



Therapeutische Gesichtspunkte in der Betreuung des Borderline- Kranken

Soweit es den HEP betrifft

Martin Straube

Inhalt

Therapeutische Gesichtspunkte in der Betreuung des Borderline-Kranken	3
Entstressen.....	3
Der Notfallkoffer	5
Erhöhen der Stressresistenz	6
Suizidalität und selbstgefährdendes Verhalten.....	8
Umgang mit Störungen der sozialen Beziehungen	8
Die Verbesserung von Umgangsformen und der Lebensqualität	9
Wie kann die Selbstachtung und die innere Achtsamkeit verbessert werden?	11
Wie kann bei einem bewussteren Umgang mit Gefühlen geholfen werden?	11
Therapeutisches Vorgehen bei den neun Hauptsymptomen.....	13
Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.....	13
Muster von instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.....	14
Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.	15
Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).	17
Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.....	18
Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmungen, etwa hochgradige episodische Dysphorie (Freudlosigkeit), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden, selten mehrere Tage anhalten. ...	20
Chronisches Gefühl von Leere	20

Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).....	21
Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Störungen.....	22
Psychotherapie.....	23

Therapeutische Gesichtspunkte in der Betreuung des Borderline-Kranken

Soweit es den HEP betrifft

Zunächst gilt bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung alles, was auch für Stress und posttraumatisches Belastungssyndrom gilt. Es gilt Methoden zu finden, die akut entstressen und es gilt die Stressresistenz zu erhöhen.

Entstressen

Das Stressmanagement ist, wie der Stress selbst, eine sehr individuelle Angelegenheit. Manch einer betreibt den Stressabbau durch Entspannen bei schöner Musik, ein anderer geht hinaus zum Joggen, ein Dritter geht Spazieren und lässt die Gedanken schweifen, ein Vierter redet gern mit Freunden und betreibt so Stressabbau.

Grundsätzlich gibt es also keine Patentrezepte zum Stressabbau. Vielmehr sollte man bei dem anknüpfen, was man schon hat, oder zumindest einmal hatte. Die Orientierung an den persönlichen Stärken bzw. individuellen Erholungs-Ressourcen ist für den Stressabbau sehr wichtig. Was nutzt es einem Menschen zum Beispiel "Joggen" als DIE Stressabbau - Methode zu vermitteln, wenn er sich beim Sport nur "quält"?

Viele gestresste Menschen haben allerdings im Laufe der Zeit und unter zunehmender Belastung den Weg zu ihren eigenen Erholungs-Ressourcen und somit zum Stressabbau verloren. Hobbys, Freundschaften, angenehme Beschäftigungen hatten immer weniger Platz im Leben. Um effektiv Stressabbau betreiben zu können, ist es daher unbedingt notwendig, diese Erholungs-Ressourcen wieder zu aktivieren. Sie sind der persönliche Schutz vor chronischem Stress.

Natürlich bieten sich einige Methoden ganz besonders zum Stressabbau an. So kann es hilfreich sein, eine Entspannungsmethode zum besseren "Abschalten" zu erlernen. Dabei wurden einige Methoden, wie z.B. das Autogene Training oder die progressive Muskelrelaxation wissenschaftlich entwickelt und erprobt, so dass ihre Vermittlung zur Stressbewältigung sinnvoll ist. Insbesondere die Progressive Muskelrelaxation bietet "Einsteigern" eine gute Möglichkeit zum Entspannen und zum Stressabbau. Sie ist schnell erlernbar und klar strukturiert. Ihre akute Wirkung wird direkt bei den Übungen deutlich.

Entspannungstraining ist nicht nur kurzfristig, sondern insbesondere auf lange Sicht sehr wirksam. Der Körper wird mit der Zeit auf Phasen der Entspannung trainiert und lernt so besser, selbstständig ein dauerhaft entspannteres Körpergefühl zu erzeugen.

Sich wieder besser erholen und entspannen zu können ist zwar sehr hilfreich, allerdings erst die "halbe Miete" zum effektiven Stressabbau. Auch wenn man gute Möglichkeiten zur Erholung in den Alltag einbaut, so bleiben doch genügend unvermeidbare "Stressoren". Diese Belastungen gilt es "anzupacken", wie z.B. Doppelbelastungen in Familie/Job, Arbeitslosigkeit, Arbeitsbelastungen, Konflikte, Zeitdruck, Aggressivität, ständige Unterbrechungen, soziale Isolation oder hohe Verantwortung.

Meist sind es eine Reihe von Problemen, die einzeln betrachtet vielleicht noch nicht so belastend sind. Kommen jedoch viele einzelne "Stressoren" zusammen, so kann doch der Eindruck entstehen, die Probleme nicht mehr bewältigen zu können.

Hier gilt es, sich wieder eine Übersicht zu verschaffen, Prioritäten zu setzen und nach Lösungen zu suchen. Anfangs scheint dies einem manchmal aussichtslos, da evtl. Versuche zur Lösung bereits gescheitert sind. Dann kann ein systematisches Vorgehen, wie es in Problembewältigungskonzepten empfohlen wird, helfen. Diese Technik kann dazu beitragen, Lösungen zu entwickeln und dauerhaft an der Umsetzung zu arbeiten sowie besser aus bisherigen Fehlern bei der Problembewältigung zu lernen. Schließlich gilt es die Last der "Problemkiste" zu verringern, damit das Leben wieder leichter und tragbarer wird! All dies kann also zum Stressabbau genutzt werden!

- Der Borderliner Patient benötigt einen **reizarmen, gut strukturierten Alltag**, der mit ihm **durch gemeinsame Absprache** erarbeitet werden sollte. Einmal vereinbarte Regeln sollten von beiden Seiten eingehalten werden, z.B.: Besuchsregelungen, Fernsehen, Settings usw.. Werden die Regeln nicht eingehalten, sollte gemeinsam im Gespräch erörtert werden, welche Änderungen anstehen um Einhaltung zu erreichen. Lärm, der eines der stärksten Stressoren ist, ist ebenso zu meiden, wie Langeweile, die der Borderliner als innere Leere und damit als Symptomverstärker erlebt. Strukturierte Tagesabläufe sehen keine überfordernde, aber nahezu lückenlose Beschäftigung und Aufmerksamkeit vor!

Es haben sich sogenannte Skills als bewährt herausgestellt. Skills sind Fertigkeiten der Stressbewältigung. Es gibt:

- *Sensorische/ körperliche Skills* (Körperempfindungen erfahren durch Igelball, Coolpacks, Gummiband, Chilischoten, Sport und Bewegung)
- *Handlungs-Skills* (Sich ablenken, den Moment verändern, Achtsamkeitsübungen, entgegengesetztes Handeln)
- *Gedankliche Skills* (Radikale Akzeptanz, sich für einen neuen Weg entscheiden, innere Bereitschaft)

- In einem für jede(n) Patienten/in individuell zugeschnittenen Notfallkoffer werden Stresstoleranz/ Stressbewältigungsstrategien aufbewahrt, auf die in Krisen zurückgegriffen werden kann.

