

DER BORDERLINE- PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Interventionsmöglichkeiten der Pflege bei
selbstverletzendem Verhalten

FACHBEREICH SARBEIT

zur Erlangung des Diploms
für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege

Salzburg, im Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Borderline-Persönlichkeitsstörung	4
2.1	Definition Borderline.....	5
2.2	Entstehungstheorien der Borderline-Persönlichkeit	6
2.3	Diagnostisch-klinische Leitlinien.....	10
2.3.1	Definition nach Kernberg	10
2.3.2	Diagnostik nach dem Klassifikationssystem ICD-10.....	12
2.3.3	Die Diagnostik nach DSM-IV	13
3	Allgemeine Therapiestrategien	16
3.1	Dialektisch-Behaviorale-Therapie	17
3.2	Das interdisziplinäre Team.....	20
3.2.1	Aufgaben der Ärzteschaft	21
3.2.2	Funktionen der PsychotherapeutInnen	23
3.2.3	Aufgabenbereich klinischer SozialarbeiterInnen	24
3.2.4	Behandlungsmethoden der Ergotherapie.....	24
3.3	Die Rolle des Dipl. Gesundheits-und Krankenpflegepersonals	25
3.4	Probleme und Lösungen bei selbstverletzendem Verhalten	29
3.4.1	Die Wundversorgung.....	32
3.4.2	Der Therapievertrag.....	33
3.4.3	Der Notfallkoffer.....	34
3.4.4	Die Spannungskurve	35
3.4.5	Die Lebenskarten	36
3.4.6	Skills.....	37
4	Zusammenfassung	40
	Literaturverzeichnis	41
	Anhang.....	44
	Anhang 1: Vorschläge für den Inhalt eines Notfallkoffers.....	44
	Anhang 2: Beispiel für einen Therapievertrag	45
	Anhang 3: Gedicht einer Borderline- Erkrankten.....	47
	Anhang 4: Beispiele für Lebenskarten.....	48

1 Einleitung

Psychische Störungen werden in unserer Gesellschaft immer öfter zum Thema, aber durch unzureichende Informationen werden diese Krankheitsbilder nicht so akzeptiert wie körperliche Erkrankungen. Den meisten Menschen, vor einigen Jahren noch ein relativ unbekannter Begriff, ist Borderline mittlerweile zu einem Modewort der Medien herangewachsen. Gibt man den Begriff Borderline in der Internetsuchmaschine Google ein, erscheint der Begriff mit ungefähr 36.800.000 Ergebnissen¹. Borderline ist mittlerweile eine der meist genannten psychologischen bzw. psychiatrischen Fachbegriffe. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein Beispiel psychischer Krankheit, nimmt in den letzten Jahren sowohl an Häufigkeit, als auch an Schweregrad zu (vgl. Möller/Laux/Deister 2009, S. 357). Die Betroffenen werden als schwierig und herausfordernd angesehen, manchmal sofort abgestempelt und stigmatisiert, obwohl diese, häufig außergewöhnliche, intelligente und kreative Persönlichkeiten sind.

Ein Praktikum im Rahmen meiner Ausbildung auf einer psychiatrischen Abteilung, ermöglichte mir verschiedene Personen jeden Alters und Geschlechts mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung kennen zu lernen. Es war mir möglich, bei Therapiesitzungen und Visiten teilzunehmen und ich konnte mich viel mit diesen betroffenen Menschen unterhalten. Ich wusste sehr wenig über dieses vielschichtige Krankheitsbild, gleichzeitig übte es eine besondere Faszination auf mich aus, was meine Motivation für die vorliegende Fachbereichsarbeit begründet.

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit stelle ich folgende Fragen:

- Was genau macht den Umgang mit Borderline-Betroffenen so herausfordernd?
- Welche Möglichkeiten bietet die Dialektisch-Behaviorale Therapie?
- Welche Rolle spielt die Pflege bei selbstverletzendem Verhalten?

¹ <http://www.google.at>, (24.5.2012).

Das Ziel meiner Arbeit ist es, Interventionsmöglichkeiten der Pflege bei selbstverletzendem Verhalten aufzuzeigen.

In meiner Arbeit wird zuerst das Krankheitsbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklärt, die Entstehungstheorien werden erläutert und die verschiedenen Diagnosemöglichkeiten vorgestellt. Allgemeine Therapiestrategien, die Dialektisch-Behaviorale-Therapie sowie die verschiedenen Berufsgruppen eines interdisziplinären Teams werden ebenso aufgezeigt. Das Aufgabengebiet der Pflegepersonen, ebenso die Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzendem Verhalten wird umfassend beschrieben und dargelegt.

2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bereits 1681 beklagte sich der englische Arzt Thomas Sydenham (*1624-1689†) in einem Brief an seinen Kollegen, über hysterische Patienten und Patientinnen, die durch ihre Launenhaftigkeit gekennzeichnet seien. Diese würden, so meinte der Arzt, ohne jedes Maß jene lieben, die sie danach ohne jeden Grund hassen. Auch seien plötzliche Ausbrüche von Wut, Schmerz, Angst und ähnlichen Emotionen keine Seltenheit. Sydenham nannte die von ihm beschriebene Störung nicht Borderline-Persönlichkeitsstörung, dennoch lag er mit seiner Beschreibung zu jener Zeit schon richtig (vgl. Eckert/Dulz/Makowski 2000, S. 271).

Auch der österreichische Psychiater, Psychoanalytiker und Autor Paul Schilder (*1886-1940†) beschrieb 1920 eine Gruppe von Personen, die er in kein Krankheitsbild einordnen konnte:

[...] the patients complain that they no longer have an ego, but are mechanisms, automatons, puppets, [...] that they no longer feel joy or sorrow, hatred or love, that they are as though dead, not alive, not real, that they cannot image their body, it is feelingless and they experience neither hunger, thirst, nor any other bodily needs [...] (Schilder 1920, zit. n. Abugel/ Simeon 2009, S. 59).

Die soziale Umgebung ist diesem Wechselbad von heftigen Affekten, Emotionen und Launen hilflos ausgeliefert, denn die Reaktionen des Patienten/der Patientin sind kaum berechenbar noch abzusehen. So wertet die betroffene Person sich selbst, wie auch Angehörige, Freunde und Partner abwechselnd völlig ab, um diejenigen gleich darauf wieder übermäßig zu idealisieren. Persönlichkeitsgestörte Menschen zerstören immer wieder sowohl sich selbst, wie auch jene die ihnen nahestehen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung hat sich in den letzten Jahren in vielfacher Hinsicht zur klinisch bedeutsamsten Persönlichkeitsstörung entwickelt. Eindeutige wissenschaftlich gesicherte Zahlen zur Häufigkeit der Borderline-

Persönlichkeitsstörung gibt es derzeit nicht. Das liegt zum Teil daran, dass der größere Teil der betroffenen Population keine fachliche Hilfe sucht und daher nicht erfasst wird. ExpertInnen schätzen, dass etwa zwei Prozent aller Menschen an dieser Störung erkranken, unabhängig davon unter welchen kulturellen Bedingungen die Leidtragenden aufwachsen, sodass diese Erkrankung auf der ganzen Welt zu finden ist. Bis vor etwa 10 Jahren wurde angenommen, dass der überwiegende Teil der Betroffenen ca. 70% Frauen sind. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Männer genauso oft betroffen sind, sie jedoch nicht sofort professionelle Hilfe suchen. Auch werden bei ihnen die Symptome häufig anders gedeutet. Während erkrankte Männer oft Mitmenschen verletzen und dadurch mit dem Gesetz in Konflikt kommen, werden sie als kriminell eingestuft. Frauen hingegen richten die Gewalt eher gegen sich selbst (vgl. Ahrens 2004, S. 14). Es wird davon ausgegangen, dass 15–20% der gesamten Behandlungskosten im stationären Bereich für psychische Störungen durch PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verursacht werden. Die Suizidalität liegt bei diesen Patientinnen und Patienten etwa 50-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Etwa 8% der Borderline-Betroffenen sterben durch Selbstmord. Bei etwa 80 % kommt es zu teilweise gravierendem selbstschädigendem Verhalten (vgl. Möller/Laux/Deister 2009, S.364).

Borderline wird in der heutigen Zeit vor allem bei jüngeren Personen so häufig diagnostiziert, dass KritikerInnen die Diagnose, oder die Krankheit selbst, als Modekrankheit bezeichnen. Aber diese Störung, die wie keine andere psychische Krankheit die Orientierungslosigkeit, Zerrissenheit und Grenzenlosigkeit unseres jetzigen Zeitalters auszudrücken scheint, ist keineswegs neu, wie die oben angeführten Beispiele und Daten zeigen (vgl. Niklewski/Rieke-Niklewski 2006, S.17).

