

# ABSCHLUSS-ARBEIT

## Psychologische Beraterin

Unterstützende Beratungsarbeit bei  
psychiatrischen Krankheitsbildern  
(hier: Borderline-Persönlichkeitsstörung)



(Buchtitel Kreisman/Straus)

Karin Minzlaff

Deutsche Paracelsus Schule Hamburg  
Matrikel-Nr. 109840  
Mai 2004

## INHALTSVERZEICHNIS

<b><u>Inhaltsverzeichnis</u></b>		<b>1</b>
<b>1. <u>Fall</u></b>		<b>2</b>
<b>2. <u>Was ist Persönlichkeit?</u></b>		<b>3</b>
<b>3. <u>Wann spricht man von Persönlichkeitsstörung?</u></b>		<b>4-5</b>
<b>4. <u>Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)</u></b>		<b>6</b>
4.1. Symptomatik und Diagnose		6-8
4.2. Ursachen		9
4.3. Abwehrmechanismen		10
4.4. Psychotherapie		11
4.4.1. Allgemeine Voraussetzungen für eine Therapie		11
4.4.2. Psychoanalyse		11
4.4.3. Bevorzugte Therapieformen bei BPS		11
a) Dialektisch-behaviorale Therapie		12
b) Psychodynamische Therapie		13
c) Gestaltungstherapie		13
d) Entspannungstherapien		13
e) Soziotherapie		14
4.5. Psychopharmakotherapie		15-16
<b>5. <u>Fallbearbeitung</u></b>		
5.1. Voraussetzungen für die Beratung		17
5.1.1. Meine Rolle als psychologische Beraterin		17
5.1.2. Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team		18
5.1.3. Zusammenarbeit mit den Eltern/Geschwistern		18
5.1.4. Themen und Ziele meiner unterstützenden Beratung		18
5.2. Meine beratende Tätigkeit mit Herrn H.		19-22
<b>6. <u>Schlussbemerkung</u></b>		<b>23</b>
<b>7. <u>Literaturverzeichnis</u></b>		<b>24</b>

## **1. Fall**

Die Eltern von Herrn H. bitten um Beratung. Ihr Sohn (24 Jahre alt) ist innerhalb von 6 Monaten zum zweiten Mal nach einem Selbstmordversuch in die Psychiatrie eingewiesen worden.

Von Seiten der Eltern wird berichtet, dass ihr Sohn bereits im frühen Jugendalter durch sein Verhalten auffällig wurde. Es gelang ihm nicht, längere freundschaftliche Kontakte zu Klassenkameraden aufzubauen. Er war bei Kritik oder mangelnder Anerkennung schnell frustriert und äußerte dies oft in Aggressionen gegenüber Gleichaltrigen. Auch die Eltern und Geschwister (3 Jahre ältere Schwester, 6 Jahre jüngerer Bruder) litten unter seinen wechselhaften Stimmungen.

Trotzdem war es für alle überraschend, als er mit 13 Jahren seinen ersten Abschiedsbrief schrieb und einen Suizid ankündigte. Eine ambulante Therapie stabilisierte seinen depressiven Zustand, und er konnte nach Schulabschluss in der 10. Klasse eine Lehre als Augenoptiker beginnen. Noch während der Lehre hatte er eine erneute Krise. Er war plötzlich stark depressiv und wegen des chronischen Gefühls der Leere und Sinnlosigkeit unfähig, seine Arbeit fortzuführen. Es erfolgte ein 8wöchiger Aufenthalt in einer Klinik (Diagnose: Adoleszentenkrise mit Depressionen). Hier konnte er wiederum stabilisiert werden und beendete seine Ausbildung.

Nach Abschluss des Zivildienstes in einem Altenheim setzte er dort seine Tätigkeit als Altenpfleger fort. Die Arbeit schien ihm offensichtlich zu gefallen.

Im Umgang mit seinen Angehörigen war er jedoch weiterhin so schwierig (es gab häufig Streit), dass ihm die Eltern nahe legten, in eine eigene Wohnung zu ziehen. Dadurch entspannte sich das Verhältnis. Herr H. fand sich zunächst gut in seine selbstständige Lebensweise ein. Dass er keine Freunde hatte, schrieben die Eltern seinem introvertierten Verhalten zu. Seine Freizeit verbrachte er allein mit einsamen nächtlichen Motorradtouren und exzessivem Fitnesstraining.

Nach weiteren 4 Jahren spitzte sich im Oktober die Situation erneut zu. Herr H. ging nicht mehr zur Arbeit, war wiederum stark depressiv und ohne Selbstwertgefühl. Nach Androhung eines Suizids wurde er in die Psychiatrie eingewiesen. Hier sprachen die Ärzte und Psychologen zum ersten Mal in der Diagnose von einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Herr H. wurde therapiert, bekam Antidepressiva und schien stabilisiert. Während eines „Belastungsurlaubs“ schnitt er sich in seiner Wohnung die Pulsadern auf, rief aber selbst noch einen Rettungswagen. Es folgten weitere 3 Monate Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik. Im März zog Herr H. in eine betreute Wohngemeinschaft, da er sich nicht mehr in der Lage fühlte, allein zu leben. Bereits nach 2 Tagen beging er den nächsten Suizid-Versuch, wiederum durch Aufschneiden beider Pulsadern.

Beim ersten gemeinsamen Treffen zusammen mit den Eltern äußert er, dass ihm niemand helfen könne und er nie wieder gesund werde. Außerdem glaube er verrückt zu sein, da er gelegentlich Stimmen höre und nicht zu beschreibende Angstzustände habe.

## 2. Was ist Persönlichkeit?

Die für einen Menschen charakteristischen (stabilen) psychischen Eigenheiten, mit denen er sich mit der Welt seiner Motive und Emotionen, den zwischenmenschlichen Beziehungen und den gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen sinnstiftend auseinandersetzt, werden als seine **Persönlichkeit** bezeichnet.

Es ist also die Summe der Eigenschaften, die dem einzelnen seine charakteristische, unverwechselbare Individualität verleiht. Der Begriff Persönlichkeit setzt sowohl das Wiedererkennen seiner selbst (Selbstbewusstsein) als auch das Wiedererkennen durch andere voraus.

Im antiken Griechenland wurden von Hippokrates (ca. 400 v. Chr.) nach der „Säftelehre“ vier **Temperamente** unterschieden:

<b>Sanguiniker</b>	<b>wörtlich: der Heißblütige</b> - leichtblütig, wechselhafte Stimmungen
<b>Melancholiker</b>	<b>wörtlich: der Schwarzgallige</b> - schwerblütig, schwermütig
<b>Choleriker</b>	<b>wörtlich: der Weißgallige</b> - heftig, leicht erregbar
<b>Phlegmatiker</b>	<b>wörtlich: der Schleimige</b> - kaltblütig, schwer erregbar

Bereits 1723 wird die Persönlichkeit definiert durch Ch. Wolff:

**„Was eine Erinnerung an sich selbst bewahrt und sich erinnert, früher und heute ein- und dasselbe zu sein“.**

Demgegenüber wird von anderen der „Prozesscharakter“ der Persönlichkeit hervorgehoben (Heiss, Thomae), wobei auf die ständige Ausbildung neuer Merkmale im Verlaufe des Lebens verwiesen wird.

Über die unterschiedlichen Methoden hinweg zeigen sich aber immer wieder fünf vergleichbare Faktoren („**Big-five-Modell**“), die eine wesentliche Rolle in der Beschreibung der Persönlichkeit spielen:

<b>Extraversion</b>	<b>(kontaktfreudig &lt;-&gt; zurückhaltend)</b>
<b>Verträglichkeit</b>	<b>(friedfertig &lt;-&gt; streitsüchtig)</b>
<b>Gewissenhaftigkeit</b>	<b>(gründlich &lt;-&gt; nachlässig)</b>
<b>Neurotizismus</b>	<b>(entspannt &lt;-&gt; überempfindlich)</b>
<b>Offenheit</b>	<b>(kreativ &lt;-&gt; phantasielos)</b>

Die Psychoanalyse spricht - zunächst unabhängig von jeder Pathologie - von **Persönlichkeitsstrukturen**.

