. Der Gutachter diagnostiziert eine Borderline-Störung, eine leichte Intelligenzminde- rung, eine Störung des Sozialverhaltens und Pyromanie. Das Gericht ordnet die Einweisung in die Forensische Psychiatrie an. Dort nimmt er verschiedene Therapien wahr und versteht immer mehr, warum er so ist, wie er ist. Vormittags ist er unter der Woche in der Arbeitstherapie der Klinik beschäftigt. Dort ist er für die Lampenmontage zuständig. Einmal in der Woche ist er jeweils in der Forensik-Schule und in der Gruppentherapie. „Ich mag Gruppen nicht so. Ich kann mich nicht darauf einlassen und möchte meine Gefühle nicht so preisgeben“, gibt Max H. zu. Die Gespräche mit seinem Psychologen helfen ihm dagegen. Nur dieser darf sein Tagebuch lesen, in das Max H. jeden Tag schreibt. „Wie es mir geht, was ich am Tag so gemacht habe und was ich mir für den nächsten Tag vornehme.“ Und am wichtigsten: „Was habe ich gemacht, dass es mir besser geht, wenn es mir schlecht gegangen ist.“ Hilfreich findet er auch das soziale und emotionale Kompetenztraining. „Da lernt man, sich und seine Gefühle deutlicher auszudrücken und seinen Körper besser wahrzunehmen.“

Scharfes gegen den Druck

Der Drang nach Selbstverletzungen ist weiterhin da, aber nicht mehr so stark. In seinen Therapien hat er sogenannte Skills erlernt, die ihm andere Wege aufzeigen. „Ich esse dann scharfe Sachen wie Nüsse oder Gewürze. Oder auch einmal Chilisoße pur, das muss richtig brennen.“ Manchmal kreisen seine Gedanken um Fragen wie: Wie geht es weiter? Wie kriege ich die nächste Ausgangsstufe? Dann kommt es vor, dass die Anspannung zu groß wird und ihm seine Skills nicht weiterhelfen. Max H. möchte aber weiter an sich arbeiten. Er beschreibt sich als ungeduldig und ist einigem gegenüber immer noch ablehnend und schwankend.



„Ich habe mich damit abgefunden und komme hier klar“, sagt er über seine Unterbringung. Mit den Mitpatientinnen und Patienten versteht er sich gut und spielt mit ihnen gerne Tischkicker. Musik hören hilft ihm beim Runterkommen. Das Verhältnis zu seiner Mutter hat sich wieder gebessert und sie telefonieren regelmäßig. „Ich freue mich immer riesig, wenn sie zu Besuch kommt.“ Langfristig möchte er auf seine Entlassung hinarbeiten, er setzt sich aber erst einmal kleinere Ziele. Das nächste wäre eine höhere Lockerungsstufe. Die Anspannungszustände sollen insgesamt weniger werden. „Ich will meine Skills weiter ausbauen, dass ich mich nicht mehr selbst verletzen muss“, wünscht sich Max H.. Nach seiner Entlassung möchte er nicht mehr alleine wohnen müssen, sondern im ambulant betreuten Wohnen oder in einer WG. Es soll immer jemand da sein, wenn es ihm schlecht geht. **f**

*Name von der Redaktion geändert
Text: Elke Cambré



Nachgefragt

Borderline in der Forensischen Psychiatrie



In Forensischen Kliniken sind Borderline-Patienten eher die Ausnahme. Wie sie dort Unterstützung erhalten, erklärt **Harald Nessensohn**, pflegerischer Leiter der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg in Bad Schussenried.

FACETTEN: Wie oft wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) bei untergebrachten Straffälligen in der Forensischen Psychiatrie diagnostiziert?

HARALD NESSENSOHN: Die Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ ist eine selten auftretende Diagnose im Maßregelvollzug. Eventuell kommt sie im § 64-Vollzug noch etwas häufiger vor als im § 63- Vollzug, weil die BPS oftmals auch ein Suchtverhalten mit sich bringt. Die Anzahl der BPS-Patienten in Forensischen Kliniken liegt in Baden-Württemberg vermutlich unter 5 Prozent.

FACETTEN: Werden Männer mit einer BPS eher straffällig als Frauen?

NESSENSOHN: Personen mit einer BPS fallen in erster Linie durch selbstschädigendes Verhalten auf, beispielsweise durch Schneiden der Haut oder Drogenkonsum, selten durch Fremdaggression. Ein Unterschied lässt sich erkennen, dass Männer durch ihre Impulsivität und der daraus resultierenden Gewalttätigkeit eher mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Die kleinen Zahlen über den Maßregelvollzug lassen jedoch keine Aussage zu, ob nun Borderliner häufiger straffällig werden als Borderlinerinnen.