2.1 Definition Borderline

Das englische Wort Borderline bedeutet laut englischem Wörterbuch (1998) so viel wie Grenzbereich, Grenzlinie oder auf der Grenze liegend. Als Begriff wurde Borderline umfassend erstmals 1938 von dem Psychoanalytiker Adolph Stern verwendet, der hiermit PatientInnen bezeichnete, die eine Grenzlinie zwischen

neurotischen und psychotischen Zuständen aufwies. Damit beschrieb er eine Gruppe von Personen, die an einzelnen umschriebenen Symptomen, wie Ängsten, Zwängen, psychischen Lähmungen oder Depressionen litten (vgl. Herpertz/Sass 2011, S. 35ff). Es wurde festgestellt, dass viele Borderline PatientInnen tiefsitzendere und vor allem anhaltendere psychische Probleme hatten als NeurotikerInnen, aber dass diese hingegen nicht den Bezug zur Realität verlieren (vgl. Möhlenkamp 2006, S. 9). Der Mensch mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung lebt in einer kontinuierlichen inneren Widersprüchlichkeit, er ist ein Zwiegespaltener/eine Zwiegespaltene, zwischen einer schwarzen und einer weißen, einer absolut bösen und einer absolut guten Welt. Diese Person kennt nur das Entweder/Oder. Und dieses Erleben betrifft den Menschen selbst, ebenso wie seinen sozialen Lebensbereich. Aber wodurch entsteht so ein Wechselbad der Gefühle und solch ein Schwarz/Weiß Denken? Es gibt verschiedene Entstehungstheorien, diese werden im nächsten Abschnitt beschrieben.

2.2 Entstehungstheorien der Borderline-Persönlichkeit

Die Literatur benennt die unterschiedlichsten Entstehungstheorien, die später zu einer Borderline-Störung führen können. Diesen Annahmen wird in diesem Kapitel auf den Grund gegangen, denn die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein weites, teilweise noch unentdecktes Feld.

Die Faktoren die zu einer Borderline-Erkrankung beitragen, werden oft von Generation zu Generation weitergereicht. Die Genealogie der Borderline-Störung ist oft durch tiefe und langanhaltende Probleme gekennzeichnet, einschließlich Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Inzest, Selbstmord, Gewalt, Einsamkeit, Verluste oder aber Überbehütung. Eine Mutter zum Beispiel überschüttet ihr Kind mit ihrer ganzen Liebe, um es danach komplett zu verachten oder zu ignorieren. Man hat beobachtet, dass Borderline-Betroffene häufig Mütter mit derselben Störung haben, deren Mütter wiederum auch unter dem gleichen Syndrom gelitten haben. Demnach können sich die Impulse von einem Elternteil mit einer Borderline-Erkrankung negativ auf das Kind auswirken, welches dadurch ähnliche Beeinträchtigungen erleidet, wie sein Elternteil. Allerdings können nicht alle Eltern mit

Borderline Symptomen in dieselbe Schublade eingeordnet werden, was das Verhalten gegenüber ihren Kindern betrifft.

Werden die Wurzeln dieser Krankheit näher untersucht, stellt sich die Frage nach dem Einfluss von Veranlagung, Fehlregulationen der Neurotransmittersysteme, neurologische Dysfunktionen, Erziehung oder temperamentsbedingte Verletzbarkeit. Biografische Einflussfaktoren sind vor allem traumatische Erlebnisse und emotionale Vernachlässigung, sowie Entwicklungsstörungen in den ersten drei Lebensjahren. Borderline PatientInnen lernen nicht, dass eine Person- vor allem die Mutter- gut und böse sein kann, sondern halten diese Züge eines Menschen voneinander getrennt, dann existiert nur gut oder böse. Für Borderline-Erkrankte gibt es kein grau, bunt oder gut und böse, sondern eben nur eine Ansicht. Borderline-Störungen entstehen häufig bei folgenden zwei Familientypen und deren Mischform (vgl. Kreisman/Straus 2011, S. 77):

- Die chaotisch-instabile Familie, gekennzeichnet durch häufigen Streit, ständige Ehekrisen, Alkohol oder Sucht und Kinder als Sündenbock
- und/oder
- vernachlässigende-emotional missbrauchende Familien. Diese familiären Verbindungen sind geprägt durch Gefühlskälte und Vernachlässigung gegenüber ihrem Kind, frühe Trennung der Eltern, lange Phasen des Alleinseins und depressive Erkrankungen der Eltern.

Jedoch gibt es auch Borderline-Patientinnen und Patienten, die aus einer intakten Familie kommen und deren Eltern liebevoll, fürsorglich und vorbildlich handeln. Und genau wie bei der Frage von genetischen Komponenten, gibt es auch hierzu keine soliden Erkenntnisse. Ebenfalls von Bedeutung sind Umwelt und soziokulturelle Faktoren, wie zum Beispiel traumatisierende Kindheitserfahrungen. Es müssen aber noch Studien in Bezug auf diese Umwelttheorien durchgeführt werden, dennoch sprechen viele Fachleute davon, dass diese Faktoren das Auftreten des Borderline-Syndroms noch steigern werden (vgl. ebd, 2011, S. 77f).

Andere Autorinnen und Autoren sprechen bei Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen von einer multifaktoriellen Pathogenese. Dies hängt unter anderem

mit der Erkenntnis zusammen, dass diese zumindest einen gewissen genetischen Hintergrund haben. Gerade im Einzelfall ist die multifaktorielle Betrachtungsweise von großem Wert. Eine bedeutende Rolle hat die Einteilung in exogene, endogene und psychogene Störungen (vgl. Möller/Laux/Deister 2009, S.66):

- Exogene Störungen liegen vor, wenn eine Erkrankung des Gehirns oder eine körperliche Erkrankung die psychische Störung verursacht.
- Von einer endogenen Störung geht man aus, wenn biologische Anlagefaktoren, wie zum Beispiel eine manisch-depressive Erkrankung, als Hauptursache angesehen werden.
- Von psychogenen Störungen spricht man, wenn psychodynamische Faktoren eine wichtige ursächliche Rolle spielen.

Anhand einer Abbildung sind die verschiedenen Entstehungsfaktoren einer Borderline-Persönlichkeit zur Verdeutlichung dargestellt.

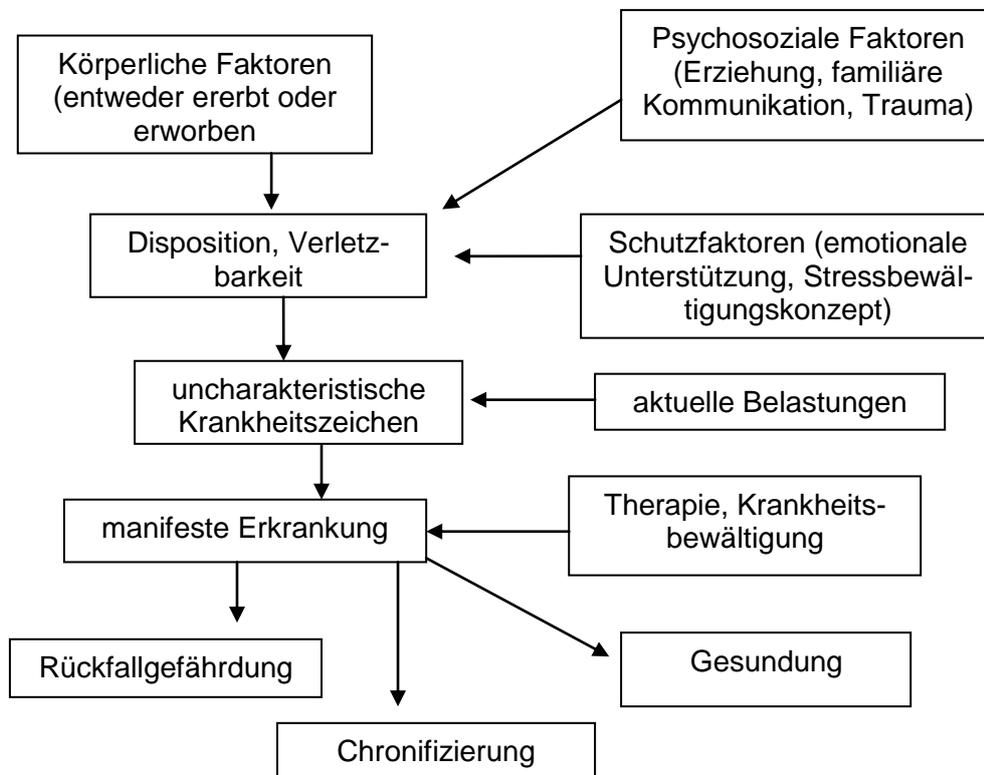


Abb.1: Allgemeines Modell psychischer Erkrankungen (vgl. Möller/Laux/Deister 2009, S.67).

