



Borderline ,und jetzt?!‘

Behandlung
in der



Klinik Walstedde

Seelische Gesundheit für Kinder,
Jugendliche und junge Erwachsene

Einfach. Schneller. Zurück ins Leben.

Inhalt

1	Diagnostische Kriterien	1
2	Störungsbezogene Assoziationen	3
3	Unsere Behandlungsphasen.....	4
	I. Einstieg in die Therapie, enge therapeutische Begleitung.....	4
	3.I.1 Ankommen, Stabilität von außen und Sicherheit	5
	3.I.2 Psychoedukation und Medikation	7
	3.I.3 Selbstregulation, Skills und Umgang mit Destruktivität.....	9
	II. Erweiterter therapeutischer Handlungsrahmen....	11
	3.II.1 Umgang mit Emotionen und Borderline- Mechanismen	12
	3.II.2 Entscheidung.....	14
4	Das Schneckenmodell.....	16
5	Das Hausmodell.....	17

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird im Folgenden nur das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechtsidentitäten sind ausdrücklich mitgemeint.

1 Diagnostische Kriterien

Damit Sie sich einen ersten Überblick über die Erkrankung verschaffen können, haben wir nachfolgend wichtige Informationen zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammengestellt.

Bitte sprechen Sie uns bei auftretenden Fragen gerne an.

Allgemein werden Persönlichkeitsstörungen als tief verwurzelte, stabile Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensbedingungen bezeichnet. Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung sind damit verbunden und führen zu subjektivem Leiden der Betroffenen und ihrer Umwelt. Sie dürfen durch keine andere psychische oder hirnorganische Störung bedingt sein, beginnen in Kindheit oder Adoleszenz und persistieren bis ins Erwachsenenalter.

Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5

Allgemeine Kriterien: durchgehendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Gefühlen; ausgeprägte Impulsivität.

Weitere Kriterien:

- Verzweifelte Bemühen, Alleinsein oder Verlassenwerden zu verhindern
- Intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen; Wechsel zwischen Überidealisierung und Entwertung
- Identitätsstörung: Instabilität der Selbstwahrnehmung oder des Selbstbildes
- Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten
- Wiederholte Suiziddrohungen oder -versuche und Selbstverletzungen
- Affektive Instabilität
- Chronisches Gefühl der Leere
- Übermäßig starke Wut und die Unfähigkeit, diese zu kontrollieren
- Dissoziative Symptome; stressabhängige paranoide Fantasien

Bei dieser Störung ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie bei nicht ausreichender oder zu spät erfolgender Behandlung in einem hohen Ausmaß chronifizieren kann und dann zu nachhaltiger Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen, der schulischen und beruflichen Entwicklung sowie der Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten führt, sehr hoch.

Bei der Wahrnehmung und Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter herrscht in der Praxis noch Zurückhaltung, obwohl die für eine Persönlichkeitsstörung charakteristischen Symptome in der Regel schon im Kindesalter, spätestens und vor allem aber im Jugendalter zu beobachten sind und für die Diagnose einer solchen Störung im Erwachsenenalter das Vorliegen von entsprechenden Symptomen in Kindheit und Jugend sogar vorausgesetzt werden.

Im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als auch in der ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wurde die Altersbeschränkung für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgehoben.

Weiterhin wird davon ausgegangen, dass grundlegende Strukturen der Persönlichkeit in den ersten Lebensjahren angelegt und ausgebildet werden.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt insofern eine frühe strukturelle Störung dar.

Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung nehmen die folgenden sechs Strukturdimensionen bei der Diagnostik und Therapie einen großen Stellenwert ein:

- Selbstwahrnehmung: Die Fähigkeit, sich als eigenständige Person mit einem Gefühl von Identität wahrzunehmen, kritisch zu reflektieren und unterschiedliche Gefühlszustände einordnen zu können.

- Selbststeuerung: Die Fähigkeit, selbstständig auf Gefühle, Bedürfnisse und Handlungsimpulse, auch vorausschauend, Einfluss zu nehmen.

- Abwehr: Die Fähigkeit, die emotionale Stabilität und Funktionalität durch angemessene Abwehrmechanismen aufrechtzuerhalten und sich vor überwältigenden Ängsten und Impulsen zu schützen.

- Objektwahrnehmung: Die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität sicher unterscheiden zu können. Mit Einfühlungsvermögen, den anderen Menschen ganzheitlich und als mit eigenen Rechten ausgestattet wahrzunehmen.

