

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung

Leid für Betroffene
Herausforderung für Helfer

Winfried Görlitz, Facharzt für Psychiatrie, - Psychotherapie-, APZ Königslutter
Braunschweig 29.01.2015



Zitierte Lesung

- „Wenn ich höre, dass auf einer Station dicke Luft bei den Stationsmitarbeitern herrscht, dann frage ich mitunter, wie denn die Borderline-Patientin heißt...

(aus: Manfred Lütz: Irre! Wir behandeln die Falschen, S.172/173)

Gliederung

- Definition
- Häufigkeit
- Entstehung
- Symptome
- Diagnostik
- Therapie
- Fazit
- Was können Sie tun?

Fallbeispiel

- Kunststudentin, 19 Jahre alt
- Trennung der Eltern im 5. LJ; aufgewachsen bei der Mutter; kaum Kontakt zum in Frankreich lebenden Vater, der idealisiert wird
- Lebt nach on- off- Beziehung mit 2 Katzen alleine; sie hätte sich getrennt, weil sie sich alleingelassen fühlte
- 1 SMV; nicht geplant, es wären dafür auch zu wenige und die falschen Tabletten gewesen

Fallbeispiel (Fortsetzung 1)

- SMG seit dem 12. LJ; untergründig ständig, verstärkt bei Stress und Anspannung
- Schneidet und schlägt sich seit der Pubertät selbst; möchte sich spüren, sonst nur innerliche Leeregefühle; hat es sich auch angewöhnt, um starke Anspannung zu senken; hat es zeitweilig für ihren Partner gelassen, wollte ihn nicht verlieren, nach Trennung aber vermehrte Selbstverletzungen

Fallbeispiel (Fortsetzung 2)

- Sie betrinke sich, um ihr Schlechtgehen zu verstärken
- Sie gehe nachts alleine in den Wald, obwohl sie davor Angst habe; sie bleibe häufig alleine zuhause, obwohl sie mit ihren Freunden Spaß haben könnte
- Sie habe manchmal das Gefühl, ihr Körper sei wie eine Hülle und gehöre nicht zu ihr; sie brauche dann Impulse von außen, um sich zu spüren; auch deshalb schneide sie sich

Was ist die „Borderline“

- Scharfe, Übergangslose „Grenzlinie“ im inneren Erleben eines betroffenen Menschen, die eine Spaltung im Selbstgefühl, Erleben von Emotionen und in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen markiert (Gut/Böse; Idealisierung/Entwertung; Schwarz/Weiß). Sie erzeugt innerlich ein starkes Gefühl von Zerrissenheit, Chaos und Selbstentwertung.

Definition

- Instabilität in
 - zwischenmenschlichen Beziehungen
 - im Selbstbild
 - in den Affekten

Beginn: Pubertät - frühes Erwachsenenalter

Häufigkeit

- Lebenszeit- Prävalenz: ca. 3% (15.LJ: ca. 5%)
- Männer = Frauen (in der Klinik 80% Frauen)
- Suizidrisiko: ca. 7%
- Suizidversuche: ca.60%
- Anteil an stationären Behandlungskosten: 25%
- Kosten: ca. 4 Milliarden € jährlich (15% der Gesamtkosten für Psychische Störungen)

Neurobiologische Veränderungen

- Neurobiologisch Gefühlsregulation unspezifisch gestört bei Menschen mit zusätzlicher chron. PTBS:
 - Amygdala hyperreaktiv verkleinert
 - Hippocampusatrophie („Je kleiner der Hippocampus, umso anfälliger sind Menschen“; Pitman 2001)
 - Minderaktivität des präfrontalen Cortex
- Genetische Vulnerabilität (impulsive Aggressivität, 37%)
- Je kritischer die Lebensereignisse, desto weniger bedeutend aber die genetischen Faktoren

Entstehungsbegünstigende Familienatmosphäre

- Hohe Bindungsunsicherheit mit früher elterlicher Verlusterfahrung
- Erfahrung einer abwertend / abwehrenden Haltung gegenüber menschlichen Grundgefühlen(z.B. Liebe, Freude, Ärger, Angst, Scham, Schuld), emotionale Gewalt
- Vernachlässigung
- Erleiden harter entwertender Strafen
- Erleben bedrohlicher Grenzüberschreitungen wie Misshandlung od. Missbrauch im Kindes- und Jugendalter (63% - 96%)

Leitsymptom

- Einschließende, starke innerliche Anspannung, ca. 10mal höher als bei Nicht- Betroffenen, die als äußerst unangenehm erlebt wird und keiner klaren, handlungsweisenden Emotion zugeordnet werden kann