### 3. Wann spricht man von Persönlichkeitsstörung?

Von Persönlichkeitsstörungen kann dann gesprochen werden, wenn eine Person durch tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster mit wenig flexiblen Reaktionen in den Bereichen Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Beziehungen zu anderen ein derartig abweichendes Verhalten aufweist, dass es zu einer wesentlichen Dissozialität (Konflikte mit der sozialen Umwelt durch Missachtung der Regeln sozialen Zusammenlebens. Kann sich in Streitsüchtigkeit, Verwahrlosung oder kriminellen Verhalten äußern) und/oder einem deutlichen Leidensdruck kommt.

Wilhelm Reich geht 1933 schon davon aus, dass es sich bei den Symptomen der damals noch nicht so bezeichneten Persönlichkeitsstörung um tiefer in die Persönlichkeit integrierte neurotische Symptome handelt, wobei sich die auslösenden Defizite in der Lebensgeschichte nicht unterscheiden. Eine „Symptomneurose“ wird zur „Charakterneurose“. Es handelt sich also um einen erheblich komplexeren Aufbau der Neurose, wobei das Verhalten fast ausschließlich durch Abwehr- und Schutzfunktionen geprägt ist. Hierdurch werden die Flexibilität und der Handlungsspielraum einer Person erheblich eingeschränkt. Es wird ein Panzer gegen die Innenwelt aufgebaut.

#### Wesentliche Kriterien der Persönlichkeitsstörungen:

- Unausgeglichenheit in Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen, Denken sowie Beziehungen zu anderen
- Andauern des Verhaltensmusters
- Verhaltensmuster in vielen persönlichen und sozialen Situationen unpassend
- Beginn in Kindheit oder Jugend mit Dauermanifestation im Erwachsenenalter
- Im Verlauf zunehmender Leidensdruck
- Deutliche Einschränkungen in beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit

Aus der Eigenperspektive des Betroffenen wird das charakteristisch abweichende, eventuell normverletzende Verhalten oft nicht als solches wahrgenommen. Das Verhalten ist somit überwiegend „**Ich-synton**“. Ich-Syntonie bedeutet vor allem, dass der Betroffene seine Eigenschaften, für die er oft durchaus eine Wahrnehmung - auch hinsichtlich des damit verbundenen Leidens - haben kann, nicht als krankheitswertige Störung erlebt. Im Gegensatz dazu würde ein Patient mit einer zwangsneurotischen Symptomatik, wie zum Beispiel einem Kontrollzwang, diese Störung in der Diagnostik als „**Ich-dyston**“ beklagen und auf Symptombesserung dringen.

Persönlichkeitsstörungen entstehen aus **psychodynamischer Sicht** hauptsächlich durch Störungen in den einzelnen frühkindlichen Entwicklungsstufen.

Eine Störung in der **oralen** Phase führt demnach zu forderndem und abhängigem Verhalten, in der **analen** Phase bewirkt sie ein zwanghaftes und rigides Verhalten. Probleme in der **phallischen** Phase führen zu oberflächlichen Emotionen und Unfähigkeit zu intimen Beziehungen.

Aus der Sicht der **Lerntheorie** stellen Persönlichkeitsstörungen **gelerntes Verhalten** dar. Die Prinzipien des **operanten Konditionierens** (Verhaltensmodifikation durch positive/negative Verstärkung) sowie des **Modell-Lernens** (Verhaltensmodifikation durch das Beispiel anderen Menschen) führen dazu, dass spezifische, angelegte Verhaltensweisen in extremer Weise über- bzw. unterentwickelt sind. Dadurch werden auf der kognitiven Ebene spezifische Überzeugungen verhärtet, welche die Einstellung des Patienten zu sich selbst und zur Umwelt prägen.

Die Erfassung und Einteilung der Persönlichkeitsstörungen im deutschsprachigen Raum orientiert sich noch weitgehend an der klassischen typologischen Beschreibung von K. Schneider, der eine Einteilung in hyperthyme, depressive, selbstunsichere, fanatische, geltungsbedürftige, stimmungslabile, explosible, gemütlose, willenlose und asthenische Persönlichkeiten vorschlug.

Nach der **ICD-10 (F60)** werden Persönlichkeitsstörungen (PS) den verschiedenen Verhaltensmustern entsprechend eingeteilt in:

<b>Paranoide PS</b>	<b>F60.0</b>
<b>Schizoide PS</b>	<b>F60.1</b>
<b>Dissoziale PS</b>	<b>F60.2</b>
<b>Emotional instabile PS (BPS)<sup>1</sup></b>	<b>F60.3</b>
<b>Histrionische PS</b>	<b>F60.4</b>
<b>Anankastische PS</b>	<b>F60.5</b>
<b>Ängstlich vermeidende PS</b>	<b>F60.6</b>
<b>Asthenische (abhängige) PS</b>	<b>F60.7</b>
<b>Sonstige spezifische PS</b>	<b>F60.8</b>

Die Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung beträgt z.B. bei der paranoiden PS ca. 0,5 bis 2,5 %, bei der schizoiden und histrionischen PS ca. 2,0 bis 3,0 %, bei der dissozialen und emotional-instabilen PS ca. 2,0 % sowie bei der anankastischen (zwanghaften) PS ca. 1,0 %.

Fast alle Persönlichkeitsstörungen haben mit Symptomen der mangelhaften Regulation des Selbstwertgefühles zu tun.

Man sollte deshalb die einzelnen Formen als relativ willkürlich abgegrenzte Typologien, nicht als Diagnosen verstehen. Aus diesem Grund kommt es zu vielfältigen Überschneidungen der verschiedenen Ausprägungen.

<sup>1</sup> Borderline-Persönlichkeitsstörung

## 4. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

### 4.1. Symptomatik und Diagnose

Wie aus meinem vorliegenden Fallbeispiel zu ersehen ist, bedurfte es bei Herrn H. erst mehrerer Klinik-Aufenthalte in der Psychiatrie, um letztendlich die Diagnose „**Borderline-Persönlichkeitsstörung**“ zu stellen.

Viele Borderline-Patienten haben in ihrem Leben bereits verschiedene Diagnosen erhalten, wie z.B. Depression, Burn-out-Syndrom, Bipolare Störung, Angst- und Panikstörungen, Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit oder Ess-Störungen. Diese Symptome treten oft im Zusammenhang mit der BPS auf und sind gelegentlich Grund für die Suche nach Hilfe. Erst im Rahmen der Behandlung oder Psychotherapie wird dann die Diagnose „**Borderline-Persönlichkeitsstörung**“ deutlich.

Dabei können die Verknüpfungen vielfältig sein. Einige Krankheitsbilder entstehen als Folge der Borderline-Störung (etwa depressive Symptome) oder sind als Bewältigungsversuche zu verstehen (etwa Ess-Störungen oder Substanzmissbrauch), andere verstärken die Probleme des Borderline-Syndroms.

Viele Symptome der BPS zeigen sich im Selbstbild. Die Betroffenen haben ein mangelndes Selbstwertgefühl, erleben sich als Versager und machen sich Vorwürfe. Aber auch das Denken ist spezifisch von der Störung geprägt. Auffällig ist die Neigung zum so genannten **Schwarz-Weiß-Denken**, die Tendenz zu entwerten und zum Pessimismus.

Kaum ein Buchtitel über die Borderline-Persönlichkeitsstörung trifft das Unvermögen des Betroffenen, Zwischentöne von extremen Polaritäten (Gut/Böse, Allmacht/Ohnmacht, Autonomie/Selbstaufgabe) zu sehen, besser als „**Ich hasse dich - verlaß' mich nicht**“ von Kreisman/Straus.

Der Betroffene kann nur in den beiden Extremen Schwarz oder Weiß denken, neigt dazu, alles in diese beiden Kategorien einzuteilen, wobei die borderline-spezifische Bewertung rasch wechseln und unvermittelt eintreten kann.

Die vielen sozialen Probleme im Rahmen der Erkrankung können zu einem relativen sozialen Rückzug beitragen und die Abhängigkeit von wenigen sozialen Bezugspersonen erhöhen.

Das einzig stabile in Beziehungen der Betroffenen ist also eine chaotische Instabilität.