Bei der multifaktoriellen Pathogenese steht zwar möglicherweise im Einzelfall einer der drei Ursachenbereiche exogen, endogen, psychogen, im Zentrum der Betrachtung, doch wird gleichzeitig an weitere Faktoren gedacht, die an der Krankheitsentstehung beteiligt sein können. Zur manifesten Erkrankung kann es dann kommen, wenn noch zusätzlich eine massive psychische Belastung, die im Rahmen von Pubertätsproblemen auftritt.

Auch der Psychoanalytiker Otto Kernberg versuchte die Theorien der Entstehungen so zu formulieren:

Die Kombination aus Verlust einer akzeptierten kulturellen Tradition, Zerstörung der Familie, Armut, rassistische Vorurteile, hoher Konzentration der Bevölkerung, Fehlen von Arbeitsmöglichkeiten, Drogenhandel und Aids tragen dazu bei, dass eine Generation auf der Straße aufwächst. Frauen haben Kinder, die sie an ihre eigenen Mütter abschieben, Väter, die sich für sie überhaupt nicht interessieren, und das wirkt sicher im Sinne von traumatischen Umständen, sodass man voraussagen kann, dass wahrscheinlich in der nächsten Generation schwere Persönlichkeitsstörungen häufiger sein werden (Kernberg 2000, S. 87 zit. n. Niklewski/ Rieke-Niklewski 2006, S. 10).

Wie es scheint, kommen demnach die verschiedensten Faktoren und Entstehungstheorien bei einer Borderline Persönlichkeitsstörung in Betracht. Es werden noch etliche Jahre vergehen und viele Forschungen notwendig sein, um diese Theorien zu bestätigen oder widerlegen zu können.

Im nächstfolgendem Kapitel werden die diagnostischen Leitlinien zur Beurteilung des Krankheitsbildes vorgestellt. Als erstes wird zunächst die Definition von Kernberg dargelegt. Danach werden die beiden internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV beschrieben, die derzeit in der Klinik, als auch in der Wissenschaft die Borderline-Persönlichkeitsstörung definieren und klassifizieren.

2.3 Diagnostisch-klinische Leitlinien

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren gilt allgemein als schwierig und stellt hohe Anforderungen an die Personen, die die Diagnose stellen, da fast alle typischen Symptome manchmal auch bei einem gesunden Menschen auftreten können. Zudem lässt sich eine Borderline-Störung nicht aufgrund einiger Anzeichen festlegen, die man bei allen Betroffenen wiederfindet, sondern sie charakterisiert sich durch sehr unterschiedliche Merkmale. Bei der einen Person sind die Anzeichen stark ausgeprägt, bei anderen hingegen, sind sie überhaupt nicht anzutreffen. Die Diagnosefindung einer Borderline-Störung erstreckt sich daher oft über eine lange Zeit und bleibt der Fachärzteschaft oder den Therapeutinnen und Therapeuten überlassen. Das Diagnostizieren der Krankheit an sich, erfolgt grundsätzlich anhand der Kriterien aus dem DSM-IV oder dem ICD-10. Beide formulieren deskriptiv diagnostische Kriterien, von denen eine bestimmte Anzahl zutreffen muss, um eine Diagnose stellen zu können. Diese diagnostischen Leitlinien wurden teilweise so formuliert, dass noch eine gewisse Flexibilität für eine Entscheidung verbleibt. Im folgenden Abschnitt wird das Krankheitsbild anhand der Definition von Kernberg erläutert.

2.3.1 Definition nach Kernberg

Otto Friedmann Kernberg ist Ausbildungsanalytiker und Supervisor an der Columbia University, Professor der Psychiatrie am Cornell University Medical College, sowie medizinischer Direktor des New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division. Er ist einer der international herausragenden psychoanalytischen Forscher und Theoretiker und tritt bei fast allen internationalen Psychotherapiekongressen in Erscheinung. Er ist einer der ersten Vorreiter, die sich mit Borderline-Erkrankung auseinandersetzte².

Kernberg spricht über Borderline-PatientInnen von Personen, die große Schwierigkeiten in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen haben. Diese weisen aber

2 (vgl. <http://www.buchspektrum.de/neuerscheinungen09/ISBN.3-7945-2697-X.%28379452697X%29.htm>, (24.05.2012))

auch gewisse Störungen in ihrer Realitätswahrnehmung auf, ohne dass die Realitätsprüfung beeinträchtigt ist (vgl. Kernberg 1978, S. 189). Seiner Ansicht nach ist eine genaue Definition kaum möglich, da die Symptome von der Schwere des Krankheitsbildes und den Charakterzügen der betroffenen Personen abhängig sind. Doch gibt es einige Eigenschaften, die für Borderline-PatientInnen typisch sind (vgl. Vetter 2010, S. 122). Diese besonderen Eigenschaften hat Kernberg als diagnostische Verdachtsmomente zusammengefügt (vgl. Kernberg 1978, S. 26ff):

- Die Betroffenen leiden unter wechselnder, chronischer und diffuser Angst,
- haben mehrfache Phobien, die zu schweren Einschränkungen des Alltagslebens beitragen, auch Phobien, die den eigenen Körper betreffen, so zum Beispiel die Angst vor dem Erröten oder das Reden in der Öffentlichkeit,
- zeigen eine schrittweise entstandene Ich zugeordnete Zwangssymptomatik, bei der die Qualität von Handlungen und Ideen überbewertet wird. Sie leben in einem Zwiespalt, einerseits möchten sie absurde Tätigkeiten und Gedanken loswerden, zugleich versuchen sie diese zu rechtfertigen, indem zum Beispiel der erkrankte Mensch einen Waschzwang mit gut durchdachten Argumenten, wie Hygiene oder Krankheitsgefahren, rechtfertigt,
- haben ebenso bizarre Konversionssymptome, die als symbolische Lösung eines unbewältigten, unbewussten Konfliktes auftreten. Gemeint sind Umwandlungen von psychischen Konflikten in körperliche Symptome, ohne dass ein Befund vorliegt,
- chaotische, sexuell vielschichtige Abweichungen, mit teilweise perversen Tendenzen, wie zum Beispiel homosexuelle und heterosexuelle Promiskuität mit sadistischen Einschlägen,
- schwere Charakterstörungen mit chronischen Impulsdurchbrüchen, bei denen es zur Befriedigung von Triebbedürfnissen kommt,
- das Auftreten von starken Trieben und Süchte, wie Alkoholismus und Medikamentensucht. Während der Befriedigung der Triebbedürfnisse fühlt sich die Person Ich-nahe, außerhalb dieser triebhaften Episoden Ich-fremd,
- übersteigerte Pseudoemotionen, vor allem bei Kontakt mit Konfliktthemen.

Kernberg sah bei den Betroffenen auch Persönlichkeitsfehlfunktionen mit den häufigen Abwehrmechanismen wie Spaltung, Verleugnung und projektiver Identifikation, durch welche sie auf eine stabil-instabile Weise funktionierten.

2.3.2 Diagnostik nach dem Klassifikationssystem ICD-10

Das von der WHO im Jahr 1993 entworfene International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der gesamten Medizin. Im Kapitel V, F00-F99 werden Psychische und Verhaltensstörungen eingeordnet. Das ICD-10 System leitete eine neue Epoche in der Psychiatrie ein und wurde das Lexikon transkultureller Begriffe im Bereich der seelischen Gesundheit. Das ICD-10 soll weltweit eine gleiche Klassifikation und gleiche Kriterien für die jeweiligen Krankheiten ermöglichen (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S. 56).

In diesem ICD-10 System wird das Borderline-Syndrom den spezifischen Persönlichkeitsstörungen zugewiesen, es müssen zwei bzw. drei der unten angeführten Punkte vorhanden sein um eine Diagnose stellen zu können und wird wie folgt klassifiziert (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2011, S. 279 f):

F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

- eine Unausgeglichenheit im Verhalten besonders bei der Affektivität, im Wahrnehmen und bei Beziehungen zu anderen,
- abnorme Verhaltensmuster sind andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt,
- ein tiefsitzendes Verhaltensmuster mit impulsivem Handeln ohne Rücksicht auf Konsequenzen,
- instabile, launenhaft wechselnde Stimmung, mit Unfähigkeit diese zu kontrollieren,
- deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit.