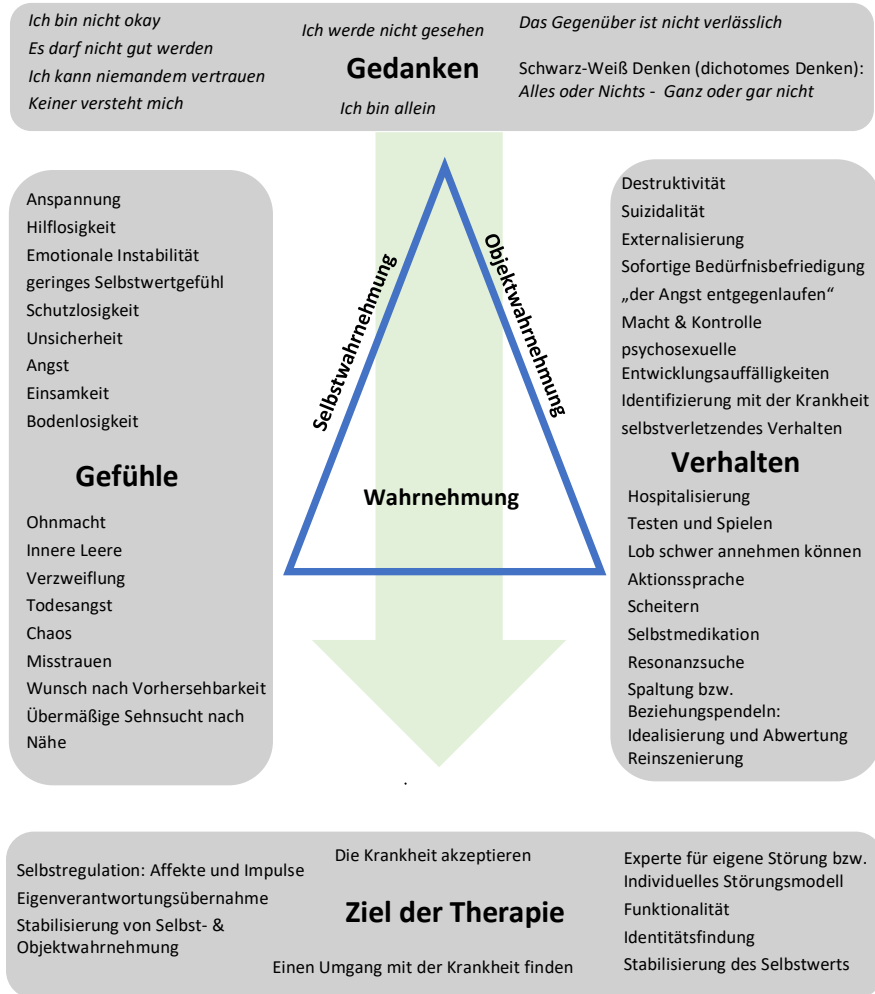
- Kommunikation: Die Fähigkeit, empathisch Kontakt aufzunehmen und auf einer Ebene mit dem anderen über eigene und dessen Gefühle reden zu können.

- Bindung: Die Fähigkeit, mit anderen längerfristige, vertrauensvolle Beziehungen einzugehen, sie zu lösen und sich flexibel auf unterschiedliche Arten von Bindungen und Beziehungen einzustellen.

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung finden sich auf allen Ebenen Defizite und man spricht von einer niedrigen Persönlichkeitsorganisation oder einem desintegrierten Strukturniveau im Gegensatz zu einem gut integrierten Strukturniveau.

2 Störungsbezogene Assoziationen

Borderline Persönlichkeitsstörung – frühstrukturelle Störung



3 Unsere Behandlungsphasen

1. Einstieg in die Therapie, enge therapeutische Begleitung

Die stationäre Behandlung stellt den Patienten im besonderen Maße einen strukturierten und sichernd-haltenden Rahmen zur Verfügung. Dies unterstützt, einen Einstieg in die Therapie zu finden und möglichst „arbeitsfähig“ zu sein.

Die Haltefähigkeit des Settings soll dem Patienten einen ersten therapeutischen Zugang ermöglichen, um zu verstehen, worin eigenes Chaoserleben sowie Selbstschädigung, Irritabilität, Abwehr und Widerstand begründet sind.

Wir sehen die hohe Ambivalenz und Ambitendenz (= widersprüchliche, schwankende Absichten und Impulse) der Jugendlichen mit Borderline-Erkrankung im eigenen Erleben von ihrem Chaos und ihrer Destruktivität. Das birgt ein hohes Risiko, trotz Stabilisierungswünschen nicht in einen Entscheid kommen zu können und sich auf Therapie einzulassen. Therapeutisch arbeiten wir deshalb zunächst „mit dem, was da ist“. Wir nehmen Erleben und Aktionssprache auf, also das, wie der Patient sein inneres Chaos und seine Not nach Außen zeigt und übersetzen dies mit ihm. Dazu gehören starke Selbstbestimmtheit, (immer zuerst) Bedürfnisse zu befriedigen, intensives Erleben von Alleinsein und Nicht-Verstandenwerden und starke Impulse, im Kontakt zu bestimmen und zu kontrollieren.

3.1.1 Ankommen, Stabilität von außen und Sicherheit

In unserer Konzeption begegnen wir der realen Gefahr, dass der Patient in seiner hoch autonomen Haltung bleibt und ein gemeinsamer therapeutischer Prozess für ihn im Grunde unvorstellbar ist. Wir sehen das hohe Risiko für den Patienten, im Borderline-Erleben „allein und verlassen zu sein und sich auf niemanden verlassen zu können, sich nicht einlassen zu können“, nicht in den Entscheid zu kommen.

Deshalb stellen wir den Patienten Folgendes zur Verfügung:

- Schaffung eines engen Bezugsrahmens
- Klare, verlässliche und wohlwollende, auch ehrlich konfrontierende therapeutische Haltung
- Feste Teamzugehörigkeit und Ansprechpartner, um mit Reizoffenheit, Abwehr und Spaltung umzugehen

- Transparente Regeln und Strukturen
- Anleitung, eigene Anspannung und Emotionen zu regulieren, um Krisen zu reduzieren, konkret: Anleitung in der Anwendung von Skills
- Übersetzen solcher Erlebens- und Verhaltensweisen, die der Krankheit zugehörig sind



Patient A.

„Ich komme hier in dieser Klinik an und sehe die ganzen Menschen. Wer sind die alle? Warum arbeiten hier so viele Menschen? Und alle in schwarz gekleidet. Wie soll ich mir die ganzen Namen merken? Zumindest passt die Farbe schwarz zu meiner Stimmung. Solange sie mich nicht nerven, kommen wir klar. Aber wenn ich schon das ganze Blabla und deren Regeln höre. Mein Leben und meine Entscheidung. Wenn ich Drogen will? Na und? Ist doch meine Sache. Die sollen mich nicht so aufregen. Die wissen doch gar nichts über mich. Haben mal wieder einen tollen Bericht über mich gelesen, den auch irgendein Therapeut geschrieben hat und meinen mich zu kennen. Als ob die wissen, was in mir vorgeht. Am besten, ich zeige denen, wie schlecht es mir geht. Wenn die schon davon sprechen, dann können sie es auch sehen und spüren. Nicht mit mir. Schließlich habe ich schon genug Erfahrung mit solchen wie denen und weiß, wie ich die dazu bringe, die Dinge zu tun, die ich will.“

Patient R.