Seit den 70er Jahren wurde der Begriff der **Borderline-Persönlichkeitsstörung** (ICD-10: F60.3 **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung**; F60.30 **Impulsiver Typus** F60.31 **Borderline Typus**) zunehmend aktueller. Gemeinsames Merkmal ist jedoch eine Instabilität im impulsiven, affektiven und zwischenmenschlichen Bereich.

Inzwischen geben sowohl der **DSM-IV als** auch der **ICD-10** Kriterien für die Diagnose „**Borderline-Persönlichkeitsstörung**“ vor.

Weiter bietet es sich an, das so genannte „**Diagnostische Interview für Borderline-Störungen**“ für eine genaue Diagnose zugrunde zu legen.

Im **DSM-IV** wird die Symptomatik wie folgt beschrieben.

(Mindestens 5 Kriterien sollten für die Diagnose „Borderline“ erfüllt sein):

- tief greifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität
- verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
- Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen
- wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
- affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
- chronisches Gefühl der Leere
- unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
- vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Der **ICD-10** (International Classification of Diseases) stellt die Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt dar:

- deutliche Tendenz, Impulse auszuagieren ohne Berücksichtigung von Konsequenzen
- wechselnde, launenhafte Stimmung
- geringe Fähigkeit vor auszuplanen
- Ausbrüche mit intensivem Ärger und gewalttätigem, explosiblem Verhalten

#### **Impulsiver Typ (F60.30):**

Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

#### **Borderline-Typ (F60.31):**

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suizidandrohungen oder selbstschädigenden Handlungen.



Im „**Diagnostischen Interview für Borderline-Störungen**“ findet sich folgende Symptomatik:

- Instabile, zerrissene Schul- und Berufslaufbahn mit andauernden Brüchen
- Sozial aktiv mit teilweise starkem Engagement, aber mangelnder Konstanz
- Vermeidung von Alleinsein, rasch wechselnde instabile Beziehungen
- Rasch auftretende „Machtkämpfe“ in Beziehungen
- Impulsiv agierendes Verhaltensmuster
- Selbstverletzungen, seltener Fremdaggression
- Manipulative oder „echte“ Suizidversuche
- Verschiedenste, teilweise wechselnde Süchte
- Abweichendes, anhedonistisches Sexualverhalten<sup>2</sup>
- Depressionen, tiefe innere Leere
- Ungerichtete Ängste
- Psychose-nahe Episoden, meist recht „bunt“ mit schnell wechselnden Symptomen, die aber in kürzester Zeit reversibel sind
- Oft in versorgenden Berufen tätig
- Verwickelt (therapeutische) Bezugspersonen rasch in tiefe, von schlechtem Gewissen oder sehr starkem Engagement geprägte Beziehungen, die schnell in das Gefühl der Abwertung umschlagen können. Tendenz zur Spaltung einer Bezugspersonengruppe.

Die einzelnen Symptome können in sehr verschiedener Ausprägung vorliegen und sind selten alle gleichzeitig vorzufinden.

Auch geben die diagnostischen Kriterien selbstverständlich nicht die Vielzahl der Symptome wieder, die im Rahmen einer Borderline-Störung auftreten können. So sind beispielsweise die vielen körperlichen Beschwerden nicht benannt. Typisch ist das Gefühl innerer Hochspannung, die Unfähigkeit, sich zu entspannen, und das Gefühl, den eigenen Körper als fremd und unwirklich zu erleben. Dabei kann das Körpergefühl durchaus wechseln. Andere Symptome hängen mehr mit den emotionalen Problemen im Rahmen einer Borderline-Störung zusammen. So leiden viele unter Angstzuständen, immer wiederkehrenden depressiven Verstimmungen, Schuld-, Scham- und Ekelgefühlen, aber auch an der Unfähigkeit, der Situation angemessene Gefühle überhaupt wahrzunehmen.

Epidemiologisch geht man von einer Prävalenz von 2 % in der Bevölkerung aus. Frauen erkranken häufiger als Männer. Auffallend ist eine hohe Suizidrate von 5 bis 10 % innerhalb von 15 Jahren und eine Selbstverletzungsrate von 69 bis 80 %. Es gibt Hinweise, dass das höchste Suizidrisiko von Borderline-Patienten zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr liegt.

Eine familiäre Häufung ist gesichert, was sowohl biologisch wie psychosozial interpretiert werden kann.

Auch eine gewisse erbliche Grundlage (Disposition) von Charakterzügen wird von vielen Fachleuten angenommen.

---

<sup>2</sup> Anhedonie = Fehlen von Lustgefühlen

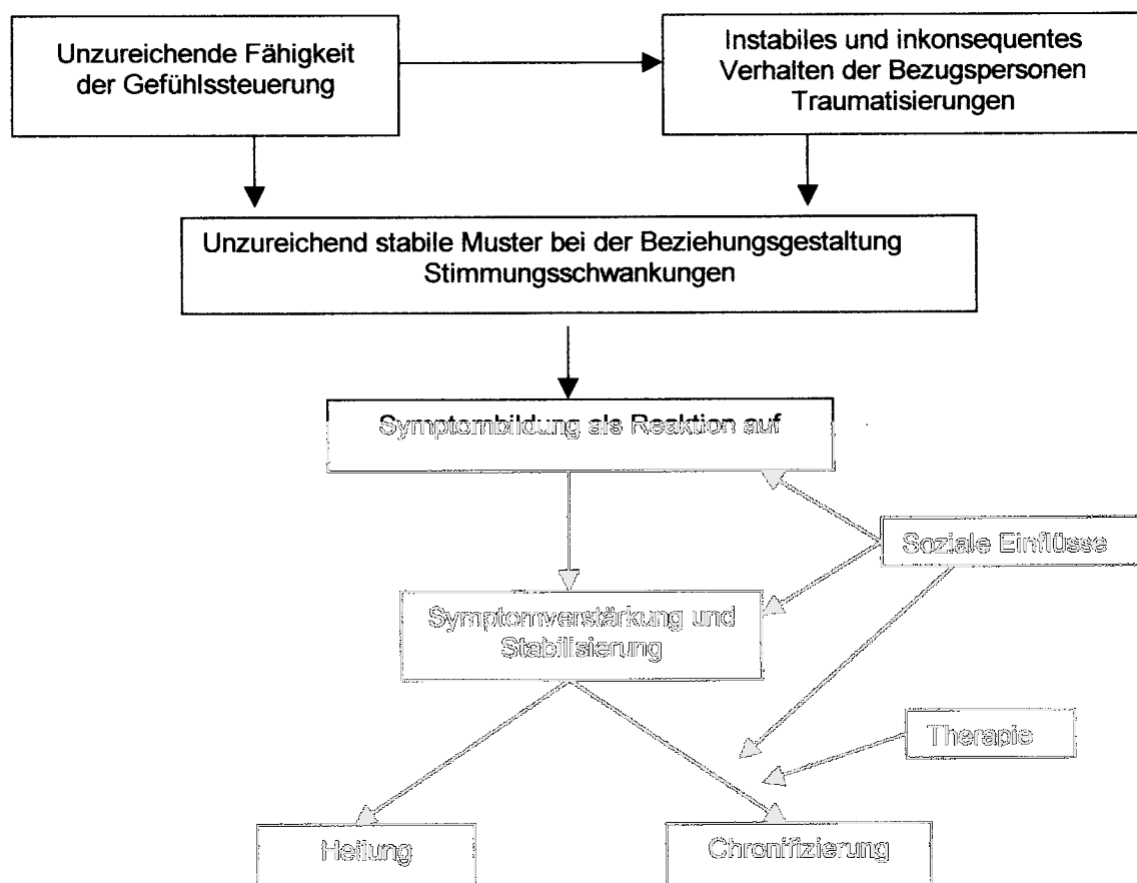
## 4.2. Ursachen

Psychodynamisch wird die Borderline-Störung zu den sogenannten frühen Störungen gerechnet (18. bis 36. Lebensmonat). In diesen Phasen der kindlichen Entwicklung dominiert der innerseelische Mechanismus der Spaltung von nicht miteinander zu vereinbarenden Konflikten. Es besteht dabei eine fehlende Fähigkeit des Ichs, Gefühle oder Wahrnehmungen gegensätzlicher Qualität in sich zu vereinen. Eigene Gefühle oder auch andere Menschen werden so z.B. als nur gut oder nur böse wahrgenommen.

