



DR. MED. SAMUEL PFEIFER

BORDERLINE

EMOTIONAL INSTABILE
PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

DIAGNOSE – THERAPIE
SEELSORGE

PSYCHIATRIE *&* SEELSORGE



IHRE DIGITALE BIBLIOTHEK zum Thema »Psychiatrie, Psychotherapie und Seelsorge«

12 SEMINARHEFTE VON
DR. SAMUEL PFEIFER
jetzt gratis als PDF für
Tablet-PCs / iPad

400
Seiten mit vielen
Tabellen und Grafiken
GRATIS

www.seminare-ps.net/ipad

Burnout
Borderline
DEPRESSION
BIPOLAR
Psychosomatik
Schmerz
STRESS
ANGST
TRAUMA
Schizophrenie
Zwang und Zweifel
Schlafstörungen
SENSIBILITÄT
Internetsucht

SIE MÖCHTEN LIEBER RICHTIGE SEMINARHEFTE ZUM NACHSCHLAGEN?

BEZUGSQUELLE FÜR GEDRUCKTE HEFTE:

Schweiz:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen - Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
E-Mail: seminare@sonnenhalde.ch

Deutschland / EU:

Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. +49 (0) 7621 10303
Fax +49 (0) 7821 82150

Übersicht und Preisliste:

http://www.seminare-ps.net/Pub/Seminarhefte_Samuel_Pfeifer.pdf

PUBLIC DOMAIN

Alle 12 Seminarhefte von Dr. Samuel Pfeifer
stehen als PDF kostenfrei all denen zur Verfügung,
die sich näher für seelischen Erkrankungen
sowie für die
Verbindung von Psychiatrie,
Psychotherapie und Seelsorge interessieren.

*Fühlen Sie sich frei, diese PDF für sich selbst zu speichern und sie
andern weiterzugeben.*

Dieses Angebot gilt besonders für Studenten der Medizin, der Psycho-
logie, der Theologie, der sozialen Wissenschaften sowie der Seelsorge
im engeren Sinne.

Verwendung von Abbildungen und Tabellen kostenfrei
unter Angabe der Quelle.

Optimale Darstellung auf dem iPad:

Speichern Sie die Datei in

iBooks





BORDERLINE

Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung
Diagnose - Therapie - Seelsorge

PSYCHIATRIE *&* SEELSORGE

Inhalt

Wie erleben sich Borderline-Betroffene?	2
Geschichte des Begriffs	3
Diagnostische Kriterien	5
Borderline muss nicht Schicksal sein	7
Fragebogen für Borderline-Störungen	8
Ursachen der Borderline-Störungen	11
Verwandte Persönlichkeitsstörungen	12
Psychotische Durchbrüche	13
Borderline und Sexualität	15
Selbstverletzung	16
Suizidalität	19
Marilyn Monroe - ein klassisches Beispiel	20
Multiple Persönlichkeit (Dissoziative Identitätsstörung)	22
Hospitalisation von Borderline-Patienten	24
Pharmakotherapie	25
Überlegungen zur Therapie	26
Gruppentherapie.....	29
Katastrophenliste	30
Beispiel für einen Therapievertrag	31
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan	32
Borderline und Seelsorge	35
Dämonische Einflüsse?	36
Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger	37
«Trotzig und verzagt»	37
Was müssen seelsorglich Tätige beachten?.....	39
Weiterführende Literatur und Internetadressen.....	40

Achterbahn der Gefühle

Borderline - von diesem Wort geht eine eigene Faszination aus. Borderline, das bedeutet eigentlich Grenzlinie. Doch um welche Grenzen handelt es sich, wenn wir von Borderline-Störungen und von Borderline-Patienten sprechen?

Das vorliegende Heft beschäftigt sich mit diesen Grenzgängern besonderer Art. Verschiedene Autoren haben versucht, das Wesen von Borderline-Störungen in Metaphern zu fassen, etwa «Ich hasse dich, verlaß mich nicht!» oder «Wenn Hass und Liebe sich umarmen». In Kommentaren und Essays wird die Borderline-Störung als typische Störung unserer Zeit beschrieben.

Und in der Tat widerspiegelt sich die Befindlichkeit des modernen Menschen in ihrer Zerrissenheit und Unbeständigkeit, in ihren Abgründen und ihrer Traumatisierung, in ihrer Vielgestaltigkeit und Unberechenbarkeit.

Bei Menschen mit einer Borderline-Störung begegnen uns höchst widersprüchliche Gefühle zwischen Anlehnungsbedürftigkeit und schroffer Zurückweisung, zwischen Eigensucht und Selbsthass, zwischen Verletzlichkeit und Selbstverletzung, Rückzug und Sehnsucht nach Gemeinschaft, Lebenshunger und Todeswunsch.

Eines ist sicher: Menschen mit einer psychischen Instabilität vom Borderline-Typus leiden sehr unter ihren Schwankungen, ihren seelischen Verletzungen und den häufigen Zeiten innerer Leere. Gleichzeitig stellen sie auch eine große Herausforderung an Arzt, Seelsorger und Bezugspersonen dar.

Neuere Verlaufsforschungen geben uns aber auch Hoffnung: Eine Borderlinestörung muss nicht Schicksal sein. Eine Studie zeigte, dass sich die Diagnose Borderline nach sechs Jahren nur noch bei 30 % der Patienten stellen ließ. Bei 70 % hatte sich die Symptomatik deutlich zurückgebildet (vgl. S. 7).

Dieses Heft hat zum Ziel, Verständnis für betroffene Menschen zu wecken und Angehörigen und Helfern in der Begleitung von Borderline-Patienten zu helfen.

Dr. med. Samuel Pfeifer



«Für die Borderline-Persönlichkeit ist ein großer Teil des Lebens eine unbarmherzige emotionale Achterbahnfahrt ohne offensichtliches Ziel.»

Prof. Jerome Kroll

Wie erleben sich Borderline-Betroffene?

ENTFREMUNG:

- ▶ Ich hatte viele Freunde, aber ich habe mich nie als Teil der Gruppe erlebt.
- ▶ Schon als ich in den Kindergarten ging, hatte ich den Eindruck, ich gehöre nicht zu den anderen.
- ▶ Vielleicht sondere ich mich von den anderen ab, weil ich mich schon ständig so anders fühle.

GEFÜHL DER UNFÄHIGKEIT:

- ▶ Das ist schon ganz lange so bei mir, so lange ich mich zurückerinnern kann . . . schon in der Schule habe ich mich immer mit den anderen verglichen, und ich habe nie jemand getroffen, dem gegenüber ich mich gleich oder besser gefühlt hätte. Selbst der letzte Mensch auf der Straße hat etwas an sich, das ihn besser macht als mich. Nicht dass ich etwas Schlechtes getan hätte; es scheint als wäre ich da hinein geboren worden.
- ▶ Ich habe so ein schlechtes Selbstwertgefühl. Ständig vergleiche ich mich... ich habe den Eindruck, jedermann sei mir überlegen. Und ich bin einfach nichts wert.
- ▶ Ich habe immer den Eindruck, mir fehle etwas, und so schaue ich auf andere: In meinem Kopf läuft ein ständiger Bürgerkrieg ab – wer ich sein möchte und mit wem ich vorlieb nehmen muss.

- ▶ Ich kann es nicht erklären, aber . . . du fühlst dich so nutzlos, wertlos . . .

VERZWEIFLUNG:

- ▶ Am liebsten würdest du sterben. Du möchtest einfach raus aus diesem Leben, raus aus dem Schmerz. Ich glaube nicht, dass es irgendetwas oder irgendjemand gibt, der mir helfen könnte, mich anders zu fühlen.
- ▶ Ich wünsche das keinem anderen. Wenn jemand sagen würde, du kannst es loswerden, indem du es jemand anderem abgibst, ich weiß nicht, ob ich's tun würde, nach all dem, was ich durchgemacht habe.
- ▶ Ich weiß nicht, ob ich den Schneid habe, mir das Leben zu nehmen. Oft denke ich daran, mindestens einmal pro Woche.



Geschichte des Begriffs

Erste Erwähnung durch Adolph Stern 1938: eine Gruppe von Patienten, die nicht in die diagnostischen Kategorien der klassischen Neurosen und der primären Psychosen zu passen schienen. Diese Patienten waren zwar offenbar kränker als andere neurotische Patienten, aber sie zeigten keine wahnhafte Deutung der Umwelt wie etwa schizophrene Menschen.

Vordergründig neurotisch, aber mangelnde Stabilität, Identität und deutlich unreifere Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen. Neigung zu einschneidender Suizidalität.

Vordergründig psychotisch, aber oft erstaunliche Erholung, danach ein Muster von Instabilität und neurotischen Symptomen. Hier wurde manchmal der Begriff «pseudoneurotische Schizophrenie» verwendet.

Vordergründig depressiv, aber im Gegensatz zur tiefen Traurigkeit und Apathie des durchschnittlich Depressiven, rasche Stimmungsschwankungen, einschneidende Suizidalität und ausgeprägt wechselhafte Beziehungsmuster, die Angehörige und Betreuer in Atem hielten.

1968 beschrieben Grinker et al. vier Untertypen des Borderline-Syndroms:

- ▶ Eine schwer leidende Gruppe, die an der Grenze zur Psychose lag.
- ▶ Eine «Kern-Borderline»-Gruppe, mit stürmischen zwischenmenschlichen Beziehungen, intensiven Gemütszuständen und einem Gefühl chronischer Leere.
- ▶ Eine «Als-ob»-Gruppe, die sich leicht von anderen beeinflussen ließ, und der es an einer stabilen Identität fehlte.
- ▶ Eine leicht beeinträchtigte Gruppe mit geringem Selbstvertrauen, die an das neurotische Ende des Spektrums grenzte.

Vier Begriffe

BORDERLINESTRUKTUR, BORDERLINENIVEAU (BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION):

Hierbei handelt es sich um den am weitesten gefaßten Borderlinebegriff. Kernberg benutzt ihn zur Bezeichnung einer Patientengruppe mit schwerer Charakterpathologie, die weder psychotisch noch neurotisch ist. Sie sind gekennzeichnet durch eine instabile Identität, das Vorherrschenden «primitiver» Abwehrmechanismen (Spaltung, Verleugnung, projektive Identifikation). Normalerweise haben sie eine intakte Fähigkeit zur Realitätsprüfung, wobei es in bedrohlichen und «unstrukturierten» Situationen zu einem Versagen der Realitätsprüfung kommen kann.

BORDERLINE-SYNDROM:

Dieser Begriff kann als Oberbegriff für die folgenden beiden Zustände mit konkret beobachtbarer Borderline-Symptomatik aufgefaßt werden. Er bezeichnet das konkret am Patienten beobachtbare Zusammentreffen verschiedener Symptome wie Impulsivität, selbstschädigendes und manipulatives Verhalten etc., ohne dass eine Aussage über eine tiefere durchgehende («ich-strukturelle») Störung oder ein episodisches Auftreten gemacht wird.

BORDERLINE-ZUSTÄNDE („BORDERLINE STATES“)

Borderline-Zustände stellen eine kurzfristige Dekompensation von ansonsten gut strukturierten Patienten dar, die in charakteristischen Situationen einer besonderen Nähe zum innerpsychischen «traumatischen Bereich» auftritt.

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITS- STÖRUNG NACH DER DEFINITION DES DSM-IV

(vgl. S. 5). Anhand der neun Kriterien lässt sich bei den Betroffenen eine Persönlichkeitsstörung beschreiben, die von anderen Störungen klar abgrenzbar und zeitlich überdauernd ist, indem sie ein immer wieder auftretendes Muster darstellt.

adaptiert nach Bohus

Diagnostische Kriterien

NEUN KRITERIEN NACH DSM-IV *

Durchgängiges Muster von

- Instabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Instabilität des Selbstbildes
- Instabilität im Bereich der Stimmung
- ausgeprägter Impulsivität mit Beginn in der frühen Erwachsenenzeit

MINDESTENS FÜNF DER FOLGENDEN KRITERIEN:

1. Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.