„Ich habe Borderline. Ich bin ständig angespannt, verletzte mich selbst und verhalte mich auch anderen gegenüber aggressiv. Ich kann nicht beschreiben, was mit mir los ist oder wie ich mich fühle. In mir drin ist Chaos. Alle Gefühle sind durcheinander und kaum auszuhalten. Ich wusste nicht, wie ich damit umgehen soll. Das einzige, was bis jetzt geholfen hat, waren Selbstverletzungen, Drogen, Alkohol oder so etwas. Fast immer fühle ich mich allein gelassen. Ich wurde in der Klinik Walstedde aufgenommen. Dort habe ich feste Ansprechpartner bekommen, die mich bis zum Ende meines Aufenthalts begleitet haben. Diese konnte ich den ganzen Tag lang ansprechen. So etwas kannte ich nicht. Ich habe vorher nie die Erfahrung gemacht, dass ich mich sicher auf Kontakte verlassen kann. Ich wurde eng geführt. Das heißt, meine Tagesstruktur war geplant und ich wurde bei vielen Tagesstrukturpunkten von meinem Behandlungsteam begleitet. Die Regeln wurden mit mir besprochen, ich habe einen Überblick über den Therapieverlauf erhalten und erfahren, wie ich unterstützt werde, wenn ich in eine Krise komme. Das gab mir Orientierung und Sicherheit. Wenn ich angespannt war, hat mir das Team Möglichkeiten angeboten, die meine Anspannung runtergebracht haben. Diese heißen Skills. Es fühlte sich an, wie Chaos in mir drin und das Chaos ist auch immer noch da, nur kann ich jetzt besser damit umgehen.“

3.1.2 Psychoedukation und Medikation

Die hohe innere Anspannung und das starke Wechseln von Gefühlen und Impulsen in der Erkrankung stellen eine starke Belastung für die Betroffenen dar. Diese führt zu wiederkehrenden eigengefährdenden Situationen, beschädigt die Haltefähigkeit in der Therapie und lässt die Patienten immer wieder aus dem Entschluss gehen. Es fühlt sich für den Patienten so an, als sei Veränderung auf Grund des inneren Erlebens unmöglich. Das eigene (unbewusste) Erleben von Ohnmacht und Ausgeliefertsein in den ersten Lebensjahren führt zu dem hohen Macht- und Kontrollbedarf in der Erkrankung und dem intensiven Erleben von „Alleinsein“ und „keiner-versteht-mich“.

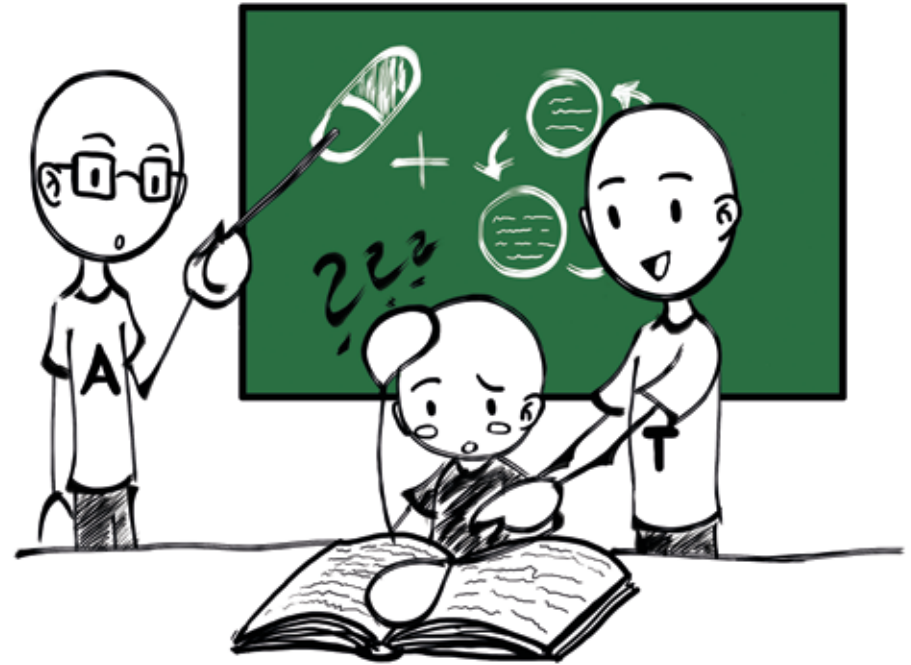
In unseren klaren Strukturen kann es als massiv verunsichernd erlebt werden und wird oft stark abgewehrt und abgewertet, eigene Kontrolle abgeben zu müssen. Die eigene hohe Selbstbestimmtheit wird als „sicher“ erlebt und der Patient will diese daher mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln aufrechterhalten.

Hier sehen wir das Erarbeiten von Krankheitsverstehen, die sog. Psychoedukation, als sehr wichtig. D.h. wir klären, wie die Erkrankung entsteht und sich im Erleben und Handeln der Betroffenen äußert. Störungsanteile sind zunächst verstehbar als Grundlage dafür, einen anderen Umgang und mehr Stabilität zu finden.