FACETTEN: Welche Herausforderungen ergeben sich für die Behandlung von Borderlinern in der Forensischen Psychiatrie?

NESSENSOHN: Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind im Stationsalltag für Mitpatienten und Mitarbeitende höchst anstrengend. Sie können ihre Umgebung durch ihre emotionale Instabilität, die mangelnde Gefühlskontrolle und durch ihre Ambivalenz in eine permanente Alarmbereitschaft und damit Stress versetzen. Für die Pflegenden ist es sehr wichtig, eine Vorstellung davon zu haben, wie sich ein Mensch mit BPS fühlt und seine Umgebung wahrnimmt. So erkennen sie, was gerade die richtige Unterstützung ist. Ziel ist es, den Patienten Skills zu vermitteln, die ihnen eine Regulation ihrer Gefühle sowie den achtsamen Umgang mit sich selbst und den anderen ermöglicht. Zudem benötigt es Fertigkeiten zur Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Umgang mit Belastungen und Frustrationen. Diesen Lernprozess unterstützen die Betreuungspersonen im Alltag permanent.

Aufgezeichnet von Elke Cambré
Foto: Rieke Mitrenga



Die Flucht vor dem eigenen Erleben

Kommen während der Therapie Emotionen wie Wut und Verzweiflung auf, erleben Borderline-Patienten diese oft als Überflutung und entwickeln Fluchtendenzen.

Nur wer sich mit seinem negativen Empfinden auseinandersetzt, kann sich verändern und seine Geschichte hinter sich lassen. Doch genau das fällt Menschen mit Borderline besonders schwer.

„Du kannst nichts.“ Es ist ein Satz, der Johann prägte. Bereits als kleiner Junge konnte er den Anforderungen seines Vaters nicht gerecht werden. Dies machte er ihm immer wieder deutlich. In der Realschule hatte Johann gute Noten, er begann eine Ausbildung zum Elektriker. Bei den Prüfungen scheiterte Johann. Seither bekommt er immer öfter Panikattacken. Der junge Mann ist überzeugt: „Ich kriege nichts hin, ich bin ein schlechter Mensch.“ Als er sich das erste Mal eine glühende Zigarette am Unterarm ausdrückt, beruhigt ihn das.

„Die Borderline-Störung ist dadurch geprägt, dass die Gefühlsregulation gestört ist“, berichtet Dr. Stefan Tschöke, Oberarzt der Abteilung Depression und Trauma im ZfP Südwürttemberg in Weissenau. Grund dafür sind oftmals frühe negative Erlebnisse. Insbesondere emotionale Traumatisierungen, wie zum Beispiel massive Überforderung, Entwertungen oder frühe Verlassenheitserfahrungen scheinen mit der Entwicklung einer Borderline-Störung im Zusammenhang zu stehen. Tschöke erklärt: „Wenn Überforderungen und Entwertungen das ganze Leben durchziehen, bleibt dies im Gedächtnis haften. Man ist davon überzeugt, lebt danach und leidet darunter.“

Johann bekommt immer häufiger Panikattacken. Bereits die kleinsten Anforderungen scheinen unüberwindbar. Selbst einkaufen zu gehen, fällt ihm schwer. Johann zieht sich zurück. Mittlerweile trinkt er bereits ab mittags die ersten Biere – dann geht es ihm besser. Seine Unterarme sind mit zahlreichen Brandwunden übersät. Johanns Schwester überredet ihn schließlich, eine Therapie zu machen.

„Bei einer Borderline-Störung helfen keine Medikamente gegen die Symptomatik. Nur eine psychotherapeutische Behandlung kann etwas verändern“, ist sich Tschöke sicher. Ebendiese soll es ermöglichen, bisherige negative Denk- und Verhaltensweisen durch positive zu ersetzen. Dazu gehört auch, die eigenen Gefühle zu verstehen und zu lernen, diese zu regulieren. Und sich von negativen Gedanken, wie „Ich bin nichts. Ich kann nichts.“ zu distanzieren und dafür ein neues, realistisches Selbstbild zu entwickeln. „Sich dem eigenen Erleben zu stellen, ist der Dreh- und Angelpunkt in der Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Störung.“ Doch Tschöke weiß auch: „Das Problem ist, dass Borderline-Patienten von ihren negativen Empfindungen natürlich weg wollen und diese deshalb oft vermeiden, was einer erfolgreichen Behandlung entgegen wirkt.“

Jeder Patient profitiert unterschiedlich von bestimmten Therapieformen – die meisten probieren deshalb mehrere aus.

Es ist der dritte Tag auf Station. Johann hat das erste Einzelgespräch mit dem Therapeuten. Dieser klärt ihn darüber auf, was sie bei den nächsten Terminen besprechen werden, welche Methoden er nutzt und dass es letztendlich darum geht, dass Johann sich mit seinem Erleben auseinandersetzen muss.