Bleibt dieser Mechanismus bestehen, kommt es zu einer instabilen Wahrnehmung und Einschätzung des eigenen Verhaltens sowie zum Fehlen eines eindeutigen Gefühls der Identität der eigenen Person (Identitätsdiffusion). Die Entwicklung einer eigenen tragfähigen und reflexionsfähigen Persönlichkeit ist dadurch nicht möglich.

Biografisch findet man bei den Betroffenen oft eine hohe Rate von sexuellem oder körperlichem Missbrauch sowie schwer wiegender sozialer Vernachlässigung. Häufig wird das traumatische Erlebnis vergessen, kehrt dann allerdings später unter Stressbedingungen als Erinnerung zurück.

### Vulnerabilitätskonzept der Borderline-Störung<sup>3</sup>



<sup>3</sup> Aus „Borderline“ von Ewald Rahm  
Vulnerabilitätskonzept = Theorie der Verletzlichkeit der Psyche für psychische Krankheiten

### 4.3. Abwehrmechanismen

Jeder Mensch - sowohl der gesunde als auch der psychisch kranke - befindet sich ständig in der Situation, Triebe und Wünsche mit den Geboten und Verboten der Realität in Einklang bringen zu müssen. Abwehrmechanismen dienen dazu, die teilweise unbewussten Tendenzen so zu neutralisieren, dass keine Bewältigungsprobleme auftreten.

Eine adäquate Konfliktverarbeitung ist nicht möglich. Bereits die einfachsten Anforderungen des Lebens können sich als übermäßige Probleme darstellen, da deren Bewältigung eine mindestens minimal gefestigte Persönlichkeit voraussetzt. Schon bei geringsten Problemen im Alltagsleben bauen sich deshalb heftige Ängste auf, denen durch verschiedene Formen des Ausweichens begegnet wird.

Im Rahmen der Psychoanalyse ist die Theorie entwickelt worden, dass bei der Borderline-Störung eine besondere Konstellation von Abwehrmechanismen zu finden ist. Insbesondere sei ein Überwiegen von „primitiven“ Abwehrmechanismen zu beobachten. Dazu gehören die Spaltung, die primitive Idealisierung und die projektive Identifizierung.

Während Neurotiker bereits eine eigene Persönlichkeit entwickelt haben und daher einzelne, genau definierbare Konflikte gezielt verdrängen können, bedroht ein Konflikt beim Borderline-Patienten aus den genannten Gründen meist die gesamte Person. Er reagiert mit heftigster bis panischer Angst und wendet aktiv sogenannte Spaltungsmechanismen an, um den Konflikt nicht existent zu machen.

Die **Spaltung** dient der Angstreduktion in Situationen, die als uneindeutig erlebt werden. Spaltung bedeutet hier auch, dass bei einer Sache „Gut“ und „Böse“ streng voneinander getrennt werden und es findet keine Integration der unterschiedlichen Perspektiven statt (**Schwarz-Weiß-Denken**).

Im Rahmen eines Konfliktes reichen die Spaltungsmechanismen beim Borderline-Patienten oft nicht mehr aus, vor unangenehmen Handlungen oder Stimmungen auszuweichen. Es baut sich ein unerträglicher innerer Druck auf, der nicht mehr zu bewältigen ist.

Nur durch extrem aggressives Verhalten kann dieser Druck entlastet werden. Gelingt dies nicht durch fremdaggressives Verhalten, welches wiederum die Gefahr des Verlassenwerdens mit sich bringt, dann bleibt nur die aggressive Handlung gegen sich selbst und es kommt zu den bei Borderline-Patienten angewendeten typischen Selbstverletzungen (z.B. Schnittwunden an den Armen und/oder Brandmale durch Zigaretten).

Durch die druckentlastende und teilweise euphorisierende Wirkung können diese Selbstverletzungen einen nahezu süchtigen Charakter annehmen. Im Rahmen von Isolation und Depression kann die Selbstverletzung eine Maßnahme darstellen, Leben zu verspüren. Der Schmerz und das fließende Blut haben dann eine überaus beruhigende Wirkung für den Patienten.

## **4.4. Psychotherapie**

### **4.4.1. Allgemeine Voraussetzungen für eine Therapie<sup>4</sup>**

Zur Therapie gehört eine sehr klare Struktur mit einem stabilen Behandlungsrahmen und festen Vereinbarungen mit einer begrenzten Anzahl von fairen und verständlichen Grundregeln, die mit dem Patienten erarbeitet werden sollen. Der Therapeut muss aktiv und beziehungsherstellend wirken.

Im Verlaufe der Therapie muss in einer primären Phase als erstes eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden. In der intensiveren Therapie kommt es zu einer Regression in die vorwiegend durch ungreifbare Ängste beherrschte Ausgangslage (immer auch überlagert von reiferen Anteilen). In der nächsten Phase muss für den Betroffenen spürbar werden, dass diese Ängste eine Wechselbeziehung für vernichtende Gefühle der Wut oder der grenzenlosen Trauer sind, die vermeintlich unüberwindbar sind. Im weiteren Verlauf muss der Patient die Erkenntnis erlangen, dass diese Gefühle zu ertragen sind und in der Therapie bearbeitbar und integrierbar gemacht werden.

Wenn der Patient in eine Phantasiewelt ausweicht, muss sich der Therapeut zurückhalten. Psychotische Anteile sollen nicht interpretiert, sondern nur zur Kenntnis genommen werden. Es gilt, eine gemeinsame Definition der Wirklichkeitsgrenzen zu erarbeiten. Agierende und selbstdestruktive Handlungen stellen nonverbale Zeichen dar, die nicht ausgedrückt werden können oder zur Bekämpfung eines inneren Zwanges verwendet werden. Sie müssen - soweit möglich - ergründet, verbalisiert und interpretiert werden. Dabei soll im „**Hier und Jetzt**“ gearbeitet werden. Eine Aufarbeitung der Vergangenheit hilft dem Patienten primär wenig.

### **4.4.2. Psychoanalyse**

Eine psychoanalytische Therapie wird zwar bei Persönlichkeitsstörungen empfohlen, sollte jedoch nicht in kritischen Phasen mit Depressionen, Suizidalität und/oder psychotischen Schüben erfolgen. Erst wenn der Patient durch andere Therapieformen bzw. Psychopharmakotherapie stabilisiert ist, sollten die Aufdeckung und Aufarbeitung eines eventuell vorliegenden Traumas in Angriff genommen werden.

### **4.4.3. Bevorzugte Therapieformen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Bei den einzelnen Formen sind zunächst allgemeinere Verfahren zur Therapie der Borderline-Störung von jenen Verfahren zu unterscheiden, die zur Behandlung einzelner Symptome dienen.

---

<sup>4</sup> Aus Seminar „Borderliner“ von Dr. Eckart Schmidt

## **a) Dialektisch-behaviorale Therapie**

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurde vor mehr als 10 Jahren von der amerikanischen Psychologieprofessorin Marsha Linehan auf Basis der Verhaltenstherapie entwickelt.

Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm, das sich auf dem Modell der emotionalen Instabilität aufbaut. Vor allem die angewandten Techniken sind aus dem Repertoire der kognitiven Verhaltenstherapie entnommen, wie Training der sozialen Kompetenz, Exposition (Auseinandersetzung mit der konkreten Situation, in der sich die Störung bemerkbar macht), Notfallmanagement und kognitive Umstrukturierung (Veränderung der Haltung gegenüber Situationen des alltäglichen Lebens).

Die dialektisch-behaviorale Therapie baut auf verschiedenen Strategien auf. Es sollen Techniken der Akzeptanz entwickelt werden, wobei die Bestätigung von Erfolgen und die Steigerung der Achtsamkeit gemeint sind. Aber auch die Möglichkeiten der Veränderung werden thematisiert.

Dialektische Strategien zielen darauf, in der therapeutischen Beziehung auf Gegensätze im Leben des Patienten hinzuweisen und sie aufzulösen. Damit soll das Schwarz-Weiß-Denken im Rahmen der Störung überwunden werden. Die Therapie stützt sich auf vier Module: die Einzeltherapie, das Fertigkeitstraining (in der Gruppe), die Telefonberatung und die Supervision (als Kontrollinstanz).