Eine spezifische medikamentöse Behandlung gibt es für die Erkrankung nicht, aber bestimmte Medikamentengruppen können unterstützen, eigene Anspannung und selbstschädigendes Handeln zu regulieren.

Aus diesem Grund gibt es folgende Schwerpunkte:

- Förderung einer realistischen Selbstwahrnehmung mittels regelmäßiger Verhaltensreflexion.
- Umfassendes individuelles Störungswissen aufbauen, um Patienten in Bezug auf ihre Störung zu professionalisieren
- Es gibt keine störungsspezifische Medikation! Medikamente können im Einzelfall die Affekt- und Impulsregulation verbessern und dem Patienten den Zugang zur Therapie erleichtern oder überhaupt ermöglichen.



Patient A.

„Medikamente? Was? Als ob mir das hilft. Ja, ja, die wollen mich nur ruhigstellen und sprechen dann davon, dass ich meine Sucht aufgeben soll und wollen mich selber süchtig machen? Was ist das für 'ne kranke Scheiße? Ich soll denen vertrauen und einfach die Pillen schlucken? Mir hilft es besser zu rauchen. Als ob alles besser wird. Nichts wird besser. Die sehen gar nicht, wie schlecht es mir eigentlich geht. Und was soll ich haben? Borderline? Was soll das jetzt heißen? Dass man mit dem Wort alles erklären kann, was in mir vorgeht? Als ob die sich die Mühe machen, mich zu verstehen.“

Patient R.

„Nachdem die Ärzte und das Behandlungsteam durch die Gespräche verstanden haben, wie meine Erkrankung aussieht, wurde mir dies vermittelt. Die haben das „individuelles Störungsmodell“ genannt. Mit dessen Hilfe wurden mir meine Verhaltensweisen erklärt. Dadurch konnte ich verstehen, was mit mir los ist und warum ich mich so verhalte, wie ich mich verhalte. Mein Verhalten, meine Stimmung und was dahinter steckt wurde mir immer wieder zurückgemeldet. Mir wurde erklärt, dass ich mit meinem Verhalten dafür sorgen möchte, dass mein Gegenüber auf mich reagiert. Keine Reaktion zu bekommen, fühlt sich für mich schrecklich an, das kann ich nicht aushalten. Es fühlt sich an, als müsse ich sterben.“

Die Medikation hat mich auch unterstützt. Obwohl ich gemerkt habe, dass meine Anspannung und meine Stimmung dadurch besser wurden, wollte ich die Medikation nicht immer nehmen. Ich konnte nicht zulassen, dass es gut wird. Manchmal habe ich die Medikation auch so verwendet, dass es für mich schädigend war.“

3.1.3 Selbstregulation, Skills und Umgang mit Destruktivität

Patienten mit einer Borderline-Erkrankung sind meistens sehr wechselhaft in der Kontaktgestaltung. Wir nennen das Beziehungspendeln. Kontakte werden idealisiert oder abgewertet, der Patient will Kontrolle in den Beziehungen behalten. Davon sind oft alle Kontakte betroffen, zur Familie und zu Menschen im eigenen Lebensumfeld, WG, Jugendamt, Freunden, Behandlungsteam und Arzt. Häufig gibt es nur „schwarz oder weiß“, „ganz oder gar nicht“. Der Begriff dafür ist dichotomes Denken. Die starke Angst zu scheitern, allein zu sein oder trotz aller Anstrengung verlassen zu werden, führen immer wieder dazu, dass in Kontakten so gehandelt wird, dass das Scheitern selbst herbeigeführt wird. Wir nennen das „der Angst entgegen rennen“. Die Patienten erleben das Scheitern dann so, dass sie „Recht hatten“, dass sie wussten, dass der andere nicht verlässlich ist und dass sie verlassen werden.

In der Regulation von überwältigenden Gefühlen und Handlungsimpulsen selbst Verantwortung zu übernehmen (z.B. in der Anwendung von Skills), kann sich anfühlen wie „damit allein gelassen werden“. Es gibt Impulse, „jetzt erst recht“, mit schädigendem Verhalten zu zeigen, dass Veränderung unmöglich ist. Das Gefühl „innerer Leere“ und Bodenlosigkeit gehört zur Erkrankung und bleibt trotz aller Bemühungen weiter ein Erlebens teil der Betroffenen. Häufig gibt es das Gefühl „es darf nicht gut werden“ aus der starken Angst, wieder enttäuscht zu werden und dem Gefühl, es nicht wert zu sein.

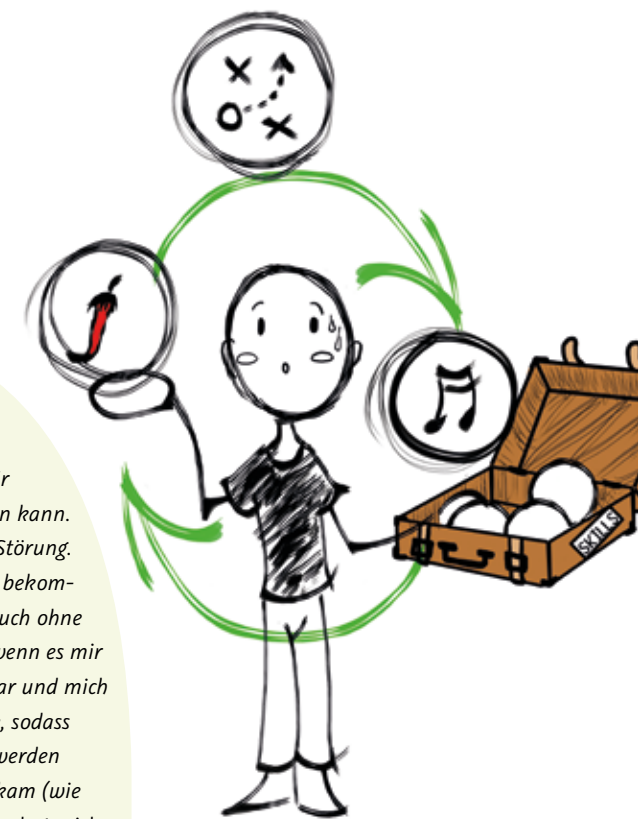
Ebenso stellen Misstrauen sich selbst und anderen gegenüber einen Teil der Erkrankung dar. Weitere Abwehrstrategien sind, es sich egal zu machen, ob eine Veränderung möglich ist oder immer die „Schuld“ oder Verantwortung beim anderen zu sehen, sog. Externalisieren.