Der Notfallkoffer

Hier kann man Dinge sammeln, die einem gut tun. Es können Kärtchen mit Sprüchen sein, es können Postkarten mit Bildern sein, die einem helfen, weil man etwas positives damit verknüpft, es können Fläschchen mit schönen Düften, ein Kuscheltuch, eine alte Puppe, der man alles erzählen kann, eine CD mit entspannender Musik, eine Tüte mit Leckereien, ein Brief, der einem wichtig geworden ist, ein Badezusatz für die Badewanne, ein Spielzeug oder eine Liste mit Erfahrungen von Dingen, die einem einmal geholfen haben und die man sich für das nächste Mal vorgenommen hat...

Sprüche sind umso hilfreicher, je mehr Umgang man mit ihnen gepflegt hat. Sätze wie das Gebet:

„Gib mir den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann. Gib mir die Kraft, Dinge zu akzeptieren, die ich nicht ändern kann. Und die Weisheit, darunter zu unterscheiden.“

Es hat keinen Zweck, die Dinge zu sehen wie sie sind und zu fragen, warum? Es ist besser, die Dinge zu sehen wie sie sein könnten und zu fragen, warum nicht?

helfen natürlich nur, wenn man eine Beziehung dazu aufgebaut hat, sie also affirmatorisch pflegt. Mit Bildern ist es ähnlich.

Erhöhen der Stressresistenz

Die Stressresistenz erhöhen wir nur durch salutogenetische Maßnahmen, also die Pflege von den drei Grundgefühlen des Kohärenzsinnes: die Gefühle der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, wie sie im Skript „Salutogenese“ dargestellt sind.

Da alle Therapie und alle Erziehung letzten Endes Beziehungsgestaltungen sind, bedarf es einer stabilen Beziehung, an der der HEP zu arbeiten hat. Zu dieser Beziehungsgestaltung gelten einige Regeln.

- Gute **Teamarbeit** ist Voraussetzung für einen effektiven Umgang mit Borderline Patienten
- Eine **differenzierte Rollenverteilung** im Team verhindern die Überlastung einzelner Teammitglieder und es können unterschiedliche Profile entstehen, auf die der Patient Zurückgreifen kann.
- Regelmäßige **Teambesprechungen** können dem Bezugsbetreuer Rückhalt geben und **unbewusste** Manipulationsversuche des Borderline Patienten können transparent gemacht werden.
- **Offenheit** und Authentizität (im Sinne von **Stimmigkeit**) schaffen die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten.
- Der Betreuer sollte sich eine **Neugier auf die Persönlichkeit** des Patienten erhalten, nur dadurch kann eine gewisse Beziehungsstabilität erhalten bleiben.
- Der Borderliner benötigt **Zuverlässigkeit** von Seiten der Betreuer und klare Abmachungen, die zuverlässig eingehalten werden können.
- Da der Borderliner Patient ein immer durchgängiges Muster von Instabilität der Stimmungen, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes zeigt, erfordert der Umgang von HEP und Borderline Patient ein großes Maß an **Geduld!**
- Der HEP hat oftmals seinen **Mangel an eigenen Möglichkeiten auszuhalten** und zu akzeptieren.

Da Psychotherapeuten, die das Geschehen in der Regel begleiten, meistens mit dem Patienten Ziele formulieren (z.B.: Alleinsein aushalten lernen, Impulse beherrschen können, Ambivalenz ertragen und nutzen können), ist es für die Beziehungsgestaltung wichtig, diese Ziele zu kennen und (nach Absprache mit dem Therapeuten) regelmäßig mit dem Betreuten zu reflektieren und in den Tageslauf einzubeziehen. Für die Beziehungsgestaltung ist es insofern wichtig, als der Patient dadurch erfährt, dass alle an einem Strick ziehen und er keine widersprüchlichen Signale von den unterschiedlichen Bezugspersonen bekommt.

Um zu einem Partner in der Beziehung zu werden, bedarf es der genauen Kenntnis des Problems. Welche „Störungen“ treten auf und wie ist mein Verhalten als HEP? Dazu bedarf es einer Analyse, die am sinnvollsten mit dem Patienten gemeinsam ausgearbeitet wird:

die Erarbeitung einer möglichst genauen Definition des Problems;

die Klärung, in welchen Formen sich das Problem äußert;

die Frage, wer oder was mit dem Problem zu tun hat;

eine Analyse, welche Auswirkungen das Problem auf die eigene Lebensführung und die von anderen hat;

Überlegungen, welche positiven *und* negativen Auswirkungen denkbar sind, wenn das Problem nicht mehr existiert;

die Analyse, welche Bedingungen das Problem verschärfen und welche es abmildern;

die Frage, in welchen Situationen das Problem oder Symptom auftritt;

eine Aufstellung der Strategien, die bereits versucht wurden, um das Problem zu lösen, und die Würdigung der Ergebnisse;

das Sammeln zusätzlicher Ideen, was unter Umständen helfen kann, bei der Lösung weiterzukommen;

die Frage, was eventuell bei der Suche nach Lösungen und deren Durchführung behilflich oder hinderlich sein kann;

die Entwicklung einer Vorstellung, wie bemerkt wird, dass ein Problem nicht mehr existiert;

eine Fantasie davon, was an die Stelle des Problems treten könnte.

Es bedarf dazu klarer Absprachen im Team, wie man sich in einzelnen Krisen verhält:

Suizidalität und selbstgefährdendes Verhalten

Umgang mit Störungen der sozialen Beziehung

Es muss ebenfalls im Team geklärt werden, wie die

Umgangsformen und die Lebensqualität gebessert werden kann,

auf welche Ressourcen zurückgegriffen werden kann (malt der Betroffene gerne?, hört er gerne Geschichten, Musik, wenn ja welche?, geht er gerne Spazieren, kocht er gerne?...),

wie kann die Selbstachtung und die innere Achtsamkeit verbessert werden?

Wie kann bei einem bewussteren Umgang mit Gefühlen geholfen werden?

Nur durch die Beachtung möglichst vieler dieser Aspekte kann Stress gemindert und die Stressresistenz gehoben werden.

Suizidalität und selbstgefährdendes Verhalten

Hier müssen mit Ärzten, Psychotherapeuten und Angehörigen klare Verhaltensstrategien abgesprochen werden, in die der Patient einbezogen wird und in guten Zeiten akzeptieren kann und nach Möglichkeit unterschreibt.

Umgang mit Störungen der sozialen Beziehungen

Um Störungen möglichst frühzeitig zu erkennen, muss man sie analysiert haben: wann treten sie auf, was sind Trigger, an welchem Verhalten bemerke ich den Spannungsaufbau? Nach Möglichkeit ist der Patient darein einzubeziehen und er kann selber erkennen, wann es „kritisch“ wird, so dass er durch ein möglicherweise „geheimes“ Signal es dem Betreuer signalisieren kann.