Die Therapie unterteilt sich in vier Phasen:

### **Vorbereitungsphase**

1. Aufklärung über die Behandlung, Zustimmung zu den Behandlungszielen
2. Motivation und Zielanalyse

### **Erste Therapiephase**

1. Suizidales und parasuizidales Verhalten
2. Therapiegefährdendes Verhalten
3. Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt
4. Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten
  - innere Achtsamkeit
  - zwischenmenschliche Fähigkeiten
  - bewusster Umgang mit Gefühlen
  - Stresstoleranz
  - Selbstmanagement

### **Zweite Therapiephase**

Bearbeitung des Posttraumatischen Stress-Syndroms

### **Dritte Therapiephase**

1. Steigerung der Selbstachtung
2. Entwicklung und Umsetzung individueller Ziele

## **b) Psychodynamische Therapie**

Bei diesem Verfahren handelt es sich um psychodynamisches Konzept, das auf der Objekttheorie aufbaut. Zentrales Ziel ist hierbei, die Angst bei der Wahrnehmung von Widersprüchen zu reduzieren und dem Betroffenen somit einen realistischeren Umgang mit Beziehungen zu ermöglichen. Hauptübungsfeld für eine solche Entwicklung ist die therapeutische Beziehung selbst.

Die Therapie erfolgt in zwei Schritten. Zunächst werden auch hier die Regeln und Formen des Umgangs miteinander festgelegt. In einer zweiten Phase erfolgt dann die Thematisierung der Beziehungsstörung.

Im Gegensatz zu anderen Behandlungen, die sich von der Psychoanalyse herleiten, nimmt bei dieser Therapie der Therapeut eine durchaus aktive Rolle ein. Die verwendeten Techniken sind dabei die Klärung, die Konfrontation und die Deutung. Dabei handelt es sich um abgestufte Interventionen, um auf Widersprüche hinzuweisen und sie zu klären.

Die beiden genannten Therapieformen sind selbstverständlich nicht die einzigen Möglichkeiten der Behandlung. Sie zeichnen sich aber durch eine breite Akzeptanz und ein hohes wissenschaftliches Niveau aus.

Darüber hinaus gibt es gesprächspsychotherapeutische Konzepte. Aber auch körperbezogene, künstlerische und rehabilitative Techniken haben ihren Platz in der Therapie der Borderline-Störung.

## **c) Gestaltungstherapie (L. Paneth, C.G. Jung)**

Diese besondere Form der Beschäftigungstherapie gibt Patienten gerade nach einem Aufenthalt in der Notaufnahme der Psychiatrie ein erstes Erfolgserlebnis und stärkt das Selbstwertgefühl.

Die schöpferischen Tätigkeiten wie Musik, Tanz, Gymnastik, Pantomime, Malen, Zeichnen, Kneten, Schnitzen u.ä. können in individueller Weise auf fehlerhafte Erlebnisverarbeitung und daraus entstandene Konflikte hinweisen.

## **d) Entspannungstherapien**

Zu diesen wissenschaftlich entwickelten Entspannungsmethoden zählen z.B. das **autogene Training** nach J.-H. Schultz und die **progressive Muskelrelaxation** nach Jacobson.

Das autogene Training soll gelassen machen. Angestrebt werden Ruhe (Dämpfung überschießender Affekte), Entspannung, vegetative Umstimmung, Verbesserung des Konzentrationsvermögens sowie Vertiefung der Selbsterkenntnis.

Die progressive Muskelrelaxation wird häufig in der Verhaltenstherapie als Einleitung zur aktiven Desensibilisierung angewendet.

**e) Soziotherapie**

Unter Soziotherapie wird jede Behandlungsform verstanden, die sich in erster Linie um die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Umgebung eines psychisch Kranken bemüht. Soziotherapeutische Maßnahmen sollen sozialer Behinderung vorbeugen bzw. diese beseitigen oder verringern.

**Bereiche der Soziotherapie und Einrichtungen im Überblick<sup>5</sup>**

<b><u>Bereich</u></b>	<b><u>Einrichtung</u></b>	<b><u>Maßnahme</u></b>
<b>vollstationärer Bereich</b>	- psychiatrische Krankenhäuser	- ärztliches Gespräch - Milieugestaltung
<b>teilstationärer Bereich</b>	- Tagesklinik - Nachtklinik	- Ergotherapie - Beschäftigungstherapie - Arbeitstherapie
<b>ambulante psychiatrische Behandlung</b>	- niedergelassener Nervenarzt - ärztlicher Psychotherapeut - Institutsambulanz	- Sozialdienst - Angehörigenarbeit
<b>komplementäre ambulante Dienste</b>	- sozialpsychiatrischer Dienst - Begegnungsstätte - sozialpsychiatrisches Zentrum - Tageszentrum - Patientenclub - Selbsthilfegruppe	- stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
<b>betreutes Wohnen</b>	- betreute Einzelwohnung - Wohngruppe - Wohngemeinschaft - Übergangwohnheim - (Langzeit-)Wohnheim - Familienpflege	- Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes
<b>berufliche Rehabilitation</b>	- stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben - beschützte Werkstatt - Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes - Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung - befristete Probebeschäftigung	

<sup>5</sup> Aus „Psychiatrie und Psychotherapie“

#### 4.5. Psychopharmakotherapie

Eine spezifische Behandlung der Borderline-Störung mit Medikamenten gibt es im Grunde nicht. Gleichwohl lassen sich damit einige Symptome behandeln, wobei sich der Einsatz von Psychopharmaka nach den Zielsymptomen richtet, die beeinflusst werden sollen.

Nachfolgende Tabelle<sup>n</sup> zeigt einige Medikamente nach Einsatz, Wirkungen und Nebenwirkungen.

Medikamenten- gruppe	Beispiel	Wirkung	Nebenwirkung	Einsatz bei der Borderline-Störung
Neuroleptika	Haldol® Neurocil®	Die Wirkung der Neuroleptika ist abhängig von deren Potenz. Niederpotente Neuroleptika wirken vor allem sedierend und werden daher als Schlaf- und Beruhigungsmittel eingesetzt. Hochpotente Neuroleptika wirken gegen psychotische Symptome, insbesondere gegen gedankliche Desorganisationen und gegen das so genannte paranoid-halluzinatorische Syndrom.	Abhängig von der Potenz haben Neuroleptika Auswirkungen auf die Bewegungen. Es kann zu einem künstlichen Parkinson-Syndrom kommen, auch Sitzruhe und Krämpfe sind möglich.	Bei der Borderline Störung können die gelegentlich kurzzeitig auftretenden psychotischen Episoden mit Neuroleptika behandelt werden. Eine günstige Wirkung ist aber nur für niedrige Dosen beschrieben. Eine langfristige Behandlung hat nur sehr selten einen Nutzen. Die Wirkung bei Dissoziation ist unsicher.
Atypische Neuroleptika	Leponex® Zyprexa® Risperdal®	Atypische Neuroleptika wirken ähnlich wie klassische,	Der Vorteil der Atypischen Neuroleptika besteht in der geringen Rate von motorischen Nebenwirkungen. Für einige sind Blutbildveränderung und Gewichtszunahme beschrieben. Keine Abhängigkeit.	Wie bei den typischen Neuroleptika.
Antidepressiva	Saroten® Ludiomil®	Antidepressiva wirken auf Kernsymptome der Depression wie Freud- und Interessenverlust sowie negative Gedanken. Antidepressiva wirken nur, wenn sie ausreichend hoch dosiert werden, und eine Wirkung ist erst nach einigen Wochen zu erwarten.	Die Nebenwirkungen sind zwischen den Präparaten unterschiedlich. Häufig sind Kreislaufstörungen und trockene Schleimhäute. Keine Abhängigkeit.	Depressive Verstimmungszustände.