Den Behandlungsrahmen gestalten wir bezogen auf Kontakt oder Abschirmung in der Gleichaltrigengruppe, Kontakte nach außen, Begleitung im Tagesablauf usw. für jeden Patienten hinsichtlich des therapeutischen Prozesses individuell. Dabei reflektieren wir gemeinsam selbstregulierende und selbstschädigende Impulse, Vermeidung und Abwehr, damit der Patient die Strategien den eigenen Störungsanteilen zuordnen kann. Wir fokussieren also:

- Erlernen von selbstregulierenden Strategien, um therapie- und selbstschädigendes Verhalten abzubauen und inneres Chaoserleben zu reduzieren
- Individuelle Behandlungsrahmen
- Förderung und Anforderung an vermehrte Eigenverantwortungsübernahme

Patient R.

„Mit der Zeit konnte ich selber erkennen, welches Verhalten mir schadet und was ich dagegen tun kann. Ich wurde Expert*in für meine Störung. Ich habe Strategien beigebracht bekommen, mit deren Hilfe ich mich auch ohne mein Team regulieren konnte, wenn es mir schlecht ging, ich angespannt war und mich so verhielt, dass es mir schadete, sodass ich nicht mehr so eng begleitet werden musste und mehr Freiheiten bekam (wie zum Beispiel Ausgang). Das Team hat mich weiterhin unterstützt und wir haben immer wieder über mein Erleben und Verhalten gesprochen. Nach einiger Zeit benötigte ich die Unterstützung meiner Therapeuten immer weniger, da ich mein Verhalten selbst verstehen gelernt habe. Das war ein schwankender Verlauf. Denn obwohl mir das alles beigebracht wurde und ich so viel gelernt habe, blieb meine Verzweiflung, das Gefühl sterben zu müssen, wenn ich auf mich allein gestellt war, mein inneres Chaos, sodass ich immer wieder in alte Verhaltensmuster verfiel. Ich habe nicht immer den Sinn darin gesehen, die Skills anzuwenden, weil Selbstverletzungen mir auch gegen meine Anspannung geholfen haben und mit Drogen oder Alkohol oder anderen schädlichen Verhaltensweisen konnte ich meine innere Leere füllen.“



Patient A.

„Selbstregulation? Skills? Destruktivität? Angst entgegenrennen? Ich will mir doch nicht selber schaden. Andere haben mir immer geschadet, warum sollte ich das auch tun? Und jetzt soll ich mich alleine regulieren? Ich dachte, die bleiben an meiner Seite und jetzt lassen die mich alleine? Ich kann mich nur auf mich selbst verlassen. Ich versteh nicht, warum ich auf einmal keinen Ausgang habe. Ich habe doch nichts gemacht. Wie soll ich jetzt rauchen? Das ist doch mein Skill. Die sagen doch, ich soll Skills benutzen. Die wissen selber nicht, was die wollen.“

II. Erweiterter therapeutischer Handlungsrahmen

Der entscheidende therapeutische Entwicklungsschritt in der weiteren Behandlung ist aus unserer Sicht, in der Therapie mehr mit den der Krankheit zugrundeliegenden Gefühlen und Erlebnissen zu arbeiten. Es geht darum, sich eine vertiefte Bearbeitung zuzutrauen und zuzumuten, trotz starker Ängste und Abwehrstrategien und nicht nur die Symptomebene, also das selbstschädigende Verhalten, therapeutisch zu bearbeiten.

In diesem Verlauf werden die Patienten motiviert und angefordert, mehr Verantwortung zu übernehmen, sich mit eigenem Denken, Fühlen und Handeln auseinander zu setzen - trotz innerem Erleben von Chaos, das zu der Erkrankung gehört. Der Patient soll in das Erleben und den Entscheid kommen, sich trotz innerer Leere und der Not von Alleinsein für selbstregulierendes, selbstschützendes Verhalten zu entscheiden und an zugrundeliegenden Gefühlen und Lebensereignissen zu arbeiten. Der vormals enge therapeutische Handlungsrahmen wird kleinschrittig erweitert und der eng beschützende Bezugsrahmen vergrößert, um Eigenständigkeit zu fördern.

Die Herausforderung besteht unter anderem darin, mit den zugehörigen Emotionen und Abwehrstrategien umzugehen, die Patienten zurück in dysfunktionale Muster fallen lassen, wenn sie nicht aufgedeckt werden („das Gegenüber ist nicht verlässlich, ich bin allein, kann nicht verstanden werden, es ist sowieso egal“).

Hier kann es zur Reinszenierung früherer Verlassenheitserfahrungen kommen, um die Haltefähigkeit und Verlässlichkeit des Helfersystems zu überprüfen. Dies sind dysfunktionale Schutzstrategien, z.B. Abwertung und Autonomie oder mehr Kontrolle, gegen das innere Erleben von Leere und gegen die Angst vor Verlust.