(Bohus,State of the Art,2011)

Symptome gem. DSM-IV (1)

- Verzweifelt Bemühen das eigene Verlassenwerden zu vermeiden
- Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen (Idealisierung/Entwertung)
- Identitätsstörung
- Impulsivität in selbstschädigenden Aktivitäten (z.B. übermäßiges Geldausgeben, Fressanfälle, Drogen- und Alkoholmissbrauch, häufig wechselnde Sexualpartner)

Symptome gem. DSM-IV (2)

- Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen, selbstverletzendes Verhalten
- Affektive Instabilität
- Chronische Leeregefühle
- Unangemessene, heftige Wutausbrüche
- Vorübergehende paranoide Vorstellungen od. dissoziative Symptome

Dissoziatives Erleben

Hohe innerliche Anspannung führt zu gestörten Realitäts- und Körperempfindungen:

- Verzerrung des Raum- Zeit- Gefühls
- Entfremdungsgefühle
- Verlust der Realitätskontrolle
- szenisches Wiedererleben traumatischer Ereignisse wird zur emotionalen Realität
- Veränderung des Körpergefühls: Taubheit, innere Leere, Neben-Sich-Stehen

Ein Leben mit Borderline...

- ... ist für mich wie das Spiel eines Kindes auf einer Wippe – mal bin ich oben, mal unten – und jedesmal denke ich, es müsste so für den Rest meines Lebens sein.“

(Betroffene)

Menschen mit Borderline...

- ... „wollen niemanden enttäuschen.“
- ... „sind in der Regel extrem sozial.“
- ... „haben häufig Berufe aus dem Helfer-Bereich.“
- ...“müssen lernen, Grenzen und Distanzen zu den Problemen anderer aufzubauen.“
- ...“sind weich und liebevoll im Herzen.“
- ...“besetzen Objekte mit intensiven Gefühlen.“

(M. Bohus, State-of-the-art-Rede Berlin 2011)

Borderline-typische Grundannahmen

- „Alleine kann ich nicht überleben.“
- „Wenn mir jemand zu nahe kommt, ist das bedrohlich.“
- „Wenn jemand sieht, wie minderwertig ich bin, wird er mich verlassen.“
- „Wenn mir jemand zu nahe kommt, werde ich ihn zerstören.“
- „Wenn jemand meine Schwäche sieht, wird er mich demütigen.“

Therapeutische Beziehung(1)

- Konstante äußerliche Strukturen
- Zuverlässige Beziehungsgestaltung
- Therapeut als authentisches Gegenüber
- Kein Machtgefälle
- Emotionale Reaktionen des Therapeuten sind transparent und nachvollziehbar
- Schnelle Ansprache und Korrektur dysfunktionaler Verhaltensweisen

Therapeutische Beziehung(2)

- Verstärkung vertrauensvoller Kooperation und „normativer Beziehungsgestaltung“
- Keine emotionale Verstrickung mit dem Patienten, nicht zu stark mitleiden
- Professionelle Grenzen unbedingt beachten
- Langsames Auslaufen am Therapieende
- Für Therapeut supervisorischer Rückhalt erforderlich

Störungsspezifische Therapieformen

- Dialektisch- behaviorale Therapie (DBT) n. Marsha Linehan
- Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) n. Bateman u. Fonagy
- Schema-fokussierte Therapie (SFT) n. Young, Klosko u. Weishaar
- Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) n. Kernberg

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

n. M.Linehan

- Wissenschaftlich am besten abgesichertes störungsspezifisches Therapieverfahren für Borderline-Pat.
- Dialektik: Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz, zwischen Eigenverantwortung und Unterstützung
- Behavioral: am Verhalten orientiert
- Therapeut als Begleiter und Trainer der Pat. auf deren Weg neue Fertigkeiten (Skills) in den Bereichen der Achtsamkeit, der Stresstoleranz, des Selbstwertes, im Umgang mit Gefühlen und in zwischenmenschlichen Beziehungen zu erlernen

Skills (Fertigkeiten)

„Skills sind kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Diese Reaktionen können automatisch sein oder bewusst eingesetzt werden.“ (M. Linehan, 1993)

Erlernen der Skills

„ Das Training von Fertigkeiten mit Borderline-Pat. ist in etwa so, als würde man versuchen, jemandem beizubringen, inmitten eines Orkans ein Zelt aufzubauen.“

(Zitat von M. Linehan zur therapeutischen Herausforderung als Skills- Trainer, 1997)

Hilfreiche Problemhaltung für die Betroffenen

- Therapeutisches Bild:

„ Stellen Sie sich vor, Sie sind auf dem Heimweg von der Arbeit, der Sie an einem Fluss entlangführt. Da werden Sie plötzlich hinterrücks überfallen und in den Fluss gestoßen.