Wie funktioniert Psychotherapie? Die Aufklärung zu Beginn der Behandlung ist ungemein wichtig. Es ist die Phase, in der sich Therapeut und Patient auf eine Sichtweise und Therapieform einigen. „Sie müssen eine gemeinsame Sprache finden, eine Basis, um sich mit leidvollen Themen auseinandersetzen zu können.“ Tschöke ist sich zudem sicher: „Erst, wenn der Patient ein Verständnis für sein Störungsbild entwickelt und das Prinzip der Psychotherapie verstanden hat, kann er sich seinem Erleben stellen und hat eine Chance, seine Probleme anzugehen.“

Vor dem nächsten Gesprächstermin wird Johann panisch. An der Gruppentherapie hat er nicht teilgenommen.

„Wenn die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erleben grundsätzlich negativ besetzt ist, ist auch die Psychotherapie mit Ängsten verbunden und wird vermieden“, weiß Tschöke. Die Unsicherheit in Beziehungen zeigt sich auch im Kontakt mit dem Therapeuten. Ein gutes Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ist jedoch der Kern jeder Psychotherapie. Therapeuten müssen sich das Vertrauen deshalb Stück für Stück erarbeiten. „Das ist natürlich schwierig“, kommentiert Tschöke. Es brauche viel Zeit, sich kennen zu lernen, Informationen auszutauschen und gegenseitiges Verständnis aufzubauen.

Johann überwindet sich und nimmt den Termin wahr. Nach wenigen Minuten merkt er, wie sich Wut in ihm breitmacht. Schließlich springt er auf und verlässt den Raum.

Emotionen wie Wut und Panik sind in der Behandlung keine Seltenheit. „Die Emotionsregulation, vor allem von negativen Empfindungen, ist nicht ausreichend entwickelt. Das kommt natürlich auch immer wieder in der Behandlung durch“, berichtet Tschöke. „Wenn Gefühle wie Wut, Verzweiflung, Schuld, Scham oder Ekel entstehen, erleben die Patienten diese nicht selten als Überflutung und entwickeln Fluchtendenzen.“ Das kann zu frühzeitigen Therapieabbrüchen führen.

Der Therapeut gibt Johann regelmäßig „Hausaufgaben“ auf. Er soll zum Beispiel für das gemeinsame Backen auf Station einkaufen gehen. Im Geschäft bekommt Johann eine Panikattacke.

Auf der einen Seite könne eine zu fürsorgliche Therapie zur Unterforderung führen und damit zur Verstärkung des Erlebens, nichts wert zu sein oder unfähig zu sein, etwas zu leisten, schildert Tschöke. Auf der anderen Seite könne ein zu konfrontatives Vorgehen zu Überforderungserleben und dadurch zu einem Therapieabbruch führen. Anforderungen und beschützendes Verhalten müssen in einem ausgewogenen Wechselspiel stehen. Die realistische Einschätzung der Fähigkeiten des Patienten ist daher unerlässlich. „Das ist die Herausforderung in der Therapie: An der Grenze des Möglichen eine Entwicklung ermöglichen.“

Johann hat nicht das Gefühl, dass sein Therapeut ihm helfen kann – er hatte sich mehr erhofft. Auch während seiner Zeit auf Station trinkt er heimlich Alkohol und verletzt sich mehrfach selbst. Johann entschließt sich, die Therapie abzubrechen.

„Eine Veränderung von außen ist bei einer Borderline-Störung nicht möglich.“ Der Patient muss selbst aktiv werden und Verantwortung für den Therapieverlauf übernehmen. Der Therapeut hat eher die Rolle eines Anleiters. „Es geht darum, den Patienten zu begleiten, aufzuklären und Ideen aufzuzeigen, wie er etwas verändern kann.“ Doch die Hoffnungen sind manchmal hoch und unrealistisch. „Patienten erwarten oft, dass der Therapeut etwas verändert und nicht sie selbst.“ Werden ebendiese Erwartungen nicht erfüllt, kann es zu einem vorzeitigen Therapieende kommen. Aus diesem Grund steht die Aufklärung über das Störungsbild und die Vermittlung der Prinzipien der Behandlung am Anfang der Behandlung. **I**

Text und Foto: Rieke Mitrenga

Laut Untersuchungen ist die Abbruchrate von Psychotherapien umso höher, je mehr Borderline-Symptome ein Patient aufweist.

