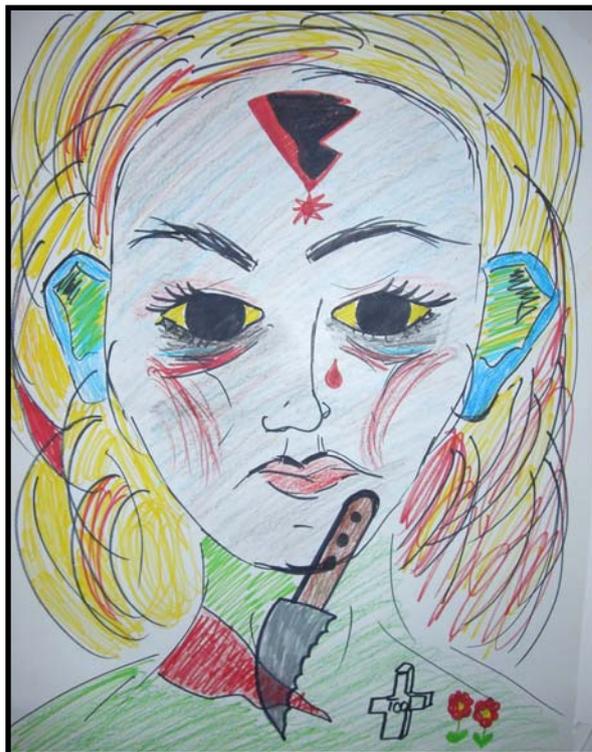




Die optimale Therapie der Borderline Störung

von Christoph Barthel

Ursachen, Symptomatik und Therapie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ



O.P.I.S. - Online Patienten Informations Service

www.online-patienten-informations-service.de

www.dr-gumpert.de



Das Borderline -Syndrom

von Christoph Barthel

unter Mitarbeit von Dr. med. Nicolas Gumpert und Dr. med. Marc Jungermann

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	4
1.1 Begriffsbestimmung	5
1.2 Häufigkeit (Epidemiologie)	7
2. Diagnostik	8
2.1 Diagnostische Kriterien der Borderline Störung nach ICD-10	8
2.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV	11
3. Das Beschwerdebild (Symptomatik)	11
3.1 Nichtbeachtung des eigenen Erlebens	11
3.2 Erhöhte Angreifbarkeit im Gefühlserleben	12
3.3 Ausblenden von Gefühlsreaktionen	12
3.4 Blenden	13
3.5 Unzureichende Möglichkeiten zur Problemlösung	13
3.6 Impulsivität	14
3.7 Selbstverletzendes / parasuizidales Verhalten	15
3.8 "Schwarz-Weiß-Denken"	16
3.9 Dissoziationen	16
3.10 Aktive Passivität	17
4. Besondere Fähigkeiten von Borderline Patienten	18
5. Ursachen (Ätiologie)	19
5.1 Psychoanalytische Theorie	19



5.2 Belastungen im sozialen Umfeld	20
5.3 Erbliche Faktoren	20
5.4 Organische Faktoren	21
5.5 Vulnerabilitäts-Stress-Modell	21
6. Was können die Familie oder Freunde von Borderline- Patienten tun? ..	22
7. Therapie und Behandlung der Borderline-Störung	23
7.1 Bausteine der DB-Therapie	25
7.1.1 (Ambulante) Einzeltherapie	25
7.1.2 (Ambulantes) Fertigkeitentraining (Skills)	26
7.1.3 Telefonkontakt/Telefonberatung	31
7.1.4 Medikamentöse Behandlung	32
7.1.5 Therapeutensupervision	40
8. Häufig gestellte Fragen	39
9. Schlusswort und Impressum	45



1. Einleitung

Dieses Buch vermittelt den medizinischen Laien in verständlicher Weise Fachinformationen zum Thema „Borderline-Störung“. Die Autoren sind hierbei bemüht, den neuesten Stand der Medizin wiederzugeben. Dennoch kann es vorkommen, dass neueste Erkenntnisse aus aktuellen Entwicklungen noch nicht verarbeitet wurden. Dieses Buch erhebt deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll spezifisch Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (und deren Freunde und Angehörige) ansprechen, die sich umfassend über ihre Erkrankung und deren Therapiemöglichkeiten aufklären möchten.

Ziel ist es, bei Ihnen ein Bewusstsein für Ihre Erkrankung zu entwickeln, Ängste zu nehmen, Aufklärung zu betreiben und damit die Kompetenz für das Gespräch mit Ihrem Arzt, Psychologen oder Therapeuten zu vermitteln. Der medizinische Alltag zeigt, dass für ausführliche Aufklärungsgespräche in einem laufenden Krankenhaus oder Praxisbetrieb leider zu wenig Zeit bleibt. Aber nur der aufgeklärte Patient wird die Behandlung der Borderline-Erkrankung optimieren können. Wissenschaftliche Studien belegen, dass der gut informierte Patient seine Erkrankung günstig beeinflussen kann.

Dieses Buch ist als Informationsschrift entwickelt worden und **nicht** als Anleitung zur Selbstbehandlung gedacht! Für die Diagnose und Therapie Ihrer Erkrankungen ist ausschließlich der fachkundige Arzt/Psychologe bzw. Therapeut Ihres Vertrauens zuständig. Verordnete Arzneimittel und Behandlungsmaßnahmen dürfen **keinesfalls** ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Therapeuten aufgrund dieser Fachinformation geändert oder abgesetzt werden.

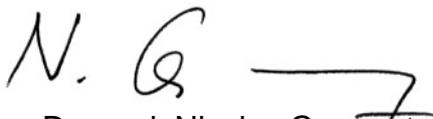


Dies kann zu erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen!

Die Autoren haben sich bemüht, einen umfassenden Überblick über das Krankheitsbild der Borderline-Störung aufzuzeigen, können jedoch für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Behandlungsweges **keine Haftung** übernehmen. Insbesondere haften die Autoren nicht für Behandlungsmaßnahmen, die der Leser ohne Rücksprache und Beratung mit seinem Arzt/Psychotherapeuten vornimmt. Dieses Buch ersetzt kein Beratungsgespräch mit dem Arzt / Psychotherapeuten Ihres Vertrauens.

Diese Patienteninformation ist **urheberrechtlich geschützt**. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Wir wünschen Ihnen einen guten Therapieerfolg und baldige Genesung


Dr. med. Nicolas Gumpert


Dr. med. Marc Jungermann



Synonyme: Borderline-Störung, Selbstverletzung, selbstverletzendes Verhalten, emotional-instabile Persönlichkeitsstörung

1.1 Begriffsbestimmung:

Jeder Mensch ist mehr als die einzelnen Teile, aus denen er zusammengesetzt ist. Wir alle sind Individuen. Doch was bedeutet Individualität, also die Einzigartigkeit des Menschen. Nun, für einen Psychiater bedeutet es vereinfacht gesagt, dass wir alle eine große Menge von Eigenschaften und Verhaltensweisen besitzen, die in dieser Kombination nur bei uns auftreten. Sie sind für uns charakteristisch, sie sind persönlich. Sie stellen unsere **Persönlichkeit** dar.

Da die meisten Menschen jedoch auf die eine oder andere Weise mit anderen Menschen und deshalb auch mit deren "einzigartigen" Persönlichkeiten zu tun haben, ist es nur logisch, dass die Menschen bei aller Einzigartigkeit gewisse Spielregeln im Umgang mit einander einhalten müssen. Dies bedeutet keineswegs, dass es den "normalen" Menschen gibt, man hat sich vielmehr im Laufe der Menschheitsgeschichte auf "**angepasste**" **Verhaltensweisen** in verschiedenen Situationen des Lebens geeinigt. Jeder Mensch, der nun dem großen Verein "Menschheit" beitrifft, bekommt im Laufe seines Lebens diese Regeln beigebracht. Institutionen hierfür sind typischerweise Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, aber natürlich auch die Kernfamilie. Diese Regeln sind nicht überall auf der Welt gleich, sondern sie variieren zwischen den verschiedenen sozialen und kulturellen Gruppen, so dass es insbesondere Individuen, die zwischen zwei unterschiedlichen Kulturen aufwachsen, schwer haben, sich angepasst zu verhalten.

Was aber passiert, wenn es Einzelnen nicht gelingt, diese Spielregeln zu verinnerlichen und stets angemessen anzuwenden? Was passiert, wenn die Instrumente, die unsere Einzigartigkeit ausmachen in vielen Situationen unangemessen erscheinen und sowohl uns, als auch unserer Umgebung Leid und Schmerz zufügen?

In diesem Fall spricht man von einer Störung in der Persönlichkeit, einer **Persönlichkeitsstörung**.

Eine im psychiatrischen Alltag besonders häufig gesehene Persönlichkeitsstörung stellt die sog. **Borderline Störung** dar. Hierbei handelt es sich um eine emotional instabile Persönlichkeit. Dies bedeutet, dass die gesamte Palette der Emotionalität von Freude



bis Wut, von Hass bis Vergöttern in unregelmäßiger Folge auf den Patienten hereinbricht. Emotionale Höhenflüge können fast im selben Moment zu Abstürzen führen, die vom Patienten, aber auch von dessen Umgebung als nahezu unerträglich erlebt werden. Hierbei kommt erschwerend hinzu, dass die unmittelbare Umgebung häufig die Anlässe eines solchen Stimmungswechsels nicht nachvollziehen kann.

1.2 Häufigkeit (Epidemiologie):

Die Häufigkeit dieser Störung in der Bevölkerung liegt bei ungefähr 1-1,5 %. Ungefähr 70-80% der Patienten sind Frauen. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass sich diese Zahlen auf Untersuchungen beziehen, die in Krankenhäusern und Arztpraxen durchgeführt wurden. Erfahrungsgemäß begeben sich Männer zum Einen deutlich seltener in psychotherapeutische Behandlung, um Hilfe zu suchen und zum Anderen weiß man von männlichen Borderline Patienten, dass sie häufig ein großes Gewaltpotential haben können. Dieses richtet sich nicht nur gegen sich selbst, sondern auch oft gegen Andere. Experten gehen davon aus, dass eine beträchtliche Anzahl der männlichen Borderline Patienten nicht in Krankenhäusern oder Praxen behandelt werden, sondern vielmehr in Gefängnissen sitzen

Selbstverletzung bzw. selbstverletzendes Verhalten findet man bei etwa 65-70% aller Borderline-Patienten. Das bedeutet, dass nicht jeder mit einer Borderline-Störung zwingend Selbstverletzung zeigen muss. Beunruhigend ist in diesem Zusammenhang, dass sich bei vorhandener Selbstverletzung die Selbstmordrate (Suizidrate) erhöht. Liegt sie bei Borderline-Patienten ohne selbstschädigendes Verhalten bei etwa 8%, so erhöht sie sich bei Vorhandensein von Selbstverletzung auf etwa 18%.

Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer zusätzlichen psychischen Störung zu erkranken (das sog. Komorbiditätsrisiko), ist bei Borderline Patienten deutlich erhöht. Die häufigste zusätzliche Diagnose ist hierbei die **Depression**. Bei nahezu allen Patienten wird im Laufe des Lebens einmal diese Diagnose gestellt. Fast ebenso häufig leiden Patienten mit Borderline Störung an **Angststörungen** und mehr als 2/3 betreiben zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben einen sog. "**Substanzmissbrauch**" oder entwickeln sogar eine **Abhängigkeit** (Alkohol, Medikamente, Drogen etc.). In mehr als



der Hälfte der Fälle entwickeln sich im Verlauf **Esstörungen**.

2. Diagnostik:

Jede Diagnose, die in unserem Gesundheitswesen gestellt wird, muss, wenn man es professionell und nicht einfach aus dem Bauch heraus machen will, "verschlüsselt" werden. Das bedeutet, dass es Systeme gibt, in denen alle Krankheiten, die die Medizin kennt, mehr oder weniger gut erfasst werden. Ein Arzt kann also nicht einfach hergehen und Diagnosen verteilen, solange nicht die Kriterien erfüllt sind, die das Verschlüsselungssystem verlangt. Sind die Kriterien nicht erfüllt, kann die Diagnose nicht gestellt werden.

In der Psychiatrie in Deutschland arbeiten wir mit zwei Systemen. Das eine ist das sog. **ICD-10 System** (Internationale Klassifikation von Krankheiten laut WHO). Dieses ist das Standardsystem zur Verschlüsselung und Diagnosestellung in den Krankenhäusern. Dieses System wird von den Geldgebern (den Krankenkassen) verlangt. Kritiker sehen das ICD-10 manchmal als zu ungenau in der Beschreibung der komplexen und schwierige Krankheitsbilder.

Die Forschung im Bereich der Psychiatrie verwendet deshalb das aus dem amerikanischen Raum kommende System des **DSM-IV** (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen nach APA). Hier sind die Beschreibungen der Krankheitssymptome oft (tatsächlich) genauer. Im Folgenden nun werden die diagnostischen Kriterien beider Systeme angezeigt:



2.1 Diagnostische Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10-Kriterien:

A.) Um die Diagnose einer Borderline Störung stellen zu können müssen **mindestens 3 der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen:**

1. Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden.
3. Neigung zu Ausbrüchen mit Wut und Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.
4. Schwierigkeit in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden.
5. Unbeständige und unberechenbare Stimmung.

B.) Zusätzlich müssen **mindestens 2 der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorliegen:**

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller).
2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen.
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden.



4. Wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung.
 5. Anhaltendes Gefühl von Leere
-

2.2 Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV für eine Borderline Persönlichkeitsstörung: Um die Diagnose einer Borderline Störung stellen zu können müssen **mindestens 5 der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen:**

1. Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres (in der Vorstellungswelt des Patienten) Alleinsein zu verhindern.
2. Ein Muster von instabilen und zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet. (ein Traumpartner kann in regelmäßigem Wechsel zum Hassobjekt werden, nur um nach einiger Zeit wieder angehimmelt zu werden)
3. Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst. (Wer bin ich, warum bin ich wie ich bin, warum bin ich so ein schlechter Mensch)
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geld ausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle).
5. Wiederkehrende Suizidandrohungen (Selbstmord-), Suizidandeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.



6. Affektive Instabilität (starke Stimmungsschwankungen) , die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist: z.B. starke episodische (wiederkehrende Phasen) Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst.

7. Chronisches Gefühl der Leere.

8. Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien).

9. Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen (Verfolgungswahn) oder schwere dissoziative Symptome (Veränderung der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Denkens s. 3.9)



3. Das Beschwerdebild (Symptomatik):

Insgesamt zeigt sich die Symptomatik bei der Borderline-Störung als sehr vielschichtig. Im Folgenden werden nun typische Symptome aufgezeigt:

3.1 Nichtbeachtung des eigenen Erlebens:

Borderline Patienten fällt es außerordentlich schwer die eigenen Fähigkeiten, Emotionen und auch ihr Verhalten als gut und angemessen zu erleben. Vielmehr fühlen sie häufig eine bohrende Gewissheit, mal wieder "alles falsch gemacht zu haben." Nicht selten denken sie hierbei in den Mustern, die ihnen schon von klein auf beigebracht worden sind.

Ein Kind, welches z.B. regelmäßig vom Vater missbraucht wird und voller Hilflosigkeit, Wut und Ekel ist, bekommt vom Vater stets nach dem Missbrauch gesagt, dass man sich sehr lieb habe und sogar ein tolles Geheimnis teile und wenn das Kind das Geheimnis verrate, dann würden alle, die es lieb habe für immer weggehen.

Viele Patienten lernen also, dass sie ihren eigenen Gefühlen und Wünschen nicht trauen dürfen, da sie sowieso immer das Falsche fühlen, oder es schlimme Konsequenzen haben wird, den eigenen Gedanken und Gefühlen zu trauen. Häufig geraten die Patienten dann in einen sog. "Ambivalenzkonflikt". Ambivalenz bedeutet hierbei das "Hin-und-her-Gerissen-Sein". Zum einen sind dort ihre Gefühle, die sie deutlich spüren, zum anderen ist da die Gewissheit Unrecht zu haben und unfähig zu sein. Aus diesem Problem entsteht dann häufig ein weiteres: Die Patienten beginnen die Erwartungen an sich selbst zu erhöhen. Diese Erhöhung kann nahezu grenzenlos werden und ist somit in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Konsequenz hieraus ist eine immense Wut (aber auch ein großes Schamgefühl) auf die eigene Person. Nicht selten schlägt diese Wut dann in massiven Selbsthass um.



3.2 Erhöhte Angreifbarkeit im Gefühlserleben

Wir alle werden jeden Tag einer Vielzahl positiver und negativer Gefühle ausgesetzt. Die wenigsten bleiben länger als einige Minuten in Erinnerung. Borderline Patienten hingegen haben immens gute "Antennen" negative Schwingungen aufzufangen und auch zu behalten. Oft braucht es nur einen kleinen Anlass, um eine Reaktion zu provozieren. Da die Patienten auch kleine negative Schwingungen sehr intensiv wahrnehmen, ist auch die Reaktion darauf meistens sehr intensiv. Ein falsches Wort, kann unter Umständen einen "Vulkanausbruch" hervorrufen. Weiterhin problematisch ist, dass der hohe Stresslevel, also der gefühlsmäßige Spannungszustand, nur sehr langsam wieder kleiner wird, d.h. der Ausbruch kann unangemessen lange anhalten.

3.3 Ausblenden von Gefühlsreaktionen

Da die Patienten häufig schon früh die Erfahrung machen, dass sie ihren Gefühlen besser nicht trauen sollten und dass es schlimme Konsequenzen haben kann, den eigenen negativen Gefühlen nachzugeben, bemühen sich viele, diese ganz aus ihrem Gefühlsleben zu verbannen. Dies wird versucht dadurch zu erreichen, dass sich die Patienten in hohem Maße selbst kontrollieren, wann immer in ihnen Gefühle wie Ärger, Trauer oder auch Scham auftauchen.

Dies kann dazu führen, dass die Patienten solchen Situationen z.B. aus dem Weg gehen, oder aber vermehrt zu Drogen greifen.

3.4 Blenden

Borderline Patienten verstehen es oft sowohl ihr unmittelbares aber auch ein professionell-therapeutisches Umfeld zu blenden (täuschen). Dies geschieht jedoch keineswegs aus böser Absicht, sondern häufig aus der schon im Punkt 3.1 erwähnten Selbstüberschätzung heraus. Blenden heißt in diesem Falle, dass sie sich bemühter und verantwortungsvoller zeigen, als sie es wirklich sind bzw. sein können. Tatsächlich können Patienten mit einer Borderline Störung sehr gut und verantwortungsvoll für



andere da sein und ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Schwierigkeiten hingegen bereitet jedoch die Konzentration auf die eigenen Belange. Der Unterschied besteht in den unterschiedlichen negativen Gefühlen, die man im Umgang mit sich oder mit anderen spürt. Im Umgang mit anderen kann man theoretisch irgendwann nach "Hause gehen" und die Tür hinter sich schließen. Bei den eigenen Problemen löst das Tür schließen die vorhandenen Probleme noch lange nicht auf, der Stress bleibt bestehen. Dies kann dann im Weiteren zum Zusammenbruch mit depressiver Stimmungslage oder sogar Suizidgedanken führen.

3.5 Unzureichende Möglichkeiten zur Problemlösung

Die oben erwähnten Punkte zeigen, wie Borderline Patienten oft durch ihre eigene Gefühlswahrnehmung gequält werden können. Trotzdem gibt es diese negativen Gefühle weiterhin jeden Tag. Sei es eine unfreundliche Kassiererin, ein Autofahrer, der die Vorfahrt nimmt, oder der Freund, der zu spät nach Hause kommt.

Häufig ist es nun so, dass die Patienten diese unablässig auf sie einstürzenden unangenehmen Gefühle "wegzumachen" versuchen, indem sie zu Drogen greifen (s. auch Epidemiologie). Meist beginnt es mit den leicht zugänglichen Drogen wie Alkohol und Cannabis. Das Problem hierbei ist die "Zweischneidigkeit" (der vorgetäuschte „Therapieerfolg“). Die Drogen zeigen nämlich häufig in kürzester Zeit einen gewünschten Effekt, nämlich ein Auflösen der negativen Empfindungen. Dieser Effekt ist jedoch nicht von Dauer. Wie bei jedem Drogenmissbrauch überwiegen (schlussendlich) die negativen Folgen. Die meisten Drogen führen früher oder später zu einer Toleranzentwicklung, d.h. der Borderline Patient braucht von mal zu mal mehr, damit sich der gewünschte Effekt einstellt. Langfristig führt das dazu, dass mit zunehmendem Drogenkonsum die eigene Leistungsfähigkeit sinkt. Dies wiederum führt zu einem umso stärkerem negativen Erleben der eigenen Person und zu einem stärkeren Wunsch diese negativen Gefühle mit Drogen "wegzumachen". Es entsteht die typische Situation eines Teufelskreises aus dem mitunter kein Weg mehr nach „draußen“ führt. Drogen führen außerdem zu einem mehr oder weniger großen Kontrollverlust, was zum einen das ohnehin schon negative Selbstbild noch verstärken kann und auf der anderen Seite, die bei vielen Patienten vorhandene ausgeprägte



Impulsivität (z.B. aggressives Verhalten) ebenfalls verstärkt.