3.II.1 Umgang mit Emotionen und Borderline-Mechanismen

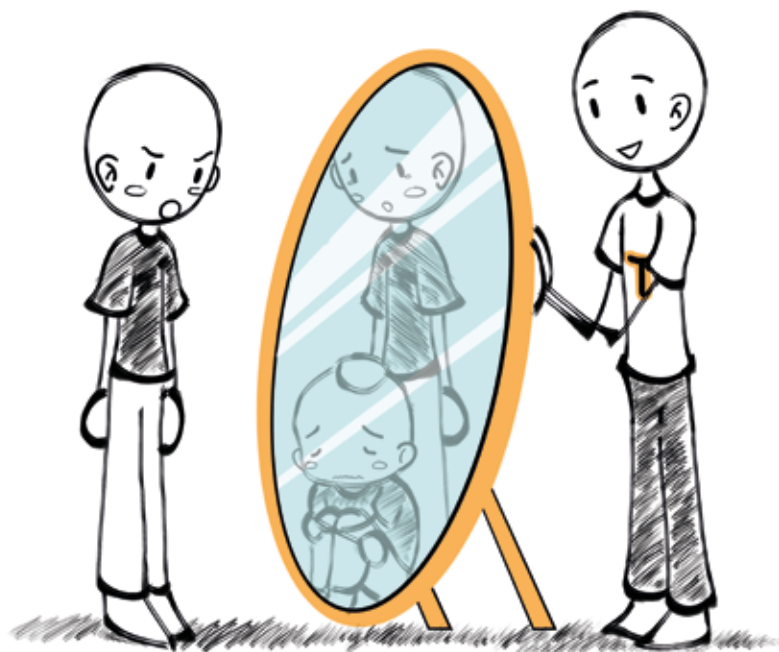
Wir arbeiten therapeutisch intensiv mit den Kernthemen und Erlebnissen des Borderline-Erkrankten. Frühe Mangel Erfahrungen in Versorgung und Resonanz, frühes Erleben von Alleinsein, der inneren Leere ausgeliefert sein und Nicht-Verlässlichkeit des Gegenübers.

Im Selbsterleben der Betroffenen hat dies häufig die existentielle Intensität „es geht um Leben und Tod“.

Heutiges Wahrnehmen, Denken, Fühlen und zumeist selbstschädigendes Handeln gehen auf frühkindliche Erlebnisse und für

den Betroffenen überlebensnotwendige Schutz- und Abwehrstrategien zurück. Diese müssen erkannt und bewahrt werden, um sich für alternative Schutz- und Lebensstrategien zu entscheiden, sich sozusagen eine „neue Identität“ trotz und mit der eigenen Lebensgeschichte zu schaffen und darin möglichst selbstregulierend und selbstschützend, wir sagen dazu „funktional“, zu handeln.

Das Zulassen und Bearbeiten der frühen Gefühle geht häufig als Gegenpol mit einem starken Sog destruktiver Handlungsimpulse einher: sich verletzen, abwerten,



im „Alles oder Nichts-Prinzip“ auch schon erreichte Stabilität aufgeben, das Therapiesetting sabotieren, entmachten und beschädigen durch Grenzüberschreitungen und Abwertung.

Hier muss der Patient im Grunde befähigt werden und sich entscheiden, trotz des mangelnden Grundvertrauens (weil seine Erfahrungen in der frühen Kindheit nicht vertrauensbildend waren) und trotz der Angst vor dem Verlassenwerden, selbst- und fremdschädigendes Verhalten zu begrenzen, funktional im Alltag und im Kontakt zu bleiben. Therapieschwerpunkt:

- Wahrnehmen und Übersetzen von Eindrücken und Erleben, Gedanken, Gefühlen und Verhalten (s. Schaubild S. 12)
- Auseinandersetzung mit aversiv erlebten Emotionen (Angst, Wut, Trauer, Scham, Verzweiflung, Ohnmachts- und Hilflosigkeits-erleben, Schuld und Kontrollverlust)

Patient R.

„In der Therapie musste ich mich darauf einlassen, zu meiner Lebensgeschichte zu arbeiten, obwohl alle Gefühle in mir gesagt haben, ich soll das nicht tun. Oft konnte ich es nicht aushalten. Die Strategien, die ich gelernt habe, um mich zu regulieren, also Skills anzuwenden, waren wirklich notwendig, um in der Therapie belastende Gefühle bearbeiten zu können. Das war für mich sehr schwierig. Ich musste meinen Widerstand überwinden, um die unangenehmen Emotionen wie Angst oder Hilflosigkeit zulassen und bearbeiten zu können. Dafür wurde auch meine Vergangenheit mit mir nachbesprochen. Dies hat mein Verständnis für meine Erkrankung vergrößert.“

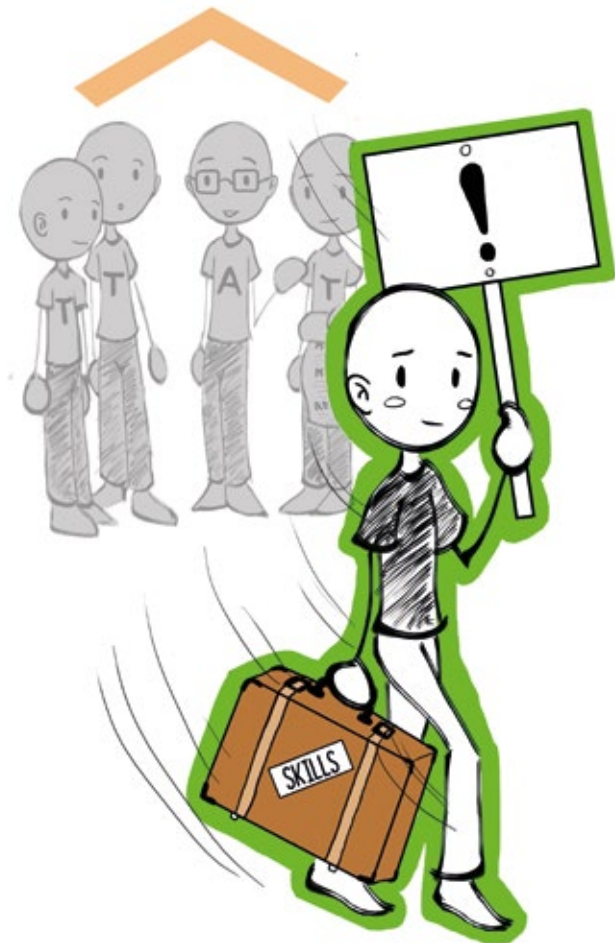
Patient A.