Obwohl Sie nun wirklich nicht freiwillig in den Fluss gesprungen sind, bedeutet dies etwa, dass Sie nicht dennoch selbst an Land schwimmen müssen...?“

(Dulz etc.,Handbuch der Borderline-Störungen)

Dialektische therapeutische Grundhaltung

- „schwierige Balance zwischen radikaler Akzeptanz der jeweiligen Gegebenheiten und Drängen auf Veränderungen“

(Stiglmayr, Schehr u. Bohus 2002)

- „You want to change and you have to work hard for it“

(M. Linehan)

Therapieziele in der DBT

- Reduktion suizidaler und selbstschädigender Verhaltensweisen (Hochstresstoleranz)
- Verbesserung der sozialen Integration und Interaktion (zwischenmenschliche Fertigkeiten)
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und der Affektkontrollfähigkeit (Umgang mit Gefühlen)
- Verbesserung der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls
- Erlernen einer achtsamen, nicht- wertenden Grundhaltung (Achtsamkeitstraining)

Therapeutische Grundannahmen(1)

- Borderline- Pat. versuchen das Beste aus ihrer aktuell verheerenden Situation zu machen
- Borderline- Pat. wollen sich verbessern
- Borderline- Pat. müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht
- Borderline- Pat. haben ihre Probleme nicht alle selbst verursacht, aber sie müssen sie selbst lösen

Therapeutische Grundannahmen(2)

- Das Leben suizidaler Borderline- Pat. ist so, wie es aktuell gelebt wird, unerträglich
- Borderline- Pat. müssen neues Verhalten erlernen
- Borderline- Pat. können in der Therapie nicht versagen
- Therapeuten, die mit Borderline- Pat. arbeiten, brauchen Unterstützung

Ablauf einer DBT- Therapie (1)

- genau 12 Wochen vollstationär; Aufnahme nur nach Vorgespräch (Diagnosesicherung, Klärung der Eigenmotivation der Patientin)
- Verbindlich: innerhalb von 24 Std. nach Aufnahme unterschreiben die Patientin, die Bezugstherapeutin und die Einzeltherapeutin einen für alle Seiten verbindlichen Behandlungsvertrag (Non-Suizid-Vertrag)

Ablauf einer DBT-Therapie (2)

- Stufe 1: Erstellen von zwei Verhaltensanalysen während der ersten drei Therapiewochen zwecks Entwicklung der individuellen Behandlungsziele
- „Das Gefährlichste dabei zuerst“ (Beschreibung des letzten Suizidversuches bzw. der letzten Selbstverletzung)
- Erlernen des Umgangs mit dem „Notfallkoffer“ (u.a. Anwendung der Skillskette bestehend aus sensorisch irritierenden Hochstressskills)

Ablauf einer DBT- Therapie (3)

- Beginn 4. Therapiewoche: Vorstellung einer VA mit Behandlungszielen durch die Patientin selbst beim therapeut. Team (Stufe 2-Gespräch)
- Teilnahme von der 2.- 12. Woche am gruppentherapeutischen Fertigkeitentraining (Skillsgruppe), Beginn mit Vorstellung der „Spannungskurve“ für die neuen Teilnehmer
- Module: Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Selbstwert
- Extra: Antidissoziationsgruppe, Fünf- Sinne- Gruppe, Imaginationsgruppe, Körpertherapie, therapeut. Reiten

Ablauf einer DBT- Therapie (4)

- Durchlaufend: Achtsamkeitsgruppe, Basisgruppe, therapeut. Einzelgespräche
- 9. Woche: Stufe 3- Gespräch zur Entlassungsvorbereitung (u.a. häuslicher Notfallplan, Planung der ambulanten Weiterbehandlung, soziales Netzwerk)
- Sofern gewünscht: psychoeducatives Angehörigengespräch
- 84. Tag: Entlassung nach Hause mit Aushändigung eines Therapiezertifikates

Station 07 (APZ Königslutter)

Derzeit insgesamt 7 Behandlungsplätze für

- DBT-Standardtherapie über 12 Wochen
- DBT-Auffrischung über 4-6 Wochen für zertifizierte Patienten
- DBT-Krisenbehandlung über 2 Wochen für zertifizierte Patienten
- DBT-Diagnostik über 2 Wochen
- Regel: Wiederaufnahmemöglichkeit nach Abbruch der Standardtherapie i.d.R. nach 1-Jahres-Intervall