Forschung für eine bessere Versorgung

Wie können Menschen mit Borderline-Störung ideal behandelt werden? Welche Versorgungskonzepte werden benötigt? Und wie lassen sich bestimmte Symptome klassifizieren? Forscherinnen und Forscher des ZfP Südwürttemberg befassen sich seit langem mit der Störung und gewinnen so wichtige Erkenntnisse für die Behandlung.

Wer Stimmen hört, leidet sehr wahrscheinlich an einer Schizophrenie – diese Annahme war bis vor einigen Jahren in Fachkreisen weit verbreitet. Heute weiß man, dass akustische Halluzinationen auch bei Menschen mit einer Borderline-Störung auftreten können. „Das ist eine enorm wertvolle Erkenntnis für die Behandlung“, erklärt Prof. Dr. Carmen Uhlmann. Die Versorgungsforscherin des ZfP Südwürttemberg hat gemeinsam mit ZfP-Stationsleiter Dr. Stefan Tschöke und anderen Kollegen 2014 eine Studie publiziert, bei der Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Menschen mit Borderline-Störungen und Schizophreniekranken untersucht wurden. Anhand von Interviews in beiden Vergleichsgruppen fand das Forschungsteam heraus, dass manche Borderline-Patientinnen auch Stimmen hören. „Aufgrund des Stimmenhörens kam es immer wieder vor, dass Menschen mit Borderline-Störung die Diagnose Schizophrenie und somit auch die dementsprechenden Medikamente erhielten“, so Uhlmann. „Dabei wirken diese dann häufig nicht.“ Auch die Bedürfnisse der beiden Patientengruppen unterscheiden sich stark. Eine Behandlung auf unterschiedlichen, spezialisierten Stationen mache daher Sinn.

„Wir wollen herausfinden, welche Angebote und Strukturen erforderlich sind, um Menschen mit psychischen Erkrankungen bestmöglich zu versorgen“, beschreibt Uhlmann das Ziel der

psychiatrischen Versorgungsforschung. Das passiert nicht im Labor, sondern in den Kliniken, Heimen und Werkstätten des ZfP. Mit realen Menschen, die an realen Erkrankungen leiden. „Das hat den Vorteil, dass wir unsere Hypothesen unter sehr alltäglichen Bedingungen überprüfen können“, erklärt die Wissenschaftlerin. Gleichzeitig liegt darin auch eine große Herausforderung. Gerade schwer psychisch kranke Menschen in akuten Krisensituationen sind selten dazu bereit oder überhaupt in der Lage, an Befragungen teilzunehmen. Und auch die Vielzahl an Variablen, die das Untersuchungsergebnis beeinflussen können, ist enorm: Alter, Geschlecht, persönliche Erwartungen oder einfach, ob jemand einen guten oder schlechten Tag hat. „Angesichts der vielen Faktoren, die eine Rolle spielen, entwickelt man eine gewisse Demut vor dem, was vielleicht für immer verborgen bleibt“, gibt Uhlmann zu.

Forschung nie zum Selbstzweck

Als Methode kommt in der Regel die Befragung zum Einsatz. Die Studienteilnehmer erhalten entweder einen Fragebogen, den sie selbstständig ausfüllen, oder sie werden persönlich interviewt. Bevor die Befragung jedoch starten kann, ist die Zustimmung der Ethikkommission erforderlich. Das gilt prinzipiell für alle Studien mit Patientenbeteiligung. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Teilnahme komplett freiwillig ist und auch jederzeit abgebrochen werden kann. „Forschung darf nie zum Selbstzweck betrieben werden, es geht immer um das Wohl der Patientinnen und Patienten“ macht Uhlmann deutlich. Eine interessante Erfahrung, die sie gemacht hat, ist der therapeutische Effekt solcher Befragungen. „In unseren Fragebögen

setzten sich die Patienten intensiv mit bestimmten Themen auseinander. Das kann manchmal ganz heilsam sein.“

Die Borderline-Forschung zählt eher zu den jüngeren Gebieten. Als in Weissenau 2005 eine auf Menschen mit akuten Krisen und Persönlichkeitsstörungen spezialisierte Station eingerichtet wurde, überprüfte die Forschungsabteilung in einem Projekt den Erfolg dieser Umstrukturierung. „Schon bald konnten wir nachweisen, dass Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung wie Borderline von einem speziellen Behandlungssetting profitieren“, berichtet die Forscherin. Damals begann man mit dem Erstellen einer eigenen Test-Datenbank. Alle Patienten, die auf der Station für akute Krisen und Persönlichkeitsstörungen aufgenommen werden, durchlaufen bis heute eine sogenannte Testdiagnostik. Das heißt, dass bestimmte Daten routinemäßig erfasst werden, beispielsweise Fragen zu Borderline-Symptomen oder Traumata. Diese Daten haben in erster Linie klinische Relevanz, liefern aber auch wichtigen Input für viele Studien.