<sup>n</sup>Aus „Umgang mit Borderline-Patienten“ von Ewald Rahn



Medikamenten- gruppe	Beispiel	Wirkung		Einsatz bei der Borderline-Störung
Serotonerge Antidepressiva	Anafranil® Fluctin® Cipramil®	Serotonerge AD wirken zusätzlich auf Angst- und Zwangssymptome.	Blutdruckkrisen, starkes Schwitzen, Schwindel. Vereinzelt Absetz- probleme, Übelkeit, Unruhe, Somnolenz	Depressive Verstimmung, Angst, Zwangssymptome, Reduktion von Essattacken und Bulimie.
Phasen- prophylaktika	Hypnorex® Tegretal® Mylepsinum ®	Diese Medikamente werden bei der Manie und als vorbeugendes Medikament bei sich wiederholenden affektiven Erkrankungen eingesetzt. Alle Medikamente wirken auch gegen Impuls- kontrollstörungen und Aggressivität	Die Nebenwirkun- gen richten sich nach dem ein- gesetzten Präparat. Da die therapeutische Spanne gering ist, werden die Medikamente nach Blutspiegel dosiert. Keine Abhängigkeit	Bei Impulskontrollstörungen, Aggressionen.
Tranquilizer (Benzodiazepine)	Valium® Tavor®	Tranquilizer wirken beruhigend, schlaffördernd und ausgleichend. Die Wirkung tritt sehr schnell ein und wird in der Regel als angenehm erlebt.	Atemstörung. Tranquilizer verlieren nach längerer Einnahme ihre Wirkung. Abhängigkeits- entwicklung wahrscheinlich.	Wegen möglicher Abhängigkeit nur Einsatz im Rahmen von Ausnahmeständen und Notfallsituationen.
Opiatantagonisten	Naltrexon®	Medikament blockiert die Opiatrezeptoren im Gehirn, so dass das körpereigene Morphin (Endomorphin) nicht mehr wirken kann.	Bei Opiatabhängigen Entwicklung starker Entzugssymptome.	Bei selbstverletzendem Verhalten (noch nicht offiziell anerkannte Indi- kation).

### Wichtige Anmerkungen:

1. Werden **antriebssteigernde Antidepressiva** verordnet, so ist zu beachten, dass die hemmungslösende Wirkung vor der Stimmungsaufhellung eintritt, so dass latente Suizidalität aktiviert und manifestiert werden kann.
2. Wichtigste und beeinträchtigendste Nebenwirkungen **hochpotenter Neuroleptika** sind **extrapyramidal-motorische Symptome (EPS)**. Diese äußern sich in Sitzunruhe, Parkinson-Syndrom mit den Hauptsymptomen Zittern, Bewegungsstarre und Bewegungsarmut. Weiter können Dystonien vorkommen (kurz anhaltende oder auch fixierte abnorme Körperhaltungen vor allem in der Mundgegend, an den Augen, Hals und Rücken als Ursache unwillkürlicher Muskelkontraktionen.) Als Dyskinesien treten unwillkürliche hyperkinetische Bewegungen, meist im Mundbereich, oft auch leichte Bewegungen an Fingern, Armen, Zehen oder Beinen auf.
3. Obwohl Antidepressiva und Neuroleptika nicht abhängig machen, müssen sie ausschleichend abgesetzt werden.

## **5. Fallbearbeitung**

### **5.1. Voraussetzungen für die Beratung**

#### **5.1.1. Meine Rolle als psychologische Beraterin**

Da die Diagnose bereits von Psychiatern und Psychologen bei Herrn H. gestellt wurde, erübrigt sich für mich eine eigene Diagnosestellung. Allerdings ist es wichtig, dass ich die gesamte Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung kenne. Oft kommen Klienten mit nur einem oder einem Teil der Symptome in eine psychologische Beratungspraxis. Hier muss ich erkennen können, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung handeln kann und meinen Klienten bitten, einen Psychologen, Psychotherapeuten und/oder Psychiater aufzusuchen. Bei den neurotischen Erkrankungen endet meine Erlaubnis der Beratung.

In dem angeführten Fall von Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt es sich um eine Charakterneurose, die ich mit meiner bisherigen Ausbildung nur unterstützend beraten darf. In Anlehnung an die bereits erläuterten Therapie-Möglichkeiten verfüge ich aber über ein breites Spektrum, um auch innerhalb meiner Tätigkeitsgrenzen mit dem Klienten und den Angehörigen zu arbeiten.

Voraussetzung ist für mich als psychologische Beraterin, dass ich empathisch und kongruent bin. Für den Aufbau einer Beziehungsbrücke zum Klienten und eine erfolgreiche Beratung gelten als die vier wichtigsten Bausteine:

#### **annehmen - verstehen - anerkennen - motivieren**

Bei der Beratung von Borderline-Patienten sind allerdings weitere Grundvoraussetzungen zu beachten:

- a) **Klärung der Motivation:** Möglichst konkrete Ziele benennen.
- b) **Betonung der Bedeutung gegenseitiger Offenheit:** Auch sich selbst zur Offenheit verpflichten und die eigene Position mitteilen.
- c) **Vereinbarungen zum Umgang mit therapiegefährdendem Verhalten:** Vereinbarungen sollen die Grenzen des Beraters aufzeigen und auf die Sicherstellung einer möglichst hohen Kontinuität der Beratung ausgerichtet sein. Diese Regeln betreffen insbesondere den Umgang mit Suizidalität sowie Drogen- und Alkoholmissbrauch.
- d) **Herausheben der Eigenverantwortung des Betroffenen:** Der Berater sollte grundsätzlich keine Verantwortung für das Verhalten des Betroffenen übernehmen.

Klare Strukturen und berechenbare Grenzen können verhindern, dass durch zuviel Nähe Machtkämpfe zwischen Klient und Berater entstehen.

### **5.1.2. Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team**

Im Umgang mit Borderline-Patienten kommt es durch die Aufteilung in „gute“ und „böse“ Bezugspersonen immer wieder zu heftigen Spaltungen innerhalb eines Teams. Daher ist es wichtig, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Psychologen und psychologischem Berater stattfindet.

Aufgrund der Volljährigkeit meines Klienten ist es außerdem erforderlich, dass Herr H. die Ärzte und Therapeuten in der psychiatrischen Klinik von ihrer Schweigepflicht entbindet, damit auch ich Informationen über deren Vorgehensweise bei der Therapie bekommen darf bzw. ein Austausch untereinander stattfinden kann.

### **5.1.3. Zusammenarbeit mit den Eltern/Geschwistern**

Die Umsetzung von Veränderungen im Verhalten eines Borderline-Patienten scheitert oft daran, dass keine ausreichende Unterstützung durch die soziale Umgebung aufgrund der fehlenden Kenntnis über die Erkrankung erfolgt. Dieser Gefahr kann begegnet werden, indem die wichtigen Bezugspersonen in die Beratung einbezogen werden.

Angehörige von Borderline-Patienten fühlen sich aber oft durch das borderlinespezifische Verhalten manipuliert. Verständlich wird dieses Verhalten am besten unter dem Aspekt, dass der zentrale Punkt der Störung die Beziehungsgestaltung zwischen einer grenzenlosen Beziehungssehnsucht und genauso tiefen Ängsten vor wirklich nahen Beziehungen ist, da sich diese in der Vergangenheit zu oft als tief enttäuschend erwiesen haben.

Meine Beratungstätigkeit für die Eltern und Geschwister strebt an, möglichst eine so genannte Co-Abhängigkeit zu vermeiden. Erwiesenermaßen merken diese nicht, wie schnell sie so verstrickt werden, dass sie sich gefangen fühlen in einem Kreislauf aus Schuld, Selbstvorwürfen, Depression, Wut, Verdrängung, Isolation und Verwirrung. Grenzen zu setzen hilft sowohl den Angehörigen als auch dem Betroffenen.