F60.31 Borderline Typ

- Kennzeichen von emotionaler Instabilität mit Störung des Selbstbildes,
- ein chronisches Gefühl von innerer Leere,
- die Neigung zu selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuchen,
- mit Beginn in der Kindheit oder Jugend, mit Manifestation auf Dauer im Erwachsenenalter,
- Neigungen zu intensiven, unbeständigen Beziehungen können zu emotionalen Krisen führen, mit intensiven Anstrengungen nicht verlassen zu werden.

2.3.3 Die Diagnostik nach DSM-IV

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) findet vorwiegend in Amerika Anwendung. Es handelt sich um eine nach Kriterien orientierte Klassifikation psychischer Störungen, die international vor allem in wissenschaftlichen Studien Verwendung findet (vgl. Dilling 2002, S. 43).

Das DSM-IV versucht die Krankheiten nach Achsen einzuteilen. In diesem diagnostischen System wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung in die Achse II eingeteilt und beschrieben als ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität und selbstverletzendem Verhalten. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter bzw. in der Pubertät und manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen (vgl. Doering 2011, S. 306). Um eine Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen zu können, müssen im DSM-IV System fünf von neun Kriterien erfüllt sein:

1. Stressabhängige, kurz andauernde, durch Belastungen ausgelöste, paranoide Vorstellungen.
2. Heftige unangebrachte Wut, oder Probleme, diese Wut zu kontrollieren.
3. Chronisches Gefühl von Leere.

4. Affektive Instabilität: starke Stimmungsschwankungen in Richtung Depression, Angst oder Reizbarkeit, die meistens ein paar Stunden und nur selten einige Tage andauern.
5. Wiederholende suizidale Handlungen, Selbstmorddrohungen und/oder Selbstverletzungen.
6. Starke Impulsivität in mindestens zwei Gebieten, die potentiell selbstschädigend sind wie zum Beispiel Bulimie, Geldausgeben, Drogenmissbrauch, sexuelle Promiskuität, Diebstahl, rücksichtsloses Fahren.
7. Andauernde und auffällige Identitätsstörung, die sich in folgenden Bereichen manifestieren kann: Selbstbild, sexuelle Orientierung, Berufsziel, Art der gewünschten Freunde.
8. Verzweifelt Bemühen, ein vermutetes oder tatsächliches Verlassen werden zu vermeiden.
9. Ein Muster instabiler, aber sehr intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen schnellen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Das DSM-IV unterscheidet zehn Persönlichkeitsstörungen und teilt diese in drei Gruppen, sogenannte Cluster ein. Sehr häufig finden sich Mischbilder, die durchaus Cluster übergreifend sind. Cluster A beinhaltet die paranoiden, schizoiden Persönlichkeitsstörungen. Cluster C enthält die ängstliche, abhängige, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. Ebenso Cluster B, wo die antisoziale, emotional instabile, sowie die Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben werden.

Der betroffene Mensch wird in Cluster B als dramatisch, emotional oder launisch dargestellt. Eine Impulsivität im affektiven Bereich ist gegeben, auch bei nichtigen Anlässen. Teilweise eine übermäßig starke Wut und die Unfähigkeit diese Wut zu kontrollieren, mit eventueller Neigung zur Gewalt. Ein wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl mit Empfindungen der Demütigung, Wut und Scham bei berechtigter und unberechtigter Kritik. Ebenso ein schneller Wechsel von Idealisierung und Entwertung von nahestehenden Personen. Probleme in der Regulierung von Nähe und Distanz zu anderen Personen, auch das Alleinsein wird angstvoll vermieden, der Patient oder die Patientin tut alles um ein Verlassen werden zu verhindern. Es

kommt zu starken Schwankungen zwischen Hochgefühl und Depression. Das Hauptmerkmal dieser Gruppe von Persönlichkeitsstörungen ist ein durchgängiges Muster von Instabilität der Lebensziele, des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung. Es kommt zu potentiell selbstschädigendem Verhalten, wie zum Beispiel, verschwenderisches Einkaufen, Missbrauch psychotroper Substanzen, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle, Laxanzienabusus, Suiziddrohungen oder Suizidversuchen und Selbstverletzungen ohne suizidale Handlungen (vgl. Neu 2011, S.76ff).

Auf der Psychiatrischen Station, auf der ich mein Praktikum absolvierte, wurde mit dem ICD-10 und dem DSM-IV System gearbeitet. Vorrangig aber wurden die Krankheitsbilder nach dem ICD-10 benannt und klassifiziert und danach in die Achsen des DSM eingeordnet. Persönlich finde ich das ICD-10 System nicht ausreichend genug für eine Borderline-Diagnose, da diese keine eigene diagnostische Kategorie besitzt, sondern eine kleine Unterkategorie der F60 Klassifikation ist. Im Lexikon für die Diagnostik ICD-10 schreiben die Herausgeber, dass nach anfänglichem Zögern eine kurze Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Untergruppe doch Platz gefunden hat, in der Hoffnung die Forschung in diese Richtung anzuregen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2011, S.39).

Im nächsten Kapitel werden allgemeine Therapiestrategien, die Dialektisch-Behaviorale Therapie und die einzelnen Berufsgruppen, die in einem interdisziplinären Team tätig sind, vorgestellt. Die Pflegepersonen, deren Aufgaben und ihren Möglichkeiten bei selbstverletzendem Verhalten, werden umfassender bearbeitet.

3 Allgemeine Therapiestrategien

Bei der Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, muss auf die vielen Begleiterscheinungen der Krankheit, wie zum Beispiel Depression, Angststörungen, Essstörungen, Wohnungsprobleme, schwierige familiäre Verhältnisse, häufiger TherapeutInnenwechsel, Alkoholexzesse, Spaltungen im stationären Bereich und selbstverletzendes Verhalten besonders geachtet werden, da diese Faktoren und deren Anhäufungen sonst die ganze einheitliche Therapie erschweren können. Eine medikamentöse Behandlung, psychotherapeutische Maßnahmen, soziotherapeutische Verfahren, Ergotherapien und pflegetherapeutische Angebote und Interventionen, haben sich bei Borderline-PatientInnen als eine allgemein gute Therapiestrategie und Behandlungsmöglichkeit bewährt. Eine Kombination dieser Therapiemöglichkeiten erhöht die Effektivität der Gesamtbehandlung (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S. 259).

Es sollte auf jeder Station einheitliche Behandlungsprinzipien geben. Röhr (2006, S. 160f) führt dazu folgende an:

- Eine klare therapeutische Struktur, in der Regeln festgelegt sind und Grenzen aufgezeigt werden.
- Konfliktsituationen sollen auf ihre erreichbaren Problemlösungen untersucht werden.
- Alle Arten von Selbstverletzungen sollten auf alle Fälle unterbunden werden.
- Der Patient/die Patientin soll genau über die Erkrankung informiert und aufgeklärt werden.
- Es soll der Realitätsbezug stabilisiert werden.
- Es sollen destruktive Eigenschaften angesprochen und positive gefördert werden.

3.1 Dialektisch-Behaviorale-Therapie

Neben vielen anderen Therapien gibt es heute unter anderem, die als wirkungsvoll geltende, Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT). Diese ist eine von der amerikanischen Psychologin Marsha M. Linehan³ in den 1980er Jahren entwickelte Psychotherapieform zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Diese Therapie ist auf Stufen aufgebaut und basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und umfasst auch Materien anderer Therapierichtungen sowie fernöstliche Meditationstechniken.

Stufe 0	PatientIn soll motiviert werden und die Behandlungsziele sollen festgelegt werden.
Stufe 1	In dieser Stufe steht die Kontrolle suizidaler und selbstverletzender Verhaltensweisen im Vordergrund. Alle Reaktionen, die bekräftigend wirken, sollen vermieden werden.
Stufe 2	Wenn die selbstverletzenden Verhaltensweisen nicht mehr dominieren, wendet man sich dem weiteren Hauptziel, der Erhöhung der Toleranz für negative emotionale Erlebnisse zu.
Stufe 3	Hier stehen Selbstachtung, das Erreichen eigener Ziele und die allgemeine Lebensbewältigung im Mittelpunkt.
Stufe 4	Nun werden die Beziehungen zu anderen Menschen bearbeitet.

Abb. 2. Stufen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (vgl. Bohus 2011, S. 622).