Regeln sind hier:

Nähe ist nicht erzwingbar. Manchmal ist eine Pause im Kontakt erforderlich. Es ist kein Versagen, wenn die konfliktträchtige Situation abgebrochen wird.

Werden Grenzen überschritten, wird nicht weiterdiskutiert, sondern abgebrochen.

Feindseligkeiten sind oft ein Zeichen von zu hohen Erwartungen. Diese müssen in Ruhe besprochen werden.

Vertrauen entsteht durch positive Erfahrungen. Diese müssen geschaffen werden und an sie muss man erinnern.

Setze Regeln für die Konfliktlösung fest und Sorge für die Einhaltung der Regeln!

Als HEP darfst Du nicht weitermachen im Prozess, wenn Du Deine aversiven Emotionen nicht kontrollieren kannst!

Schaffe zeitlichen Spielraum!

Kläre den Auftrag, der durch den Konflikt für Dich entstanden ist.

Delegiere Aufgaben, die von anderen erledigt werden können.

Denke weniger an die Probleme, mehr an die Lösungen!

Bevorzuge direkte und aktive Lösungen.

Beseitige Kommunikationshemmnisse.

Suche Verbündete und Helfer.

Achte auf Gedanken und Gefühle unter dem Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit.

Werte die Erfahrungen aus: was war gut, was war weniger hilfreich.

Bespreche das Geschehen im Team!

Wären solche Konflikte leicht und ad hoc zu lösen, wäre der betreffende Borderliner kein Borderliner. Habe daher keine zu hohen Erwartungen, sei geduldig, werte das Misslingen nicht als Desaster, sondern als Lernmöglichkeit.

Die Verbesserung von Umgangsformen und der Lebensqualität

Lebensqualität ist nicht definierbar, allenfalls am Gefühl der Zufriedenheit abzulesen. Ein großer Teil der Zufriedenheit bezieht sich auf das Soziale, wo auch die meisten Probleme des Borderliners zuhause sind.

Dazu ist es erforderlich, Reize vorherzusehen, sie zu verstehen, sie handhaben zu können und deren Sinnhaftigkeit ins Gefühl zu bekommen.

Auch hier muss erst analysiert werden, bevor man sinnvoll und zielgerichtet Entlastung schafft:

Welche Faktoren führen zu Unzufriedenheit, welche zu Zufriedenheit?

Welche Erwartungen müssen erfüllt sein, um zu Zufriedenheit zu gelangen?

Sind die Erwartungen realistisch und kann man sie beeinflussen?

Sind die Erwartungen individuell oder sind es Normen?

Welche Verhaltensweisen stehen der Erfüllung von Erwartungen entgegen?

Welche positiven Ergebnisse sind zu erwarten, wenn dieses Verhalten günstig beeinflussbar sind?

Welche Alternativen gibt es, um Zufriedenheit zu erlangen?

Wo kann Eigenverantwortung für Handeln und Verhalten übernommen werden (wie gelingt es aus der Opferrolle herauszukommen)?

Welche Rollen werden erträumt und in welcher Rolle befindet oder fühlt sich der Betreute?

Welche Kommunikationsregeln sind hilfreich? (manchmal sind es schon Kleinigkeiten der Ansprache, die helfen!!)

An welchen Punkten des Boundaryprofiles kommt es zu Problemen in der Interaktion? (Boundary-Profile: Siehe Reflexionsskript!)

Welche Rolle im Konflikt haben die Beteiligten und was hilft aus der dunklen Zone in die helle Zone? Zur Erinnerung werden die Konfliktrollen des Boundaryprofiles nochmals zitiert. Es gibt hier in der Regel drei Rollen, die in der „hellen Zone“ kreativ sind, in der „grauen Zone“ problematisch werden und in der „schwarzen Zone“ destruktiv. Als „Problemlöser“ haben wir eine positive Vorstellung unseres Handelns, die aber auch eine Grauzone („Eroberer“) und eine Schattenseite (Misshandler“) hat. Ebenso haben „Überlebenskämpfer“ und „Beschützer“ Grauzonen und dunklere Seiten, die im Folgenden beschrieben werden:

Helle Zone	Problemlöser Probleme bewältigend. Du gehst Probleme an und findest Lösungen dafür. Andere Menschen finden bei Dir Unterstützung und Rat	Überlebenskämpfer Durchhaltend und Akzeptierend. Du setzt all Deine Kräfte ein und bist unermüdlich.	Beschützer Schutzschilder haltend. Du setzt Dich für Andere ein und kämpfst für die Interessen Anderer
Graue Zone	Eroberer Wenn Du ein Problem siehst, übernimmst Du die Beseitigung desselben. Du wirst aktiv, unabhängig davon, ob Du davon betroffen bist.	Märtyrer Du übernimmst Dich und bringst auch unter großen Opfern Leistungen.	Leidender Du erlebst Personen, die Du beschützt hast oder vor etwas bewahrt hast, als undankbar und leidest darunter
Dunkle Zone	Misshandelnder Sofern Du etwas als Problem definierst, löst Du es, auch auf Kosten anderer.	Verlassender Du lässt das, wofür Du Dich bislang mit aller Kraft eingesetzt hast – für andere unerwartet und plötzlich – fallen.	Opfer, Beschuldigender Du erlebst Dich als Opfer und gibst Anderen die Schuld dafür.

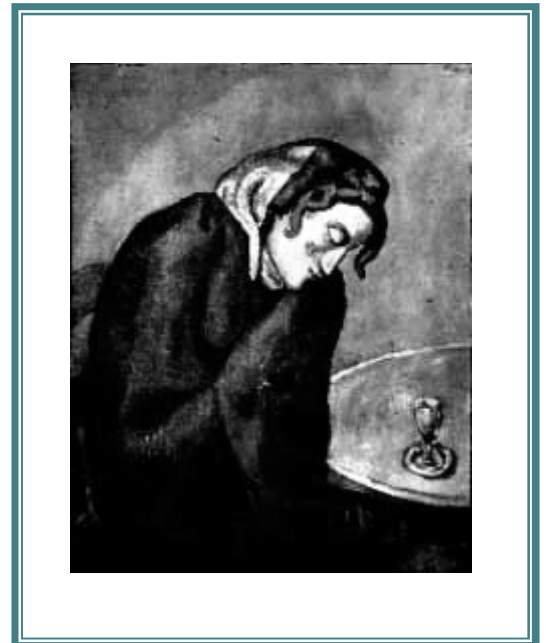
Wie kann die Selbstachtung und die innere Achtsamkeit verbessert werden?

Hier ist zu bedenken, dass das Selbstbild des Borderliners oft durch Scham- und Schuldgefühle stark beeinträchtigt ist. Diese nähren sich durch das ständige Denken an Versagen und Scheitern. Es ist dem Geschick der Therapeuten und der HEP's überlassen in Gesprächen die Gedanken auf Positives, Gelungenes und auf Schönes zu lenken.