„Wie ich mich fühle? Ich weiß nicht, wie ich mich fühle. Ich fühle mich scheiße und keiner versteht mich. Die machen mich aggressiv. Ich glaube, ich raste gleich aus. Ich will nicht alleine sein. Ich halte es nicht aus. Warum hilft mir keiner? Warum ist keiner bei mir?“

3.II.2 Entscheidung

Im Entscheid für Therapie und Stabilität geht es um eine Akzeptanz der Erkrankung und darum, eine „neue Identität“ als Gegenentwurf zur Krankheitsidentität zu wollen und immer verlässlicher konkret im Alltag auszubauen. Wir nennen das „stabiles Leben mit Borderline“ oder Funktionalität. Die Persönlichkeitsstörung lässt sich nicht „heilen“, Erlebens- und Handlungsmuster sind durch die frühen Erfahrungen tief verankert.

Das Ziel der Therapie und des eigenen Entscheides kann es sein, „trotz“ des Erlebens von Alleinsein die Herausforderung anzunehmen, destruktive Impulse immer wieder zu begrenzen oder umzulenken. Das bedeutet auch, auf die Resonanzeffekte (Reaktionen im anderen auszulösen) zu verzichten, die selbstschädigendes Verhalten initiieren und über welche die Patienten mit Borderline-Erkrankung ihre innere Leere anfüllen und sich machtvoll erleben.



Entscheid ...

- ...gegen die Krankheitsidentität, in der die Patienten sich macht- und wirkungsvoll erleben und ihre innere Leere über Bedürfnisbefriedigung oder Szenen im Außen anfüllen (Resonanzsuche und destruktive Kontaktgestaltung)
- ...für konstruktive Integration von Borderline-Anteilen in das alltägliche Leben
- ...für Funktionalität
- ...für die Fortführung der Selbstregulation und des Selbstmanagements

Patient A.

„Entscheidungen? Man, ich kann mich doch nicht entscheiden. Mal will ich Hilfe und mal nicht. Wie soll das gehen? Die können mich nicht zu einer Entscheidung zwingen. Egal wie ich mich entscheide, hilft doch eh nichts.“

Patient R.

„Im Verlauf der Therapie musste ich mich gegen den schädigenden Anteil meiner Erkrankung entscheiden. Das konnte ich mir eigentlich gar nicht vorstellen. Meine Erkrankung, was ich an Chaos fühle und wie ich handle, fühlt sich ja an wie „ich“. Irgendwie habe ich aber verstanden, dass dann alles bleibt, wie es ist und ich immer wieder so stark verzweifelt und in Not bin. Ein Teil von mir wollte das nicht. Leider muss ich mit beiden Teilen leben – die Impulse, mir oder anderen zu schaden, gehen nicht weg. Ich kann aber lernen, wie ich das managen kann.“

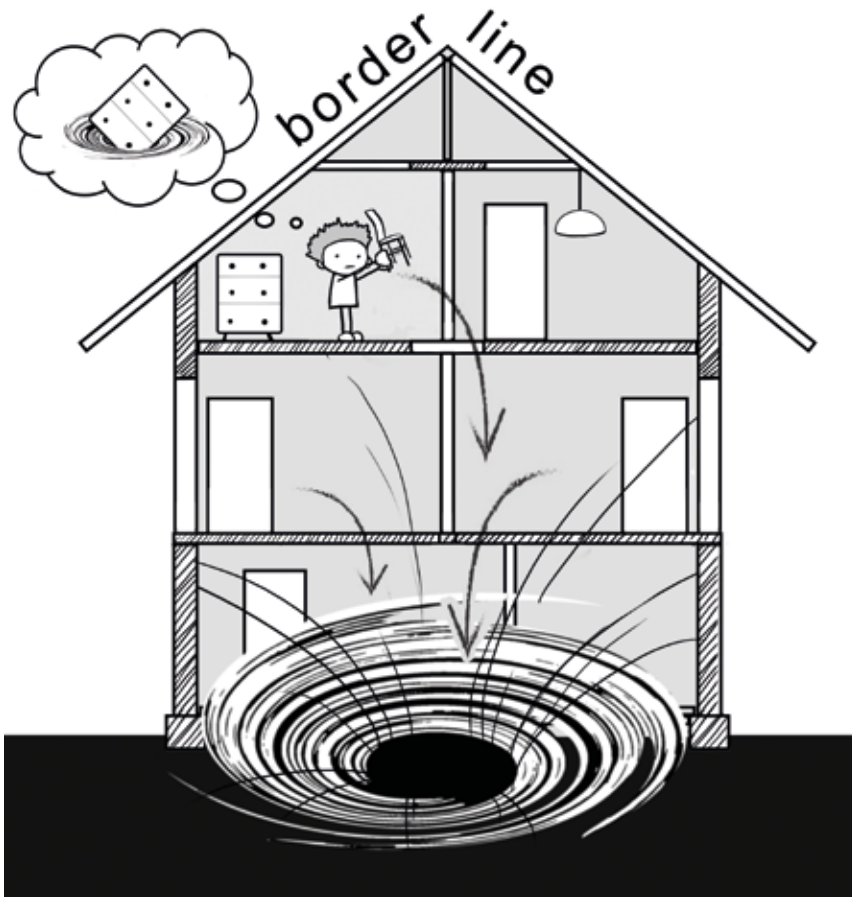
4 Das Schneckenmodell - Behandlungsphasen in der Klinik Walstedde