Die Ursachen, die über eine lange Zeit die Beschwerden ausgelöst haben, sind nicht einfach so weggewischt. Der betroffene Mensch ist also nicht plötzlich wieder gesund, weil eine Therapie gemacht wird, vielmehr ist die Therapie selbst ein langer Weg zur Besserung. Der Begriff „Dialektisch“ bedeutet Auflösung von Gegensätzen, sodass die Betroffenen in der Therapie ihre schwarz-weiß Malerei über-

³ http://de.wikipedia.org/wiki/Marsha_M._Linehan

winden und stattdessen lernen, dass verschiedene Ansichten gleichzeitig richtig sein können. Dialektisch bedeutet außerdem, dass es in der Therapie nicht nur um Veränderung geht, sondern auch darum, bestimmte Erfahrungen und Erlebnisweisen als vorhanden zu akzeptieren. Mit dem Wort „Behavioral“ wird betont, dass dieses Therapieverfahren ganz konkret am Verhalten der Betroffenen ansetzt und sich nicht in erster Linie mit dem Verstehen lebensgeschichtlicher Zusammenhänge beschäftigt.

Nach Linehan handelt es sich bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine Störung der emotionalen Regulation. Ihrer Meinung nach gehören dazu eine ausgeprägte, emotionale Verletzbarkeit, eine hohe Empfindlichkeit gegenüber emotionalen Reizen und ein verlangsamter Rückgang zu einer emotionalen Grundlinie.

Derzeit gilt die Dialektisch-Behaviorale Therapie als die wissenschaftlich am besten abgesicherte Therapie für Borderline-Erkrankte. Sowohl die stationäre als auch die ambulante Dialektisch-Behaviorale Therapie bewirkt speziell bei schweren Störungen eine Verbesserung des emotionalen Erlebens und der Verhaltenskontrolle. Dies macht sich bei guter Compliance, Reduktion von Selbstverletzungen, Suizidversuchen und weniger Hospitalisierungen bemerkbar (vgl. Bohus 2011, S. 619).

Eine besondere Rolle bei der Behandlung von Borderline-PatientInnen kommt der therapeutischen Beziehung zu, da diese Personen mehr als andere, zu voreiligen Therapieabbrüchen, schwierigem Agieren und Spaltung neigen. Insbesondere durch ihre diversen Probleme im emotionalen und zwischenmenschlichen Bereich und entsprechendem Mangel an geeigneten Bewältigungsformen zeigen. Bei der Behandlung von Borderline-PatientInnen, muss an eine andere therapeutische und pflegerische Haltung gedacht werden. Diese therapeutische/pflegerische Haltung hat Linehan als Grundannahmen bezeichnet (vgl. Bohus 2011, S. 620):

1. Borderline-Erkrankte versuchen das Beste aus ihrer jetzigen Situation zu machen.
2. Borderline-PatientInnen möchten sich verbessern und müssen härter an sich arbeiten und mehr motiviert sein um sich zu ändern.

3. Borderline-Betroffene haben meist ihre Probleme nicht selber verursacht, müssen sie aber alleine bewältigen.
4. Borderline-Erkrankte müssen ein neues Verhalten erlernen.
5. PatientInnen können in der Dialektische-Behavioralen Therapie nicht versagen.
6. TherapeutInnen und Pflegende, die mit Borderline-Betroffenen arbeiten brauchen Unterstützung.
7. Die Therapie soll so gestaltet sein, dass dysfunktionales Verhalten vergessen und funktionales Verhalten gefördert wird.

Zwischen den PatientInnen, Pflegepersonen und TherapeutInnen wird ein sogenannter Vertrag bzw. Verpflichtungserklärung geschlossen. Die PatientInnen verpflichten sich zur Mitarbeit und Einhaltung von Regeln und Abmachungen. Das interdisziplinäre Team verpflichtet sich zur bestmöglichen Hilfestellung. Die Betroffenen führen eine Art von Tagebuch, in die selbstverletzenden Gedanken, Spannungszustände und weitere dysfunktionale Verhaltensweisen, aber auch positive Tagesereignisse eingetragen werden. Durch Verhaltensanalysen sollen die Betroffenen Einsicht in den Spannungsaufbau erhalten und lernen, dass es noch andere Möglichkeiten zum Spannungsabbau gibt. Nach selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuchen, werden die PatientInnen gebeten, solche Analysen selbst anzufertigen (vgl. Dinhold/Plöderl/Fartacek 2010, S.82f).

Für die Pflege eröffnet die Dialektisch-Behaviorale Therapie interessante Möglichkeiten, da laut Linehan zu jeder guten Therapie Bewegung und Berührung dazugehören (vgl. Ahrens, 2004, S. 20), wie zum Beispiel atmestimulierende Einreibungen, therapeutische Berührungen, Atemübungen oder Entspannungstechniken. Diese kreativen Behandlungsmethoden und die therapeutischen Bemühungen der Pflege, wirken sich auch auf die Pflegepersonen selbst positiv aus. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten der Pflege zeigt Ahrens (ebd.) während dieser Therapie auf:

- Zu sportlichen Aktivitäten ermutigen und dabei mitmachen,
- bei einer strukturierten Tagesordnung behilflich sein,
- unterstützen bei eventuellen Schlafstörungen,

- Anregungen zur Skills-Sammlung geben,
- mit den PatientInnen spezielle Unternehmungen machen, die das Selbstwertgefühl steigern.

Ich habe mich in meiner Arbeit für die Dialektisch-Behaviorale Therapie entschieden, da ich sie im Praktikum kennen gelernt habe und meiner Ansicht nach, viele Aufgabenbereiche in dieser Therapieform, für Pflegepersonen vorhanden sind. Bohus (2011, S. 639) meint, dass Dialektisch-Behaviorale Therapie im ambulanten Bereich aber besser aufgebaut und verbreitet werden muss. Er gibt an, dass nur jeder tausendste Borderline-Betroffene in Deutschland, eine störungsspezifische Therapie erhält. Seiner Meinung nach, sollte eine bessere Versorgung im Kinder- und Jugendbereich vorrangig sein, um früh genug mit Therapien beginnen zu können.

3.2 Das interdisziplinäre Team

In der Psychiatrie hat sich, wie auch in vielen anderen medizinischen Bereichen herausgestellt, wie wichtig eine Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist. Zu diesen Berufsgruppen gehören ÄrztInnen, Diplomierte Pflegepersonen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen und PhysiotherapeutInnen. Katzenbach und Smith (2003, S.70) sprechen von einem Team, wenn deren Fähigkeiten einander ergänzen, sich alle für eine gemeinsame Sache, gemeinsame Leistungsziele, einen gemeinsamen Arbeitsansatz engagieren und sich gegenseitig zur Verantwortung ziehen. Wie unumgänglich ein interdisziplinäres Team im Umgang mit Borderline PatientInnen ist, erfuhr ich in meinem Praktikum, denn manche psychiatrische PatientInnen versuchen das Team mit widersprüchlichen Aussagen zu spalten.

Nur so, wenn das gesamte Team an einem Strang zieht, kann eine therapeutische Einheit entstehen, die den betroffenen Menschen ganzheitlich betreuen kann.

Als Beispiel: Auf der Station, auf der ich mein Praktikum ablegte, fand zu Dienstbeginn eine kurze Übergabe vom Nachtdienst an alle Professionen statt. Danach begann die Visite an der sich das gesamte, diensthabende Team beteiligte. Kurz

vor Mittag war die Hauptbesprechung, in der über jeden einzelnen Patienten/einzelne Patientin ausführlich gesprochen wurde. Welche Vorkommnisse es von Seiten der Pflege gab, ob sich die erstgestellte Diagnose geändert hat und wie die PsychologInnen vorankommen. Jeder aus diesen unterschiedlichen Berufsgruppen konnte sein Wissen und Einschätzung über den Betroffenen/die Betroffene vorbringen. Es war einfach bewundernswert, dies zu verfolgen, wie unkompliziert und professionell eine interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert, da jedes Teammitglied seinen Aufgabenbereich hat und so zum Behandlungserfolg beiträgt. Denn nur klare Rollenverteilung, eine gemeinsame Arbeitsteilung und die Bereitschaft, Probleme anzusprechen und zu bearbeiten, sind eine Basis für eine gute Zusammenarbeit.

3.2.1 Aufgaben der Ärzteschaft

ÄrztInnen spielen in der Behandlung von Betroffenen eine große Rolle, da seelische Störungen als Erkrankung einzuordnen sind. Die Schwerpunkte der ÄrztInnen auf einer psychiatrischen Station umfassen unter anderem (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011 S. 43f):

- Die psychiatrische Diagnostik und Erhebung des Befundes,
- mit dem Behandlungsteam die Richtlinien der Behandlung festlegen,
- die psychotherapeutische Versorgung der Erkrankten,
- sowie ärztliche Dokumentation,
- eine medikamentöse Behandlung, Verordnung oder Umstellung der Medikamente,
- die Information und Aufklärung des Patienten/der Patientin und deren Angehörigen,
- das Erstellen von diversen Gutachten,
- und die Notfallbehandlung.