Das kann man auch, in dem man schöne Erlebnisse durch Bilder im Zimmer für die Erinnerung „warm hält“, sie oft anspricht und Erfolge feiert, an sie erinnert und sie durch Symbole, Sprüche oder Bilder ansichtig macht.

Alle Aktivitäten des Alltages können unter diesem Gesichtspunkt entweder zu einem Erfolg führen oder es kann durch Assistenz zu einem Erfolg verholfen werden. Diese Erfolge und schönen Erlebnisse werden im Gespräch in den Fokus gerückt.

Wo sind unbelastete Lebensräume? Wie kann ich sie verbreitern? Z.B. eine patientin hat bei scheinbar Allem und Jedem eine Versagenserwartung, singt aber gerne. Dieses Singen ist möglicherweise eine solche unbelastete Lebenssituation, die man verbreitern kann, indem man mit ihr singt, vielleicht einen Chor findet, in dem sie mitsingen kann, vielleicht mag si ja auch bei der nächsten Weihnachtsfeier ein Lied vorsingen oder es mit dem HEP zusammen tun...



Wie kann bei einem bewussteren Umgang mit Gefühlen geholfen werden?

Gefühle zu haben ist nicht Weichheit. Gefühle sind Grundausstattungen des Menschen und des Lebens. Sich ihrer bewusst zu werden bedarf der Achtsamkeit für sich selber. Diese ist leider nicht immer von der Umgebung wohlgeleitet! Hier ist besonders darauf zu achten, solche Ansätze der Achtsamkeit positiv rückzumelden.

Gefühle kann man oft schwerer aussprechen, als durch Farben, Bilder oder Gedichte. Das „Postkartenspiel“ kann hier eine hilfreiche reflektive Methode sein. Man wählt ca. 20 Postkarten aus, die eindeutig unterschiedliche Stimmungen ausdrücken (thematisch, farbig, formal, stilistisch) und bietet sie an: welcher Karte entspricht

Deine derzeitige Stimmung am ehesten? Wird z.B. eine ausgewählt, wie nebenstehend, kann man nachfragen: bist Du traurig?, worüber? etc...

Oder man hat eine Farbtafel, verschiedene Smilies, andere Symbole, je nachdem, wofür der Betreffende offen ist.

Durch das häufige Üben gelingt es oft, eine größere Introspektionsfähigkeit zu erlangen, seine Gefühle rechtzeitig wahrzunehmen und zu ahnen, welche Gefahren es bedeutet und vielleicht rechtzeitig zu wissen, was jetzt gut täte.

Therapeutisches Vorgehen bei den neun Hauptsymptomen

Zur Erinnerung: die Hauptsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind:

1. Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Muster von instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmungen, etwa hochgradige episodische Dysphorie (Freudlosigkeit), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden, selten mehrere Tage anhalten.
7. Chronisches Gefühl von Leere
8. Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Störungen.

Jedes dieser Symptome kann gezielt durch die Betreuung beeinflusst werden:

Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Das Gefühl des Verlassenwerdens tritt insbesondere dann umso mehr ein, je zufälliger die Kontakte sind. Hier kann der strukturierte Tagesablauf eine Hilfe sein.

Dies erfordert eine gute Übereinstimmung des Teams. Denn nur wenn alle an der gleichen Struktur beteiligt sind, entstehen durch die rhythmische Struktur des Tagesablaufes keine doppelten Botschaften. Und solche doppelte Botschaften sorgen für Unsicherheit und aus der Sicht der Betroffenen zu einer kontraproduktiven Spaltung des Teams.

Man kann sich gut vorstellen, dass ein Mensch, der zu regelmäßigen Zeiten seine Mahlzeiten einnimmt und dessen Organismus sich an diese Regelmäßigkeit gewohnt ist, anders reagiert, als ein Mensch, der immer nur dann isst, wenn er Hunger bekommt, also keinen Rhythmus hat. Kommt der kleine Hunger, so wird der Letztere sofort etwas zu Essen suchen und vielleicht nervös werden. Derjenige, der regelmäßig isst, der weiß nicht nur intellektuell, sondern sein Organismus hat sich auch daran gewöhnt, dass es ja gleich etwas gibt und der Hunger wird nicht so quälend.

Im Falle des Kontaktes des Borderline-Patienten zum HEP ist es ähnlich. Finden Kontakte regelmäßig statt und werden Verabredungen auch zuverlässig eingehalten, so erscheint das Ende eines Kontaktes nicht als Abbruch. Daher ist hier die Regelmäßigkeit vieler vorhersehbarer Kontakte, deren Bedingungen klar sind (morgens Begegnung beim Frühstück in der Gruppe, dann kurzer Kontakt im Zimmer, Montags längeres Gespräch von 20 Minuten alleine etc...) wesentlich.

Zusatzvereinbarungen sollten auch zuverlässig eingehalten werden, dass sich auch hier der Eindruck der Zufälligkeit nicht ergibt. Das sollte auch im Umfeld angeregt werden (mit Angehörigen und Freunden).

Je wertschätzender die Begegnung ist und nicht von den momentanen Stimmungen des HEP überschattet sind, desto sicherer darf sich der Betreute fühlen. Sein Bemühen, das Verlassenwerden zu verhindern, beruht ja auf dieser Unsicherheit.

So kann man auch ein Gespräch damit beginnen, dass man deutlich macht: „ich habe jetzt eine halbe Stunde Zeit, dann muss ich mich um XY kümmern, aber übermorgen werden wir das Gespräch aufgreifen können, wenn wir heute nicht fertig werden...“

Muster von instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Die Intensität und gleichzeitige Labilität der zwischenmenschlichen Beziehung ist u.a. dadurch bedingt, dass der Betroffene hohe Erwartungen an das Gegenüber hat. Diese Erwartungen liegen in seiner Erkrankung begründet und nicht in dem, was der Kontakt an Möglichkeiten birgt. Daher ist es hier Aufgabe des professionellen Handelns, die Erwartungen an einen Kontakt mit zu definieren und diese Definition nicht durch die Erkrankung bestimmen zu lassen.

Hierzu gehören auch die Absprachen im Team, so dass nach Möglichkeit mit gleichbleibend zugewandter Intensität aller Mitarbeiter die Kontakte gepflegt werden. Veränderungen sollten transparent werden. Z.B. kann man am Anfang des Gespräches sagen: „Heute kann ich mich leider nur zehn Minuten Dir widmen, da ein Mitarbeiter krank ist und ich Teile seiner Aufgaben mit übernehmen muss. Aber ich glaube, dass uns das heute auch so gelingt. Wenn nicht, verabreden wir am Ende des Gespräches, wann wir es fortsetzen.“

Auch hier hilft der strukturierte Tagesablauf, der zur Gewohnheit geworden ist. Regeln und verabredete Verpflichtungen können hier die Struktur erhöhen.