### **5.1.4. Themen und Ziele meiner unterstützenden Beratung**

- Aufklärung über die Erkrankung und Therapiemöglichkeiten
- Akzeptanz der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Ermutigung zur Therapie und Beratung
- Fähigkeit, Gefühle zu äußern und zu verbalisieren
- Akzeptanz der Stimmungswechsel
- Bessere Selbstwahrnehmung zur Verminderung von Suizid-Gedanken
- Abbau von Trennungsängsten
- Erhöhung der Frustrationstoleranz
- Förderung der Selbstbefähigung
- Krisenintervention
- Selbstständigkeit fördern

## **5.2. Meine beratende Tätigkeit mit Herrn H.**

### **Erstes Gespräch:**

Mein erstes Gespräch mit Herrn H. findet in der Notaufnahme der Psychiatrischen Klinik statt. Herr H. ist durch den überstandenen Suizidversuch noch geschwächt. Seinen beiden Handgelenke sind verbunden. Sein linker Unterarm ist zudem noch mit Brandwunden übersät, die er sich - wie mir die Eltern berichteten - mit brennenden Zigaretten zufügt.

Er wiederholt im Gespräch immer wieder, dass er sein weiteres Leben mit der Diagnose Borderline als sinnlos empfindet, auch weil er inzwischen alles verloren hat, was ihm einmal etwas bedeutete. Auf meine Nachfrage, was er mit „alles“ meint, nannte er seine Arbeit und seine Wohnung und zu guter Letzt wohl nun auch seine Familie. Er hat Angst, dass diese sich nun ganz zurückziehen würde, nachdem er sein Versprechen, keinen Suizid-Versuch mehr zu unternehmen, nicht eingehalten hat.

In diesem ersten kurzen Gespräch mit Herrn H. gelingt es mir, eine Beziehungsbrücke aufzubauen, und er erklärt sich damit einverstanden, dass ich ihn wieder besuchen darf.

### **Zweites Gespräch:**

Beim nächsten Besuch ist Herr H. schon etwas zugänglicher. Er möchte genauere Informationen über seine Erkrankung. Er hört mir zu, und ich kann ihn ermutigen, die Therapiemaßnahmen der Klinik zu überdenken. Diesen steht er noch sehr ablehnend gegenüber, da er sich bei seinem früheren Psychiatrie-Aufenthalt von den Ärzten und Psychologen nicht verstanden fühlte.

### **Drittes Gespräch:**

Nach einer weiteren Woche besuche ich Herrn H. erneut. Er ist inzwischen von der Notaufnahme in eine offene Station verlegt worden. Sein Verhalten hat sich sehr positiv verändert. Zum einen liegt es an den folgenden Medikamenten, die eine recht schnelle und angenehme Wirkung gezeigt haben:

- a) **Anafranil** - trizyklisches Antidepressivum )
- b) **Solian** - mittelpotentes Neuroleptikum ) vgl. Tabelle Seite 15/16
- c) **Tavor** - Benzodiazepin )

Zum anderen besucht er auch die Gesprächstherapie mit dem Psychologen der Klinik regelmäßig.

Ich vereinbare mit ihm, dass er bis zu unserem nächsten Treffen ein Gefühlstagebuch erstellt. Ziel ist es, Gefühle im Zusammenhang mit dem auslösenden Moment zu beobachten und aufzuschreiben.

Dies ist gerade bei Borderline-Patienten überaus wichtig, damit sie lernen, ihre Stimmungsschwankungen nicht nur zu akzeptieren, sondern darüber hinaus auf Dauer besser damit umzugehen. Eine depressive Phase wird vom Betroffenen z.B. schneller überwunden, weil er seinen Gefühlen nicht immer nur negative Gedanken zuordnet, sondern mit realistischen Gedanken die Gefühlsintensität mildern kann.

Dieses Tagesprotokoll könnte in Anlehnung an die so genannte „Spaltentechnik“ der Kognitiven Therapie wie folgt aussehen:

<b>Auslöser/ Situation</b>	<b>Gefühl</b>	<b>automatische Gedanken</b>	<b>realistischere Gedanken</b>	<b>Ergebnis</b>
Ich habe schon wieder den ganzen Tag geschlafen.	nutzlos depressiv	Warum soll ich noch aufstehen. Meine Krankheit hat mir alles genommen.	Das Verkriechen macht mich depressiv. Ich bin kein Versager, nur weil ich durchhänge und krank bin. Nur der Anfang ist schwer.	Erleichterung Stehe auf und dusche jetzt. Die Depression wird weniger.

### Viertes Gespräch

Herrn H. geht es bei unserem nächsten Treffen körperlich nicht gut. Er hatte starke Muskelkrämpfe als Nebenwirkung auf Solian (Neuroleptikum) bekommen. Diese konnten aber sehr schnell durch die Gabe von Akineton (Antiparkinsonmittel) behoben werden. Psychisch hat er die Situation recht gut überstanden.

Von Seiten der Klinik ist er nun auf ein anderes Neuroleptikum umgestellt worden (Risperdal - zählt zu den atypischen hochpotenten Neuroleptika mit weniger Nebenwirkungen). Er nimmt auch meinen Rat an, die ihm verordneten Medikamente auf jeden Fall regelmäßig zu nehmen, um gerade bei den Neuroleptika einen Rückfall (Rebound-Psychose) zu vermeiden.

In der offenen Station wird er auch dazu angehalten, alltägliche Verrichtungen wieder selbst zu erledigen, wie z.B. Wäsche waschen, Frühstück und Abendessen für sich herrichten.

### Fünftes Gespräch

Ich treffe Herrn H. im Cafe der Klinik, das er nun häufig besucht. Er zeigt mir stolz in der Ergotherapie geflochtene Körbe, Kratzbilder, Aquarelle und einen Elefanten aus Ton. Die Gestaltungstherapie tut ihm offensichtlich gut.

Andererseits berichtet er aber auch von Angstzuständen, die ihn plötzlich z.B. beim Spazieren gehen oder Rad fahren überkommen. Leider führen diese Ausnahmesituationen immer wieder dazu, dass sich Herr H. Brandwunden mit Zigaretten in den Unterarm zufügt.

Ich schlage ihm Alternativen zur Selbstverletzung vor, wie z.B. starke körperliche Anspannung, Joggen, auf ein Kissen einschlagen oder Gespräche mit den Pflegern. Alles soll darauf ausgerichtet sein, Druck abzubauen ohne sich zu verletzen.

Wir schließen einen mündlichen Vertrag, dass er versucht, bis zum nächsten Gespräch keine weiteren Selbstverletzungen auszuführen.

### **Sechstes Gespräch**

Zum nächsten Gespräch bringe ich Herrn H. einen Selbsthilfebogen mit. Dieser wurde von Andreas Knuf als Anhang im Buch „Borderline“ (Ewald Rahn) für Menschen mit Borderline-Erleben zusammengestellt und soll es diesen erleichtern, ihre eigenen Selbsthilfemöglichkeiten zu erkennen und zu nutzen. Das Ausfüllen des Bogens soll schon während der Bearbeitung eine Unterstützung sein, um den Prozess des Nachdenkens und Erinnerns zu fördern. Dies bewirkt ein besseres Verständnis der eigenen psychischen Schwierigkeiten und der Zusammenhänge zu Situationen und eigenem Verhalten. Ohne konkrete Verhaltensänderungen lassen sich psychische Schwierigkeiten und insbesondere Persönlichkeitsstörungen meistens nicht korrigieren.

Der Patient dokumentiert z.B. ein oder mehrere Antworten auf folgende Fragen:

- Was gelingt mir in guten Zeiten und was hilft, mein Gleichgewicht zu bewahren?
- Durch welches Verhalten könnte ich mein seelisches Gleichgewicht innerhalb kürzester Zeit verlieren?
- Was brauche ich für mein seelisches Gleichgewicht?
- Bei welchen Tätigkeiten/Situationen geht es mir besonders gut?
- Was könnte ich vermehrt tun, wenn es mir nicht gut geht?
- Was nehme ich mir konkret für die nächsten Tage vor, um meine seelischen Abwehrkräfte zu stärken?
- Wie erkenne und vermeide ich Belastungen?
- Welche Situationen, Ereignisse und Gedanken belasten mich übermäßig und können meine Symptomatik verstärken und/oder eventuell in eine Krise treiben?
- Welche Belastungen kann ich heute oder in den nächsten Tagen vermeiden?
- Was kann ich nach Stress-Situationen tun, um mein Gleichgewicht wiederzufinden?
- Welche Symptome möchte ich besser in den Griff bekommen (Selbstverletzung, Selbstmordideen oder Selbstmordversuche, starke Ängste, Depressionen, Suchtverhalten)?
- Welche Strategien habe ich schon einmal eingesetzt, um diese Symptome zum Abklingen zu bringen?