3.6 Impulsivität

Die meisten Borderline Patienten haben sehr große Schwierigkeiten ihre Impulse zu kontrollieren. Als Impuls muss hier die Handlung verstanden werden, die ohne Rücksicht auf Konsequenzen durchgeführt wird. Typische Impulse, denen Borderline Patienten häufig nachkommen sind aggressive Durchbrüche gegen sich selbst und gegen andere. So kommt es z.B. nicht selten zu unkontrolliertem Geldausgeben, riskantem Autofahren oder unangemessenen sprachlichen Entgleisungen wie Beschimpfungen. Darüber hinaus finden sich Heißhungeranfälle und wahlloses, ungeschütztes Sexualverhalten. Dieses Verhalten bezeichnet man typischerweise als "Hochrisikoverhalten".

Ein Beispiel aus der Klinik: Eine junge Frau mit Borderline-Störung war mit ihrem Mann auf der Autobahn unterwegs. Da es sich um einen neuen und teuren Wagen handelte, kam es seitens des Mannes, der auf dem Beifahrersitz saß immer wieder zu Belehrungen und Ermahnungen. Nachdem die Frau ihren Mann mehrmals gewarnt hatte, dies sein zu lassen, er jedoch weiterhin kritisierte, lenkte sie den Wagen kurzerhand mit ca. 180km/h in die Leitplanke und verursachte damit einen Verkehrsunfall, bei dem zum Glück niemand ernsthaft verletzt wurde. Als Grund gab sie an, dass sie nur noch gewollt habe, dass ihr Mann still sei, egal wie.



3.7 Selbstverletzendes Verhalten / Parasuizidales Verhalten

Zwischen 70 und 80 % der Patienten mit einer Borderline Störung entwickeln im Laufe des Lebens selbstverletzendes Verhalten. Ähnlich wie das vorher genannte "Hochrisikoverhalten", kann auch die Selbstverletzung ein für Betroffene geeignet erscheinendes Mittel der Beendigung von intensiven Spannungszuständen sein. Unter einem Spannungszustand versteht man eine kontinuierliche Aufwallung von zumeist sehr negativen Gefühlen. Jeder kennt das Gefühl wachsender Anspannung unmittelbar vor einer Prüfung oder einer Operation. Häufig bedarf es für Borderline Patienten nur eines kleinen Anlasses, um in einen solchen intensiven Spannungszustand zu verfallen und es fehlen ihnen die Fähigkeiten, sich selbst wieder zu beruhigen und aus diesem unangenehmen Zustand wieder herauszufinden.

Die Patienten fügen sich Selbstverletzungen durch Schneiden oder Ritzen in die Haut, brennen und Blut ablassen zu, um zum einen den Spannungszustand rasch zu beenden, sich für etwas zu bestrafen oder aber um sich "zu spüren". Dies kann gegebenenfalls erhebliche Ausmaße annehmen, da viele Patienten nachweislich eine deutlich geringere Schmerzempfindlichkeit haben. Auch die Häufigkeit der Selbstverletzung kann derart zunehmen, dass es mehrmals täglich zum Verletzen kommt.

Anmerkung: Aktuell wird in verschiedenen therapeutischen Fachkreisen darüber diskutiert, inwieweit sowohl häufiges Tätowieren, Piercings, Brandings etc. als Form der Selbstverletzung zu werten ist.

3.8 Schwarz-Weiß-Denken

Das Schwarz-Weiß-Denken bzw. Alles-oder-Nichts-Denken ist ein ständiger Begleiter des Patienten mit Borderline-Störung. Den Mechanismus des Schwarz-Weiß-Denkens kennt jeder Mensch.

Beispiel: Ein Mann ruft seine Freundin am frühen Abend an, um ihr mitzuteilen, dass er eine zuvor verabredete Zeit nicht einhalten kann. Die Frau reagiert unangemessen zornig auf diese Mitteilung, legt wutentbrannt auf und denkt sich: Jetzt versetzt er mich



schon wieder...bestimmt will er mich einfach nur loswerden. Wenn er mich lieben würde, würde er so etwas nicht tun...aber nicht mit mir. Er kann mir gestohlen bleiben!

Manchmal ist es ganz normal die Hintergründe nicht zu erfragen, die jemanden dazu bewegen uns zu verletzen oder getroffene Absprachen nicht einzuhalten. Meistens aber hinterfragen wir schon, warum ein anderer tut, was er tut - wir "reflektieren". Bei Borderline Patienten fehlt oft die Kraft oder die Fähigkeit zur "Reflektion". Man kann sich also das Konfliktpotential vorstellen, mit denen sich die Patienten täglich auseinandersetzen müssen. Borderline Patienten neigen dazu in Kategorien zu denken. Es gibt gut oder böse, aber nichts dazwischen. Gerne wird dabei auch übergeneralisiert. Das bedeutet, wenn z.B. eine Frau mit ihrem Partner schlechte Erfahrungen gemacht hat, ist sie danach überzeugt, dass alle Männer schlecht und böse sind (*"Alle Männer sind Schweine."*).

3.9 "Dissoziationen":

Unter Dissoziation versteht man eine Veränderung sowohl der eigenen Wahrnehmung, der eigenen Person, der eigenen Denkfähigkeit, aber auch der eigenen Motorik, sprich der willkürlichen Bewegung. Diese Phänomene wurden in früheren Jahren noch alle unter dem Begriff "Hysterie" zusammengefasst. Die moderne Psychiatrie bemüht sich jedoch um eine differenziertere Darstellung. Wie sich die dissoziativen Phänomene letztendlich darstellen, kann sehr unterschiedlich sein. Viele Patienten scheinen einfach nur "neben sich zu stehen", sie sind nicht mehr ansprechbar und verharren bewegungslos (dissoziativer Stupor), bei anderen kann es zu Selbstverletzungen oder Fluchtverhalten kommen. Auch sind dissoziative Krampfanfälle möglich, die den unerfahrenen Beobachter stark an epileptische Anfälle erinnern. Es kann vorkommen, dass Patienten, die solche Phänomene erleben für psychotisch (Verzerrung in der Sinneswahrnehmung der Realität) gehalten werden. Charakteristischerweise verläuft eine solche Dissoziation jedoch episodisch, d.h. nach einer gewissen Zeit (meist Minuten bis Stunden) sind die Patienten wieder "da". Meistens können sie sich im Anschluss an den Zustand nicht an das Geschehene erinnern.

Da viele Borderline-Patienten traumatisierende (körperlich oder emotional verletzende)



Erfahrungen (Missbrauch, Gewalt, Erniedrigung etc.) gemacht haben, werden sie im Rahmen einer Dissoziation häufig von sog. "Flashbacks" heimgesucht. Hierbei handelt es sich um Erinnerungsfetzen schlimmer Lebensereignisse, welche in dem Moment des Wieder-Erlebens als real und bedrohlich empfunden werden.

3.10 Passive Aktivität:

Da es Borderline-Patienten nicht immer leicht fällt, zu einem anderen Menschen Kontakt aufzunehmen, weil sie sich dann möglicherweise bezüglich ihrer Gefühle mitteilen müssten, beobachtet man bei vielen Patienten eine gewisse Tendenz zur Demonstration (Selbstdarstellung). Hierbei wird mit großem Aufwand gezeigt, wie schlecht es dem Patienten geht. Das Ziel ist eine Kontaktaufnahme mit dem Gegenüber, welches auf dem Prinzip beruht, dass der Patient nicht über sein Leid sprechen, es jedoch zeigen kann und wenn sein Gegenüber erst einmal das Ausmaß des Leids wahrnimmt, kann und wird er es lindern. Im Prinzip handelt es sich um eine Art Hilferuf.

Weiterhin findet man häufig das Problem, dass Hilfsangebote ausgeschlagen werden, da sie als unzureichend empfunden werden. Dies kann sogar noch zu einer Intensivierung des dargestellten Leids führen.

Beispiel: Eine Mutter möchte ihrem Sohn, der seit vielen Tagen kaum noch die Wohnung verlässt, helfen, indem sie anbietet mit Ihm zu einer Behörde zu fahren. Der Sohn hingegen nimmt dieses Angebot nicht an und reagiert ungewöhnlich aggressiv und fängt häufig Streit an.

In den meisten Fällen funktioniert dieses Verhalten natürlich nur sehr bedingt. Bloßes Wahrnehmen von Leid kann eben noch nichts ändern. Auch tatsächliche Versuche, dem Patienten in einzelnen Situationen beizustehen, führen häufig nicht zum nachhaltigen Erfolg. Daraufhin kann der Patient zu der Auffassung gelangen, dass er seinen Schmerz und sein Leid einfach noch nicht deutlich genug gemacht hat. Dies wiederum kann bedeuten, dass es zu einer unablässigen Demonstration kommt, in deren Folge sich die meisten der angesprochenen Personen zurückziehen werden, da



sie ohnehin zur Hilflosigkeit verdammt sind.

4. Besondere Fähigkeiten von Borderline-Patienten:

In meinen Augen ist dieser Einschub an dieser Stelle sehr wichtig. Man darf nämlich nicht vergessen, dass Patienten mit der Diagnose einer Borderline Störung häufig wahre Überlebenskünstler sind. In den allermeisten Fällen sind Borderline Patienten in sehr schwierigen Verhältnissen (z.B. missbräuchliche oder lieblose Umgebung) groß geworden. Ohne eigenes Verschulden sind sie in diese Verhältnisse geraten, so, als ob sie in einen See hineingeworfen würden. Niemand hat ihnen das Schwimmen beigebracht, so dass sie selbst lernen mussten den Kopf über Wasser zu halten. Sie können überleben.

Sie kommen in Situationen zurecht, die ihnen nicht immer wohlgesonnen sind. Sie schaffen es Beziehungen zu finden (Freunde, Lebenspartner) und in vielen Lebensbereichen, einschließlich der beruflichen, Kompetenzen zu erwerben.

Darüber hinaus zeichnen die meisten Patienten durch eine überdurchschnittliche Kreativität und künstlerische Begabung aus.



5. Ursachen (Ätiologie):

Woher kommt nun die Borderline-Störung und gibt es Risikofaktoren?