Ein Haustier, wie ein Hund kann hier eine große Hilfe sein, wenn der Bewohner für ihn eine Verpflichtung übernommen hat. Er freut sich immer, egal, in welcher

Stimmung der Bewohner ist und für den Hund hat er die Verantwortung, die keiner Diskussion bedarf.

Erlebnispädagogische Maßnahmen können helfen das Vertrauen zur Gruppe oder zu den Betreuern aufzubauen.

Sportvereine oder Glaubensgemeinschaften, zu denen der Borderline-Patient Beziehungen aufnimmt können ein Wir-Gefühl aufbauen, das ihn trägt.

Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

Da sich das Identitätsgefühl u.a. durch Ausprobieren und Erfolg, bzw. positives Feedback als stabiles Identitätsgefühl herausbildet und das negative Identitätsgefühl durch Misserfolg, negatives oder fehlendes Feedback und Mutlosigkeit im Experimentieren verschiedener Rollenmuster, muss an positive Erfahrungen angeknüpft werden und negative Erfahrungen können in ein Verhältnis zu positiven gesetzt werden.

„Früher war ich ein Arschloch, jetzt bin ich nichts mehr“.

Nicht nur positives Feedback bei den kleinen Erfolgen des Alltags sind hier ein Stilmittel, sondern auch identitätsstiftende Erlebnisse, die ein Betroffener hatte, können in unterschiedlicher Form festgehalten werden. Ein Foto von einem schönen Erlebnis kann an einer Stelle aufgehängt werden, wo man es täglich sieht oder von einem Spaziergang, der als schön erlebt wurde, kann man einen Stein, ein Souvenir oder eine Eintrittskarte als sichtbare Erinnerung wie ein Denkmal im Zimmer, am Badezimmerspiegel oder auf dem Nachttisch platzieren.

Wenn es in Absprache mit dem Psychotherapeuten als machbar angesehen wird, kann man ein Album anlegen, in dem auch aus früherer Zeit Bilder, Postkarten und sonstige Erinnerungsstücke gesammelt werden und man kann es an schlechteren Tagen zusammen mit dem Betroffenen ansehen.

Auch in der Auswahl an Aufgaben innerhalb des strukturierten Alltages sollte man solche wählen, die zu Erfolgserlebnissen führen, die man positiv rückmelden kann.

Um zum Erlebnis einer gleichbleibenden Identität zu kommen, quasi als Diät des Selbstgefühles, sollte der soziale Umraum eng gehalten werden, dass nicht zu viele Rollenmuster hintereinander erwartet werden. Eben noch ein Bewohner einer geschützten Einrichtung mit dem Selbstbild eines Hilfebedürftigen gewesen sein, dann in die Rolle des Fahrgastes in der Straßenbahn zu schlüpfen, danach mit einer Verkäuferin als Kunde zu sprechen und dann zu Besuch in der Familie in alte Muster zurück zu kommen, kann das Gefühl auslösen, zwischen unterschiedlichen Rollen

Insgesamt machte sie mehrere tausend Bilder von ihm, von denen die meisten nur als Kontaktabzüge existierten, als ich sie im vorigen September sah. Diese Donnerstags-Sessions haben sich nie zu einem zusammenhängenden, fortlaufenden Werk entwickelt, verfehlten aber dennoch ihre therapeutische Wirkung nicht - und mehr hatte Maria damit auch gar nicht erreichen wollen. Als Sachs sie im Oktober besuchen kam, merkte sie, dass er am Ende war. Inzwischen hatte er sich so tief in seinen Schmerz zurückgezogen, dass er nicht mehr in der Lage war, sich selbst zu sehen. Ich meine das in einem phänomenologischen Sinn, etwa so, wie man vom Selbstbewusstsein spricht oder von der Art und Weise, wie man ein Bild von sich selbst gewinnt. Sachs hatte nicht mehr die Kraft, aus seinen Gedanken herauszutreten und Klarheit über sich selbst zu gewinnen, die Dimensionen des Raumes um ihn herum präzise auszumessen. Marias Leistung in jenen Monaten hat darin bestanden, ihn aus seiner Haut zu locken. Sexuelle Spannung gehörte dazu ebenso wie ihre Kamera, die ständige Bedrohung durch diesen zyklischen Apparat. Jedesmal, wenn Sachs für ein Bild posierte, war er gezwungen, sich selbst darzustellen, so zu tun, als sei er der, der er war. Nach einer Weile muss sich das auf ihn ausgewirkt haben. Durch die häufige Wiederholung dieses Vorgangs muss er an einen Punkt gelangt sein, von wo aus er sich mit Marias Augen zu sehen begann, von wo aus das Ganze auf ihn zurückschlug und er wieder fähig war, sich selbst entgegenzutreten. Man sagt, die Kamera könne einem Menschen die Seele rauben. In diesem Fall trifft wohl das Gegenteil zu. Von dieser Kamera hat Sachs, so meine ich, Stück für Stück seine Seele zurückbekommen.

sich selber nicht mehr finden zu können. Da viele Rollen in den jeweiligen Interaktionsgefügen vergeben werden und nicht selbstbestimmt ergriffen werden können, ist hier eine Reduktion durch sparsame Wechsel von sozialen Umfeldern anzustreben. Bevorstehende Rollenwechsel kann man vorbereiten.

Durch Theaterspielen und überhaupt in Spielen kann man spielerisch Rollenwechsel üben.

Auch an negativen Erlebnissen lassen sich oft Aspekte finden, die positive Fortschritte erkennen lassen. Viele negative Erlebnisse erscheinen aus der Sicht eines Menschen mit der internalisierten Versagerrolle als negativ, passieren aber anderen auch, ohne das Selbstbild zu attackieren. Solche Erlebnisse kann man rückmelden mit Worten: „das passiert mir auch ständig, na und?“ oder man weist darauf hin, wie es auch bei Idealfiguren vorkommt.

Da dieses Symptom auch die Selbstwahrnehmung betrifft, kann man auch mit basaler Stimulation die Eigenwahrnehmung in angenehmer Weise erhöhen. Zur Selbstwahrnehmung ist ein Text im Kasten, der von einem Suizidanten (Sachs) erzählt in Paul Austers Roman „Leviatan“.

Es scheint so zu sein, dass der Mensch einen Urtrieb hat wahrgenommen zu werden.

Dieses Bedürfnis ist in der Vorgeschichte des Borderliners in aller Regel nicht erfüllt worden. Dieses Wahrgenommenwerden muss auch gespürt werden. Allein die Kleinigkeit, dass man begrüßt wird, man sich nach dem Wohlbefinden erkundigt, dass ein Scherz gemacht, einem am Geburtstag eine Aufmerksamkeit zuteil oder aus dem Urlaub eine Postkarte geschickt wird, ist scheinbar nicht viel, aber in diesem Kontext wichtig und oft viel hilfreicher, als aufwendige therapeutische Konzepte.

Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).

Bedurften die ersten drei Symptome mehr der positiven Zuwendung, der Assistenz und der Übernahme von reflektiven Tätigkeiten, die der Gesund selber leisten kann, so geht es hier um Grenzsetzungen und Konsequenz.

Die klare Ansage: „bis hier hin und nicht weiter“ muss begleitet sein von einer Eindeutigkeit davon, was passiert, wenn die markierte Grenze überschritten ist.

Es klingt nach Kälte und Härte, wenn von Grenzsetzungen und Konsequenzen die Rede ist. Aber Grenzen sind ebenso Hilfen und „Geländer“, die es einem ermöglichen, sich schadlos in der Welt zu bewegen. Nur demütigende Grenzen und Konsequenzen sind keine Hilfe, sondern Strafen, die in das Muster der Erkrankung passen und daher das Krankheitsbild verstärken.

Es gibt Grenzen, die schützen. Wie es für ein Kind eine gesetzte Grenze ist, nicht auf die Straße zu laufen, weil da Autos kommen und es lebensgefährlich ist, so sind Grenzen, die vor eine selbstschädigendes Verhalten bewahren, auch Strukturen, die man zum Wohle des Betroffenen ergreift, auch wenn er es in dem Moment nicht so sieht. Sie sind nicht Ausdruck von Kälte und Strafe, sondern sind Hilfen. Und wenn sie vom HEP auch so erlebt werden und nicht mit Wut, Enttäuschung oder Ärger „verhängt“ werden, kommen sie irgendwann vielleicht auch so an.

Ein Magersüchtiger hat den Anspruch darauf, zu erfahren, bei welcher Gewichtsgrenze die Kompetenzen der Einrichtung überschritten sind und eine Einweisung in ein Krankenhaus unabwendbar wird. Ein Betroffener, der nicht mit Geld umgehen kann und Schulden nicht begleichen kann, dem können nur bestimmte Beträge zur Verfügung gestellt werden und falls er doch Schulden macht, können ihm, bis die Schulden beglichen sind, keine Gelder zur Verfügung gestellt werden.

So ergeben sich viele Grenzen und Konsequenzen aus der Sache heraus. So auch die Konsequenz des Ausschlusses aus der Wohngruppe oder der Betreuung, wenn nämlich die Grenze der Kompetenz der Einrichtung, des Teams oder des HEP überschritten sind. Diese muss dem Betroffenen klar sein.

Bei vielen Dingen geht es aber auch um Verfügbarkeit. „Fressanfälle“ kann es nur geben, wenn zu viel Essen verfügbar ist und kein Betreuer darauf achtet, dass jeder am Tisch ausreichend bekommt. Isst einer mehr, als ihm zusteht und muss dafür ein anderer hungern, ergibt sich die Frage, wie er es „wieder gut machen“ kann.

In der Regel entstehen solche Anfälle selbstschädigenden Verhaltens aus dem Stau von aversiven Gefühlen, die nicht anders beherrschbar sind. Die „Abfuhr“ solcher Gefühle durch Sport, Punchingbälle, positive andere Erlebnisse zu ermöglichen ist Prophylaxe, die nur zur Verfügung steht, wenn man den Druck rechtzeitig bemerkt. An diesem Bemerkten kann man arbeiten, besonders mit dem Klienten zusammen: wie baut sich der Druck auf, an was ist es zu bemerken (Verspannungen, Unruhe, wenig Schlaf, Aufsteigen bestimmter innerer Bilder). Wie kann eine Kommunikation rechtzeitig den Aufbau solcher Spannungen signalisieren, damit ein Überschreiten von Grenzen und damit verknüpfte Konsequenzen nicht erforderlich sind.

Besonders ist erforderlich, herauszubekommen, für welches Bedürfnis das selbstschädigende Verhalten ein Ersatz ist. Dazu bedarf es in der Regel der Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater oder Psychotherapeuten. Wie hier Abhilfe zu schaffen ist, muss dann auch gemeinsam besprochen werden. Bei dem sexuellen Triebstau sind sexualassistierende Maßnahmen zu erörtern, bei Substanzmissbrauch drogentherapeutische Maßnahmen und als letzter Schritt eine Substitutionsbehandlung.

Konsequenzen sollten natürlich weder angenehm sein, noch sollten sie eine Strafe sein, die das Selbstbild als Versager und Ausgestoßener verstärken. Dienste im Sinne der Gemeinschaft können unangenehm sein (Abwasch, Putzen), aber können dazu beitragen sinnvolles als Glied der Gemeinschaft zu leisten, so dass eine Gelegenheit zum positiven Feedback entsteht.

In jedem Fall aber sollte bei inakzeptablen Verhalten die Haltung des Betreuers durchblicken: „Dein Verhalten ist nicht akzeptabel, aber Dich mag ich trotzdem!“

Immer sollte das Gelingen von Grenzbeachtung auch positiv rückgemeldet und gelobt werden. Belohnungen sind immer möglich. Die beste Belohnung beim Einhalten der Regeln ist oft, die Grenzen neu zu definieren.

Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

Suizidalität ist immer ein Alarmsignal. Auch das Spielen mit Selbstmorddrohungen und Selbstmordversuchen um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erzwingen. Gehorcht man der Drohung, verstärkt man das Krankheitsbild, ignoriert man sie, so kann die Drohung umgesetzt werden. Man kann hier viel falsch machen, aber zuletzt gilt es aber immer die Fürsorge für das Leben und Überleben. Denn im psychiatrischen Sinne gibt es keinen „Freitod“, denn nie ist man so unfrei, wie in dem Augenblick des Suizid aus Verzweiflung oder aus der Unfähigkeit heraus, sein Leben zu meistern. Die Philosophen, die an der Möglichkeit des „Freitodes“ die Freiheit des Menschen über sein Leben festmachen, begehen in der Regel diesen Suizid nicht,

sondern bauen ihr Freiheitsgefühl aus dem Gedanken der Möglichkeit des Suizides auf, begehen ihn aber nicht.

Man muss einen Klienten schon sehr gut kennen, um ernste und nicht ernste Drohungen unterscheiden zu können und auch dann sind große Fehlinterpretationen möglich. Immer erfordert es eine hohe Präsenz und genaue Beobachtung und Begleitung, die personell nicht immer möglich sind.

Daher scheint es eine der wichtigsten Methoden zu sein, hier mit den Klienten deutliche Verabredungen zu treffen in Zuständen, in denen es ihm gut geht, wie man in solchen Fällen verfährt. Ein klares Programm, in das der Betreffende in guten Zeiten einwilligt, es gegebenenfalls unterschreibt, ist aus mehreren Gesichtspunkten wichtig und sinnvoll. Erstens können sich alle im Team daran halten und zweitens geschieht im Falle des Falles das, woran der Betreffende sich und seine Einwilligungen wiedererkennen kann, d.h., im Moment der Entfernung von seiner Identität kann ihn ggf. die Konfrontation mit dem, was er im Zustand der Identität mit sich selber beschlossen hat, ihn auch zurückführen. Drittens steht oft bei Selbstgefährdung die nicht undramatische Notfalleinweisung in eine geschlossene Abteilung an. Hat er in guten Zeiten darein eingewilligt, so kann er in der Klinik verbleiben, andernfalls könnte er seine Einwilligung verweigern und wäre am nächsten Tag wieder entlassen, ggf. um den Suizid zu begehen.