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

3. Ausgeprägte und andauernde Identitätsstörung, die sich in Form von Unsicherheit in mindestens zwei der folgenden Lebensbereiche manifestiert:

- Selbstbild
- sexuelle Orientierung
- langfristige Ziele oder Berufswünsche
- Art der Freunde oder Partner
- in persönlichen Wertvorstellungen

4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren und Freßanfälle.

5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverletzende Verhaltensweisen.

6. Instabilität im affektiven Bereich, z.B. ausgeprägte Stimmungsänderungen von der Grundstimmung zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern.

7. Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile.

8. Unangemessene, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren, z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien.

9. Vorübergehende, durch Stress ausgelöste paranoide Gedankengänge oder dissoziative Symptome.

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Revision

Beschreibende Kriterien

ASPEKTE DER STIMMUNGLAGE

- ständige Depressivität
- ständiges Gefühl der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Schuld
- ständiger Zorn / häufige Zornesausbrüche
- ständige Angst
- ständige Einsamkeit / Langeweile / Leere

ABER: auch andere Persönlichkeitsstörungen zeigen diese Eigenschaften. Allerdings scheinen Borderline-Patienten ein besonders großes Bedürfnis zu haben, ihrem Gegenüber ihre seelische Not nahezubringen.

ASPEKTE DER GEDANKLICHEN VERARBEITUNG

- eigenartiges / verschrobenes (odd) Denken / ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
- Nicht-wahnhaftes Paranoia
- quasi-psychotischer Gedankengang ***

ASPEKTE DER IMPULSIVITÄT

- Suchtmittel-Abusus/Abhängigkeit
- sexuelle Devianz
- Selbstverletzung ***
- manipulative Suizid-Versuche ***
- andere impulsive Verhaltensmuster (z.B. Ladendiebstahl)

ZWISCHENMENSCHLICHE ASPEKTE

- Unfähigkeit, allein zu sein
- Gefühle des Verlassenwerdens / Verschlungenwerdens / Ausgelöschtwerdens ***
- Gegenseitige Abhängigkeit / ernsthafter Konflikt um Hilfe und Fürsorge
- Stürmische Beziehungsmuster
- Abhängigkeit / Masochismus
- Entwertung / Manipulation / Sadismus
- fordernde Grundhaltung / Anspruchshaltung ***
- ausgeprägte Regression während der Therapie ***
- Gegenübertragungsprobleme, «spezielle» Therapie-Beziehungen ***

BESONDERS TYPISCHE (PATHOGNOMISCHE) SYMPTOME:

Die mit *** gekennzeichneten Eigenschaften bezeichnen jene Probleme, die in besonderer Weise typisch (=pathognomisch) für Borderline-Patienten sind.

LITERATUR:

Zanarini MC et al. (1990): Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorder. American Journal of Psychiatry 147:161–167

Komorbidität (Begleitende Störungen)

Borderline-Störungen sind kein isoliertes Phänomen. Die Betroffenen haben meist noch eine ganze Palette anderer Probleme, die man in der Fachsprache «Komorbidität» nennt.

Die nebenstehende Tabelle zeigt, wie häufig andere Probleme sind. Beachten Sie, dass fast bei jeder Borderlinestörung auch eine Depression (Mood Disorder) oder eine Angststörung vorliegt. Dies hat wesentliche Auswirkungen auf den späteren Verlauf.

Begleitstörung	%
Depression (Mood Disorder)	97 %
Sucht (substance abuse disorder)	62 %
Posttraumatische Störung	58 %
Andere Angststörungen	89 %
Essstörungen	54 %

Langzeitverlauf: Borderline muss nicht Schicksal sein

«Der Verlauf einer Borderline-Störung ist in der Regel langwierig bis chronisch. Manche Patienten gleiten im Laufe ihrer Krankheit tatsächlich in eine «richtige» (schizophrene) Psychose ab. Die Prognose (Heilungsaussichten) ist eher ungünstig... Borderline-Störungen werden weiter zunehmen. Offensichtlich sind sie auch ein Teil-Ergebnis unserer gesellschaftlichen Entwicklung.»

(Prof. Dr. med. V. Faust)

Diese negative Einschätzung der Heilungsaussichten einer Borderlinestörung ist weit verbreitet. Umso ermutigender ist eine Längsuntersuchung von Borderline-Patienten, die von einem Team um Frau Prof. Mary Zanarini in Harvard durchgeführt und im renommierten «American Journal of Psychiatry» veröffentlicht wurde. Dabei zeigte sich, dass von 290 Patienten, die wegen einer Borderlinestörung stationär aufgenommen worden waren, nach 6 Jahren bei 202 von ihnen (= 70 %) diese Störung nicht mehr bestand.

Welches waren nun die Faktoren, die ei-

nen guten Verlauf erhoffen liessen? Die gebesserten Patienten hatten deutlich

- weniger Suchtprobleme,
- weniger posttraumatische Störungen,
- weniger Angststörungen und
- weniger Essstörungen

als die 88 Patienten, bei denen auch nach 6 Jahren weiterhin eine Borderline-Diagnose gestellt werden musste.

Hingegen fand sich auch bei denjenigen, die «remittiert» waren, in 69 % der Fälle eine depressive Erkrankung (mood disorder). Dies ist einer der Gründe, warum manche Autoren die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine spezielle Form der depressiven Erkrankungen betrachten, bei der eine besonders instabile Stimmungslage das Bild beherrscht.

LITERATUR:

Zanarini M.C. et al. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A ten-year prospective follow-up study. American Journal of Psychiatry 167:663-667.

Fragebogen für Borderline-Störungen

ANLEITUNG:

Die folgenden Sätze umschreiben Gedanken, Gefühle und Erfahrungen, die manche Menschen häufiger als andere machen. Bitte lesen Sie jeden Satz durch und kreuzen Sie diejenige Antwort an, die für den Zeitraum der letzten Woche am ehesten für Sie zutrifft.

	Ja	Nein
1. Ich habe nie das Gefühl dazuzugehören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich habe Angst, verrückt zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich möchte mich selbst verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe Angst, enge persönliche Beziehungen einzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Oft scheint jemand zuerst großartig, doch dann werde ich von der Person enttäuscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Menschen enttäuschen mich häufig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe den Eindruck, dass ich mit dem Leben nicht fertig werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Es scheint lange her, seit ich mich zuletzt glücklich gefühlt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich fühle mich innerlich leer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich habe den Eindruck, dass mein Leben außer Kontrolle geraten ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich fühle mich meistens einsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich bin eine andere Person geworden, als ich sein wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe Angst vor allem Neuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Es ist schwer für mich Entscheidungen zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe das Gefühl, dass um mich herum eine Wand ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich bin oft nicht ganz sicher, wer ich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich habe Angst vor der Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Manchmal habe ich das Gefühl auseinanderzufallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Manchmal habe ich Angst, in der Öffentlichkeit ohnmächtig zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich habe nie soviel erreicht, wie ich eigentlich könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich fühle mich, als würde ich mich selbst dabei beobachten, wie ich eine Rolle spiele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Meine Familie wäre besser dran ohne mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich denke immer mehr, dass ich überall den „Kürzeren“ ziehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich kann nicht sagen, was ich als nächstes tun werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Wenn ich mich in eine Beziehung einlasse, fühle ich mich wie in einer Falle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Keiner liebt mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ich kann oft nicht unterscheiden, was wirklich passiert ist und was ich mir nur eingebildet habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Die Menschen behandeln mich wie „ein Ding“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Manchmal kommen eigenartige Gedanken in meinen Kopf und ich kann sie nicht loswerden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
31. Ich habe den Eindruck, dass mein Leben hoffnungslos ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich habe keinen Respekt vor mir selber mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Ich scheine in einem Nebel zu leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ich bin ein Versager.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Es macht mir Angst, Verantwortung für jemanden zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Ich habe den Eindruck, dass ich nicht gebraucht werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Ich habe keine wirklichen Freunde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Ich habe den Eindruck, dass ich mein eigenes Leben nicht im Griff habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Ich fühle mich in einer Menge unwohl (z.B. beim Einkaufen oder im Kino).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Ich habe Schwierigkeiten Freundschaften zu schließen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Es ist zu spät zu versuchen, eine eigenständige Person zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Es ist schwer für mich, einfach still zu sitzen und zu entspannen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Ich habe den Eindruck, als ob andere Menschen mich lesen könnten wie ein offenes Buch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Ich habe oft das Gefühl, dass jetzt gleich etwas geschehen wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Ich werde von Mordgedanken geplagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Ich fühle mich oft nicht sicher, ob ich eine wirkliche Frau (ein wirklicher Mann) bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ich habe Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Ich hasse mich selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Ich habe oft Sex mit Menschen, die mir nichts bedeuten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Ich habe Angst auf weiten Plätzen und Straßen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Manchmal rede ich einfach, um mich zu überzeugen, dass ich existiere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Manchmal bin ich nicht ich selber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUSWERTUNG

Zählen Sie die Anzahl Ja-Antworten.
Es ergaben sich folgende Mittelwerte:

Borderline-Patienten	23,87
Anpassungsstörungen	06,83
Psychotische Depression	22,67
Schizophrenie	16,00
Reaktive Depression	17,13
Persönlichkeitsstörungen	16,32

BEACHTE:

Der Fragebogen darf allein nicht die Grundlage für die Diagnose einer Borderline-Störung sein, aber ein hoher Wert ergibt zusammen mit dem klinischen Eindruck doch einen deutlichen Hinweis auf eine solche Störung.

Als zuverlässigstes Instrument gilt heute das 16-seitige Diagnostische Interview für das Borderlinesyndrom (DIBS-R), Beltz, Weinheim.

QUELLE: Conte H. R. et al. (1980):
A Self-Report Borderline Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 168:428–435.

Missbrauch der Diagnose

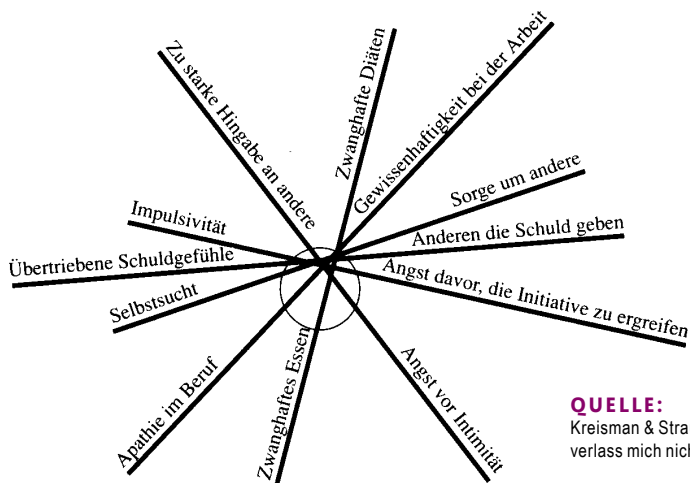
Das Aufkommen der Borderline-Diagnose führte zeitweise dazu, dass alle Patienten, die vom Therapeuten als schwierig empfunden wurden, als «Borderliner» (abqualifiziert) wurden. Dies ist besonders dort problematisch, wo eine behandlungsbedürftige Depression vorliegt, die dann nicht ausreichend behandelt wird. Reiser & Levenson (1984) haben folgende Formen des Mißbrauchs zusammengestellt:

- Ausdruck von Hass in der Gegenübertragung
- Verschleierung von unpräzisem Denken
- Entschuldigung für Therapie-Versager
- Rechtfertigung für therapeutische Zurückhaltung
- Abwehr gegenüber sexuellen Gesprächsinhalten
- Verhinderung einer medikamentösen Behandlung

Schwarz-Weiß-Denken

Borderline-Persönlichkeiten neigen dazu, alles in Schwarz/Weiß zu sehen. Es gibt für sie wenig Zwischentöne. Entweder steht jemand ganz auf meiner Seite, oder er ist gefährlich für mich. Entweder fühle ich mich rundum wertvoll, oder ich bin überhaupt nichts wert. Oft finden sich auch in

der Persönlichkeit derartige Widersprüche, zwischen denen die Betroffenen abrupt hin- und herschwanken. Die Abbildung zeigt einige der Gegenpole:



QUELLE:

Kreisman & Straus: Ich hasse dich – verlass mich nicht. Kösel.