Tatsächlich scheint es Faktoren zu geben, die das Auftreten einer Borderline Persönlichkeitsstörung erhöhen. (In diesem Zusammenhang benutze ich das Wort „scheint“, da noch nicht alle der folgenden Faktoren abschließend wissenschaftlich gesichert sind)

5.1 Psychoanalytische Theorien:

Schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts hat sich Sigmund Freud zur psychoanalytischen Theorie Gedanken gemacht. Diese Theorie geht davon aus, dass es schon im frühesten Lebensabschnitt, also schon vor dem zweiten Lebensjahr, zu Problemen kommt. Die Psychoanalyse kennt diese Lebensphase als eine sehr sensible. Wenn es in dieser Prägungs-Phase zu gravierenden Problemen beispielsweise mit den Eltern kommt, kann sich dies im Erwachsenenalter als Symptom zeigen. In diesem Zusammenhang denke man z.B. an eine lieblose oder gar gewalttätige Beziehung zwischen Mutter und Kind.

5.2 Belastungen im sozialen Umfeld:

Über 2/3 aller Borderline Patienten, in den allermeisten Fällen Frauen, berichten über sexuelle Übergriffe oder Missbrauch in der Kindheit und Jugend. Auch andere Gewalterfahrungen durch das soziale Umfeld finden sich in über der Hälfte aller Fälle. Hierbei kann es sich zum einen um körperliche Gewalt, aber auch seelische Gewalt (z.B. Liebesentzug als Erziehungsmaßnahme oder sonstige Vernachlässigung) handeln.

Auch ein gestörtes Verhältnis zu den Eltern bzw. zu den Personen, zu denen der Patient vorrangig Bezug hat, scheint das Risiko deutlich zu erhöhen. Unsere Eltern bzw. unsere Bezugspersonen sind die, die uns nicht nur Sicherheit vermitteln müssen,



sondern auch unser ganzes emotionales Erleben prägen.

Beispiel: Ein Kind möchte seinen Eltern gerne gefallen. Die Eltern schlagen das Kind zwar nicht, doch haben sie die Idee, dass ihr Kind durch allzu großes Lob eingebildet oder faul werden könnte. Aus diesem Grunde halten sie sich in der Bewertung guter Leistungen sehr zurück. Gute Schulnoten und eine erlebte Freude darüber werden lediglich mit der Frage kommentiert, ob jemand besser war und wenn ja, warum. Das Kind erlebt sich im Direktvergleich mit anderen in diesem Zusammenhang zwar als klug und fähig, doch wird ihm diese Emotion zu Hause nicht bestätigt. Im Laufe der Zeit verzerrt sich somit die Wahrnehmung der eigenen Person und der eigenen Leistungsfähigkeit immer weiter.

5.3 Erbliche Faktoren :

Schon frühe Untersuchungen aus den 90er Jahren legen die Vermutung nahe, dass es eine erbliche Komponente auch bei der Borderline-Störung geben müsste. Die Zwillingsforschung zeigte in diesem Zusammenhang nämlich, dass es sehr wohl vererbtes Erleben von Emotionen und damit verknüpftes Verhalten gibt.

5.4 Organische Faktoren:

Die Verarbeitung von Informationen, die Ausprägung von Emotionen und die Aktivierung von Emotionen sind, wie alle Leistungen des Menschen, bestimmten Abschnitten im Gehirn zugeordnet. Es ist erwiesen, dass Menschen nach schweren Unfällen mit Schädigung bestimmter Hirnabschnitte häufig in ihrer Persönlichkeit verändert erscheinen. Erste Untersuchungen der letzten Jahre zeigen nun, dass es bei Borderline-Patienten teilweise tatsächlich darstellbare Veränderungen in einzelnen Hirnarealen gibt. Weiterhin ist bekannt, dass u.a. ein hohes Maß an Stress (Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung etc.) in der Kindheit zu deutlichen Veränderungen in der Reifung des Gehirns und somit auch in den für die Persönlichkeitsentwicklung verantwortlichen Abschnitten (neokortikal frontal, limbisch und paralimbisch sowie orbitofrontal) führt.



5.5 Vulnerabilitäts-Stress-Modell:

In der aktuellen Forschung wird dieses Modell mittlerweile als das Wahrscheinlichste angesehen, da es alle oben genannten Aspekte berücksichtigt. Grundannahme dieses Modells ist, dass genetische und biologische Veranlagungen die Grundlage bilden für eine mehr oder weniger dauerhafte Ausbildung des Charakters, des Temperaments, des Intellekts und der körperlichen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen. Diese genannten Faktoren ermöglichen eine individuelle Anpassung an die Umwelt.

Darüber hinaus gibt es jedoch bei allen Menschen auch eine angeborene Verletzlichkeit (Vulnerabilität) gegenüber verschiedenen Anforderungen oder Stress. Die Schwelle, bis zu der ein Mensch Stress ertragen kann, ist jedoch unterschiedlich hoch. Das Modell beschreibt, dass Borderline-Patienten durch Stress besonders leicht verwundbar sind. Als Stress gelten hier nahezu alle alltäglichen unangenehmen Situationen aber auch grundsätzlich lebensverändernde Ereignisse (z.B. schiefer Blick vom Nachbarn, Streit auf der Arbeit, Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte etc.) Kommt diese Erbanlage in Zusammenhang mit starken Belastungssituationen, wie zum Beispiel Kindesmisshandlung, Kriminalität in der Bezugsfamilie oder sonstigen Gewalterfahrungen, können sich Störungen in der Persönlichkeit entwickeln. Dieses Modell geht im Gegensatz zur Psychoanalyse jedoch davon aus, dass die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit ein fortschreitender Prozess ist und nicht bereits in der Kindheit abgeschlossen wird. Dies betont im Besonderen noch einmal die Veränderbarkeit und Therapierbarkeit auch im Erwachsenenalter. Auch versteht das Modell, ähnlich wie bereits erwähnt, die Störung als eine Art besondere Fähigkeit, mit der sich Patienten in schlimmen Situationen erfolgreich schützen konnten. Diese Auffassung ist für die DBT (Dialektisch-Behaviorale-Therapie s. 7.1), welche Akzeptanz der eigenen Person in den Vordergrund stellt, natürlich sehr hilfreich.

6. Was können die Familie oder Freunde von Borderline



Patienten tun?

Für Angehörige und Freunde ist es natürlich sehr befremdend und erschreckend, wenn ein geliebter Mensch scheinbar aus dem Nichts heraus beginnt, sich die Arme aufzuschneiden oder ein anderes exzessives Verhalten zu zeigen.

Die häufigste Reaktion ist Unverständnis. Leider ist es nur allzu menschlich, das auf Unverständnis oft Wut folgt. Der Patient wird also wegen seiner veränderten Verhaltensweise Ziel von Angriffen. Dies geschieht nicht aus Boshaftigkeit, sondern wird vor allen Dingen durch unerwünschte Emotionen wie Schuld und Hilflosigkeit gesteuert.

Es sollte nun, wenn möglich zu einem Kontakt mit einem Therapeuten kommen. Dessen Aufgabe liegt zunächst einmal in der Aufklärung aller Beteiligten. Aus dieser Aufklärung heraus kann ein erster Schritt in Richtung Verständnis erfolgen. Weiterhin werden alle Beteiligten angehalten, sich um Offenheit bezüglich familiärer Konflikte zu bemühen. Dies ist oft der schwerste Schritt, da das "Totschweigen" von Problemen eine weit verbreitete Praktik ist. Ganz besonders schwierig sind in diesem Zusammenhang natürlich Fälle von familiärem Missbrauch. Hier braucht es seitens des Therapeuten sehr viel Geduld und Einfühlungsvermögen, um das "Tabu" zu durchbrechen.

Im alltäglichen, nichttherapeutischem Umgang miteinander empfiehlt es sich, sich auch und besonders als Angehöriger in Offenheit zu üben. Offenheit bedeutet, die Gefühle, die man spürt tatsächlich an- und auszusprechen. Oft genug fühlen wir uns schlecht, sprechen dies aber nicht an. Vielmehr erwarten wir, dass unser Gegenüber aus unseren Verhaltensweisen unsere derzeitige Stimmungslage ablesen kann und wird. Schenken Sie sich diesen Umweg. Wenige Wort wie "Das macht mich traurig." oder Ähnliches, bringen Sie viel schneller ans Ziel.



7. Therapie und Behandlung der Borderline-Störung:

Die Borderline-Störung ist, wie bereits oben ausführlich beschrieben, keineswegs eine einfache Störung der Emotionalität (der Gefühlswelt), welche aus einer Willensschwäche oder einer "Charakterneurose" (volkstümlich: einem Tick oder einer Schrulligkeit) resultiert. Sie ist eine hochkomplexe Störung. Borderline Patienten haben dabei das Problem, dass sie in nahezu allen Lebensbereichen anecken können. Tun sie dies, so begegnet man ihnen mit Ablehnung und auch Abwertung. Leider waren und sind Therapeuten auch heute nicht immer in der Lage, mit den durch das Verhalten des Patienten ausgelösten Emotionen professionell umzugehen. Dies bedeutet, daß Borderline-Patienten Therapeuten relativ schnell an ihre Grenzen bringen können. Es wurde deshalb nach einer speziellen Therapieform zur Behandlung von Borderline-Erkrankten gesucht.

Die amerikanische Professorin Marsha M. Linehan entwickelte für diese Aufgabe die sog Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Der Entwicklung dieser Therapieform gingen jahrelange Erfahrungen mit zumeist weiblichen suizidalen (selbstmordgefährdeten) oder parasuizidalen Patientinnen voraus (Parasuizidal bedeutet: Der Patient führt absichtlich nicht-tödliche, aber schädigende Handlungen durch, die zu Krankheit oder Tod führen können oder der Patient nimmt über das verordnete Maß Medikamente ein, mit der Absicht, Schaden herbeizuführen). Während dieser Zeit begann Frau Linehan diese Patientinnen zu interviewen, um herauszubekommen, was ihnen im Leben jemals geholfen hat, Lebenskrisen zu bewältigen und sich wieder zu stabilisieren. Diese Erfahrungen trug sie zusammen, ergänzte sie mit verschiedenen Teilen anderer Therapieformen (Gesprächstherapie, Hypnose etc.) und entwickelte daraus ein dynamisches Konzept. Dynamisch bedeutet: die Entwicklung der Therapieform DBT ist bis heute keineswegs abgeschlossen, sondern befindet sich in einem kontinuierlichen Prozess der Weiterentwicklung.