Bei der Erfüllung dieser beschriebenen Tätigkeiten, ist der Arzt/die Ärztin auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere mit den Pflegenden angewiesen. Egal, ob es sich um Bewertung von Therapiefortschritten, um die Diagnosefindung oder um Medikamentenwirkung handelt. Die umfassenden In-

formationen über den Patienten und die Patientin von Seiten der Pflegenden sind für den Arzt/die Ärztin unverzichtbar (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S. 44).

Wie im oberen Abschnitt ersichtlich, unterliegt die Verordnung einer medikamentösen Therapie dem Arzt. Die Pflegepersonen verabreichen die Medikamente, beobachten deren Wirkung und dokumentieren die Anzahl der Verabreichungen. Eine spezifische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Medikamenten gibt es im Grunde nicht. Es lassen sich aber einige der Symptome mit Medikamenten behandeln (vgl. Rahn 2002, S. 162). Es kann unter Umständen in der individuellen Situation hilfreich sein, Psychopharmaka einzusetzen. Psychopharmaka können dazu beitragen, Emotionen besser regulierbar zu machen, die Störung in der Impulskontrolle zu mildern, Ängste, Depressionen zu reduzieren und die Stimmung zu stabilisieren. Bei depressiven Symptomen, oder begleitenden Angststörungen sind Antidepressiva vom Typ der sogenannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oft hilfreich. Dieser Übertragungsstoff wird an den Verbindungsstellen der Synapsen ausgeschüttet und spielt eine Rolle bei der Modulation von Wahrnehmung, Gefühlen und Stimmungen.

Bei Suizidalität haben Serotonin-Wiederaufnahmehemmer einen günstigen Effekt, ebenso bei selbstverletzendem Verhalten, das dadurch gemindert werden kann. Eine positive Wirkung ist jedoch erst nach mehreren Wochen und hoher Dosis sichtbar. Bei Problemen, die eigenen Impulse zu kontrollieren, mit der Folge von aggressiven Verhaltensweisen, werden auch Antidepressiva und Antipsychotika eingesetzt. Ein genaues Abwägen von möglicher Wirkung und Auftreten potentiellen Nebenwirkungen ist erforderlich. Eine engmaschige, fachärztliche Behandlung ist immer notwendig. Grundsätzlich sind medikamentöse Behandlungen bei der Borderline-Störung individuell anzupassen und in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren. Nie ist eine Borderline-Störung ausschließlich medikamentös zu behandeln (vgl. Schäfer/Rüther/Sachsse 2006, S. 100ff).

3.2.2 Funktionen der PsychotherapeutInnen

Die klinische Psychologie befasst sich mit der Beschreibung, Erforschung und Behandlung von psychischen Störungen und abweichendem Verhalten. Sie beinhaltet auch die Diagnostik, Modifikation und Prävention des beeinträchtigten und gestörten Erlebens und Verhaltens.

Die Hauptaufgabe eines Therapeuten/einer Therapeutin ist, eine professionelle und stabile Beziehung zum Patienten/zur Patientin aufzubauen. Die klinische Therapie stellt den psychisch erkrankten Menschen in seiner Gesamtheit in den Vordergrund. Dieses mehrdimensionale Gesamtbild der kranken Person ist die Basis bei der Suche nach Auslösern der Erkrankung, oder den Bedingungen, die diese Störung aufrechterhalten (Thiel/Jensen/Traxler 2001, S. 44). Um ein gesamtes therapeutisches Konzept erarbeiten zu können, soll das gesamte Team mit der therapeutischen Ausrichtung vertraut sein, denn häufig bringen PsychotherapeutInnen Sichtweisen einer Erkrankung ein, die keine biologischen Ursachen haben (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S.45).

Der Psychotherapeut soll Empathie mitbringen und versuchen die innere Welt des Patienten/der Patientin mit seinen/ihren Bedeutungen und Gefühlen, wie dieser sie erlebt, wahrzunehmen, zu verstehen, als ob er diese selbst erleben würde. Der Therapeut/die Therapeutin soll eine positive Einstellung und eine emotionale Wärme gegenüber seinem Patienten/seiner Patientin, unabhängig von deren Verhalten haben. Einen guten Therapeuten oder Therapeutin zu finden, ist gar nicht so einfach. Gerade bei der Borderline-Störung empfiehlt sich eine Behandlung durch eine Fachperson, die sich mit dieser Erkrankung gut auskennt. Im Idealfall hat sie sogar eine spezielle Zusatzausbildung in einer borderline-spezifischen Psychotherapiemethode. Der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin soll er/sie selbst sein, sodass die Äußerungen mit seinem/ihrer inneren Erleben übereinstimmend sind (vgl. Möller/Laux/Deister 2009, S. 511).

3.2.3 Aufgabenbereich klinischer SozialarbeiterInnen

Die Sozialarbeit umfasst ein vielfältiges und weites Arbeitsfeld, das sich teilweise mit Aufgaben der Pflege, der Verwaltung und den ÄrztInnen überschneidet. Im Allgemeinen setzt die Sozialarbeit bei Problemen an, die sich aus dem psychosozialen Umfeld ergeben. Die SozialarbeiterInnen unterstützen Menschen in Phasen der Belastung, in denen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten nicht ausreichen, die Anforderungen des Lebens zu bewältigen. Auf die Psychiatrie bezogen bedeutet dies, dass sich die Sozialarbeit mit psychosozialen Problemlagen befasst, die mit einer psychischen Erkrankung zusammenhängen, oder sich hieraus ergeben. Die Ziele der Sozialarbeit in der Psychiatrie sind die Motivation von psychisch beeinträchtigten Menschen zur Nutzung ihrer Ressourcen, das Erkennen von Defiziten, sowie die Hilfe zur Selbsthilfe. Auch das Mitwirken von Integration der betroffenen Menschen in ihr Lebensumfeld und die Aufklärung des sozialen Umfeldes gehören zu diesem Berufsbild. Die SozialarbeiterInnen arbeiten eng mit Ämtern und Behörden, sowie Einrichtungen des Sozialwesens zusammen, um die betroffenen Menschen auf das Leben nach der Klinik vorzubereiten. Diese Sozialarbeit in einer psychiatrischen Klinik ist sozusagen eine Schnittstelle zwischen draußen und drinnen (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S.45).

3.2.4 Behandlungsmethoden der Ergotherapie

Die Ergotherapie an sich, hat in der Psychiatrie eine lange, wichtige Tradition und hat dort einen hohen Stellenwert (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S. 280). Die grundsätzlichen Ziele der Ergotherapie in der Psychiatrie sind die Entwicklung, Verbesserung und der Erhalt von psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung. Nach Thiel/Jensen/Traxler (2001, S. 280) sind Kernelemente der Ergotherapie vor allem:

- die Verbesserung des Antriebs,
- die Aktivierung und Auflockerung,
- die Verbesserung und Stabilisierung der Stimmungslage,
- die Stärkung des Selbstvertrauens,

- die Anregung von Kreativität und Fantasie,
- die Verbesserung von Gruppenkontakten,
- die Verbesserung der Realitätskontrolle,
- sowie die Verbesserung der sozialen Wahrnehmung.

ErgotherapeutInnen suchen mit den psychisch Erkrankten nach Beschäftigungen oder Aufgaben, die diese sowohl durchführen können, als auch Freude bereiten. Im Rahmen dieser Tätigkeiten kann der Ergotherapeut/die Ergotherapeutin beobachten, wie die Person einzelne Belastungssituationen aushält, ob die Konzentration anhält und wie der Mensch mit Fehlern umgeht. Diese Beschäftigungen dienen dazu, verloren gegangene Wünsche und Bedürfnisse wieder wahrzunehmen. In Gruppenarbeit lernt der Erkrankte/die Erkrankte, sich mit Mitmenschen wieder auseinanderzusetzen, abzugrenzen oder sich auf sie einzulassen (vgl. Thiel/Jensen/Traxler 2011, S.47).