Wir vereinbaren, diesen Bogen nach und nach zu bearbeiten.

Herr H. nimmt meinen Vorschlag auf, zumindest den aufgeführten Notfallzettel auszufüllen. Dieser dient den Betroffenen in Krisensituationen als Erinnerungstütze und sollte gut sichtbar platziert werden.

**Notfallzettel:**

in einer Krise nehme ich mir vor, folgende Dinge zu tun:

- ▶
- ▶
- ▶

Wenn es aufgrund meines selbstschädigenden Verhaltens zu einer Gefahr für meine körperliche Unversehrtheit kommt, werde ich nicht lange zögern und sofort Folgendes tun:

- ▶
- ▶
- ▶

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift

**Weitere Gespräche**

Herr H. und ich treffen uns regelmäßig wöchentlich in der Klinik. Es geht ihm zusehends besser. Wir bearbeiten gemeinsam den Selbsthilfebogen. Dies gelingt manchmal nur in kleinen Schritten, da sich Herr H. noch nicht sehr lange konzentrieren kann. Ich ermutige ihn immer wieder, sich Zeit zu nehmen. Auch auf seine häufigen Fragen nach der Dauer seiner Krankheit und eventuellen Prognosen für eine Heilung verweise ich ihn darauf, Geduld zu haben.

Nach inzwischen 5 Monaten Klinikaufenthalt hat sich Herr H. soweit stabilisiert, dass er die Klinik verlassen kann. Allerdings fühlt er sich noch nicht in der Lage, wieder völlig selbstständig in einer eigenen Wohnung zu leben. Daher bietet sich als nächstes erst einmal ein betreutes Wohnen in einem Übergangsheim an. Hier können psychisch Kranke längerfristig wohnen und ihr Leben mit psychosozialer Unterstützung gestalten. Bei Bedarf ist immer ein Betreuer ansprechbar, am Tag persönlich und in den Nachtstunden durch Rufbereitschaft.

Auch für diesen Abschnitt der Therapie bittet Herr H. mich um meine Unterstützung. Ich begleite ihn bei den Besuchen unterschiedlicher Einrichtungen. Einerseits möchte er gern wieder ein mehr oder weniger eigenständiges Leben führen, andererseits muss er die Sicherheit des Klinik-Alltags verlassen. Davor hat er Angst.

Schließlich fällt seine Wahl auf eine Einrichtung in der Nähe der Klinik. Das Umfeld und die Unterbringung gefallen ihm, und er will den Neubeginn versuchen.

Eine weitere Entscheidungshilfe erhält er noch durch mein Gespräch mit seinem Therapeuten, der sich bereit erklärt, ihn auch weiterhin ambulant zu therapieren.

Mit dem Umzug in das Übergangwohnheim kommt Herr H. relativ gut zurecht. Noch fällt es ihm zwar schwer, gewohnte und für ihn so wichtige Strukturen neu zu finden. Dies ist sicher auch begründet durch seine Ambivalenz zwischen Beziehungssehnsucht und Trennungsangst. Doch schon nach kurzer Zeit hat er sich dank der intensiven Betreuung durch die Sozialpädagogen eingelebt.

## **6. Schlussbemerkung**

Der vorliegende Fall ist authentisch. Ich habe Herrn H. ein 1/2 Jahr lang unterstützend beraten. Die Fortschritte sind im wesentlichen auf die enge Zusammenarbeit des helfenden Teams (Ärzte, Therapeuten, Sozialpädagogen) zurückzuführen. Die mir selbst gesetzten Ziele meiner unterstützenden Beratung habe ich im wesentlichen erreicht. Herr H. ist nach Abschluss unserer Zusammenarbeit besser in der Lage, seine eigenen Emotionen zu steuern, hat gelernt, sich selbst zu akzeptieren und Verhaltensweisen weitgehend abgebaut, die Krisen für ihn auslösen. Das Training der Selbstachtung und der inneren Aufmerksamkeit ist ihm gut gelungen.

Ich vertraue nun in die weitere Arbeit der Sozialpädagogen im Übergangsheim, mit Herrn H. die Ziele seines Aufenthaltes dort umzusetzen, und zwar

- Übernahme von persönlicher Verantwortung und Entwicklung einer Lebensperspektive
- Entwicklung von Fertigkeiten im lebenspraktischen Bereich
- Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Unterstützung bei der Teilhabe am gemeindenahen Leben, der Gestaltung sozialer Beziehungen und Freizeitaktivitäten

Allen Helfern und besonders dem Patienten machen die Ergebnisse der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen Mut. Danach werden die Symptome mit zunehmendem Alter weniger und können ganz verschwinden. Die Genesungsrate liegt statistisch gesehen mit Therapie etwa siebenmal höher als ohne Behandlung.

Mich persönlich hat die Beratung von Herrn H. oft an meine Grenzen gebracht und immer wieder eine Selbstreflexion erforderlich gemacht. Es war häufig schwer, nicht zwischen Mitleid und Zorn hin- und hergerissen zu sein, zumal wenn ich das Gefühl hatte, wieder einmal manipuliert zu werden. Nach und nach habe ich jedoch gelernt, das Erleben meines Klienten zu verstehen und sein Verhalten dann nicht mehr als persönlichen Angriff zu bewerten.

Zum anderen konnte ich aber auch in den Gesprächen mit den Angehörigen erfahren, dass durch Aufklärung der Erkrankung und Akzeptanz der Diagnose schon ein großer Schritt getan ist, um mit dem psychisch kranken Familienmitglied besser umzugehen. Verständnis für die Empfindungen des Erkrankten, die dieser oft selbst nicht einordnen kann, macht alle Beteiligten glaubwürdiger. Auch der Austausch von Erfahrungen, z.B. in Angehörigen-Gruppen oder Internet-Foren kann im Umgang mit Borderline-Patienten helfen, die Ohnmacht und Hilflosigkeit zu überwinden, die jeden anfangs überfällt, der sich mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung auseinandersetzen muss.

Durch die unterstützende Tätigkeit bei diesem Fall konnte ich wertvolle Erfahrungen sammeln. Gleichzeitig bin ich mir aber auch bewusst geworden, welche große Verantwortung ich als psychologische Beraterin bei der Begleitung psychisch kranker Patienten übernehme.



## 7. Literaturverzeichnis

### **Psychiatrie und Psychotherapie**

Hans-Jürgen Möller/Gerd Laux/Arno Deister - Thieme-Verlag, 2001

### **Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie**

Uwe Henrik Peters - Verlag Urban & Fischer, 2000

### **Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin**

Dr. S.O. Hoffmann/Dr. G. Hochapfel - Schattauer-Verlag, 2003

### **Borderline-Störungen, Theorie und Therapie**

Birger Dulz/Angela Schneider - Schattauer-Verlag, 1996

### **Ich hasse Dich - verlaß mich nicht**

Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit Jerold H. Kreisman/Hal Straus - Kösel-Verlag, 2000

### **Umgang mit Borderline-Patienten (Basiswissen)**

Ewald Rahn - Psychiatrie-Verlag, 2003

### **Borderline (Ratgeber für Betroffene und Angehörige)**

Ewald Rahn - Psychiatrie-Verlag, 2001

### **Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline**

Andreas Knuf - Psychiatrie-Verlag, 2002

### **Mit psychisch Kranken leben**

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker - Psychiatrie-Verlag, 2001

### **Schluss mit dem Eiertanz**

Paul T. Mason/Randi Kreger - Psychiatrie-Verlag, 2003

### **Wegbegleiter Psychotherapie**

Rosemarie Piontek - Psychiatrie-Verlag, 2002

### **Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit**

Andreas Knuf/ Ulrich Seibert - Psychiatrie-Verlag, 2001

### **Ich bin o.k., Du bist o.k. (Einführung in die Transaktionsanalyse)**

Thomas A. Harris - Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2004

### **Anleitung zum Unglücklichsein**

Paul Watzlawick - Piper Verlag, 2003

### **Seminar Borderline-Persönlichkeitsstörung**

HIDA (Hamburger Institut für Drogen und Aids) Dr. Eckart Schmidt - Februar 2004