Ursachen der Borderline-Störung



- 1. ERBLICHE ANLAGE (DISPOSITION)** – gehäuftes Vorkommen schwerer psychischer Störungen in der unmittelbaren Verwandtschaft – gehäuft psychische Erkrankung beider Elternteile mit entsprechenden sozialen Folgen.
- 2. VERLUSTE IN DER KINDHEIT** – gehäuft Väterverlust durch Scheidung und Tod – häufiger Fremdplazierung, Adoption.
- 3. FAMILIEN-KONSTELLATION** – schlechter organisiert, weniger Zusammenhalt – mehr feindseliger Konflikt.
- 4. TRAUMATISIERUNG IN DER KINDHEIT** – 35 – 70 %, je nach Schweregrad – sexueller Mißbrauch – körperliche und emotionale Mißhandlung – Zeuge von elterlichem Streit.

VORSICHT:

Obwohl sich in der Vorgeschichte vieler Borderline-Persönlichkeiten eine Traumatisierung in der Kindheit findet, lassen sich daraus zwei Dinge nicht ableiten:

- a) *Nicht jede Traumatisierung in der Kindheit führt zu einer Borderline-Störung.*
- b) *Nicht jede Borderline-Persönlichkeit weist in der Kindheit eine Traumatisierung auf.*

Verwandte Persönlichkeitsstörungen

Oft ist es in der Psychiatrie nicht einfach, eine klare Diagnose zu stellen. Gerade die Borderline-Störung ist so schillernd, dass sie in ein und derselben Person auf ganz unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen kann. Die Berührungspunkte zu Depression, Angst und Psychose wurden schon dargestellt. Dazu kommen verschiedene Persönlichkeitsstörungen, die ähnliche Eigenschaften zeigen können, wie sie bei Borderlinestörungen auftreten:

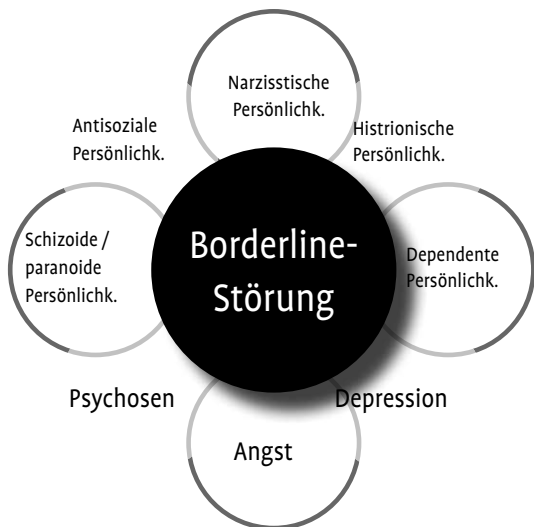
► HISTRIONISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN:

Auch hier trifft man das Verlangen nach Aufmerksamkeit, manipulatives Verhalten und rasch wechselnde Stimmungen. Borderline-Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich durch die Selbstzerstörung, zornige Ausbrüche in nahen Beziehungen und chronische Gefühle von tiefer Leere und Einsamkeit.

► **SCHIZOTYPE UND PARANOIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN** zeigen zwar auch paranoide Ideen und schwer nachvollziehbare Illusionen. Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen gehen diese rasch vorbei und sind stärker von der aktuellen Beziehungssituation abhängig.

► **NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN:** Auch hier kommt es zu rascher Kränkbarkeit durch kleine Auslöser, aber es fehlt die tiefe Angst vor dem Verlassenwerden, zudem auch die Selbstaggression und Impulsivität.

► **ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN** zeigen ebenfalls manipulatives Verhalten. Im Gegensatz



zu Borderline-Patienten manipulieren sie jedoch, um Gewinn, Macht oder anderen materiellen Besitz zu erreichen. Borderline-Betroffene suchen eher die Aufmerksamkeit einer fürsorglichen Person.

► **ABHÄNGIGE (DEPENDENTE) PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN:** Auch hier besteht eine Angst vor dem Verlassenwerden; jedoch reagieren Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Gefühlen einer tiefen Leere, Wut und Forderungen, während dependente Menschen mit zunehmender Beschwichtigung und Unterwerfung reagieren, um bald wieder in eine haltende Beziehung zu gelangen. Zudem fehlt das typische Muster der Instabilität von Borderline-Patienten.

Psychotische Durchbrüche

Unter Stress kann es bei Borderline-Patienten zu psychoseartigen Erlebnissen kommen. Diese dauern nur kurz und dürfen nicht mit einer Schizophrenie gleichgesetzt werden. Zwei Beispiele sollen diese Form von psychotischen Durchbrüchen illustrieren:

A) PARANOIDE BESCHULDIGUNGEN GEGEN UMGEBUNG

Elisabeth, eine 29-jährige Sozialarbeiterin, verheiratet mit einem Sozialarbeiter, 2 Kinder, allgemein stürmische Ehebeziehung. Nach einem Ehestreit zieht der Ehemann aus dem gemeinsamen Schlafzimmer aus und schläft im Büro. Die Frau bleibt allein zurück, mit einem zunehmenden Gefühl der Verlassenheit und Hoffnungslosigkeit. Zuerst fällt sie in einen unruhigen Schlaf.

Nachts um 2 Uhr steht sie wieder auf, vor Horror versteinert in der Gewißheit: «Mein Mann will mich umbringen». Sie rennt im Nachthemd durch die Straßen, schreit laut um Hilfe, findet schließlich in panischer Angst eine Telefonzelle, von wo sie die Polizei anruft, die bei einem Augenschein den Ehemann wirklich im Büro antrifft, selbst sehr deprimiert, ohne Anzeichen für eine begründete Angst der Patientin.

B) VORÜBERGEHENDE WAHRNEHMUNGS- UND ERLEBNISSTÖRUNG

Dagmar, eine 27-jährige, erfolgreiche und gutaussehende TV-Journalistin, alleinerziehende Mutter einer 5-jährigen Tochter, wird von ihrem Ex-Mann, einem Möbel-Designer, bedrängt, ihm das Kind für drei Wo-



ABBILDUNG: Dieses Bild einer jungen Frau mit einem Borderline-Syndrom illustriert eindrücklich die Angst vor dem psychotischen Verschlingen-werden. Es wurde gemalt nach einer Begegnung mit ihrem Vater, der sich vor Jahren von ihrer Mutter hatte scheiden lassen und der ihr in der Kindheit oft sehr gewalttätig begegnet war.

► Fortsetzung Seite 14

Fortsetzung von S. 13: Psychotische Durchbrüche

chen in die Ferien zu geben.

Er wolle es zusammen mit seiner neuen Freundin mit in den Urlaub nach Gran Canaria nehmen. Doch die Kleine möchte nur mit ihrem Mami in die Ferien. Dagmar hat eine intensive Auseinandersetzung mit ihrem Ex-Mann. Es brechen wieder intensive Erinnerungen an die Zeit mit ihm auf. Sie kann nicht mehr schlafen, hat plötzlich wieder das Reissen nach Drogen, sieht die ganze Umgebung «wie durch Zellophan» und entwickelt panische Angst.



Meist lassen sich psychotische Episoden durch klärende Gespräche, eine allgemeine Beruhigung der Situation und durch medikamentöse Unterstützung wieder auffangen.

Nach der Klärung des Konflikts und unter der kurzfristigen Behandlung mit einem antipsychotischen Medikament beruhigt sie sich innerhalb weniger Tage und ist wieder in der Lage, ihre anspruchsvolle Aufgabe mit ihrem bekannten Lächeln am Bildschirm zu erfüllen.

BEACHTE:

In den beiden Fallbeispielen bestand eine vorbestehende (prämorbid) Persönlichkeit mit emotionaler Instabilität. Beide haben aber das Leben erstaunlich gut gemeistert. Beide leben in spannungsgeladenen Paarbeziehungen. Der akute Stress von Auseinandersetzungen führte schließlich zur Dissoziation, zur psychotischen Entgleisung. Die Malerin des Bildes erlebte durch die Begegnung mit ihrem Vater ein Wiederaufflammen der schweren emotionalen Wunden ihrer Kindheit, die sie emotional nicht mehr verkraften konnte. Meist lassen sich solche psychotische Episoden durch klärende Gespräche, eine allgemeine Beruhigung der Situation und durch medikamentöse Unterstützung wieder auffangen.

Borderline und Sexualität

Neben vielen anderen Bereichen ist bei Borderline-Patienten die Sexualität in besonderem Masse betroffen. Die folgenden Zitate sind abgewandelte Aussagen von betroffenen Frauen:

«Der einzige Weg, wie ich mir Beziehungen erkaufen kann, geht über meinen Körper. Obwohl ich mich selbst häßlich finde, sagen mir die Männer immer wieder, wie attraktiv ich sei. Schon als Teenager haben sie ständig versucht, mich zu begrapschen. Meinen einzigen Orgasmus hatte ich beim Petting mit 17, danach nie mehr. Ich verachte mich für meine ständig wechselnden Beziehungen. Einerseits ist es ein Gefühl der Macht, Männer anmachen zu können, andererseits will ich gar keinen Sex, nur Nähe und Geborgenheit. Aber ich glaube, um Liebe zu erhalten, muss ich alles tun, was die anderen wollen, sonst verlassen sie mich.»

(eine 35-jährige geschiedene Frau)

«Ich habe so einen Mangel an Zärtlichkeit, dass ich mich gar keinem Mann zuwenden kann, obwohl dies längst mein Wunsch ist. Denn Männer habe ich noch nie zärtlich und liebevoll erlebt. Das erste Mal wurde ich von meinem Halbbruder vergewaltigt und später ließ ich alles willenlos über mich ergehen, obwohl ich es gar nicht wollte.»

(eine 30-jährige ledige Hilfspflegerin)

«Sexualität habe ich schon früh erlebt, zu früh, durch den Freund meiner Mutter. Sie schimpfte mich immer an, weil ich ihren Wünschen nach einer neuen Karriere im Wege stand. Er hingegen war zärtlich zu mir, zu

zärtlich . . . Ich hatte ein paar Männerbeziehungen, aber ließ einfach mit mir geschehen, was sie wollten. So war ich wenigstens nicht allein. Heute lebe ich mit einer Frau zusammen. Ich weiß nicht, ob ich lesbisch bin, aber das kommt ganz darauf an, wer mir gerade Liebe gibt.»

(Die heute 38-jährige Tochter einer Schauspielerin)

«Mit meinem Mann habe ich eigentlich eine gute Beziehung, auch im sexuellen Bereich. Aber als ich diese Krise hatte, da verlor ich jeden inneren Halt. Ich wollte sterben, oder hinaus auf die Straße, um Drogen einzukaufen. Mein Körper schrie nach Zuwendung, aber meinen Mann stieß ich von mir. Ich wanderte nachts ziellos durch die Straßen, bis in die Rotlichtviertel – und es wäre mir egal gewesen, mit irgendetwem in die Wohnung mitzugehen.»

(eine 32-jährige Pfarrfrau während einer Borderline-Krise)



Selbstverletzung



«Schneid-Sucht»

Langsam schleicht sich
der Gedanke bei mir ein.

Zuerst leise, dann immer lauter.

Schneide dich,
und es wird den Schmerz, der in dir
ist, übertönen.

Das hämische Gelächter
läßt mich nicht mehr los,
bis ich tief verletzend
mich geschnitten habe... *

* Auszug aus dem Gedicht einer betroffenen Patientin

FORMEN DER SELBSTVERLETZUNG

bei 240 Frauen

Schnitte	72 %
Hautverbrennungen (z.B. mit Zigaretten)	35 %
Schlagen von Körperteilen	30 %
Verhindern der Wundheilung	22 %
Kratzen	22 %
Haar-Ausreißen	10 %
Knochenbrüche	8 %

VERLETZTE KÖRPERTEILE:

Arme, spez. Unterarme und Handgelenke (74 %), Beine (44 %), Bauch (25 %), Kopf (23 %), Brust (18 %), Geschlechtsteile (8 %).