Borderline und Trauma

Bei der intensiven Auseinandersetzung mit den Patientinnen und Patienten dieser Spezialstation fiel den Versorgungsforschern auf, dass Borderline und Trauma viel enger verknüpft sind, als lange Zeit angenommen. „Inzwischen häufen sich die Befunde über einen hohen Zusammenhang von traumatischen Lebensereignissen und Borderline-Symptomatik“, berichtet Uhlmann. „Wir versuchen nun, herauszufinden, welche Unterschiede es zwischen Borderline-Patientinnen mit und solchen ohne Trauma gibt.“ Warum finden einige Patienten bessere Bewältigungsstrategien als andere? Wem tut was besonders gut? Wie müssen wir behandeln? Aus Fragen wie diesen lassen sich wichtige Erkenntnisse für einen möglichst individualisierten Behandlungsplan ableiten.

Ein weiteres aktuelles Forschungsvorhaben befasst sich mit der Kommunikation von Suizidabsichten. Uhlmann und ihre Kollegen untersuchen, wie Borderline-Patientinnen im

Vergleich zu depressiven Menschen ihre Suizidabsichten äußern. „Wir wollen herausfinden, wie die Behandelnden erkennen können, wann wirklich eine konkrete Gefahr besteht“, erläutert sie. Denn diese Patienten dauerhaft auf der Station zu behalten, sei keine Lösung. „Gerade Menschen mit Borderline sollten frühzeitig dabei unterstützt werden, den Weg zurück ins Leben zu gehen. Dazu muss man aber genau wissen, wann Fürsorge gefragt ist und wann jemand entlassen werden kann.“ Das Verhalten und die Kommunikation noch besser einordnen zu können, sieht sie als eine der großen Zukunftsaufgaben psychiatrischer Forschung. „So lange es Suizidalität gibt, sollte weiter geforscht werden.“ **I**

Text: Heike Amann-Störk
Fotos: Ernst Fessler, Pixabay

drei wichtige Erkenntnisse

Borderline & Trauma

Inzwischen belegen mehrere Studien, dass es einen hohen Zusammenhang zwischen Borderline und Traumafolgestörungen gibt. Dieser Zusammenhang spielt eine wichtige Rolle bei der Behandlung.

Stimmenhören

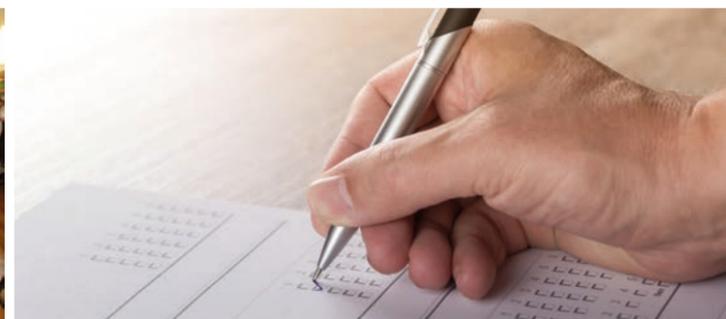
Akustische Halluzinationen galten lange Zeit als Indikator für eine Schizophrenie. Forscherinnen und Forscher konnten jedoch nachweisen, dass dies auch Symptom einer Borderline-Störung sein kann.

Spezialisierte Behandlung

Menschen mit Borderline profitieren von einer spezialisierten Station, deren therapeutisches Konzept sich an eine störungsspezifische Therapie anlehnt. Vor allem das deutlich verbesserte Stationsklima und die verbesserten einzeltherapeutischen Beziehungen kamen dieser Patientengruppe zugute.

Aktuelle Projekte
Unter www.forschung-bw.de findet sich eine Übersicht der laufenden und abgeschlossenen Projekte der Psychiatrischen Forschung des ZfP Südwürttemberg.

In der psychiatrischen Versorgungsforschung werden Fragebögen entwickelt, anhand derer sich wichtige Erkenntnisse für die Behandlung ableiten lassen.



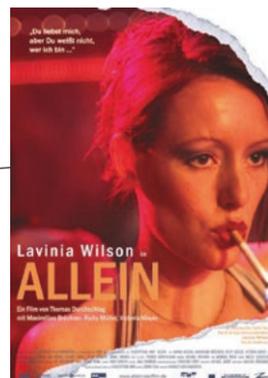
Literatur- und Filmempfehlungen

Allein
2004, 88 Minuten, Regie: Thomas Durchschlag

Das zerstörerische Leben einer Borderlinerin

Das Leben von Maria ist geprägt von selbstzerstörerischem Verhalten. Sie verletzt sich unter Druck selbst, die Angst vor dem Alleinsein betäubt sie mit Alkohol und Drogen. In Partynächten reißt sie fremde Männer für eine Nacht auf, tiefere Beziehungen kann sie nicht eingehen. Schließlich lernt sie den Studenten Jan kennen, mit dem es plötzlich anders ist. Die beiden führen eine intensive Liebesbeziehung. Aus Angst, ihn zu verlieren, gibt sie ihm ihre wahren Gefühle nicht preis. So scheint sie zunächst alles kaputt zu machen.