Einer der wichtigsten Therapieanteile, die Prof. Linehan in dieses Konzept einfließen ließ, ist das Konzept des "ZEN". Diese fernöstliche Lebensform bedeutet bezogen auf die Borderline Störung, dass der Mensch trotz seiner Störung so angenommen wird, wie er ist. Patient und Therapeut müssen lernen, die Störung zunächst einmal als Teil des Patienten zu akzeptieren. Gleichzeitig greifen aber auch die psychotherapeutischen



Ansätze der Veränderungsmotivation. Ziel der DBT ist somit der Wunsch nach Veränderung bei gleichzeitiger Akzeptanz der aktuellen Situation. Diese scheinbar völligen Gegensätze zeigen sich auch im Umgang mit einem der Hauptsymptome der Borderline-Störung, dem "Alles-oder-Nichts" bzw. "Schwarz-Weiß" Denken. Ein Patient, der nur in Extremen denkt, wird den Balanceakt zwischen Akzeptanz und Veränderung nur schwer meistern. Wenn er aber erkennt, dass die Welt auch grau ist, wird er lernen, sein "Alles-oder-Nichts"-Denken durch ein "Alles-und-Nichts"-Denken zu ersetzen.

Es gibt bezüglich der Akzeptanz einen ernsten aber sehr wahren Satz aus der DBT: Kein Borderliner hat seine Störung und die damit verbundenen Probleme verursacht, trotzdem ist er es, der sie alle lösen muss.

Um dies zu tun, bedarf es einer außerordentlichen Akzeptanz der eigenen Person, da ansonsten die meiste Energie im Beklagen über die Ungerechtigkeit des eigenen Lebens verloren geht.

7.1 Bausteine der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT):

Die DBT besteht aus verschiedenen Bausteinen. Diese sind:

1. (Ambulante) Einzeltherapie
2. (Ambulantes) Fertigkeitentraining (Skills)
3. Telefonkontakt / Telefonberatung
4. Ggf. medikamentöse Behandlung
5. Therapeutensupervision



7.1.1 (Ambulante) Einzeltherapie:

Das Wort “ambulant” steht hier in Klammern, weil es selbstverständlich auch stationäre Behandlungsansätze zur Durchführung der DBT gibt.

Die vorrangige Aufgabe der Einzeltherapie ist es, die ganz aktuellen Probleme und Leiden zu benennen und gemeinsam mit dem Therapeuten Lösungsansätze zu erarbeiten. In jedem Einzelgespräch geht es darum, den jeweils aktuellen Fokus zu finden. (“Wo brennt´s heute?“). Hierbei gilt für den Therapeuten grundsätzlich: **“Das Schlimmste zuerst”**. Aus diesem Grund wird die erste Frage in einem therapeutischen DBT-Einzelgespräch immer die nach **Selbstmordgedanken, Selbstmordversuchen oder Selbstverletzung** (Schneiden, Kratzen, Brennen etc.) sein.

Der zweite Punkt der Fokusliste beinhaltet **Fragen nach Gefährdung der Therapie**. Hier spricht man über alle Ereignisse, die eine Fortsetzung der begonnenen Therapie erschweren könnten. Therapiegefährdend sind z.B. Nichterscheinen zu verabredeten Zeiten, Belügen des Therapeuten, Verschweigen von relevanten Entwicklungen, nicht durchgeführte Übungen oder auch das Vergessen von “Hausaufgaben”.

Auch sog. therapeutenschädigendes Verhalten fällt unter diesen Punkt. Wenn der Therapeut beispielsweise fühlt, dass durch den Patienten persönliche Grenzen überschritten werden oder der Therapeut plötzlich überhaupt keine Motivation mehr hat, sich mit dem Patienten auseinander zu setzen, gehört dies in das therapeutische Einzelgespräch.

Als Nächstes befasst sich der Therapeut mit der sog. **Verhaltenskontrolle** des Patienten. Das heißt, er erfragt, ob es hier schwere Auffälligkeiten gibt oder gab, wie z.B. das Zerstören von Gegenständen oder Gewalt gegen Mitmenschen.

Der letzte Punkt setzt sich mit der **Lebensqualität bzw. mit Problemen der Lebensbewältigung** auseinander. Darunter versteht man ganz alltägliche Probleme z.B. mit dem Partner, mit Ämtern oder Kollegen, aber auch nach Alkohol- oder Drogenmissbrauch wird hier beispielsweise gefragt.

7.1.2 (Ambulantes) Fertigkeitentraining (Skills):



Das Besprechen von Problemen und das Erarbeiten von Lösungsansätzen ist ein wichtiger Schritt in der Therapie mit Borderline-Patienten. Doch jede neue Strategie und jede neue Verhaltensweise ist nur dann gut, wenn sie geübt und angewandt wird. Aus diesem Grunde ist das sog. Fertigkeitentraining (Fertigkeit = engl. Skill) ein ebenso wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Therapie, wie die Einzelgespräche. Die Struktur einer solchen Gruppe können sie sich ähnlich wie eine Schulklasse oder einen VHS-Kurs vorstellen. Idealerweise wird die Gruppe von 2 Therapeuten geleitet, die abwechselnd sprechen, da dies sowohl für die Patienten, als auch die Therapeuten sehr viel interessanter ist. Die Grundlagen des "Stoffes", der seitens der Therapeuten vermittelt werden soll, lässt sich in vier Gebiete (Module) unterteilen.

A. Innere Achtsamkeit:

Oft genug leben und konsumieren wir mit einer großen Selbstverständlichkeit. Wir sind uns vieler Dinge nicht wirklich bewusst, weil wir nicht darauf achten.

Auf der anderen Seite ist es jedoch möglich, dass wir auch Dinge wahrnehmen und sie mit einer Wertung versehen, die überhaupt nicht stimmt.

Bei der Übung zur inneren Achtsamkeit geht es um das bewusste Wahrnehmen alltäglicher Dinge. Beispielsweise kann die Gruppe auf bestimmte Geräusche hören, auf die eigenen Gedanken zu lauschen oder sich auf bestimmte Farben konzentrieren. Wichtig hierbei ist, dass man die in der Übung wahrgenommenen Dinge nicht bewertet, sondern wertfrei die eigene Wahrnehmung schärft. Diese ebenfalls aus der ZEN-Lehre entlehene Übung hat das Ziel, die eigenen Steuerungsmöglichkeiten zu verbessern, indem man sich seiner Umgebung tatsächlich bewusst ist und nicht schon nach oberflächlicher Wahrnehmung eine Bewertung abgibt.

Beispiel: Alle Patienten und Therapeuten sitzen im Kreis und schließen die Augen. Nun versuchen alle im Kopf langsam zu zählen. Wann immer sich jedoch ein anderer Gedanken als der an Zahlen einschleicht, beginnt man mit dem Zählen von Neuem.

Viele Borderline-Patienten haben große Schwierigkeiten, die komplexen und bedrückenden Vorgänge in ihnen zu beschreiben. Eine gut geschulte innere Achtsamkeit, kann diese Schwierigkeiten erleichtern. Das Training von Wahrnehmung



und Beschreibung äußerer Vorgänge soll im Weiteren auch zur besseren Wahrnehmung und Beschreibung innerer Vorgänge führen.

B. Stresstoleranz:

Jeder Mensch kommt in Situationen, in denen er sich machtlos fühlt. Oft sind solche Situationen nicht beeinflussbar, und es geht eigentlich nur darum, sie irgendwie durchzustehen. Die Übung zur Stresstoleranz beschäftigt sich mit Strategien, die einem Patienten helfen können, diese unangenehmen Situationen auszuhalten. Im Folgenden werden einige mögliche Strategien angerissen:

- emotionales Ablenken: hiermit ist das Ablenken von der Stresssituation mittels der eigenen Gedanken und Fertigkeiten gemeint. Hierunter fallen beispielsweise Kreuzworträtsel lösen, Malen oder auch Schreiben.

- Ablenken durch Sinneswahrnehmung: Wenn die eigenen Gedanken nicht ausreichen, um sich von der Stresssituation anzulenken, kann man versuchen sich auf andere Sinneswahrnehmungen zu konzentrieren. Insbesondere die Ablenkung über den Tastsinn kann hier sehr hilfreich sein (z.B. Igelball in den Händen drehen, Gummiband um das Handgelenk schnappen lassen etc.)

- Achtsamkeitsübungen: Hier können Achtsamkeitsübungen zum Einsatz kommen, die im Vorfeld schon gut funktioniert haben. Das Ziel liegt hierbei in der gedanklichen Zentrierung auf die Übung und im Loslassen der anderen, störenden Gedanken.

Einschub: In meiner klinischen Erfahrung hat sich folgende Übung bewährt: Man geht an die frische Luft und läuft eine gerade Strecke. Hierbei achtet man auf die eigene Atmung im Vergleich zur Schrittfolge. Atme ich pro Schritt einmal ein, oder braucht es zwei oder drei Schritte? Dauert das Ausatmen genauso viele Schritte? Danach lässt man sich entweder Anweisung geben durch eine Begleitperson, oder gibt sich selbst Anweisungen. Diese Anweisungen sollten konkrete Veränderungen der Atem-Schritt-Folge beinhalten. Z.B. "Atme mal ein und geh dabei vier Schritte" oder "Jetzt gehe mal



schneller und guck was sich verändert". Die Möglichkeiten sind sehr vielfältig.

-Notfallkoffer - hiermit ist gemeint, dass sich der Patient für den Notfall eine gewisse Anzahl bewährter Dinge, die ihm in der Vergangenheit geholfen haben eine akute Stresssituation zu überwinden, bereit legen sollte, um sie im Notfall oder bei drohender Stresssituation zu verwenden. Hier ist sehr vieles denkbar: Ein Gummiband in der Tasche, ein Päckchen extrascharfen Löwensenf, ein Fläschchen des Lieblingsparfüms etc.

C. Zwischenmenschliche Fertigkeiten:

Das Ziel dieser Übung liegt im Training und Erwerb von Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen. Oft genug haben wir Schwierigkeiten in angemessener Art und Weise unsere eigenen Bedürfnisse vorzutragen und durchzusetzen. Borderline-Patienten haben dieses Problem sehr häufig. Es gelingt ihnen oft nicht (wie oben bereits erwähnt), die komplexen Vorgänge in ihnen wahrzunehmen und daraus ein Bedürfnis zu formulieren. Oft genug führt dieses Problem dann in ein Neues. Wenn z.B. der Wunsch nach menschlicher Zuwendung nicht mitgeteilt werden kann, kann das zu einer großen Frustrierung und Enttäuschung über die eigene Person führen. Dies kann dann beispielsweise selbstverletzendes Verhalten zur Folge haben.