(nach Favazzo & Conterio 1989)

Selbstverletzungen sind bei Menschen mit Borderline-Störungen häufig, doch sie erfolgen in der Regel nicht als Suizidversuch. Vielmehr dienen sie den Betroffenen dazu, «sich selbst zu spüren». Häufig erleben die Betroffenen vor der Selbstverletzung einen intensiven inneren Konflikt, die Erinnerung an belastende Ereignisse, eine Enttäuschung oder eine aktuelle neue seelische Verletzung. Sie berichten häufig, dass sie sich dann nicht mehr spüren, ja Angst haben, sich zu verlieren (Dissoziation, Depersonalisation). Dieses Gefühl der Taubheit und der Entfremdung kann auch als Schutz dienen, unter dem intensiven seelischen Schmerz nicht zu zerbrechen. Allerdings kann sich das Muster suchtartig verselbständigen, sodass es oft auch ohne die ursprünglichen Auslöser auftritt. Dabei spielen zwei Faktoren eine Rolle:

- a) **Entlastung:** Die Selbstverletzung mindert den seelischen Schmerz;
- b) **Manipulation:** Sie merken, dass sie mit ihrer Selbstverletzung die Umgebung (Eltern, Vorgesetzte, Betreuer) in Alarm versetzen und etwas erreichen können.

Historische Aspekte der Selbstverletzung

Aus der Geschichte sind Beispiele von Selbstverletzung (SV) bekannt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Selbstverletzungen, die Bewunderung einbrachten und sozial akzeptiert wurden, und denjenigen, die auf Ablehnung stießen. Sozial akzeptiert wurden historische SV-Handlungen oft aus religiösen Motiven:

Indianische Krieger ritzen sich blutig, um Regen zu erbitten; Hindus lassen sich an re-

ligiösen Festen in Trance Speere durch die Wangen stecken und Haken an die Brust hängen, um ihren Göttern zu gefallen; im Mittelalter zogen «Flagellanten» durch Europa, die sich öffentlich geißelten, um für die Sünden des Volkes Buße zu tun und die Pest abzuwehren.

UNTERSCHIEDE ZUR SELBSTVERLETZUNG HEUTE

VERGLEICHE:

- SV wird vor allem von jungen Frauen praktiziert
- SV wird in einem Zustand erhöhter emotionaler Erregung begangen
- Das Ziel ist es, einen anderen Bewusstseinszustand oder eine Stimmungsveränderung zu erreichen.
- Es gibt einen wichtigen öffentlichen Faktor bei SV-Handlungen: Die sich selbst verletzende Person zeigt ihre Wunden in der Öffentlichkeit, und die Gesellschaft reagiert darauf, indem sie gleichzeitig für die SV-Person sorgt, sie beschützen will, aber sie auch kritisiert und abwertet.
- Oft wird die SV-Person für nicht voll verantwortlich betrachtet, weil sie entweder in Trance (Mittelalter) oder in Dissoziation (heute) ist.

UNTERSCHIEDE:

1. Die selbstverletzende Person im Mittelalter wurde geprägt durch das Bild vom gekreuzigten Christus, während die moderne Person durch das Bild des missbrauchten Kindes verfolgt wird.
2. Das Ziel der mittelalterlichen Askese bzw. SV war es, die geistigen Hindernisse und die fleischlichen Lüste zu kreuzigen, die die Person von der mystischen Einheit mit Gott abhielten. **Das moderne Ziel** ist es hingegen, zerstörerische Bilder und quälende Erinnerungen zum Verschwinden zu bringen, die eine Person daran hindern, einen friedlichen Seelenzustand zu erreichen.

(nach Kroll, 1993)

Therapeutisches Vorgehen bei Selbstverletzung

A. BEZIEHUNG AUFBAUEN UND ERHALTEN

- Verständnis zeigen
- Ruhig bleiben
- Umdeutung (Reframing) der Selbstverletzung als Ausdruck von Gefühlen
- Vermeiden von Drohungen und Versprechungen
- Grenzen setzen und einhalten
- Der Patientin die Verantwortung belassen
- In der therapeutischen Beziehung bleiben.

B. DIE GEWOHNHEIT DURCHBRECHEN

- Mit den «Entzugssymptomen» umge-

hen (z.B. Klavierspielen statt Schneiden).

- «Notfall-Mittel» anwenden lernen (siehe unten).
- Die Entschlossenheit zur Veränderung verstärken.

C. VERÄNDERUNGEN AUFRECHT ERHALTEN

- Belohnung für neues Verhalten
- Verminderung der Medikation
- Lösen von emotionalen Konflikten in reiferer Form
- Umgang mit Manipulation
- Trainieren von Nähe und Distanz ohne Selbstverletzung.

(nach Tantam & Whittaker, 1992)

«Notfall-Mittel»

Foto: Hammann, mit freundlicher Genehmigung



Man kann sich intensive schmerzhaft Reize zufügen, ohne dabei bleibende Verletzungen zu hinterlassen, die sich in hässlichen Narben äußern würden. Das obige Bild zeigt die Sammlung solcher Mittel, die in der Klinik Sonnenhalde auf der Abteilung bereit gehalten werden. Dazu gehören

folgende Mittel: ein Stachelball, intensiv riechendes «Tiger-Balsam», würzig-scharfe Chilisauce, ein Vereisungs-Spray und Bonbons vom Typ «Fisherman's Friend».

Die Anwendung helfen den betroffenen Patienten zur Spannungsreduktion, zur Beruhigung und zum «Distanznehmen» oder zum «Bei-mir-Sein» – einem Zurückfinden zur Gegenwart. Diesen Vorgang nennt man auch «Achtsamkeit». Die Fähigkeit, auf diese Weise eine Selbstverletzung zu vermeiden, ist Teil der «Dialektisch-Behavioralen Therapie» nach Linehan (vgl. S. 32 – 33) und wird in so genannten Skills-Gruppen vermittelt. Wenn emotional instabile Patienten diese Fähigkeit lernen, können sie den gefährlichen Impulsen besser widerstehen.

Suizidalität

Suizidalität ist die wohl schwerste Auswirkung von Borderlinestörungen. Etwa 10 bis 20 Prozent wählen diesen Weg. Oft ist die Verzweiflung über die innere Leere, die Erinnerung an schmerzliche Erfahrungen und die Angst vor erneuten Verletzungen so überwältigend, dass die Betroffenen keinen anderen Ausweg mehr sehen können.

*Wann Du eine Träne wärst von mir,
ich würde nicht mehr weinen,
weil ich Angst hätte,
Dich zu verlieren.
(Aus den Aufzeichnungen von Esther)*

Wir sind sehr traurig und tieferschüttert über den Hinschied von

Esther

1954 – 1995

Meine geliebte Gattin und unsere liebe Mutter ist von uns gegangen. Ihr Leidensweg war lang und ihre Krankheit hat sie schliesslich besiegt. Ihre stetige Suche nach einem Leben in Würde war grenzenlos.

Liebe zu schenken war ihr Wunsch und ihre Bemühung. Bei ihren geliebten Tieren fand sie das, was sie von den Menschen nicht bekommen konnte. Möge Esther nun die Ruhe und den Frieden finden, die ihr auf dieser Welt verwehrt waren.

In stiller Trauer

Die Bestattung findet im engsten Familien- und Freundeskreis statt.

SUIZIDALITÄT ALS HERAUSFORDERUNG AN DIE HELFER

Die häufigen Suiziddrohungen und die ernsthaften Versuche können für Angehörige und Helfer sehr belastend sein. Sie sind hin- und hergerissen zwischen innerem Alarm und Sorge um



die betroffene Person und der Unmöglichkeit, ständig die Verantwortung für deren Leben zu übernehmen. Oft entwickeln sich Erschöpfung und Rückzug bei den Betreuern, was ihnen dann wieder als Im-Stich-lassen ausgelegt wird.

Bei einer ernsthaften Suizidalität ist eine Hospitalisation oft der einzige Weg zur Entlastung. Somit überrascht es nicht, dass bei einer Hospitalisation in den meisten Fällen Suizidalität oder ein Suizidversuch der Anlass für die Einweisung

waren (vgl. Studie auf Seite 24). Manchmal sind diese Aufenthalte nur kurz, weil die Suizidalität bereits nach kurzer Zeit wieder abklingt.

«Ich weiss nicht, ob ich je den Platz finde, wo ich hingehöre, wenn es denn diesen Platz für mich überhaupt gibt. Ich werde wohl erst nach meinem Tode endlich Ruhe finden.»

aus dem Brief einer jungen Frau

Marilyn Monroe

– ein klassisches Beispiel

Die bekannte Schauspielerin Marilyn Monroe (1926 - 1962) verkörperte wie kaum eine Figur des öffentlichen Lebens die Problematik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Norma Jean, so ihr bürgerlicher Name, wurde als uneheliches Kind einer Frau geboren, die den größten Teil ihres Lebens in einer psychiatrischen Klinik verbringen musste. Die Großmutter, bei der sie zuerst lebte, war ebenfalls psychisch krank und mißhandelte das kleine Mädchen. Marilyn wurde von einer Pflegefamilie zur nächsten weitergereicht. Immer wieder erhielt sie das Gefühl vermittelt, sie sei unerwünscht, verachtenswert und schon als Kind allenfalls als Sexualobjekt wertvoll zu sein. «Das Kind . . . mußte sowohl unerbittlich sittenstrenge Personen als auch laszive, lüsterne Männer ertragen.»

Bereits mit neun Jahren wurde sie von einem Untermieter einer Familie sexuell mißbraucht. Als sie davon ihrer Pflegemutter zu berichten wagte, schlug ihr diese ins Gesicht, als Strafe, weil sie «einen so anständigen Mann» mit so etwas Schlimmen in Verbindung brachte. Auch in späteren Jahren wurde sie immer wieder Opfer von Anzüglichkeiten und sexuellen Übergriffen durch Jungen ihres Alters.

Während sie in manchen Familien übermäßig streng gehalten wurde, gab man ihr in anderen Familien fast zuviel Freiheiten. In einer Familie wurde sie jeden Samstag ins Kino geschickt. «Hier verstrickte sich das Kind in eine Phantasiewelt, hier entstand die Frau, die später alles von sich wies, was sie in irgendeiner Form mit jener Norma Jean ihrer Kindheit in Berührung brachte.



. . . Im Vordergrund all dieser Kindheitsjahre stand . . . ihr Trauma, vollkommen wertlos zu sein, respektlos behandelt zu werden, nicht würdig zu sein zu existieren, unter Liebesentzug leiden zu müssen . . . Es ist nicht verwunderlich, dass dieses Kind mit dem Wort Liebe nichts anzufangen wusste und zu einer Frau heranwuchs, die zwar begehrenswert war, aber doch zurückhaltend und verwundbar blieb, so dass ihr die Männer keine Hilfe waren, auch wenn sie sie noch so sehr bewunderten.»

Auch später, als sie längst zum begehrten Sex-Symbol und Filmstar geworden war, «blieb sie ein herrenloses Gut, war eine Heimatlose. In ihren Rollen spielte Marilyn Monroe immer die Kreatur, die um Verständnis fleht, die Gehorsam erweist und dabei lächerlich gemacht wird.»

Einmal für den Film entdeckt, wurde sie regelrecht für den Publikumsgeschmack aufgepeppt: Blondfärbung der Haare, Zahnkorrektur, Schönheitschirurgie, und immer lächeln. . . Sie ging drei Ehen ein, und fand

Multiple Persönlichkeit (MPD) oder Dissoziative Identitätsstörung (DID)

Die Störung mit multipler Persönlichkeit (MPD = Multiple Personality Disorder) ist eine sehr seltene Störung der Persönlichkeits-Identität. Nach der neuen Klassifikation der DSM-IV wird sie heute als **Dissoziative Identitätsstörung** bezeichnet.