Medikamentöse Therapie (1)

- Wirksame Psychotherapie hat immer Vorrang und ist „Therapie der Wahl“
- Kein Medikament ist speziell für die Behandlung der Borderline-Störung zugelassen, aber fast alle Pat. bekommen welche, häufig mehrere gleichzeitig
- Medikation nur zeitlich befristet bei Auftreten schwerer Krisen zum Zwecke der Stimmungsstabilisierung, Angstmilderung, Antidepression, Anspannungsreduktion und Linderung dissoziativer Zustände

Medikamentöse Therapie (2)

- Antidepressiva
- Atypische Neuroleptika
- Stimmungsstabilisierer
- Vorsicht: Nur kurz Benzodiazepine wg. Entwicklung einer Suchtgefahr, eher:
- Niedrigpotente Neuroleptika, sofern eine Beruhigung erforderlich ist
- Bei hoher Dissoziationsneigung: Versuch mit Doxazosin od. Naltrexon

Fazit (1)

- Borderline-Pat. sind hochsensible verletzbare Menschen, die es sehr schwer haben im Umgang mit sich selbst, ihren Gefühlen und in ihren Beziehungen.
- Sie müssen ihre Probleme radikal akzeptieren und die innere Bereitschaft dazu aufbringen einen anderen zunächst fremden und unvertrauten Weg über Berge und durch Täler zu sich selbst zu gehen, um neues selbstfürsorgliches Verhalten zu erlernen
- Dabei brauchen sie als Helfer einfühlsame Begleiter, von denen sie auch in Krisen nicht bewertet oder verlassen werden.

Fazit (2)

- Die Helfer von Borderline-Pat. benötigen selbst eine ausreichende emotionale Standfestigkeit und vertrauensvolle Bindungsfähigkeit, um die Pat. auch in schweren Krisen immer wieder ermutigen zu können nicht aufzugeben.
- Sie können deren Leid nicht teilen oder es ihnen abnehmen, aber sie sollten die Pat. respektvoll und nicht-bewertend auf ihrem neuen Weg begleiten. Sie sollten sie dabei nicht alleine lassen.
- Um dieses leisten zu können, brauchen die Helfer selber Hilfe und Unterstützung durch Supervision.

Was können Sie tun?

- sich qualifizierte Hilfe suchen
- achtsam im Umgang mit sich selbst sein
- bei Auftreten von Problemen diese ordnen und Schwerpunkte setzen
- Alltagsstruktur schaffen
- soziales Umfeld schaffen
- sich selbst etwas Gutes tun!

Hilfreiche Haltung als Angehörige und Helfer

- Sie können den Betroffenen nicht heilen und nicht die Probleme für ihn lösen
- Lassen Sie die Verantwortung beim Betroffenen, unterstützen Sie ihn
- Erkennen Sie an, dass jeder nur sich selbst ändern kann
- Eignen Sie sich Wissen über die Störung an
- Seien Sie achtsam mit sich und Anderen, beachten Sie Ihre eigenen Grenzen
- Kommunizieren Sie gewaltfrei, bewerten Sie nicht
- Tun Sie sich selbst etwas Gutes!

Infomaterial

- Als Buch: Bohus/Reicherzer, „Ratgeber Borderline- Störung – Informationen für Betroffene und Angehörige“
- Im Internet: Homepage des DBT- Dachverbandes, www.dachverband-dbt.de, dort auch Links zu weiteren hilfreichen Webadressen
- www.borderline-netzwerk.info (Selbsthilfe-Plattform)
- Cave: Besuch von nicht moderierten Borderline-Foren wg. der Gefahr suizidaler Kommunikation!!

Quellen

- M.Bohus: State of the art-Vortrag, DGPPN-Kongress, Berlin 2011
- Dulz, Herpertz, Kernberg, Sachsse et al.: Handbuch der Borderline-Störungen, 2. Auflage, 2011
- S2-Leitlinie Psychiatrie: Persönlichkeitsstörungen, Abschnitt 4.5
- M.Lütz: IRRE! Wir behandeln die Falschen..., 2009

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Winfried Görlitz, Oberarzt

AWO Psychiatriezentrum
Vor dem Kaiserdom 10
38154 Königslutter

Telefon: 05353/ 90-0

Telefax: 05353/ 90-1095

E-Mail: Poststelle@awo-apz.de

Internet: www.awo-psychiatriezentrum.de