Ein weiterer Punkt, welcher in der Übung trainiert wird, ist der der Abgrenzung gegenüber anderen. Dieser kann natürlich unmittelbar mit dem zuvor Erwähnten verknüpft sein. Wenn ich z.B. also keine Lust habe mit in die Stadt zu gehen, muss ich lernen dies mitzuteilen. Sollte ich dennoch mitgehen, ist es möglich, dass ich mich hinterher schlecht fühle, da ich versagt habe. Es muss also trainiert werden, dass "Nein" durchaus eine Option im Umgang mit anderen Menschen sein kann.

All dies ist wieder ein Umgang mit scheinbaren Gegensätzen, da zum einen darauf geachtet werden soll andere nicht zu verletzen und angemessen mit ihnen umzugehen, zum anderen jedoch die Bewahrung der Selbstachtung des Patienten immer oberstes Ziel sein soll. Ein aktives Teilnehmen an dieser Übung fördert somit den Grundgedanken der DBT.



Die Übung selbst kann ganz unterschiedlich durchgeführt werden. Denkbar sind hierbei das Sammeln von Lösungsstrategien, das Betrachten und Analysieren von Konflikten, das Durchführen von Rollenspielen etc.

Beispiel: Es werden typische Situationen aus dem Alltag zusammengetragen, in denen sich die Patienten aufregen. Im Rollenspiel kann nun versucht werden die Situation nachzustellen, bzw. sie zu verändern und neu zu bewerten. Dies kann mehrmals und durch unterschiedliche Spieler erfolgen.

D. Umgang mit Gefühlen:

Die vierte Übung zeigt ihre Wichtigkeit schon in der Tatsache begründet, dass sie in der Regel von den Patienten als die Schwerste empfunden wird.

Unsere Gefühle definieren unser inneres Befinden. Aus diesem Grunde ist es sehr wichtig den einzelnen Gefühlen Stimmungen und den einzelnen Stimmungen Gefühle zuordnen zu können. Die Übung legt also erst einmal ein Augenmerk darauf, was Gefühle eigentlich sind, was sie in uns auslösen und welche Handlungen und Impulse daraus resultieren können. Wenn man sich diese Grundlagen der Emotionalität einmal klar gemacht hat, kann das weitere Ziel ein Hinsteuern zu positiven Gefühlen und ein Loslassen von negativen Gefühlen sein. Dies kann im Weiteren dann zu einer deutlichen Stabilisierung führen. Auch kann man durch diese Übung lernen sich nicht durch unerwünschte Gefühle "überrennen" zu lassen, sondern vielleicht genau entgegengesetzt zu handeln. Marsha Linehan schlägt vor die Patienten regelmäßig ein sog. "Gefühlsprotokoll" erstellen zu lassen. In diesem werden Gefühle, die man in bestimmten Situationen hat aufgeschrieben und analysiert (welche Bewertung der Situation habe ich und welche Annahmen entstehen daraus und wie verhält sich deshalb meine Körpersprache etc.)

7.1.3 Telefonkontakt / Telefonberatung:

Die Borderline-Störung ist natürlich keine Erkrankung, die sich an irgendwelche Therapiezeiten hält. Oft genug oder sogar meistens geraten Borderline Patienten in Krisen, ohne dass sich ein Therapeut in der Nähe befindet. Aus diesem Grund schlägt



die DBT die sog Telefonberatung vor. Diese besagt, dass der Patient in Situationen, in denen er die Übersicht und Kontrolle verliert seinen Einzeltherapeuten anrufen kann und darf.

Die Idee dahinter ist, dass die Therapie ein sich entwickelnder, fortlaufender Prozess ist, in dem nicht jeder Patient alles Gelernte zu jeder Zeit einsetzen kann. Vielmehr haben Borderline-Patienten in schweren Krisensituationen trotz Therapieerfahrung gelegentlich das Gefühl, dass sich in ihnen "ein Schalter umlegt", der sie daran hindert gelernte Lösungsstrategien anzuwenden. Die Fähigkeit bedacht über Wege aus der Krise nachzudenken kann dann verloren gehen. Diese Patienten leben dann nur noch im "Hier und Jetzt ". Dies bedeutet, es muss sofort eine Möglichkeit her den inneren Druck zu regulieren oder abzulassen. Leider führen eben diese Situationen dann zu selbstverletzenden Handlungen oder auch Suizidversuchen.

Es hat sich jedoch gezeigt, dass diese Krisen häufig in relativ kurzer Zeit aufzufangen sind, wenn der Patient die Möglichkeit eines kurzen Telefonates mit dem Therapeuten seines Vertrauens hat.

Die Einrichtung eines solchen Kontaktes setzt jedoch voraus, dass der Patient sich über einige Dinge im Klaren ist. Der Telefonkontakt zum Einzeltherapeuten ist für Krisen gedacht und nicht um "einfach nur mal zu reden". Weiterhin muss vorausgesetzt werden, dass der Patient vor dem Anruf alle ihm mögliche Strategien ausprobiert hat (Stichwort: "Notfallkoffer"). Auch muss vorher mit dem Patienten besprochen worden sein, dass der Therapeut nicht immer und überall erreichbar ist, sondern innerhalb eines definierten Zeitraumes zurückruft. Abschließend ist noch festzuhalten, dass das Telefonat einen beratenden Charakter hat. Es findet keine Therapie am Telefon statt.

Erneut kann man hier feststellen, dass auch hier der dialektische Ansatz gilt. Viele Patienten würden zu Beginn einer Therapie sagen, dass es unter solchen Voraussetzungen unmöglich ist überhaupt anzurufen, oder dass man sowieso nicht anruft, wenn dieses und jenes nicht erfüllt sind. Ein DBT-Erfahrener hingegen wird lernen, dass es auch hier kein "Schwarz oder Weiß"-Denken gibt.

7.1.4 Medikamentöse Behandlung:



Es gibt keine Pillen gegen Persönlichkeitsstörungen. Die Therapie der Persönlichkeitsstörung erfolgt auf anderem Wege. Trotzdem gibt es gute Erfahrungswerte in der zusätzlichen medikamentösen Behandlung, insbesondere der Borderline-Störung. Betroffene wissen selbst am Besten, was neben den belastenden Symptomen ihrer Erkrankung zusätzlich an Beschwerden auftreten kann. Ängste, Depressionen, Schlafstörungen und psychoseähnliche Episoden sind nur einige. Bei Auftreten solcher Symptomatik ist der Einsatz von unterstützenden Medikamenten aus ärztlicher Sicht unbedingt sinnvoll. Doch können bestimmte Medikamente auch eine derart stabilisierende Wirkung haben, dass ihnen in der eigentlich weiterführenden Psychotherapie plötzlich neue Wege offen stehen.



Im Folgenden nun seien die Empfehlungen der Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V. (GePs) aufgezeigt:

In der Regel empfehlenswert:

1. Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI).

Die SSRI werden häufig in der medikamentösen Therapie der Borderline-Störung als Mittel der Wahl eingesetzt. Es gibt hier insbesondere zum Fluoxetin (Handelsnamen: z.B. Fluctin, Prozac) wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit des Medikamentes. Da diese Medikamente insbesondere auch in der Therapie von Angststörungen eingesetzt werden und Angst ein häufiger Begleiter der Borderline-Störung ist, erklärt sich zusätzlich die erhöhte Anwendbarkeit der SSRI.

Weitere SSRI: Citalopram (Handelsname z.B. Cipramil), Escitalopram (Handelsname Cipralex), Sertralin (Handelsname z.B. Zoloft, Gladem)

Einschub zu Antidepressiva:

Unter den sog. Antidepressiva, also den Medikamenten, welche typischerweise zur Therapie einer Depression eingesetzt werden, versteht man eine ganze Gruppe von Medikamenten, welche teils sehr unterschiedliche Wirkungsmechanismen aufweisen, deren Ziele jedoch stets gleich sind. Diese lauten: Aufhellung, also Verbesserung der Stimmung und Steigerung des Antriebes. Wichtig hierbei ist, dass die Wirkungsweise auch der modernsten Antidepressiva in der Regel erst nach 2-4 Wochen beginnt. Ein Teil der Therapieabbrüche erfolgt aus der Annahme heraus, dass ein Medikament, welches nicht schon nach drei Tagen eine deutliche Besserung erbracht hat kein gutes bzw. wirksames Medikament sein kann.

Wirkungsweise der Antidepressiva (vereinfacht!):

Im menschlichen Gehirn laufen zwischen den vielen Milliarden Nervenzellen verschiedene Verständigungen ab. Die "Überbringer" dieser Nachrichten von einer Zelle zur anderen nennt man die "Transmitter". Durch Ausschüttung eben dieser Transmitter, wird an der direkt anschließenden Zelle eine Reaktion ausgelöst. Wenn



diese Reaktion ausgelöst wurde, werden die Transmitterstoffe wieder in die Zellen aufgenommen. Als Beispiel kann man anführen, dass wenn sich zwei Häuser gegenüberstehen und die Bewohner des einen dem anderen ein Signal geben wollen, sie eine bestimmte Anzahl und Anordnung von Flaggen ins Fenster hängen. Was aber passiert, wenn entweder zu wenig Flaggen verfügbar sind, oder aber die Flaggen zu früh wieder eingeholt werden? Am wahrscheinlichsten ist, dass die Leute im gegenüberliegenden Haus gar nicht so recht wissen, was sie zu tun haben...

Wenn man diese Theorie auf die Zellebene überträgt, erklärt sich die Wirkweise der meisten Antidepressiva. Sie sorgen dafür, dass die Transmitterstoffe entweder länger im Spalt zwischen den Zellen verbleiben oder aber, sie können den vorschnellen Abbau, bzw. die Wiederaufnahme der Transmitter in die Zelle verhindern. Die Namen der Transmitter, die bei der Behandlung einer Depression eine vordergründige Rolle spielen, lauten Serotonin und Noradrenalin (und eingeschränkt Dopamin).