Sensibel und behutsam erzählt mit einer authentisch-ambivalenten Hauptdarstellerin.
Elke Cambré



– Kostprobe –



Stärker als Borderline.
Wie du mit DBT dein Gefühlschaos regulieren kannst
Debbie Corso
ISBN: 9783451600579

Raus aus der Opferrolle

„Wann rettet mich endlich jemand?“, fragt Debbie Corso verzweifelt. Die Autorin leidet an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und setzt sich selbst so zu, dass sie in der Notaufnahme landet. Wieder und wieder. Bis sie merkt: Ihre gelernten Verhaltensmuster bringen sie nicht mehr weiter. Sie holt sich Hilfe in Form der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Schritt für Schritt lernt sie, sich mehr Selbstfürsorge entgegenzubringen. In ihrem Buch erläutert sie anhand persönlicher Beispiele Übungen für ein achtsameres Leben. Durch das Skills-Training schafft sie es schließlich, die Kraft zu erlangen, sich selbst zu retten.

Verantwortung für das eigene Leben übernehmen und besser mit sich umgehen – auch für Menschen ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung eine lehrreiche Lektüre.
Marlene Pelhammer

Redaktionstipp ...

Das fehlende Grau
2016, 80 Minuten
Regie: Nadine Heinze und Marc Dietschreit

Verstörende Zerrissenheit

Eine junge Frau gibt sich verführerisch und aufreizend. Sie geht mit Männern mit – und lässt sie dann auflaufen. Sie spielt mit ihnen, wird schlagartig biestig und lässt die Männer deutlich wissen, was ihre Schwachstellen sind. Genauso ambivalent wie ihr Verhalten scheint ihr Inneres zu sein. In einem Moment ist sie selbstbewusst und humorvoll, dann wieder tieftraurig, verletzlich und gegen sich selbst gerichtet.

Der Film lässt einen mit Fragen zurück. Und mit einer Irritation, die nachwirkt.
Rieke Mitrenga



Das grenzenlose Und
Sandra Weihs
ISBN: 978-3627002206

Mit der Leere leben

Die 18-jährige Marie ist Borderlinerin und leidet so sehr unter einer großen Leere, dass sie jeden Lebenswillen verloren hat. In einer Wohngemeinschaft für psychisch kranke Jugendliche lernt sie Emanuel kennen. Auch er will seinem Leben ein Ende setzen, jedoch aus einem anderen Grund. Beide schließen einen Pakt. In ihrem Debütroman versteckt Sandra Weihs zwischen der eher saloppen Sprache immer wieder eindrucksvolle Formulierungen wie „Ich will, dass das Schlagzeug meine Gefühle zertrümmert und die Stimme meine Gedanken verjagt. Und mein Leid, das große schwarze Loch in meinem Herzen.“ Ein außergewöhnliches Buch, das spannend geschrieben ist – einzig das Ende erinnert dann doch ein zu bisschen zu sehr an einen klassischen Jugendroman.

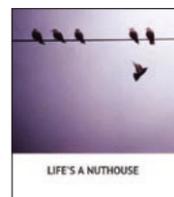
Spannend, schonungslos, düster und manchmal ein bisschen kitschig.
Heike Amann-Störk

Life's a Nuthouse
Nina Nuthouse

Auf den Punkt gebracht

„So eine Persönlichkeitsstruktur ist anstrengend, aber niemals langweilig. Weder für mich, noch für mein Umfeld.“ Nina, „Vollzeitborderlinerin“ und „Teilzeitwissenschaftlerin“ bloggt nach einem Psychiatrieaufenthalt über ihren Alltag mit Borderline und einer Suchterkrankung. Anonym und schonungslos, selbstironisch und pointiert. In „Life's a Nuthouse“ (Das Leben ist ein Irrenhaus) schreibt sie über Ammoniak in der Büroschublade, Zoobesuche und Burnout – im Kollegenkreis die gesellschaftsfähigere Begründung für einen Psychiatrieaufenthalt. Mit weniger Zeichen, aber ebenso authentisch twittert sie außerdem unter @DoktorNuthouse.

Ungeschönte Beschreibungen der Persönlichkeitsstörung und deren gesellschaftlichen (Nicht)akzeptanz.
Nicola Netzer



Redaktion

Heike Amann-Störk misstraut nach wie vor ihrem E-Reader und nimmt auf lange Reisen immer ein zusätzliches „echtes“ Buch mit.