3.3 Die Rolle des Dipl. Gesundheits-und Krankenpflegepersonals

Obwohl das diplomierte Gesundheits-und Krankenpflegepersonal ebenso zum interdisziplinären Team gehört, wird dieser Berufsgruppe ein eigenes Kapitel geben. Die Pflegepersonen haben im pflegerischen Alltag ein umfangreiches Aufgabengebiet, sie sind 24 Stunden für den betroffenen Menschen da und können somit jede kleinste Veränderung wahrnehmen. In der psychiatrischen Pflege steht der Mensch im Mittelpunkt. Eine der Hauptaufgaben der Pflegepersonen ist es, den ihnen anvertrauten Menschen in seinem Anpassungsprozess zu begleiten und zu unterstützen. In einem psychischem, physischem und sozialem Gleichgewicht zu bleiben oder ein neues zu finden.

Pflegerisches Handeln in einer Psychiatrie ist eine Beziehungsgestaltung mit Kontaktaufbau und Vertrauen durch nonverbale und verbale Kommunikation. Die Pflegenden erkennen den individuellen Pflegebedarf der einzelnen KlientInnen und erstellen nach einem ausführlichen Gespräch eine Anamnese und danach die Pflegeplanung. Bei den Anamnesegesprächen, die ich führen konnte, wurden keine Zeitgrenzen gesetzt, um den PatientInnen von Anfang an Entspannung und

Ruhe entgegenzubringen. Der Anamnesebogen war sehr umfangreich gestaltet, um möglichst viel von dieser Person erfahren zu können. Direkt und ohne Umschweife wird nach Suizidgedanken oder selbstverletzendem Verhalten gefragt, ob die Person sich auch davon distanzieren kann oder nicht. Diese Fragen wurden zu meinem Erstaunen immer offen und ehrlich beantwortet. Anhand der Notizen und Erinnerungen an das Gespräch ergibt sich daraus die Pflegeplanung. Eine wichtige Pflegeaufgabe ist außerdem die Beobachtung, das Erkennen und richtiges Zuordnen von Verhaltensweisen oder Äußerungen der Betroffenen, die dann in den Pflegeprozess eingebunden werden. Pflegende sollen den Patienten/die Patientin als Teil seines sozialen Umfeldes wahrnehmen, die speziellen Bedürfnisse erkennen und wahrnehmen. Die Pflegepersonen sollen in der Lage sein, spezielle psychiatrische Symptome rasch wahrzunehmen. Der Ansicht von Thiel/Jensen/Traxler (2011, S. 41) soll sich das Pflegepersonal dabei nach Kriterien wie folgt richten:

- dem Sozialverhalten,
- nach dem Erscheinungsbild,
- der Orientierung,
- der Wirkung von Medikamenten,
- dem Schlafbedürfnis,
- der Stimmung und Kommunikation,
- den Fertigkeiten,
- und dem Antrieb.

Aktivierende Pflege wird als Grundeinstellung gesehen, denn die PatientInnen werden dazu animiert den stationären Aufenthalt mitzugestalten und aufrecht zu halten. Darunter fällt beispielsweise das Einüben oder Wiedererlernen von Alltagsaufgaben, die Förderung von Fähigkeiten, Motivieren zum eigenständigen Handeln und zur Selbsthilfe. Die PatientInnen erhalten Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Pflegende bewahren, erkennen und fördern lebenspraktische Fähigkeiten wie Hygiene, Haushaltsführung, Freizeitgestaltung sowie die Tages- oder Wochengestaltung. Den Betroffenen werden Rückmeldungen zum Verhalten an sich, zur Beziehungsfähigkeit und zu den Fortschritten im Laufe der Behandlung gegeben und eventuell gemeinsam Alternativen gesucht (vgl.

Thiel/Jensen/Traxler 2011, S.42). Der Beziehungsaufbau mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten ist eine wichtige Basis für einen professionellen Umgang miteinander. Doch mit Borderline-PatientInnen gestaltet sich der professionelle Beziehungsaufbau oft herausfordernd, da diese Erkrankten in einer Welt leben, in der es nur gute und böse Menschen gibt. Diese Spaltung ist der Hauptabwehrmechanismus einer Borderline-Erkrankung. Denn wenn jemand nur gut oder böse ist, dann ist dieser klar einzuordnen und somit entsteht keine innerliche Verwirrung und Angst. Aber gerade im Beziehungsaufbau sind Zwischentöne wichtig, um sich von dem anderen ein vollständiges Bild machen zu können. So können die erkrankten Personen ihre Pflegepersonen auf der einen Seite schätzen, im nächsten Moment aber absolut abwerten. Im stationären Alltag erleben Pflegepersonen und andere Teammitglieder immer wieder, dass bereits wenige Borderline-Erkrankte ausreichen, um Chaos auf der Station zu erzeugen (vgl. Dinhobl/Plöderl/Fartacek 2010, S.81).

Ohne eine ausreichend neutrale und professionelle Haltung, kann es bei den Pflegepersonen zu Verhaltensweisen führen, die diesem Spaltungsprozess weiter Vorschub leisten. Die einen fühlen sich geschmeichelt und setzen sich mehr für diesen Menschen ein, die anderen reagieren ungehalten und enttäuscht. Somit hat diese Spaltung im Team ihre volle Wirkung erreicht. Aus diesem Grund sollten laufend Gespräche mit den Betroffenen und mit dem interdisziplinären Team stattfinden, um Spaltungen vorzubeugen oder um miteinander Lösungen zu finden. Sehr gut funktioniert das System der Bezugspflege, vorausgesetzt die Borderline-Persönlichkeit akzeptiert diese. Meistens aber sucht sich der Patient/die Patientin mit einer Borderline-Störung seine/ihre Bezugspflege selber aus.

Eine Schwester meint dazu: *„Ich schätze meine veränderte Stellung durch die Bezugspflege, so bin ich jemand Wichtiges für den Patienten, Vertrauen entwickelt sich. Es ist eine echte Beziehung, in der man zusammen überlegt. Man gibt sich gegenseitig etwas Echtes, nicht nur Pillen, sondern Zeit, Nähe, Seele.“* (Schwester einer Station für Borderline-Betroffene, zit. n. Nadolny/Meyer 2011, S. 616)

Häufige Krisen, Abwertung und impulsives Verhalten sorgen für viel Unruhe und sind für Pflegepersonen oft sehr anstrengend und emotional belastend. Besonders

bei diesem Krankheitsbild sollten Stabilität und Kontinuität vorrangig sein, damit eine einigermaßen funktionierende Pflegebeziehung aufgebaut werden kann. Stricker (2011, S. 164) zeigt einige Richtlinien für Pflegepersonen auf, die den Kontakt mit Borderline-Erkrankten erleichtern können:

- Bei Gesprächen und im Umgang mit Borderline-Persönlichkeiten auf eine professionelle Distanz achten.
- Den Patienten/die Patientin auf seine/ihre Eigenverantwortung hinweisen, da diese oft die Verantwortung abgeben wollen.
- Auch wenn der Patient/die Patientin einen noch so wütend macht, sollten Anschuldigungen, verletzende Worte und Vorwürfe vermieden werden.
- Immer auf die eigene Belastbarkeit, Grenzen und Möglichkeiten aufmerksam sein.
- Das Verhalten und Erleben des Betroffenen/der Betroffenen versuchen zu verstehen, zu unterstützen und weniger schädliche Möglichkeiten im Umgang mit sich zu finden.
- Wissen über Verhaltensmuster und deren Auslöser, sowie der reflektierende Umgang damit.

Zusammenfassend kann die enorme Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen betont werden. Zwar hat jede ihren eigenen Aufgabenbereich, doch wurde hier hauptsächlich den der Pflege in der Behandlung von Borderline-Störungen detailliert dargestellt. Ebenso wurde eine der vielen Therapiemöglichkeiten, die Dialektisch-Behaviorale Therapie in diesem Kapitel näher vorgestellt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Zusammenarbeit der Berufsgruppen in einem Therapieprozess bei Borderline-PatientInnen unerlässlich ist um einen Erfolg in einer Behandlung zu gewährleisten. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie hat sich mittlerweile auch im stationären Bereich durchgesetzt, doch findet diese Therapie meiner Meinung nach noch zu wenig Anwendung, vor allem in Österreich.

Das folgende Kapitel widmet sich dem selbstverletzenden Verhalten, der damit verbundenen, professionellen Wundversorgung und den Möglichkeiten diesem Selbstverletzungsdrang entgegen zu wirken. Die Möglichkeiten lehnen sich an die

Dialektisch-Behaviorale Therapie an und eröffnen den Pflegepersonen viele Behandlungseinsätze.

3.4 Probleme und Lösungen bei selbstverletzendem Verhalten

„Gestern Abend habe ich mich selbst verletzt, warum weiß ich nicht mehr genau. Aber ich glaube, weil meine Eltern mich heute zum Essen eingeladen haben und trotz allem, wie ich bin und was ich mache, immer nett zu mir sind.“ So die Antwort einer Patientin auf meine Frage, wie sie den gestrigen Abend verbracht hat.