Zur Diagnose der MPD sind zwei Voraussetzungen wichtig: Die erste beschreibt die Existenz von zwei oder mehr Personen oder Persönlichkeitszuständen innerhalb einer Person (jede mit einem eigenen, relativ überdauerndem Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihnen auseinanderzusetzen). Die zweite Voraussetzung fordert, dass mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände wiederholt volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums übernehmen.

Diese Phänomene führen dazu, dass eine «Person» (bzw. ihr Körper) gelegentlich etwas sagt, fühlt oder macht, das sie selbst nie tun würde. Häufig besteht für den Zeitraum der Kontrolle durch eine andere «Person» oder einen Persönlichkeitsanteil eine völlige oder teilweise Erinnerungslücke. Die Diagnose der Störung wird kompliziert durch die Mannigfaltigkeit der Symptome, die auch körperliche Beschwerden miteinschließen. Die Instabilität des Persönlichkeitsausdrucks ist eine besonders dramatische Ausprägung der Phänomene, die bei der Borderline-Persönlichkeit beobachtet werden.

Als Ursache dieser Identitätsstörung wird heute eine langandauernde überwältigende psychische und physische Traumatisierung

(z.B. schwerer sexueller Mißbrauch) mit Beginn in der frühen Kindheit angenommen. Es kommt zur Abspaltung (Dissoziation) dieser unerträglichen Erlebnisse in weniger zugängliche Bewusstseinsbereiche.

WER BIN ICH?

«Ich bin eine begabte Pianistin, ich lese gern und viel, ich bin jemand, die Kuscheltiere liebt, die gerne kocht, ABER bin ich auch diejenige, die 8000.— Euro Schulden hat, ja, die auf den Strich geht? Vielleicht drogenabhängig? Ich bin diejenige, die behauptet, dass ihre Eltern schreckliche Sachen mit ihren Kindern tun, aber ich bin auch diejenige, die behauptet, dass nichts passiert ist. Wer bin ich?»
(eine junge Frau)

Die Therapie

Die Therapie erstreckt sich gewöhnlich über viele Jahre, das Ziel ist die Reintegration oder bessere Kooperation der «Personen» bzw. Persönlichkeitsanteile. Therapieerfolge werden von den unterschiedlichsten Therapierichtungen beschrieben.

Für christliche Therapeuten liegt eine Gefahr in der Überinterpretation (z.B. zu schnelle okkult-dämonische Zuordnung) der eindrucklichen Phänomene.

**EIN MODELL DER ENTSTEHUNG
VON ABGESPALTENEN «PERSONEN»**

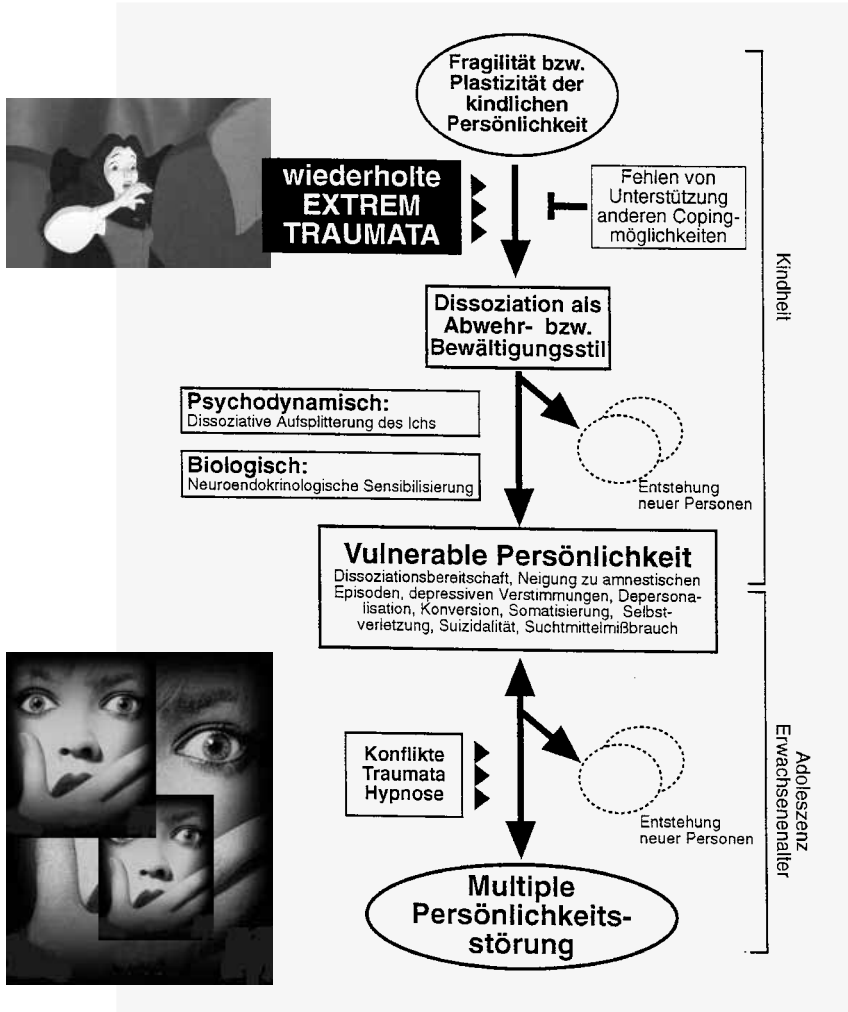


ABBILDUNG AUS: Pfeifer et al (1994). Störung mit multipler Persönlichkeit. Darstellung von zwei Fällen und Entstehungsmodell. Nervenarzt 65:623-627.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

- Friesen J.G.: Uncovering the mystery of MPD. Here is Life Publishers.
- Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Fischer.
- Pfeifer S.: Multiple Persönlichkeitsstörung. Kapitel 7, in «Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge», Brockhaus Verlag

Erfahrungen bei der Hospitalisation

Die folgenden Tabellen entstammen einer Übersichtsarbeit, die die Befunde von 39 Patienten zusammenfasst, die wegen einer Borderline-Störung hospitalisiert werden mussten. Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt sich nicht immer die Summe von 39.

UNMITTELBARER ANLASS

für die Hospitalisation waren in 32 Fällen Suizidalität oder ein Suizidversuch, in drei Fällen psychotische Phänomene, in vier Fällen andere Gründe.

INWEISUNGSSITUATION BEI 39 PATIENTEN

Soziale Trennungserlebnisse innerhalb der letzten 6 Monate	12
Trennung befürchtet	8
Nicht zu bewältigender sozialer Konflikt	16
Krise durch Isolation / Einsamkeit	11
Überwältigende Angst	7
Depression	10
Unerträgliches Leeregefühl	2

HAUPTPROBLEME DER STATIONÄREN BEHANDLUNG

Spaltungsmechanismen	18
Kampf um "Rahmen"	13
Anhaltende Suizidalität	13
Depression	10
Regressive Tendenzen	17
Fehlender sozialer Rahmen	12
Suchtaspekt	10
Zurückgezogenheit, Kontaktarmut	5
Impulsdurchbrüche, Aggressivität	5

HAUPTAKZENTE DER BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Konfrontation mit Spaltungen und Widersprüchen	17
Paargespräche	9
Klärung und Hilfe bei sozialen Problemen	15
Depressionsbehandlung (medikamentös)	10
Setzen eines zeitlichen Rahmens	6
Klärung der Beziehungen zwischen aktuellen Konflikten und Symptomen	6
Herstellen eines empathischen Kontaktes (bei sehr misstrauischen Pat)	4
«Trauerarbeit»	2

QUELLE: Pfizzer, F., Rosen, E., Esch, E. & T. Held (1990) Stationäre psychiatrische Behandlung von Borderline-Patienten. *DerNervenarzt* 61:294-300.

SITUATION ZUM ENTLASSUNGSZEITPUNKT

jetzt in ambulanter Psychotherapie	10
bemüht sich um ambulante Therapie.....	5
sucht Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie auf	10
keinerlei Behandlung.....	14
neue berufliche Perspektive.....	10
neue Bezugsperson aufgetaucht.....	8
Trennung vollzogen	8
Trennung rückgängig gemacht.....	2
Beziehungen geklärt	4
gebessert, «aufgetankt»	8
unverändert.....	8

VERABREICHTE MEDIKAMENTE BEI 39 PAT

Antidepressiva	15
Hochpotente Neuroleptika.....	8
Niederpotente Neuroleptika	14
Tranquilizer	4
Beta-Rezeptorenblocker	1
Keine Medikamente	10



Pharmakotherapie

Das Medikament gegen Borderline-Störungen gibt es nicht. Oftmals sprechen Patienten mit einem Borderline-Syndrom nicht oder nur ungenügend auf Medikamente an. Dennoch gibt es Situationen, wo Medikamente hilfreich sein können, um den

Betroffenen das Leiden zu erleichtern. Hilfreich ist die Unterteilung der Symptomatik in drei Bereiche und dementsprechend auch die medikamentöse Behandlung:

Zielsymptomatik	Neurotransmitter	Medikamente
a) affektive Instabilität: Depression, Stimmungswechsel	Noradrenalin Serotonin	Klassische Antidepressiva Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, SNRI)
b) vorübergehende psychotische Phänomene	Dopamin	Neuroleptika
c) impulsives, aggressives Verhalten.	Serotonin	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Überlegungen zur Therapie

ZWEI BETRACHTUNGSWEISEN

Von außen betrachtet kann eine Borderline-Person beschrieben werden, die

1. wiederholtes, unangepasstes Verhalten zeigt
2. die irgendwie genießt, was sie tut
3. die verantwortlich ist für ihr willentlich steuerbares Verhalten.

Von innen erlebt sich die Person wie folgt:

1. Als passiv Zuschauende/Teilnehmerin in dem destruktiven Strom des Bewusstseins, das sie nicht kontrollieren kann.
2. Sie hat eine begrenzte Wahrnehmung der Tatsache, dass ihr gegenwärtiges Erleben durch die übermächtigen Skripten der Vergangenheit geprägt wird.
3. Sie führt ihr Leben im subjektiven Gefühl des Zwangs und der Verzweiflung.



OPFER ODER VERANTWORTLICH?

Die Sprache des Willens ist auch die Sprache der Verantwortung. Sie betrachtet den Patienten als verantwortlich und interpretiert sein Versagen beim Verändern von Verhaltensweisen als Willensschwäche.

Die Sprache des Zwangs entbindet den Patienten von seiner Verantwortung und betrachtet das Versagen als unwiderstehliche Impulse.

MÖGLICHER KOMPROMISS:

Man hat wohl keine volle Kontrolle über die Gedanken und Impulse, jedoch besteht eine Kontrollmöglichkeit beim Verhalten. Doch auch hier ergeben sich Grenzen: Einerseits kann man den Aufmerksamkeitsfokus der Gedanken verschieben, andererseits lassen sich Handlungen unter Stress nicht immer voll steuern.

Die Sprache des Willens darf nicht die Sprache des Vorwurfs sein. Wir reden zwar von dem, was der Patient in der Therapie will, aber die Wirklichkeit der betroffenen Person ist natürlich komplizierter: Gewohnheiten, Triebe, Verletzbarkeit, Muster und Wahrnehmungen, die durch Erfahrungen geprägt wurden, das grundlegende Temperament, die genetische Mitgift, psychologische Abwehr, existenzielle Verzweiflung – alle diese Elemente spielen in die komplexen Verhaltensmuster hinein, die der Therapeut anzusprechen versucht, und die wiederum durch die eigenen Wahrnehmungen und Vorstellungen des Therapeuten gesehen und gedeutet werden. (nach J. Kroll)



DAS DILEMMA DES THERAPEUTEN

Der Patient hat oft nicht die gleichen Ziele wie der Therapeut: Zuerst einmal möchte er seine Bedürfnisse durch den Therapeuten erfüllen. Er möchte eine weitere Arena und Gelegenheit, in der er alte Themen inszenieren kann. Der Patient wird seine bisherigen Muster auch in der Therapie wieder ausprobieren.