Anders mit der Selbstverletzung, wie dem Ritzen, das in der Regel oberflächlich ist. Es sind meist Gefühlsstauungen, die sich nicht, da der Borderliner gefühlsblind ist, äußern lassen. Der Stau fließt dann oft mit dem Blut ab, die Wärme des Blutes wird dann als positives Gefühl körperlich erlebt und der Schmerz überdeckt das gestaute Gefühl, so dass ein anderes sich an die Stelle des ursprünglichen Gefühls stellt. Es kommt zu einer Scheinlösung.

Hier sind zwei Erfordernisse festzustellen. Zum Einen die Prophylaxe und zum Anderen der Umgang mit der Verletzung.

Die Prophylaxe erfordert ein wacheres Umgehen mit Gefühlen, wie es ab Seite 11 beschrieben wird.

Im Falle einer konkreten Verletzung ist Ruhe und Besonnenheit angesagt. Meist reicht es aus zu sagen: „Du weißt wo das Verbandszeug liegt – und wisch alles wieder auf, ich komme gleich und schaue, ob alles wieder sauber ist!“. Es gilt hier, dem so wenig Beachtung, als möglich zu schenken, da es keine Handlung ist, die positives Feedback verdient, aber auch keine Strafe. Hilfe im Umgang mit Gefühlen anzubieten ist wichtig, aber ebenso ist es wichtig, sich nicht zum Teilnehmer unfruchtbarer Gefühlsverarbeitung zu machen. Mitleid ist nicht angesagt, da der Betreffende nicht unter der Aktion leidet. Kühle Sachlichkeit ist scheinbar das Wichtigste.

Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmungen, etwa hochgradige episodische Dysphorie (Freudlosigkeit), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen gewöhnlich einige Stunden, selten mehrere Tage anhalten.

Auch hier ist der Umgang mit Gefühlen zu erlernen, z.B. wie es ab Seite 11 beschrieben wird. Der Betreuer tut gut daran, auch bei starken Stimmungsschwankungen des Klienten mit Gleichmut und stabiler, positiver Gefühlslage seinerseits zu reagieren und die Berg- und Talfahrt der Gefühle des Klienten nicht mit zu machen.

Es ist schwer, bei freudlosen Menschen eine positive Stimmung und Geduld zu wahren und nicht ärgerlich zu werden. Aufmunterungen helfen selten, wie es im Falle der Angst meistens nichts nutzt, zu sagen, dass die Angst nicht gerechtfertigt ist. Die Stimmung des Klienten ist zu respektieren, aber keinesfalls sollte man sich dadurch anstecken lassen.

Dezenter Humor (keinesfalls Ironie oder Sarkasmus), angemessene Fröhlichkeit und eine gelebte optimistische Grundhaltung wären gut, sind aber schwer aufrecht zu halten! Das bedeutet, das hier vom HEP einiges verlangt wird, seine Gefühle selber unter Kontrolle zu haben. Alternativ kann hier formelle Sachlichkeit dienlich sein, ist aber weniger Hilfreich. Positive Verstärkungen von positiven Gefühlsregungen oder von Fortschritten sind ebenso wichtig.

Chronisches Gefühl von Leere

Da das Gefühl der Leere u.a. damit zusammenhängt, dass keine inneren Reize aufgebaut werden, wenn von außen keine kommen und diese inneren Reize durch Erinnerungen und der Verarbeitung von Erlebten herrühren oder von dissoziativen Phantasien, kann es hilfreich sein, positive Erinnerungen zu pflegen, wie es ab Seite 15 beschrieben worden ist.

Keinesfalls sollte man der einfacheren Versuchung unterliegen, das Gefühl der Leere durch starke äußere Reize zu überdecken und Events zu veranstalten, die stärker sind, als die innere Leere.

Ggf. können hier basale Stimulationen helfen, damit sich der Klient wieder selber stärker spürt.

Eine stärkere Einbindung in die Strukturen des Alltags, verstehbare, handhabbare und sinnhafte Aufgaben, die regelmäßig ausgeführt werden und bei denen der Klient sich auf eine gewisse Routine abstützen kann, vermindern die Zeiten, in denen die

Leere quälend in den Vordergrund tritt. Überforderungen sind hier genauso gefährlich, wie Unterforderungen. Häufige Kontakte sind dann nötig, auch wenn der Klient nicht danach verlangt.

Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)

Hier kommen alle Maßnahmen zum Tragen, die für den Umgang mit Aggressionen und Gewalt gelten und für die deeskalierende Konfliktbegleitung.

Sich gewaltfrei einmischen, die Gewaltsituation begrenzen, im Zweifelsfall ohne eigene Aggression auch körperlich dazwischen gehen (zu Mehreren) und vermeiden, dass der Aggressive einen Gesichtsverlust erleidet (also wieder die kühle Sachlichkeit walten lassen).

Im Vordergrund steht natürlich immer der Schutz des Opfers.

Analog zu dem Konstanzer Trainingsmodell zum Umgang mit Aggressionen kann man vorbeugend folgendes berücksichtigen:

1. Unerwünschtem Verhalten begegnen: z.B. ignorieren, stoppen oder abbrechen durch direktes Eingreifen in die Situation; bereits im Keim ersticken durch entsprechendes nonverbales Verhalten.
2. Negative Anreize vermindern: z.B. überflüssige unangenehme Erfahrungen vermeiden, kein aggressives Modell bieten oder Unklarheiten im Alltagsverlauf und -stil vermeiden.
3. Positive Anreize anbieten: z.B. für Sachmotivierung und lebensbezogene Abwechslung sorgen, Alltagssituationen übersichtlicher gestalten, positives Verhaltensmodell bieten, Bewohner ermutigen, gegenseitiges Einfühlen zu erlernen.
4. Grundhaltungen (bei sich und bei den Bewohnern) verändern: z.B. Störungen und Ärgernisse entdramatisieren, resignative Haltung angesichts von Aggressionen überwinden, aggressive Modelle kritisch sehen lernen.
5. Erwünschtes Verhalten fördern: z.B. kooperative Ansätze hervorheben, Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten und mit aggressiven Gefühlen üben, angemessen kommunizieren lernen.

Dass diese Möglichkeiten begrenzt sind, soll nicht vernachlässigt werden. Aber als Zieldynamik sind sie doch hilfreich.

Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Störungen.