Die Antidepressiva, welche heutzutage zum Einsatz kommen, kann man in folgende Gruppen unterteilen:

- *Tri- und tetrazyklische Antidepressiva*
- *SSRI (Selektive Serotonin Wiederaufnahme (Reuptake) Inhibitoren)*
- *SNRI (Selektive Noradrenalin Wiederaufnahme Inhibitoren)*
- *SSNRI (Selektive Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Inhibitoren)*
- *MAO - Hemmer (MAO steht hier für Monoaminoxidase, ein Enzym, welches Transmitter abbaut)*



Nebenwirkungen:

Ein Wort vorweg: Die unten aufgeführten Nebenwirkungen sind real existent...es gibt sie und es ist auch nicht selten, dass ein Teil des typischen Nebenwirkungsprofils vor dem eigentlichen therapeutischen Effekt eintreten kann. Trotzdem sind insbesondere die neueren Antidepressiva nebenwirkungsarm. Die Belastungen und Qualen einer Depression stehen in der Regel in keinem Verhältnis zu den Nebenwirkungen einer antidepressiven Therapie.

Bei der Vielzahl der oben erwähnten Wirkmechanismen, kann man nicht "ein" typisches Nebenwirkungsprofil für Antidepressiva erstellen. Man kann jedoch die sog. hauptsächlichen Nebenwirkungen bei einer medikamentösen Therapie der Depression aufzeigen. Diese treten in der Regel zu Beginn einer Behandlung auf. "Beginn" versteht sich hier als einen Zeitraum zwischen einer und vier Wochen.

Müdigkeit und Schwindel - wenn dieses Symptom als deutliche Einschränkung wahrgenommen wird, könnte mit dem verordnenden Arzt (und auch nur mit dem!) über eine Verschiebung der Einnahme auf den Abend gesprochen werden, hier könnte es zu einer Verbesserung der Wachheit über Tag und zu einem tieferen Nachtschlaf kommen.

Gewichtszunahme - dies ist ein zum einen sehr häufig beklagtes, aber auch nicht minder häufig gefürchtetes Problem. Zunächst eine Richtigstellung: Die Tabletten als solche machen nicht dick.

Sie können bei einer nicht unerheblichen Zahl von Patienten zu einer Steigerung des Appetits führen, welcher letztendlich zu einer Gewichtszunahme führen kann. Es ist somit schon zu Beginn einer Behandlung darauf zu achten, dass man sich selbst kritisch beobachtet und ggf. eine Ernährungsberatung aufsucht.

Sexuelle Funktionsstörungen - Es kann im Rahmen der Behandlung nicht nur zu einem Libidoverlust, sondern beim Mann auch zu Erektions- bzw. Ejakulationsstörungen führen. Wie bereits unter dem Kapitel Depression erwähnt, kann die Abgrenzung zwischen der Depression und einer möglichen Nebenwirkung sehr schwierig sein.



- Sehstörungen im Sinne des “Scharfstellens” (Akkomodationsstörungen)
- Mundtrockenheit durch geringere Produktion an Speichel
- Blasenentleerungsstörungen und Verstopfung
- in sehr seltenen Fällen kann es auch zu epileptischen Anfällen kommen
- lageabhängiger Blutdruckabfall (Orthostase). Hierbei kommt es vor allen Dingen beim Aufstehen zu einem kurzzeitigem “Versacken” des Blutes in den Beinen, welches zu Schwindel führen kann, welcher wiederum zu Stürzen führen kann.
- Überleitungsstörungen am Herzen. Diese Nebenwirkung trifft vor allem auf die “alten”, trizyklischen Medikamente zu. Bei bekannten Vorerkrankungen des Herzens sollte hier Vorsicht geboten sein.
- Unruhezustände. Insbesondere die Serotonin-, bzw. Noradrenalin/Serotonin-Wiederaufnahmehemmer können zu massiven Unruhezuständen führen, welche besonders in der Nacht zu Schlafstörungen führen kann.

2. Atypische Neuroleptika

Die Behandlung mit atypischen Neuroleptika birgt mitunter Probleme in der praktischen Umsetzung. Es gibt Studien zum Olanzapin (Handelsname Zyprexa), die recht eindeutig zeigen, dass das Medikament eine zusätzlich stabilisierende Wirkung bei Borderline-Patienten hat. Auch andere typischerweise zur Behandlung von Psychosen eingesetzte Neuroleptika wie Quetiapin (Handelsname Seroquel), Risperidon (Handelsname Risperdal), Ziprasidon (Handelsname Zeldox) und Zotepin (Handelsname Nipolept) zeigten deutliche Hinweise auf eine Wirksamkeit.

Anmerkung: Das praktische Problem mit den oben genannten Medikamenten ist allerdings, dass keines dieser Medikamente (z.Z.) eine sog. Zulassung für die



Behandlung einer Borderline-Störung hat. Zulassung bedeutet hierbei, dass in aufwendigen Verfahren und wissenschaftlichen Studien die Wirksamkeit nachgewiesen werden muss. Verschreibt ein Arzt ein solches Medikament ohne das es die notwendige Zulassung für diese spezielle Erkrankung hat, kommen auf den Arzt ggf. "Regresskosten" zu. Dies bedeutet, dass er eine Art Strafe bezahlen muss, die ihn ohne weiteres ruinieren kann. Hierbei ist es wie gesagt völlig unerheblich, ob das Medikament hilft oder nicht. Es kann also vorkommen, dass ein Patient mit einem bestimmten Medikament im Krankenhaus stabilisiert wird, da Krankenhäuser in der Regel nicht so sehr von Regressen betroffen sind. Dieser Patient geht dann zu seinem Hausarzt, der ihm allerdings das verordnete Medikament nicht weiter verschreibt aus Angst vor den oben genannten Regressen. Im Moment laufen als einziges Studien zur Zulassung von Olanzapin.

In der Regel nicht empfehlenswert:

1. Trizyklische Antidepressiva

Die "alten", trizyklischen Antidepressiva, die in der Depressionsbehandlung noch immer häufig zum Einsatz kommen, sollten in der Therapie der Borderline-Störung keine Verwendung mehr finden. Sie haben nämlich, im Gegensatz zu der neuen Generation von Antidepressiva, ein teilweise sehr unerfreuliches Nebenwirkungsprofil. Insbesondere ist hier die Möglichkeit der Herzschädigung zu erwähnen. Da darüber hinaus die Wirksamkeit der Trizyklika in verschiedenen Studien nicht höher als die eines Scheinmedikamentes (Placebo) eingeschätzt wurde, ist somit die "Kosten-Nutzen-Rechnung" eine Schlechte.

Häufig verwendete Trizyklika: Amitriptylin (Handelsname z.B. Saroten), Clomipramin (Handelsname z.B. Anafranil), Trimipramin (Handelsname z.B. Stangyl)

2. Konventionelle Neuroleptika:

Die konventionellen, "alten" Neuroleptika haben in der Behandlung von Psychosen und



anderen psychiatrischen Störungen nach wie vor einen Platz. In der medikamentösen Behandlung von Psychotherapiepatienten sollten sie jedoch in der Regel nicht mehr zum Einsatz kommen. Ähnlich wie bei den zuvor erwähnten trizyklischen Antidepressiva, ist auch hier das Risiko sehr nachhaltiger Nebenwirkungen zu groß. Vornehmlich zu nennen sind hier die sog. extrapyramidalen Nebenwirkungen (EPS). Hierbei handelt es sich um Versteifungen der Muskulatur, bzw. Zuckungen und Krämpfe derselben. Diese EPS bilden sich in der Regel zurück, doch kann es vorkommen, dass bei längerfristiger Anwendung dauerhafte Muskelzuckungen (sog. Spätdyskinesien) zurückbleiben. Weiterhin kann es durch die längerfristige Benutzung (länger als 3 Monate) dieser Medikamentengruppe zu Einschränkungen des Denkens kommen (sog. kognitive Einschränkungen).

Häufig verwendete konventionelle Neuroleptika: Haloperidol (Handelsname z.B. Haldol), Pimozid (Handelsname z.B. Orap), Fluspirilen (Handelsname z.B. Imap), Benperidol (Handelsname z.B. Glianimon).

3. Stimmungsstabilisatoren:

Schon lange wussten Psychiater und andere Ärzte, dass bestimmte Medikamente, die sonst Anwendung in der Behandlung von Epilepsie fanden, gute Ergebnisse in der Stabilisierung von Stimmungen hatten. Aber auch hier gab es über viele Jahre das bereits oben besprochene Problem mit der Zulassung. Aus diesem Grunde gibt es nur wenige Studien zur Anwendung von Stimmungsstabilisatoren und Borderline-Störung. Da die wenigen Studien, die es tatsächlich gibt leider nur sehr kleine Fallzahlen haben und sich die Ergebnisse auch widersprechen, kann deshalb nicht wirklich eine Empfehlung zur Therapie der Borderline-Störung ausgesprochen werden.

Häufig verwendete Stimmungsstabilisatoren: Carbamazepin (Handelsname z.B. Tegretal), Valproinsäure (Handelsname z.B. Ergenyl)



Aus der klinischen Erfahrung heraus empfiehlt sich in der zusätzlichen medikamentösen Therapie noch eine weitere Gruppe von Medikamenten. Hierbei handelt es sich um die sog. "niederpotenten Neuroleptika". Dies sind Medikamente, bei denen man festgestellt hat, dass sie im Rahmen ihres Einsatzes bei Schizophrenie oder Psychose nicht wirklich hilfreich waren, um beispielsweise Halluzinationen zu nehmen. Allerdings fand man heraus, dass diese Medikamente sehr wohl einen beruhigenden und dämpfenden Effekt haben. Ein zusätzlicher Punkt, der für diese Medikamentengruppe spricht ist der, dass sie nicht abhängig machen.

Namentlich u.a. zu nennen: Promethazin, Handelsname: z.B. Atosil, Levomepromazin, Handelsname: z.B. Neurocil

Im Gegensatz hierzu stehen die sog. "Benzodiazepine". Diese schnell wirksamen "Angstkiller" bergen ein umso größeres Risiko der Abhängigkeit, da sie, ähnlich wie Drogen, eine schnelle Linderung bei Spannungszuständen versprechen, auf der anderen Seite im Körper eine Gewöhnung hervorrufen. Dies kann also dazu führen, dass man im Therapieverlauf immer mehr braucht, um den gleichen Effekt zu erleben. Im Weiteren führt es sogar soweit, dass man schon ohne Spannungszustände Entzugserscheinungen bekommt kann. Aus diesem Grunde gehören Benzodiazepine (Tavor, Valium, Rohypnol etc.) nicht in die ambulante Therapie. Sie haben ihren Platz im kontrollierten stationären Umfeld eines Krankenhauses in bestimmten Krisensituationen.