Rieke Mitrenga wird grantig, wenn der klassische Tatort am Sonntagabend zum Actionfilm oder Horrorstreifen wird.

Elke Cambré ist von einem Film enttäuscht, wenn das Ende zu vorhersehbar ist.

Nicola Netzer wird sauer bei Eselsohren in Büchern.

Marlene Pellhammer nervt es, wenn Internetseiten auf dem Smartphone nicht korrekt angezeigt werden.

bemerkenswert

Buch: Borderline – In Ein Jahr mit ohne Lola: Die Geschichte einer besonderen Freundschaft das Buch von Agneta Melzer erzählt vom Kampf um eine Freundschaft, die von einer psychischen Krankheit überschattet wird.

Song: Im Song Borderline von Tove Styrke singt die schwedische Künstlerin in einem fröhlich klingenden Reggaesong über ein ernstes Thema.

Blog: Auf www.mentalhealthcrowd.de/blog/ teilen Dominique de Marné und Gastautoren ihre Erfahrungen mit der Borderline-Störung. Gleichzeitig setzen sie sich für die Aufklärung über psychische Störungen ein.

Instagram: **Jenny** berichtet unter @limelu über ihr Leben mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie will anderen Mut machen, offen mit psychischen Krankheiten umzugehen.



Information, Beratung, Kontakt



Information und Anlaufstellen

Borderline-Plattform

Umfangreiche Informationen zu Diagnostik und Therapie, Adressen lokaler Anlaufstellen und Selbsthilfegruppen, Erfahrungsberichte und Austauschmöglichkeiten.
www.borderline-plattform.de

Borderline-Netzwerk e.V.

Betroffene, Angehörige und Experten finden unter anderem Informationen zu Beratungsstellen, erhalten Literaturtipps und Möglichkeiten zum direkten Austausch.
www.borderline-netzwerk.info

www.borderline-borderliner.de

Informationsseite zu Borderline rund um Ursachen, Therapien, Medikamente und Notfallmaßnahmen. Zusätzlich gibt es praxisnahe Tipps für Betroffene und Angehörige.
www.borderline-borderliner.de



Tipps für Angehörige

- Nehmen Sie das Verhalten des Betroffenen nicht persönlich.
- Signalisieren Sie Ihre Unterstützung.
- Seien Sie sich Ihrer eigenen Belastungsgrenze bewusst und nehmen Sie diese ernst.
- Seien Sie klar in Ihrem Tun und Ihren Entscheidungen.
- Suchen Sie sich Gleichgesinnte und tauschen Sie sich aus.



Selbsthilfe

www.bordis-online.de

Die von Betroffenen geführte Seite informiert zu BPS und berät Betroffene und Angehörige. Per E-Mail kann ein Beratungsgespräch vereinbart werden, dieses erfolgt dann in einem Online-Chat. Terminbuchung unter:
info@bordis-online.de

borderline-selbsthilfe.org

Informationen, Selbsttest und Hilfestellungen, insbesondere für junge Betroffene.
www.borderline-selbsthilfe.org

Selbsttest

Anhand von neun Kriterien können Userinnen und User feststellen, ob sie von Borderline betroffen sind. Der Test ersetzt keine fachliche Diagnostik, sondern ist vielmehr als Empfehlung zu sehen, sich gegebenenfalls qualifizierte Hilfe zu suchen.
www.bordis-online.de/diagnostik



Ratgeber

Borderline – Das Selbsthilfebuch

Vielseitige Empfehlungen und Anregungen für Borderliner, um das eigene Potenzial zur Selbsthilfe zu entdecken und bestmöglich für den Umgang mit der Persönlichkeitsstörung zu nutzen.

Leben mit einer Borderline-Störung

Ratgeber für mehrere Zielgruppen: Betroffene erhalten Anregungen zur Selbsthilfe und Vermeidung von Selbstverletzungen, Angehörige und Partner erfahren mehr über Strategien zur Deeskalation sowie Tipps zur richtigen Ansprache.