5 Das Hausmodell

Das Hausmodell veranschaulicht die Symptomatik und Grundkonflikte der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zentral ist das **Gefühl der „inneren Leere“** und einem daraus resultierenden Wunsch nach Bedürfniserfüllung, welches im Hausmodell durch das sogenannte „schwarze Loch“ gekennzeichnet wird. Betroffene erleben dies als einen Sog nicht stillbarer Bedürfnisse auf verschiedenen Ebenen (u.a. im Beziehungsverhalten, dem Bedürfnis nach Versorgung, ...), häufig aufgrund frühkindlichen Mangelerslebens in emotionalen und/oder körperlichen Bereichen.

Je näher der Betroffene dem „**schwarzen Loch**“ seiner inneren Hausstruktur kommt, desto größer ist der Sog (auto-)destruktiver Handlungsimpulse (z.B. selbstverletzendes Verhalten, Manipulation, inadäquate Beziehungsansprache, Risikoverhalten, übermäßig sexualisiertes Verhalten), weswegen der Sog symbolisch nahe dem Fundament oder im Keller des Hauses verortet wird – assoziiert mit dem „Lauernden“, Dunklen und Unbekannten. Dies spiegelt sowohl den destruktiven Anteil der Persönlichkeit als auch die „Bodenlosigkeit“, ein mangelndes Vorhandensein von Grundvertrauen



in adäquate Resonierung des Säuglings und später des Erkrankten. Kernangst der Betroffenen ist allen voran jene vor dem **Verlassenwerden**. Die hieraus entstehende Anspannung wird meist durch Provokation der gefürchteten Situation/Reaktion, sozusagen durch „der Angst entgegen laufen“, zu reduzieren versucht. Hierdurch erlangen die Erkrankten eine Art Scheinkontrolle, bewirken dabei jedoch das Verlassenwerden unbewusst mit.

Ressourcen werden häufig von Betroffenen dazu verwendet, das Gefühl der inneren Leere füllen zu wollen. Symbolisiert wird dies im Hausmodell durch die Vorstellung des Betroffenen, das Loch im „Keller“ mit „Möbeln“ (= Ressourcen) abzdichten. Dies ist jedoch nicht möglich. Das Bedürfnis nach einer Versiegelung des Leeregefühls zeigt sich im therapeutischen Setting unter anderem durch ein regelrechtes „Verheizen“ therapeutischer Methoden (z.B. Skills) sowie ständiger, meist inadäquater Beziehungsgestaltung über testendes Agieren (z.B. Parasuizidalität, doppelte Botschaften, selbstverletzendes Verhalten und andere Autoaggressionen) als auch kompensatorischem Konsumverhalten (Alkohol-/ Drogenabusus, gestörtes Essverhalten...). Nicht selten kommt es in diesem Prozess in der Übertragungsbeziehung zu einer Frustration der therapeutischen Ebene gegenüber den Betroffenen. Zum einen ist von einer unbewussten Erzeugung von **Hilflosigkeitsgefühlen**, unter anderem i.S. einer Projektion und Spaltung auszugehen.

Zum anderen scheint die häufig auftretende mangelnde Selbstfürsorge der Betroffenen beim Helfersystem ein Bedürfnis des Ausgleichs zu fördern (i.S. von Helfer- und Rettungsphantasien ein übermäßiges Bemühen, Versorgung und Verantwortungsübernahme) – d.h. den Impuls, die Räume des Patienten stellvertretend und im versorgenden Modus „mit Möbeln auszustatten“, die aber aufgrund des schwarzen Lochs nicht gehalten werden und die innere Leere nicht sättigen können.

Wie auch im inneren Erleben der Betroffenen, deren Ich-Grenzen gestört sind und somit eine **Reizoffenheit** verursachen, so weist auch das Haus eine Art Durchlässigkeit auf. Es gibt weder schließbare Türen noch Fenster, welche für einen Raum sorgen könnten, um sich von äußeren Einflüssen angemessen abzugrenzen.

Therapeutisches Ziel soll die Gestaltung der Hausräume unter dem Aspekt verschiedener **Stabilisierungen** (narzisstisch, hysterisch, ...) sein, ohne den Raum aus destruktiven Impulsen heraus zu leeren. In der Symbolik des Hausmodells zeigt sich dies durch eine „Möblierung“ der unterschiedlichen Räume, durch die sich die Betroffenen bewegen können, um destruktive Tendenzen alternativ zu bearbeiten.

Impressum



Klinik Walstedde

Seelische Gesundheit für Kinder,
Jugendliche und junge Erwachsene

Ideen & Konzeptualisierung:

H. Albin
A. Casper
D. Gronemann
Dr. med. A. Herold
E. Massolt
S. Meinel
Dr. K. Murafi
S. Nienaber
N. Sliwinski
A.-L. Schiller (Illustrationen)
V. Schön

Klinik Walstedde GmbH
Nordholter Weg 3
48317 Drensteinfurt

Tel.: +49 (0) 2387.9194-4000
Fax: +49 (0) 2387.9194-94000
info@klinik-walstedde.de

www.klinik-walstedde.de

STOP

das Herumeiern!