Dissoziationen von der Realität sind etwas Normales. Tagträume, Phantasien, Genuss von Geschichten, Filmen, die Geschichten erzählen etc. sind Dissoziationen vom Alltag. Kinder, die sich aus Konflikten in eine Traumwelt zurückziehen, in der sie stark sind, wie Pipi Langstrumpf, zaubern können wie Harry Potter und frech sind wie Michel Lönneberga, kehren gestärkt in die Realität zurück. In solchen Phantasien und Träumen sammeln wir Kräfte, bauen unser Selbstbild auf und sammeln Motivationen. Bei dissoziativen Störungen können Fiktion und Realität, Traum und Wirklichkeit nicht auseinander gehalten werden oder es findet jemand nicht zurück in die Realität. Das gilt besonders im Stress, oder dem, was der Betreffende als Stress empfindet. Alles, was zum Entstressen und zum Erhöhen der Stressresistenz führt, ist hier angebracht.

Dazu kann man die Dissoziationen üben, indem man gemeinsam Traumreisen unternimmt, die aber vom Helfer begleitet, also auch zurückgeführt werden, in dem man Geschichten vorliest, Filme gemeinsam ansieht und bespricht und begleitet.

Der Begleiter wird zum Übersetzer zwischen den Welten, wie es in dem Film „A Beautiful Mind“ die Ehefrau Alicia mit John Nash tut.

Die in der Dissoziation erlebten Figuren und Gestalten sind dabei nicht anzuzweifeln, wohl aber, dass sie in der Realität eine Rolle spielen.

Dissoziative Störungen sind immer ein Symptom, bei dem der Psychiater hinzugezogen werden muss und nicht selten Medikamente indiziert sind.

Psychotherapie

Die Aufgabe des HEP ist es nicht, Psychotherapeut zu sein. Aber eine enge Rücksprache mit dem Therapeuten kann dessen Arbeit unterstützen: welche Themen sind gerade in der Therapie dran und wie kann es im Alltag unterstützt werden.

Lange Zeit galt die Psychotherapie als unmöglich bei Borderline. Heute ist man mit den Erwartungen an die Ergebnisse bescheidener geworden. Immer brauchen Therapien viel Geduld und werden auch oft abgebrochen. Dieses Bedürfnis nach Abbruch rechtzeitig zu bemerken, dem Therapeuten rückzumelden und nach Absprache mit ihm dem entgegenzuwirken, kann eine unschätzbare Hilfe sein.

Psychotherapien haben die Aufgabe positive Veränderungen der Symptome zu bewirken, was der HEP als erster merkt und rückmelden kann, sie sind in der Regel tiefe emotionale Erfahrungen, die der HEP auffangen kann, sie streben an, dass der Patient seine Symptome kennen und benennen lernt, was der HEP im Alltag unterstützen kann („schau mal: das war doch wieder das Gefühl von Leere...“). Ferner soll die Therapie die Einstellung und das innere Erleben günstiger gestalten, wie auch die zwischenmenschlichen Beziehungen und Entwicklung ermöglichen. Der HEP sieht den Betroffenen täglich mehrere Stunden, der Therapeut im besten Fall einmal die Woche eine Stunde. Da kann der Prozess viel intensiver begleitet werden.

Eine Therapie, gleich welcher Schule durchläuft dabei in der Regel folgende Phasen:

Vorbereitungsphase:

Aufklärung über die Behandlung und Zustimmung des Patienten
Motivation und Zielanalyse.

Erste Therapiephase:

Suizidales und ähnliches Verhalten
Therapiegefährdendes Verhalten
Verhalten, das die Lebensqualität verschlechtert
Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten:
Innere Achtsamkeit
Zwischenmenschliche Fähigkeiten
Bewusster Umgang mit Gefühlen
Stresstoleranz
Selbstmanagement



Zweite Therapiephase

Bearbeitung des Posttraumatischen Stress-Syndroms

Dritte Therapiephase:

Steigerung der Selbstachtung
 Entwicklung und Umsetzung individueller Ziele.

Viele Therapien schaffen es nicht, über die Vorbereitungsphase hinaus, da es erst einmal zur Krankheitseinsicht kommen muss und zum Verlassen der Opferrolle. Es ist leicht vorzustellen, dass es für den HEP wichtig sein kann, zu wissen, in welcher Phase der therapeutische Prozess steht.

Oft muss der Prozess mit Medikamenten begleitet werden, um starke Symptome soweit zu dämpfen, dass Gespräche überhaupt möglich sind.

Eingesetzt werden hier in der Regel Medikamente, die in der folgenden Tabelle zusammengestellt sind:

Medikamentengruppe	Beispiel	Wirkung	Nebenwirkung	Einsatz bei der Borderline-Störung
Neruroleptika	Haldol® Neurocil®	Die Wirkung der Neuroleptika ist abhängig von deren <i>Potenz</i> . Niederpotente Neuroleptika wirken vor allem sedierend und werden daher als Schlaf- und Beruhigungsmittel eingesetzt. Hochpotente Neuroleptika wirken gegen psychotische Symptome, insbesondere gegen gedankliche Desorganisation 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 Sitzunruhe 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.
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 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. Auch chronische Schmerzzustände können mit AD behandelt werden.	Die Nebenwirkungen sind zwischen den Präparaten unterschiedlich. Häufig sind Kreislaufstörungen und trockene Schleimhäute.	Depressive Verstimmungszustände

Serotonerge Antidepressiva	Anafranil® Fluctin® Cipramil®	Serotonerge AD wirken zusätzlich auf Angst- und Zwangssymptome	Blutdruckkrisen, starkes Schwitzen, Schwindel. Vereinzelt sind Absetzprobleme berichtet worden.	Depressive Verstimmung, Angst, Zwangssymptome, Reduktion von Essattacken bei Bulimie.
Phasenprophylaktika	Hypnorex® Tegretal® Mylepsinum®	Diese Medikamente werden bei der Manie und als vorbeugendes Medikament bei sich wiederholenden affektiven Erkrankungen eingesetzt. Alle Medikamente wirken auch gegen Impulskontrollstörungen und Aggressivität.	Die Nebenwirkungen richten sich nach dem eingesetzten Präparat. Da die therapeutische Spanne gering ist, werden die Medikamente nach Blutspiegel dosiert. Keine Abhängigkeit.	Bei Impulskontrollstörungen, Aggressionen.
Tranquilizer (Benzodiazepine)	Valium® Tavor® Rohypnol®	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. Abhängigkeitsentwicklung nach längerer Einnahme wahrscheinlich.	Wegen möglicher Abhängigkeit nur Einsatz im Rahmen von Ausnahmezuständen und Notfallsituationen.
Opiatantagonisten	Naltrexon®	Medikament blockiert die Opiatrezeptoren im Gehirn, sodass auch das körpereigene Morphin (Endomorphin) nicht mehr wirken kann.	Bei Opiatabhängigen Entwicklung starker Entzugssymptome.	Bei selbstverletzendem Verhalten (noch keine anerkannte Indikation)