7.1.5 Therapeutensupervision:

Niemand ist unfehlbar. Auch noch so erfahrene Therapeuten können nicht von sich behaupten, dass sie immer objektiv und professionell handeln. Aus diesem Grunde ist es sehr wichtig, dass sich die Therapeuten regelmäßig supervidieren lassen. Was bedeutet das? Eine Supervision ist eine Art Beratung von Außen. Hierbei erzählen Therapeuten von ihren Erfahrungen mit Patienten oder mit ihren Kollegen. Sie geben an, wie sie sich gefühlt haben, ob sie über ihre Grenzen gegangen sind oder es Probleme gab. Der Supervisor, der normalerweise nicht Teil des eigentlichen Therapeutenteams ist, kann objektiv sagen, ob ein Therapeut vielleicht zu eng mit einem Patienten verbunden ist, oder ob er eine Abwehr des Therapeuten gegenüber seines Patienten spürt. Ziel des Ganzen ist, durch objektive Rückmeldung die Qualität der therapeutischen Arbeit zu sichern und sich gegenseitig zu stützen und zu motivieren, denn DBT ist auch für Therapeuten nicht immer leicht.



8. Häufig gestellte Fragen:

- **Ab wann sollte man einen Therapeuten aufsuchen?**

Wenn Sie an sich selbst emotionale Veränderungen verspüren dahingehend, dass Sie ständig in Streit geraten mit Menschen, die Ihnen eigentlich viel bedeuten, oder Sie in sich das Gefühl verspüren, daß die Welt sie nicht versteht und Sie am liebsten nur noch sterben möchten, sollten Sie sich kompetente Hilfe suchen.

Wenn Sie als Angehöriger oder Freund merken, dass sich ein Ihnen nahestehender Mensch selbst verletzt oder überhaupt nicht mehr zugänglich erscheint, sollte versucht werden einen Kontakt zu einem Therapeuten zu bahnen.

- **Wer ist der beste Therapeut?**

Da die Borderline - Störung eine Persönlichkeitsstörung ist, sollte man sich an einen in der Psychotherapie Erfahrenen wenden. Typischerweise sind es:

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für psychotherapeutische Medizin

Psychologische Psychotherapeuten

In akuten Fällen empfiehlt sich eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag, d.h. Psychiatrien oder Spezialkliniken für Borderline-Störung bzw. psychosomatische Fachkliniken mit Angeboten für Borderline-Patienten.

- **Gibt es Spezialisten speziell für eine Borderline Störung?**

Ja die gibt es. Allen voran gibt es den Dachverband DBT, die auf Ihrer Internetpräsenz (<http://www.dachverband-dbt.de/>) die Örtlichkeiten und



Möglichkeiten einer stationären Therapie aufzeigen.

- **Wie finde ich einen Therapeuten?**

Ein guter Weg ist Betroffene und Erfahrene zu fragen. In Internetforen kann man sich häufig guten Rat holen. Natürlich kann man auch in der versorgenden Psychiatrie der Heimatstadt nach regionalen Angeboten und Therapeuten fragen. Auch helfen Anrufe bei Krankenkassen oder der örtliche KV-Therapievermittlung (KV= Kassenärztliche Vereinigung) Nicht zuletzt helfen die gelben Seiten und Nachfragen.

- **Wie entsteht ein erster Kontakt?**

Oft ist der erste Kontakt ein sog. „fremdbestimmter“, d.h. Patienten werden in Krisensituationen durch Angehörige bei Therapeuten oder Kliniken vorgestellt. Es kommt jedoch auch vor, daß sich jemand spontan entscheidet, daß es mit seinem Leben so nicht weitergehen kann und von sich aus Hilfe in z.B. der versorgenden Psychiatrie sucht.

Wichtig ist noch zu wissen, daß man bei jedem Therapeuten 5 sog probatorische, also Probesitzungen machen kann, welche auf jeden Fall von der Kasse gezahlt werden.

- **Wie lange dauert in der Regel eine solche Therapie?**

Eine stationäre Therapie dauert in der Regel zwischen 6 und 12 Wochen. Sie stellt allerdings nur die Grundlage der Therapie dar, d.h. die Therapie ist nach der stationären Entlassung keinesfalls als abgeschlossen zu betrachten. Die psychotherapeutische Begleitung sollte auf jeden Fall noch über ein Jahr erfolgen. Der nachhaltige Erfolg hängt jedoch auch im Wesentlichen von der Stabilisierung des Umfeldes des Patienten ab.



Wichtig hierbei ist noch, dass die Wartezeiten bei Niedergelassenen sehr hoch sind (i.d.R. 6-12 Monate). Es empfiehlt sich also, sich schon früh, also auch vor Beginn einer stationären Therapie, auf eine oder mehrere Wartelisten setzen zu lassen.

- **Wer übernimmt die Kosten?**

Die Kosten einer stationären Therapie übernimmt die Krankenkasse. Im ambulanten Rahmen muss der Psychotherapeut ein Gutachten schreiben, in dem er die Probleme des Patienten und die Therapieziele genau erklärt. Wenn dieses Gutachten genehmigt wird übernimmt die Krankenkasse eine Anzahl von Stunden (i.d.R. 25 - 50). Sollten diese nicht ausreichen, ist ein erneutes Gutachten erforderlich.

- **Wie oft in der Woche sollte eine Therapie stattfinden?**

Im ambulanten Setting sind zu Beginn der Therapie ein bis zwei Termine pro Woche sinnvoll. Im Verlauf sollten die Abstände jedoch größer werden. Im stationären Setting muss jeden Tag Therapie erfolgen.

- **Kann man durch eine frühzeitige Intervention den Ausbruch der Krankheit verhindern?**

Verhindern können wird man den Ausbruch nicht, da sie nicht akut erworben wird, sondern mit dem Patienten quasi „aufwächst“. Man kann jedoch bei gehäuftem Auftreten von o.g. Symptomen einen frühen therapeutischen Kontakt knüpfen. Es gilt hier das Motto
„je jünger, desto besser“



- **Besteht die Hoffnung auf Heilung?**

Eine in der Psychiatrie generell schwer zu beantwortende Frage. Ich selbst würde sagen : „Ja, es gibt eine Heilung,“. Der Heilungsverlauf ist jedoch von sehr vielen Faktoren abhängig: Wie alt ist der Patient, wie stabil ist sein Umfeld, wie ist die finanzielle Situation, wie sind die individuellen Voraussetzungen des Patienten. Was auf jeden Fall jedoch festgehalten werden kann, ist, dass es für jeden Borderline-Patienten die Möglichkeit der Besserung seiner Beschwerden gibt.

- **Ist die progressive Muskelrelaxation eine Therapieoption?**

Ja. Entspannungsverfahren sind generell eine gute Idee im Umgang mit Spannungszuständen. Durch die Einfachheit und leichte Anwendbarkeit des Verfahrens empfiehlt sich dieses in der unterstützenden Therapie.



9. Schlusswort

Wir möchten uns bedanken, dass Sie dieses Buch von uns erworben haben.

Wir arbeiten hauptberuflich als Ärzte; privat investieren wir einen großen Teil unserer Freizeit, um Patienten kostenlos mit Informationen über ihre Erkrankung auf unserer Seite www.dr-gumpert.de zu helfen und Auskünfte über Therapiemöglichkeiten zu geben. Außerdem beantworten wir viele ihrer Fragen unentgeltlich in unserem Forum.

Um den hohen Qualitätsstandard unserer Bücher gewährleisten zu können, wird ihr Inhalt von uns ständig aktualisiert und an die neuesten medizinischen Forschungsergebnisse und Entwicklungen angepasst. Äußerlichkeiten kommen dabei aus Zeitmangel manchmal zu kurz. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Natürlich haben wir ein hohes Interesse an einem Feedback über unsere Arbeit.

- War der Inhalt dieses Buches leicht verständlich?
- Gab es Passagen, die Sie nicht verstanden haben? Wenn ja, welche?
- Zu welchen Punkten hätten Sie sich ausführlichere Informationen gewünscht?
- Gibt es weitere Verbesserungsvorschläge / andere Kritik oder Lob?
- Bewerten Sie dieses Buch mit Noten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht).

Wir freuen uns schon auf Ihre Antwort!

Ihr Feedback bitte an: buchkritik@dr-gumpert.de .

Diese Patienteninformation ist **urheberrechtlich geschützt**. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Impressum:

my-opis.com
eine Zweigniederlassung der
Online-Patienten-Informations-Service Limited
Teutonenweg 2
65232 Taunusstein

Geschäftsführung und Vertrieb:
Dipl-Kfm. Peter Gumpert
Teutonenweg 2
65232 Taunusstein

Steuer Nr.: 040 239 97022 Ust-IdNr.: DE253236146
HRB Wiesbaden 22742
Sitz der Limited in England: 69 Great Hampton Street, UK-B18 6EW Birmingham
Registered Number: 5690062 in House of Companies Cardiff / Wales

Tel: 06128-487206
Version: 07-03-27 06.04.2008



Folgende Bücher und CDs sind in dieser **O.P.I.S.** - Reihe bereits erschienen.
Sie können online bestellt werden unter <http://www.online-patienten-informations-service.de>

Orthopädie:

Die optimale Therapie des vorderen Kreuzbandrisses

Die optimale Therapie des hinteren Kreuzbandrisses

Die optimale Therapie des Meniskusrisses

Die optimale Therapie der Kniearthrose

Der Weg zur Knieprothese

Die optimale Therapie der Hüftarthrose

Der Weg zur Hüftprothese

Die optimale Therapie des Bandscheibenvorfalls

Die optimale Therapie von Rückenschmerzen

- Teil I Hals- und Brustwirbelsäule
- Teil II Lendenwirbelsäule
- Teil III Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie
- Gesamtbuch

Aktiv gegen Rückenschmerzen

Die optimale Therapie des Tennisarms

Die optimale Therapie des Hallux valgus

Die optimale Therapie des Hallux rigidus

Die optimale Therapie des Impingement – Syndroms (Schulterengpasssyndrom)

Die optimale Therapie des Rotatorenmanschettenrisses

Die optimale Therapie der Tendinosis calcarea (Kalkschulter)

Die optimale Therapie des Karpaltunnelsyndroms

Die optimale Therapie des Muskelfaserrisses

Die optimale Therapie des Bänderrisses

Psychotherapie:

Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson und/oder Phantasiereisen (CD)

Die optimale Therapie der Borderline-Störung

Die Alzheimer-Erkrankung

Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie

Medizinische Pädagogik / Psychologie:

Das ADS verstehen – meinem Kind helfen

Das ADHS verstehen – meinem Kind helfen

Solokolor – das Sudoku-Spiel in Farbe