Der Therapeut hat andere Ziele:

- ▶ Dem Patienten durch Einsicht und den therapeutischen Prozess helfen, dass es zu einer Heilung kommt, ohne etwas von sich selbst zu geben.
- ▶ Bearbeitung der alten, störenden Muster, ohne diese selbst in der Therapie zu erleben. So kann Therapie zu einer Serie von Frustrationen, Anpassungen und gegenseitigen Enttäuschungen werden. Der Patient muss seinerseits seine neurotischen Ziele loslassen, Liebe und Respekt vom Therapeuten zu ergattern.
- ▶ Der Therapeut muss allmählich realisieren, dass seine therapeutischen Ziele der Einsicht und der konstruktiven Zusammenarbeit nicht den Zielen des Patienten entsprechen, dass er also gefordert wird, mehr als Logik und Interpretation zu geben: Der Patient möchte Engagement, nicht Situationsanalyse.

Aus diesem Widerstreit von Zielen und Methoden wächst ein Kompromiss, in dem beide Partner etwas von dem aufgeben müssen, was sie ursprünglich vorgesehen hatten. Dabei muss der Patient mehr aufgeben als der Therapeut.

DIE AUFGABE DES THERAPEUTEN

- ▶ Die alten Muster herausarbeiten, die das Leben bestimmen.
- ▶ Dem Patienten die alten Muster zeigen, ihn konfrontieren, ihm erkennen helfen, welche Auswirkungen diese Muster und die einschießenden Bewußtseinsströme auf sein Leben hat.
- ▶ (Fallweise) herleiten der alten Muster aus Kindheitsverletzungen, negativen Erfahrungen und Reaktionen. Nicht immer ist es möglich, eine klare Ursache für die Verhaltensmuster in der Gegenwart zu finden. Nicht immer ist es gut für den Betroffenen, sich intensiv mit den alten Traumata zu beschäftigen.
- ▶ Mit dem Patienten in der Therapie ringen und den Versuchen des Patienten widerstehen, ihn zur Quelle von unvernünftiger Zuwendung und zum Teilnehmer im Ausagieren von alten Themen zu machen.
- ▶ Dem Patienten Bestätigung für seinen tiefen persönlichen Wert als Person geben und ihm/ihr erlauben, in gesunder Weise zu wachsen. Dies bedeutet, dass der Therapeut in der Therapie spürbar bleibt ohne allzu große Regression und ohne verführerische Ausbeutung zu erlauben, die die therapeutische Arbeit unterminieren würde.

Vier Bereiche der Therapie

	BEDÜRFNISERFÜLLUNG	WIEDERHOLEN ALTER THEMEN
Positiv	<ul style="list-style-type: none"> - Wertschätzung: Bestätigung und Freiheit. - Unterstützung und Ermutigung - Jemand haben, der fürsorglich ist - Trauern können - Neu-Fokussierung von Zorn - Rollenmodell 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisieren und Katharsis - Überprüfen von Vertrauenthemen - Kognitives Neuverpacken - Errichten von angemessenen Grenzen - Innere Kontrollüberzeugungen
Negativ	<ul style="list-style-type: none"> - Abhängigkeit - Erlösung / Rettung - Sexualisierung - Anspruchshaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausagieren - Übernehmen der Opferrolle - Identifikation mit dem Aggressor - Ausweichen vor alten Denkschemata - Äußere Kontrollüberzeugungen

(nach Kroll, 1993)

Gruppentherapie

Gruppentherapie mit Borderline-Patienten stellt hohe Ansprüche und setzt erfahrene Gruppenleiter/innen voraus, die in der Lage sind, eine klare Struktur vorzugeben. Im Rahmen der Klinik Sonnenhalde wurde der Versuch einer solchen Gruppe gemacht (Fr. Dr. Schleising und Fr. Jonckers, lic.phil.). Dabei wurden folgende Punkte betont:

RAHMENBEDINGUNGEN

- Es nehmen nur Frauen teil, da sich manche durch die Anwesenheit männlicher Patienten sehr bedroht gefühlt hätten. Neben der Gruppentherapie musste auch eine Einzeltherapie gesichert sein.
- **Struktur:** durch klare Regeln, Teilnehmerzahl max 4 – 6.
- Klarer Anfang: Einleitung der Stunde durch das Lesen einer (immer gleichen) Kurzgeschichte, die in eindringlicher Weise aufzeigt, dass es immer notwendig ist, aufzustehen, auch wenn man gefallen ist, ja dass man sogar neue Wege gehen lernen kann.
- «Blitzlicht»: Alle können kurz einbringen, wie es ihnen aktuell geht, was es seit der letzten Stunde Neues gibt.
- Thema der Stunde wird von den Leiterinnen in Rücksprache mit den Teilnehmerinnen «erspürt» und festgelegt.
- Zum Schluss wird ein Feedback über die Gruppenstunde eingegeben.

DYNAMIK

Die Patientinnen kamen anfangs kaum aus sich heraus und waren sehr leiterzentriert. Immer wenn eine neue Teilnehmerin in die Gruppe kam, wurde die Gruppe bezugs des Themas um 1 bis 2 Sitzungen zurückgeworfen. Nach einer Einleitung durch die Leiterin gelang es den Patientinnen sich stärker auf



einander einzugehen. Als sich der Weggang einer Leiterin abzeichnete, war es sehr wichtig, das Thema «Abschied» zu erarbeiten.

HAUPTTHEMEN

- Alltagsprobleme
- Beziehungsprobleme
- autoaggressives Verhalten
- Rückzugstendenzen

VORTEIL DER GRUPPE

Die Patientinnen merkten, dass sie mit ihrer Instabilität und ihren Konflikten nicht allein waren. Manche gaben sogar an, sich hier freier zu fühlen, als in der Einzeltherapie. Die Gruppe wurde zum Halt und ermöglichte es auch, gemeinsam etwas zu unternehmen. Die Teilnehmerinnen lernten, vermehrt auf andere einzugehen, was für die Therapeutinnen wie ein Wunder war, auch wenn der Prozess lange dauerte. Die Häufigkeit von Selbstverletzungen ging deutlich zurück.

GEFAHR DER GRUPPE

Bei sehr instabilen oder narzisstisch kränklichen Teilnehmerinnen bestünde die Gefahr, dass einzelne nicht mit der Realität umgehen könnten, dass sie im Mittelpunkt des Gesprächs stehen wollen und ihre Bedürfnisse nicht erfüllt würden. Solche Konstellationen könnten eine Gruppe sprengen.



SPEZIELLE THEMEN

Die Teilnehmerinnen erarbeiteten miteinander Möglichkeiten, mit ihren Krisen umzugehen. Nachfolgend zwei Beispiele:

«KATASTROPHENLISTE»:

Jede Patientin erstellte sich eine individuelle Liste, was sie machen kann, wenn sie in einer emotional schwierigen Situation ist (vor allem bei Tendenz zur Selbstverletzung). Die Patientinnen müssen sich in den entsprechenden Situationen entscheiden, ob sie die Katastrophenliste zur Erleichterung benutzen oder nicht, d.h. sie übernehmen selbst die Verantwortung für sich. Betonung der Autonomie.

UMGANG MIT SUIZIDALITÄT:

Sehr lange waren konkrete Suizidgedanken im Raum, was für die Therapeutinnen zusammen mit der passiven Erwartungshaltung der Teilnehmerinnen ziemlich lähmend war (in diese Zeit fiel tatsächlich der Suizidversuch einer Patientin). Es wurde in intensiven Diskussionen ein Vertrag erarbeitet (vgl. S. 31). Danach ging das ständige Reden über Suizidgedanken schlagartig zurück und machte konstruktiveren Themen Platz.

Liste konstruktiver Aktivitäten («Katastrophenliste»)

1. Bezugsperson(en) aus meiner SOS-Telefonliste anrufen.
2. Mit anderen vertrauten Menschen Kontakt aufnehmen (per Telefon, Brief, Besuch).
3. In einem nicht-abzuschickenden Brief meine Wut, Entrüstung, Frust usw. heraus lassen.
4. Tagebuch schreiben.
5. In einer sportlichen Tätigkeit (z.B. schwimmen) das "Ventil öffnen".
6. Spaziergang oder Velotour machen und die Natur auf mich wirken lassen.
7. Entspannungs- (Duft) Bad nehmen und mich pflegen.
8. Mir etwas Gutes gönnen (z.B. einen guten Tee/Kaffee kochen, beruhigende Musik hören, Lesen, usw.).
9. Kreativ tätig sein (zeichnen, malen, mit Ton etwas gestalten, usw.).
10. Mit Kindern oder Tieren spielen.
11.
(individuell zu ergänzen)

Beispiel für einen Therapie-Vertrag

PFLICHTEN DER MITARBEIT

Ich übernehme die Verantwortung, mir nicht das Leben zu nehmen, sondern in Krisen und in Situationen der Verzweiflung mich anhand der «Katastrophenliste» abzulenken und/oder Kontakt mit anderen Menschen, insbesondere mit meinen Bezugspersonen aufzunehmen. Ferner gebe ich zu Beginn der Gruppentherapie den Namen, Adresse und Telefonnummer meines(r) EinzeltherapeutIn an.

BEGRÜNDUNG

Ich bin mir darüber im Klaren

- dass niemand außer mir selber die Garantie für mein Leben übernehmen kann, auch nicht die GruppenteilnehmerInnen oder -leiterInnen
- dass die gemeinsame Arbeit an unseren Problemen nur möglich ist, wenn wir genügend Zeit und Kraft in den Gruppentreffen haben und nicht immer wieder in Frage stellen, ob wir weiterleben wollen (was allerdings nicht heißt, dass wir unsere Suizidalität verschweigen müssten oder gar nicht mehr zu den Gruppentreffen kommen dürften).
- dass wir uns sonst gegenseitig zu sehr belasten bzw. überfordern.

Dieser Vertrag gilt unserer eigenen Sicherheit sowie dem Schutz der Gruppe.

KONSEQUENZEN

Sobald ich merke, dass ich den Vertrag nicht mehr einhalten kann (z. B. wenn ich mich selbst verletze), setze ich mich mit dem(r) behandelnden EinzeltherapeutIn in Verbindung und entscheide mit ihm (ihr) über weitere Schritte.

Ich informiere die Gruppe (LeiterIn oder TeilnehmerIn) über den Grund meiner Abwesenheit (z. B. bei einem Spitalaufenthalt). Dies Verhalten darf ich auch von den anderen TeilnehmerInnen erwarten.

AUFGABE DER GRUPPENLEITERINNEN

Wir sehen unsere Aufgabe darin, durch die Gruppentherapie den ambulanten oder stationären TeilnehmerInnen einen Rahmen zu bieten, um ihre Alltagsprobleme auszutauschen und Ansätze für konstruktive Lösungsstrategien zu erarbeiten und zu erproben. Wenn uns die Situation einer Teilnehmerin bedrohlich erscheint, werden wir den (die) Einzeltherapeuten(in) darüber informieren.

Unterschriften

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan

Marsha Linehan, Psychologie-Professorin im amerikanischen Seattle, bezeichnet ihre Therapie als «dialektisch-behavioral». Dialektik umschreibt ein Spannungsfeld zwischen zwei oder mehreren Polen.

Dialektische Strategien betonen «die kreative Spannung, die durch widersprüchliche Emotionen und gegensätzliche Denkmuster, Wertvorstellungen und Verhaltensstrategien – innerhalb einer Person oder zwischen Person und Umwelt – hervorgerufen wird.»

Borderline-Patienten sind von der Natur ihrer Störung her geprägt von solchen Spannungsfeldern zwischen Schwarz und Weiß, zwischen Liebesbedürftigkeit und Hassgefühlen, zwischen Lebenshunger und Todessehnsucht, zwischen Sehnsucht nach Annahme und einem Verhalten, das andere Menschen abstößt. Behavioral umschreibt einen verhaltenstherapeutischen Ansatz.