Borderline. Verstehen und bewältigen

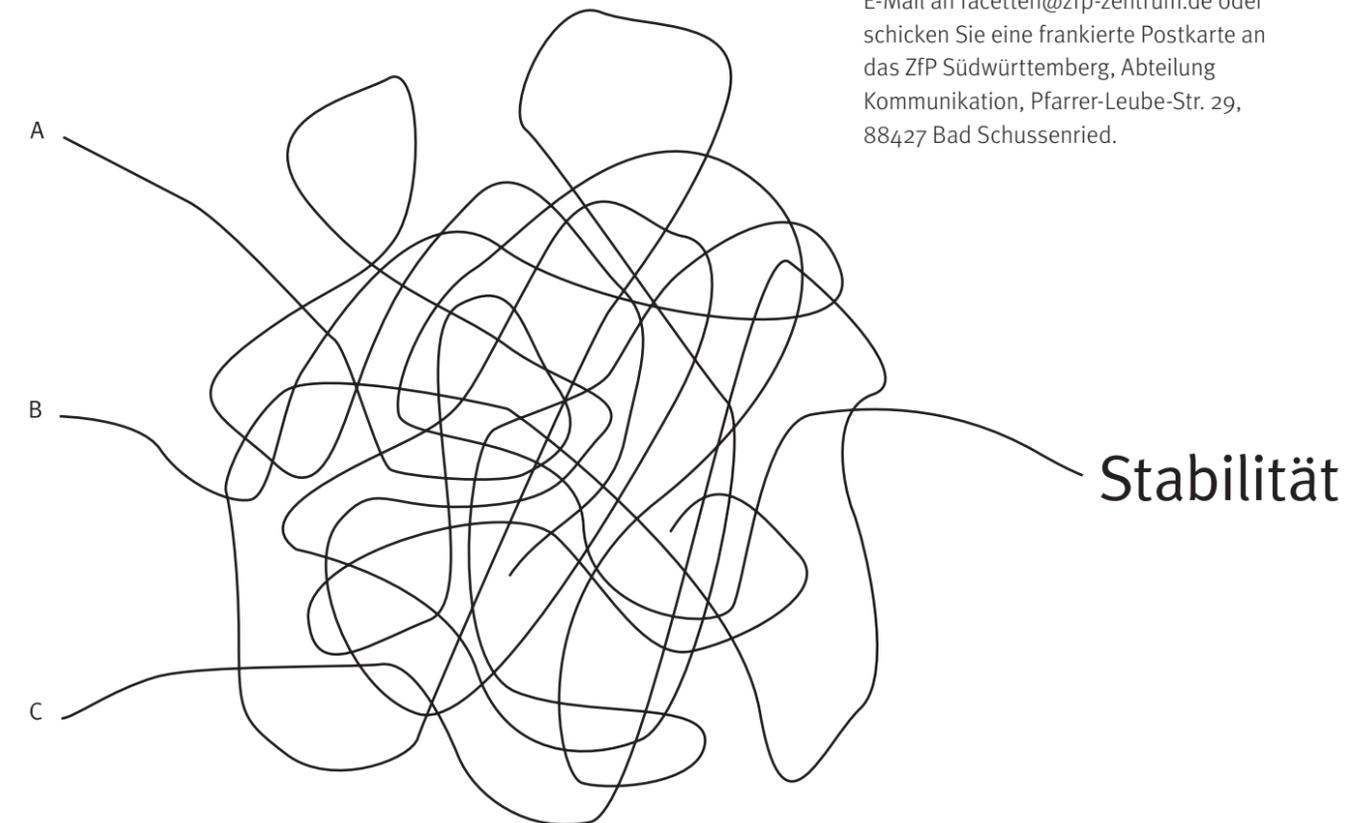
Entstanden aus der Zusammenarbeit von Betroffenen und Behandelnden, informiert der Ratgeber umfassend zu allen Symptomen der Persönlichkeitsstörung. Neben fachlichen Hintergründen und persönlichen Erfahrungsgeschichten bietet das Buch lebenspraktische Orientierungshilfen.

Rätsel

Mitmachen und gewinnen!

Welcher Weg führt zur Stabilität?

Senden Sie den Lösungsbuchstaben per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de oder schicken Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwürttemberg, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried.



Bringen Sie Ordnung in Ihren Kabelsalat!

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir einen Kabelmanager. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Einsendeschuss ist der 15. Februar 2020.



Haben Sie's gewusst?
In der Juli-Ausgabe haben wir den Begriff Selbsthilfe gesucht.
Gewonnen hat Roland Dorau.

Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwürttemberg — Herausgeber ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe Elke Cambré — Redaktion Prof. Dr. Tilman Steinert, Heike Amann-Störk, Rieke Mitrenga, Marlene Pellhammer, Nicola Netzer, Elke Cambré — Konzept und Gestaltung openminded, Inhaberin Ursi Zambrino, Ulm/Hamburg — Druck Druckerei der Weissenauer Werkstätten — Auflage 4.800 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1588 oder per Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint im April 2020.

Um die Privatsphäre von Patientinnen und Patienten zu schützen, greifen wir bei Fotos für Facetten auch auf Mitarbeitende des ZfP als Statistinnen und Statisten zurück.



„Borderline ist ein Leben zwischen Chaos und Leere.“