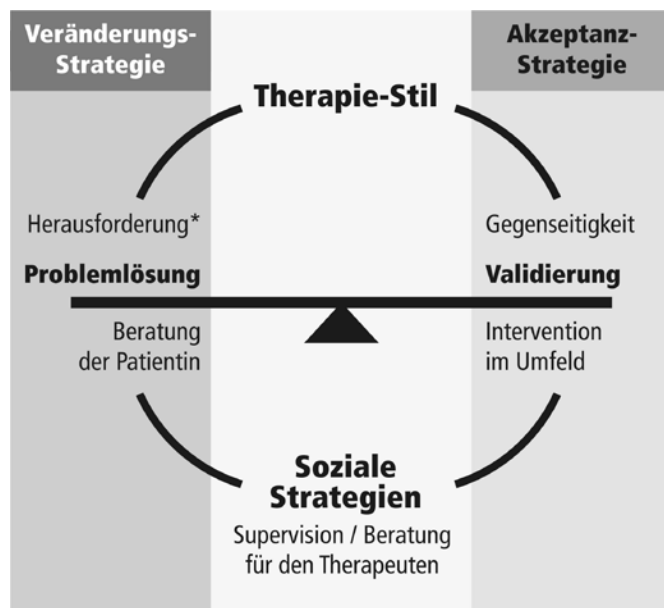


ABBILDUNG: Die obige Abbildung beschreibt die Strategien der DBT in schematischer Weise. Patienten müssen einerseits Akzeptanz, Fürsorglichkeit, wertschätzende Gegenseitigkeit und aktives Engagement der Therapeutin erleben (rechte Seite). Doch sie brauchen auch die Herausforderung zur inneren Veränderung und zur Lösung anstehender Probleme (linke Seite). In den Gesprächen geht es immer um die Balance zwischen Validierung (Wertschätzung der gegenwärtigen Situation) und Problemlösung (Veränderung, auch wenn sie Angst macht).

Vier Bausteine

Die Therapie wird in vier Bausteine (oder Module) unterteilt. Über zwei Jahre hinweg wird eine **EINZELTHERAPIE** angeboten, die 1 bis 2 Sitzungen pro Woche umfasst.

Unterstützt wird sie durch eine wöchentliche **GRUPPENTHERAPIE**, in der BPS-Patientinnen sich spezifisch mit Fragen der praktischen Lebensbewältigung und Beziehungsgestaltung beschäftigen («Fertigkeitstraining»). Tritt dazwischen ein Notfall auf (z.B. einschließende Suizidalität, eine erneute Traumatisierung), so gibt die Therapeutin – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – als dritten Baustein das Angebot der **TELEFONISCHEN ERREICHBARKEIT**.

Und schließlich ist als viertes Modul der Informationsaustausch zwischen Einzeltherapeutin und Gruppentherapeutin (nicht unbedingt dieselbe Person), oder zwischen Einzeltherapeutin und therapeutischem Team auf der Station ganz wichtig. Der Einzeltherapeut ist gehalten, die Fertigkeiten, die eine Person in der Gruppentherapie gelernt hat, auch in der Einzelberatung konsequent einzusetzen und zu verstärken.

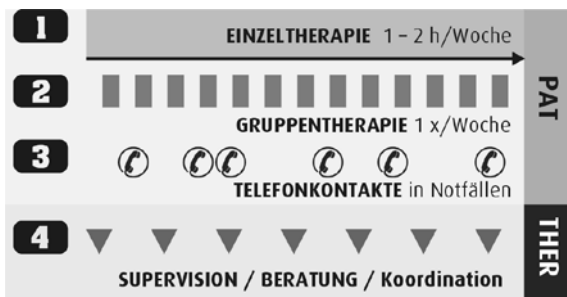
Die gemeinsamen Sitzungen ermöglichen auch, das Verhalten einer BPS-Patientin noch besser zu verstehen, mit der Grundfrage: «Was ist die Funktion des schwierigen Verhaltens; welche Auslöser setzen die fatale Kette von Reaktionen in Gang? Wie können wir als Behandelnde dieses Verhalten verändern, oder wo verstärken wir es noch?» Schließlich haben diese Koordinations-Sitzungen auch die Funktion der gegenseitigen Unterstützung der Therapeuten, bedeutet doch eine solche intensive

Behandlung auch eine große Belastung für das ganze Team, die oft bis an die Grenze der Erschöpfung geht.

THERAPEUTISCHE STRATEGIEN

Das Buch von Linehan ist reich an therapeutischen Strategien. Die folgenden Stichworte können nur ganz wenig von dieser Vielfalt wiedergeben.

a) Dialektische Strategien: Balance zwi-



schen Annahme und Veränderung. Widersprüche in Erlebnisweisen, Denk- und Verhaltensmustern herausarbeiten, aufzeigen. Gleichzeitig gilt es anzunehmen, dass diese zur Zeit so sind und auch verständlich sind, aber dass sie dem Wohlbefinden, den Beziehungen und der Lebensbewältigung nicht dienen, dass also Veränderung nötig ist.

b) Validierungsstrategien: Auch wenn BPS-Patienten sich verändern möchten, so sehnen sie sich doch nach Wertschätzung und Akzeptanz. Ohne diese «validierende» Grundhaltung ist eine Therapie kaum möglich. Es gilt daher, den jeweiligen Sinn im Erleben und Verhalten herauszuarbeiten und dem Patienten zu vermitteln, dass seine Reaktionen auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nachvollziehbar sind.

►► Fortsetzung Seite 34



► Erst diese Wertschätzung eröffnet die Möglichkeit, auf andere Ressourcen zurückzugreifen und neue Verhaltensmuster zu erlernen. Aus diese beiden «Basis-Strategien» bauen dann die spezifischen Strategien auf:

c) Kontingenzmanagement: Dieser Begriff aus der Verhaltenstherapie umschreibt den Umgang mit positiven und negativen Verstärkern. Für den Patient kann das heißen: «Wenn es mir besser geht, kann ich auch mein Verhalten ändern.» Der Therapeut verstärkt diese Einsicht vielleicht mit dem Satz: «Ihr Verhalten beeinflusst ganz wesentlich ihr Befinden, und dieses wiederum wirkt auf ihr Verhalten zurück.»

Dabei kann man die Patienten laufend über die Grundlagen der Lerntheorie aufklären. Wesentlich ist auch hier eine tiefe Wertschätzung: «Nicht der Patient erfährt negative Konsequenzen, sondern sein Verhalten.» Somit wird auch hier Verhaltenssteuerung angestrebt durch die Balance zwischen menschlicher Wärme und Zuneigung und dem Einsatz der therapeutischen Beziehung.

d) Ausdruck von Gefühlen: Patienten, die so oft erlebt haben, dass ihre Gefühle nicht ernst genommen wurden, die vielfach und z. T. schwer verletzt worden sind, müssen neu lernen, ihre Gefühle auszudrücken. Doch auch hier gilt: Lernen, Gefühle auszudrücken, aber in einer angepassten Weise, die nicht zu negativen Folgen für das eigene Leben und die Beziehungen führen.

e) Kognitive Umstrukturierung: Bei Denkmustern (Schwarz-Weiß, rigid) ist immer die Lebensgeschichte zu berücksichtigen. Sehr häufig werden pathologische kognitive Schemata als Überlebens-Strategie im traumatischen Kontext verständlich (Validierung). Erst dann kann an einer Aufweichung und konstruktiven Veränderung gearbeitet werden.

«AUS ZITRONEN LIMONADE MACHEN» UND ANDERE TECHNIKEN

Nicht immer muss man direkt über die Probleme sprechen. Manchmal ist es gerade eine unerwartete Antwort oder eine Geschichte, die eine Patientin zum Nachdenken anregt. Manchmal spielt die Therapeutin den «Advocatus diaboli»: Sie nimmt also gerade die falsche Position ein und fordert die Patientin auf, Gegenargumente zu bringen.

Manchmal ist es notwendig der Patientin bewusst zu machen, dass sie beides hat: eine emotionale Blockade, die zu Kurzschluss-Reaktionen neigt und einen «wissenden Zustand», der sehr wohl weiß, was gut für sie wäre.

Ziel sei es oftmals nicht, die Zitronen in süße Früchte zu verwandeln, sondern sich damit zu begnügen, «aus Zitronen Limonade zu machen.»

Borderline und Seelsorge

Menschen mit einer Borderline-Störung sind eine besondere Herausforderung an die Seelsorge. Vieles, was über die therapeutischen Aspekte gesagt wurde, gilt auch hier (vgl. Überlegungen zur Therapie, S. 26 ff). Der Seelsorger muss oft am eigenen Leib erfahren, wie die Person üblicherweise mit anderen Menschen umgeht. Die seelsorgliche Beziehung kann intensiv, aber sehr wechselhaft sein.

Anfangs wird man vielleicht mit Komplimenten überhäuft: «Sie sind der erste Mensch, der mich ernst nimmt und mir zuhört. Sie verstehen meine Probleme und gehen darauf ein. Sie sind ein wunderbarer Seelsorger!» – «Sie verurteilen mich nicht. Mit Ihrer Hilfe kann ich einen Neuanfang machen! Versprechen Sie mir, dass Sie immer für mich da sind!»

Doch dann wird immer mehr gefordert – häufige Telefonate, oft zu unmöglichen Zeiten, der Wunsch nach Hausbesuchen und



«Ich kann nicht glauben, dass jemand mich liebt, weil ich es bin. So habe ich auch Mühe zu glauben, dass Gott mich liebt.»

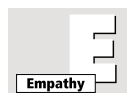
anderen Zeichen besonderer Zuwendung.

Vorsichtige Zurückhaltung und prüfende Rückfragen können zu heftigen Reaktionen führen. Hier ist es besonders wichtig, die Balance zwischen Wertschätzung (seelsorglicher Zuwendung) und Herausforderung (Ermahnung) zu finden.

Drei Formen der Kommunikation



Unterstützung, Ermutigung



Einfühlung, Empathie



Wahrheit, Realität, Grenzen

HINWEIS: Eine ausführliche Darstellung dieser drei therapeutischen Grundhaltungen findet sich in dem Buch «Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarz-weiße Welt der Borderline-Persönlichkeit», von Kreisman und Straus.

Dämonische Einflüsse?

Christen mit Borderline-Störungen neigen dazu, ihre Erlebnisse durch übernatürliche Einwirkungen zu erklären. «Das bin nicht mehr ich selbst, wenn ich so aggressiv ausraste,» sagte mir eine junge Frau. «Es ist, als würde mich eine fremde Kraft erfassen und zu einem Verhalten treiben, das ich gar nicht will.»

Die geistige Deutung erfordert dann auch eine geistliche Gegenmaßnahme. Vom Seelsorger wird eine Freibetung von ihrer «Besessenheit» gefordert.

Setzt man dem Wunsch nach einer dramatischen Heilung Grenzen, so können die Betroffenen recht enttäuscht und schroff reagieren. Nicht selten wird dann zu einem Seelsorger gewechselt, der «mehr Vollmacht» hat.

Es gibt Menschen, die durch ein «Befreiungsgebet» eine erstaunliche Verbesserung erfahren haben. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Schwierigkeiten unter Stress wieder auftreten können. Deutet man dies theologisch als eine erneute dämonische Belastung, so kann dies schwerwiegende Folgen für das gläubige Vertrauen eines ohnehin instabilen Menschen haben.

GIBT ES ANDERE DEUTUNGEN?

Aus diesem Grunde neige ich dazu, nicht immer nach den Ursachen zu fragen, sondern das Augenmerk auf die Frage zu legen: Wie kann ich die betroffenen Menschen in ihrer Not ernst nehmen, ihnen gegenüber sein, und ihnen helfen, besser mit ihren Störungen umzugehen?

Wie gehe ich nun aber mit Menschen um, die selbst die okkulte Erklärung ins Gespräch bringen, oftmals von großen Ängsten besetzt?

Hier gilt es nüchtern und bescheiden zu-

gleich zu sein. Hilfreich ist hier ein genaues Betrachten derjenigen Störungen, die als okkult erlebt werden. Ich erkläre dann, dass Alpträume, Flashbacks und Stimmungsschwankungen natürliche Reaktionen des menschlichen Geistes sind, mit schweren Erfahrungen umzugehen.

Manchmal treten sie auch ohne solche Traumata als Ausdruck einer starken seelischen Anspannung auf. Ängste können sich manchmal durch schreckliche Bilder ausdrücken, die wir vernunftmäßig gar nicht verstehen. Aber sie müssen deshalb nicht gleich dämonisch sein.

«Das bin nicht mehr ich selbst, wenn ich so aggressiv ausraste.»

Auch psychosomatische Reaktionen dürfen nicht gleich dämonisch gedeutet werden, selbst wenn sie von den Betroffenen in so dramatischer Form erlebt werden. Wenn jemand den Eindruck hat, in der Nacht sitze ihr der Teufel auf der Brust, so handelt es sich dabei um ein Engegefühl, das viele Menschen in Depressionen und Angstzuständen erleben.

Ein solches **Entkoppeln von Erfahrung und dämonischer Deutung** hat oft therapeutische Wirkung: Die Betroffenen erleben dann nur schon durch den Zuspruch eine Beruhigung, manchmal bedarf es vorübergehend einer zusätzlichen Medikation.

Zusammenarbeit von Arzt und Seelsorger



Welche Wünsche hat der Arzt an den Seelsorger? Was wäre für eine gute Zusammenarbeit wünschenswert?

Wie schon erwähnt, gibt es Borderline-Patienten, die sich ein ganzes Netz von Betreuern aufbauen, Lehrer, Sozialarbeiter, Ärzte, Seelsorger, engagierte Laien. Manchmal handelt es sich aber nicht mehr um ein tragfähiges Netz, sondern eher um ein Knäuel, aus dem sich am liebsten alle verabschieden würden.

BEZIEHUNGSKNÄUEL ENTWIRREN

Auf der einen Seite ist es ja eine beachtliche Leistung, so viele Leute für sich aktivieren zu können. Aber als Arzt ist man zeitlich oft nicht in der Lage, ein solches Beziehungsknäuel zu entwirren. Nach einer Abklärung der Situation frage ich die Patientin, zu wem sie Vertrauen hat. Manchmal ist es eine Sozialarbeiterin, manchmal ein verständnisvoller Lehrer. Nicht selten gibt es aber auch wichtige Bezugspersonen in ihrer Gemeinde, sei dies ein Pfarrer, ein

Gemeindehelfer oder eine therapeutische Seelsorgerin.

Die Zusammenarbeit kann nun darin bestehen, dass man sich einmal zu dritt zusammensetzt und mit der Betroffenen ihre Bedürfnisse klärt.

Oft ist es für den Arzt eine große Hilfe, wenn der Seelsorger die Aufgabe übernimmt, die äußeren Belange wie Wohnung, Arbeit oder Sozialhilfe zu organisieren, und der Person zudem regelmäßige Gespräche anzubieten, um die Abstände zwischen den ärztlichen Konsultationen zu überbrücken.

Vielleicht existiert in der Gemeinde sogar ein kleines Netz geschulter HelferInnen. Es gibt ja heute eine ganze Reihe von Ausbildungs-Angeboten. Dabei erwarte ich von einer seelsorglichen Schulung, dass sie den Seelsorgern nicht nur geistliche Impulse gibt, sondern auch ganz praktische Verständnishilfen für die psychischen Nöte instabiler Menschen.

«Trotzig und verzagt»

«Es ist das Herz ein trotzig
und verzagt Ding; wer
kann es ergründen?»

Jeremia 17,9

Bei solch instabilem Verhalten ist ein Text aus Jeremia 17,9 hilfreich, um nicht in eine schroffe Ablehnung (eine negative Gegenübertragung) auf Seiten des Seelsorgers zu verfallen: Das menschliche Herz ist in der Tat trotzig, aber hinter der stachlig-verletzenden Fassade verbirgt sich oft eine zutiefst verzagte und verletzte Person.

Die untenstehende Tabelle zeigt einige Synonyme, mit denen die biblischen Begriffe in heutiger Sprache umschrieben werden können.

TROTZIG	VERZAGT
- verschlossen	- ängstlich
- abweisend	- deprimiert
- zornig, aggressiv	- leidend
- verletzend	- übersensibel
- wechselhaft, launisch	- sehnsüchtig nach Liebe
- vorwurfsvoll	- resigniert
- anklammernd- fordernd	- enttäuscht
- widerspenstig	- verzweifelt
- manipulativ	- reuevoll

Probleme in der Seelsorge bei Borderline-Störung

DRAMATISCHE DEUTUNGEN UND BESCHULDIGUNGEN

DRAMATISCHE MASSNAHMEN

DRAMATISCHE ÜBERFORDERUNG DER BETREUENDEN PERSON

DRAMATISCHE SPALTUNGEN VON GEMEINSCHAFTEN



Diese Problemkreise werden ausführlich beschrieben im Buch von S. Pfeifer und H. Bräumer: Die zerrissene Seele. Borderline und Seelsorge. SCM Hänssler Verlag, 7. Auflage 2011.

Was ist in der Seelsorge zu beachten?

Beachtet man die Besonderheiten im Umgang mit instabilen Persönlichkeiten, so kann geistlicher Beistand während Borderline-Krisen zu einem sehr hilfreichen Geschehen werden.

Gerade in depressiven Phasen sind Trost und Zuspruch enorm wichtig.

Doch leider lässt sich eine positive Auswirkung eines seelsorglichen Zugangs letztlich nicht kontrollieren und vorhersehen. So erscheint manchen Betroffenen die «nüchterne», auf Trost, Mittragen und Strukturierung ausgerichtete Seelsorge zu wenig hilfreich, denn es kommt dadurch nicht zu den von ihnen erwarteten schlagartigen Änderungen.

Es wäre nun aber falsch, das instabile Verhalten von Borderline-Persönlichkeiten als bloßen Manipulationsversuch abzutun. In den Beschreibungen dieses Heftes wurde das intensive Leiden deutlich, das hinter diesen Verhaltenweisen steht.

Es handelt sich um ein Muster besonders sensibler Personen, das sie nicht immer voll steuern können. Ja, sie sind im Nachhinein oft selbst entsetzt, wenn sie merken, wie sie sich von ihren Gefühlen forttragen ließen. Mit der allgemeinen Beruhigung des Zustandsbildes kommt es meist auch zur Rückbildung der instabilen Symptome.

DER SEELSORGER ALS FELS?

Was diese Menschen in den tosenden Wellen ihrer Empfindungen brauchen, ist ein seelsorglicher Fels, der ihnen Halt, Schutz und Ufer bietet

- ein Seelsorger also, der sie ernst nimmt, aber ihren Gefühlen mit nüchterner Gelassenheit entgegentritt und die nötigen Grenzen setzt;



«Was diese Menschen in den tosenden Wellen ihrer Empfindungen brauchen, ist ein seelsorglicher Fels, der ihnen Halt, Schutz und Ufer bietet.»

- ein Seelsorger, der auch in unreifen Trotzreaktionen fest bleibt, ohne sie zu verstoßen, und
- ein Seelsorger, der sie trotz ihrer Abhängigkeitswünsche zur Selbständigkeit ermutigt und begleitet.

EIGENE GRENZEN WAHRNEHMEN!

Seelsorglich Tätige müssen darauf achten, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen, um nicht selbst in eine Erschöpfung hineinzugeraten (Burnout). Aus diesem Grunde muss man manchmal Grenzen setzen, um helfen zu können.

Weiterführende Literatur

DIE FOLGENDEN BÜCHER ENTHALTEN WEITERE INFORMATIONEN ZUR THEMATIK.

- Gneist J.: Wenn Hass und Liebe sich umarmen. Piper.
- Herman J.: Die Narben der Gewalt. Junfermann.
- Huber M.: Multiple Persönlichkeiten. Fischer.
- Huber M.: Trauma und die Folgen. Junfermann.
- Kernberg O.: Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber.
- Kreisman J. und Straus H.: Ich hasse Dich - verlaß mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. Kreuz.
- Kreisman J. und Straus H.: Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Kösel.
- Knuf A. Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Psychiatrie-Verlag.
- Knuf A. und Tilly C.: Das Borderline-Selbsthilfebuch. Psychiatrie-Verlag.

- Kroll J.: The challenge of the borderline patient. Competency in diagnosis and treatment. Norton.
- Linehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.
- Linehan, M.M.: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.
- Lison K., Poston C.: Weiterleben nach dem Inzest. Fischer.
- Pfeifer S.: Wenn der Glaube zum Problem wird. Online als PDF: www.seminare-ps.net.
- Pfeifer S. & Bräumer H.: Die zerrissene Seele. Borderline-Störungen und Seelsorge. Brockhaus.
- Rahn E.: Borderline - ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Psychiatrie-Verlag.
- Reddemann L.: Imagination als heilende Kraft. Klett-Cotta.
- Stauss K.: Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom. Junfermann.

Internet-Ressourcen

WWW.BORDERLINE-COMMUNITY.DE:

Internetgemeinschaft zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit vielen hilfreichen Tipps, Literaturangaben, Hinweisen auf Therapeuten und Kliniken.

WWW.BORDERLINE-ONLINE.DE:

Informationen der Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psychotherapie mit Hinweisen auf Kurse für Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan (DBT)

WEITERE ONLINE-ANGEBOTE: Das Internet ist ein kurzlebiges und sehr mobiles Medium. Websites kommen und gehen. Tippen Sie deshalb Ihre Frage einfach bei **www.google.de** ein und Sie werden aktuelle Informationen finden!





Klinik Sonnenhalde Riehen

MENSCHLICH - FACHLICH - CHRISTLICH



Mehr Informationen:
www.sonnenhalde.ch

Eine Oase der Stille und doch nur sechs Kilometer ausserhalb der Kulturstadt Basel - die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie bietet eine einfühlsame und fachlich kompetente Behandlung für Menschen mit Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, psychosomatischen Beschwerden, Borderline-Störungen, Psychosen und vielfältige weitere psychische Erkrankungen.

Aus klinischer Erfahrung haben wir gelernt, die Hoffnung nicht aufzugeben. Eine Behandlung in der Klinik Sonnenhalde kann der Beginn eines neuen Kapitels im Leben eines Patienten darstellen.



REIHE «PSYCHIATRIE & SEELSORGE»

- ▶ **Angst verstehen und bewältigen**
- ▶ **Borderline - Diagnose, Therapie, Seelsorge**
- ▶ **Stress und Burnout**
- ▶ **Depression verstehen und bewältigen**
- ▶ **Schizophrenie - Diagnose und Therapie, Seelsorge und Bewältigung**
- ▶ **Wenn Sensibilität zur Krankheit wird**
- ▶ **Alternativmedizin, Psyche und Glaube**
- ▶ **Psychosomatik**
- ▶ **Schlafen und Träumen**
- ▶ **Zwang und Zweifel**
- ▶ **Internetsucht**
- ▶ **Trauma - Die Wunden der Gewalt**



In der Hefreihe «Psychiatrie und Seelsorge» werden einzelne Themen umfassend und doch in knapper Form dargestellt. Auf wenigen Seiten finden sich die wesentlichsten Informationen über Häufigkeit, Ursachen, Entstehungsformen und Behandlungsmöglichkeiten der einzelnen Störungen. Zudem wird eine Übersicht über weiterführende Literatur gegeben. GRATIS-DOWNLOAD für Tablet-PC: www.seminare-ps.net/ipad

MEHR INFORMATIONEN - WEITERE SEMINARHEFTE

www.seminare-ps.net



6. Auflage
Copyright: Samuel Pfeifer 2009

ISBN: 978-3-905709-19-3

BEZUGSQUELLE:

Psychiatrische Klinik Sonnenhalde
Gänshaldenweg 28
CH-4125 Riehen
Schweiz
Tel. (+41) 061 645 46 46
Fax (+41) 061 645 46 00
ONLINE-Bestellung: www.seminare-ps.net
E-Mail: seminare@sonnenhalde.ch

in Deutschland:
Alpha Buchhandlung
Marktplatz 9
D-79539 Lörrach
Tel. 07621 10303
Fax 07821 82150