Unter den vielfältigen Symptomen, vor allem aber das selbstverletzende Verhalten leiden nicht nur die Borderline-Betroffenen selbst, sondern auch die Personen, die im ständigen Kontakt zu ihnen stehen, somit auch die Pflegepersonen. Teilweise hat sich der Umgang mit Personen, die selbstverletzendes Verhalten zeigen aber schon geändert, da dies als Ventilfunktion für den betroffenen Menschen gesehen wird (vgl. Nadolny/Meyer 2011, S. 616). Das selbstverletzende Verhalten wird als 5. Punkt im DSM-IV der Borderline-Störung aufgezeigt (vgl. Kap. 2.3.3.).

Die Literatur versteht unter Selbstverletzung auch Selbstverstümmelung, Selbstbeschädigung, Autoaggression am eigenen Körper, ohne dass eine selbstmörderische Absicht dahinter steht (vgl. Geisler 2005, S. 1529). Ein selbstverletzendes Verhalten findet sich bei 73-85% aller Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Sachsse 2011, S. 391). PatientInnen verletzen sich auf unterschiedlichste Weise selbst. Es kann zum Ausreißen der Haare, Stechen mit Nadeln, Schlagen des Körpers mit Gegenständen, Verätzung durch Chemikalien, Zigarettenausdrücken auf dem eigenen Körper, Hände über eine Kerze oder ins Feuer halten, Einnahme schädlicher Substanzen, Medikamentenmissbrauch und der Missbrauch diverser Laxanzien kommen. So erzählte eine Patientin im Praktikum, dass früher 150 Stück Abführtabletten pro Tag für sie normal waren, wie auch das Schlagen mit Kochtöpfen auf ihre Hand, bis diese blau war. Das Aufkratzen, Aufschneiden- sogenanntes *Ritzen* oder *Schnippeln* der Haut an den Armen und Beinen mit spitzen und scharfen Gegenständen wie Rasierklingen,

Messern, Scheren oder Scherben, ist eine der bevorzugten Varianten. Aber sogar Beine, Bauch, Brust oder das Gesicht können von Narben übersät sein.

Plötzlich kommt mir alles so fremd vor. Als ob mein Körper nicht mehr zu mir gehört. Ich spüre ihn nicht mehr. Ich fühle mich wie abgestorben, wie tot. Es ist, als ob ich aus zwei Teilen bestünde. Ein Teil scheint ganz normal zu funktionieren, tut seine Arbeit und alles andere. Kein anderer merkt etwas davon. Der andere Teil scheint davon abgetrennt, als ob er nur alles beobachtet. Das was ich tue kommt mir mechanisch vor. Ich gebe mir Befehle, weil ich nichts mehr fühle. Der Kontakt mit der Umgebung bricht irgendwie ab. Es ist, als ob ich aus der Realität herausrutsche. Der Zustand ist furchtbar. Ich habe Angst, ich könnte wahnsinnig werden. Ich schlaege mich in das Gesicht, bis die Haut ganz rot ist. Aber ich spüre nichts. Ich dusche so heiß, dass ich mich fast verbrenne. Schließlich kommt der starke Drang, mir wehzutun...(Betroffene, zit. n. Berit, 2008 S. 35).

Borderline-Persönlichkeiten können oft nur sehr schwer mit Ablehnung, Freude, Stresssituationen und mit Zurückweisung umgehen. Betroffenen Personen haben im Laufe ihres Lebens keine anderen Strategien gelernt, um mit Angst und Spannung umzugehen. Viele PatientInnen verletzen sich darum selbst, wenn sie unter einer Spannung stehen. Ob Freude, schlechtes Gewissen, Angst oder um sich selber einfach wieder zu spüren. Selbstverletzendes Verhalten ist oft das einzige, um die innere Spannung zu reduzieren. BorderlinerInnen sprechen danach von Erleichterung, da sie sich endlich wieder spüren. Der extreme Zustand der Spannung wird durch das Verletzen unterbrochen, obwohl diese negativen Zustände sicher wiederkommen werden. Sachsse (2011, S. 402) fasst folgende Empfehlungen bei selbstverletzendem Verhalten für Borderline-Betroffene zusammen:

1. Demaskiere und beseitige positive und negative Verstärker für selbstverletzendes Verhalten.
2. Benutze kognitive Therapien um dieselben Strukturen zu verändern, die selbstverletzendes Verhalten begünstigen.
3. Entwickle Strategien, um die Toleranz für stressbedingte Erlebnisse zu erhöhen.
4. Nutze außenstehende Unterstützung und Verhaltensvereinbarungen, um angepasstes Verhalten zu verstärken.

5. Nimm soziale Hilfe im Rahmen einer therapeutischen Beziehung an, um positives Verhalten herauszuarbeiten.

Die Versorgung von Personen mit selbstverletzendem Verhalten wird von Pflegepersonen selbst, als emotional belastend beschrieben, vor allem wenn sich jemand über lange Zeit oder sehr tief schneidet. Im speziellen bringt das selbstverletzende Verhalten das Pflegeteam oft an ihre persönlichen Grenzen, vor allem weil es gesunden Menschen schwer fällt, sich in diese Betroffenen oder angespannten Situationen hinein fühlen zu können (vgl. Schoppmann 2003, S. 159). PatientInnen mit Borderline, die selbstverletzende Symptome aufweisen, sollten genau beobachtet und regelmäßig mit ihnen Kontakt aufgenommen werden. Diese Personen dürfen dadurch aber nicht den Eindruck der Überwachung bekommen, da dies zu mangelnder Kooperation führen kann. Eine engmaschige Beobachtung ist aber nötig, um bei eventuellen Anzeichen einer Anspannung vorher schon eingreifen zu können, denn die Sicherheit und der Schutz von Patientinnen und Patienten müssen höchste Priorität haben.

Und doch ist es nicht immer möglich dies zu verhindern, da viele PatientInnen bei einem tagesklinischen Aufenthalt zum Schlafen nach Hause gehen können. Dem Patienten/der Patientin wird nahegelegt, sich bei jeder Veränderung zu melden, was dieser/diese auch versprechen muss. Krisensituationen und Veränderungen im Verhalten sollten erkannt, sofort angesprochen und dokumentiert werden.

Ein Pfleger auf einer Borderline-Station gibt über PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten folgendes an:

Früher wurden die Schneidewerkzeuge abgenommen, der Patient/die Patientin wurde auf die geschlossene Station verlegt und bekam meist Medikamente gespritzt. Heute versuchen wir durch Wundversorgung und ein Gespräch der Situation ein anderes Gewicht zu geben, wir halten den Patienten/die Patientin auf Station, bieten Bedarfsmedizin an. Wir reagieren nicht mehr so auf das Symptom, sondern versuchen, den Menschen zu schützen, zu halten und therapeutische Unterstützung zu geben (Pfleger Peter, zit.n. Nadolny/Meyer 2011, S. 616).

Manches Mal kann es für ein selbstverletzendes Verhalten schon Vorzeichen geben, die für eine Pflegefachkraft ersichtlich sein können. Ahrens (2004, S. 15) zeigt bei der Krankenbeobachtung einige solcher erkennbaren Merkmale auf:

- am Muskeltonus, Zittern oder Verkrampfen der Hände,
- an erhöhten Blutzuckerwerten bzw. Herzfrequenz,
- an den verschwitzten Handinnenflächen,
- am vermeintlichen Frieren der Personen,
- am starren Blick, der auf einen Punkt gerichtet ist,
- an der wortkargen Reaktion nach einer Ansprache.

Auch in der Dialektisch-Behavioralen Therapie hat die Selbstverletzung einen hohen Stellenwert. Viele Teile der Therapie zielen darauf ab, mit dem selbstverletzenden Verhalten umgehen zu lernen. Studien zu dieser Therapie haben empirisch belegt, dass die Dialektisch-Behaviorale Therapie das Selbstverletzen verringert (vgl. Sachsse 2011, S. 402). Die auslösenden Faktoren sollen in Beziehung zu den auslösenden Ereignissen gesetzt werden. Danach sollten diese gemeinsam ausgearbeitet und alternative Möglichkeiten gegen das selbstverletzende Verhalten aufgezeigt werden. Schoppmann (2003, S. 143) macht darauf aufmerksam, dass Betroffene, die unter Spannungen leiden, es als sehr hilfreich erleben, wenn Pflegendе die Regie übernehmen und so situativ geeignete Interventionen anwenden. Als Beispiel wird Sicherheit durch Anwesenheit, lautes Ansprechen um die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken, oder das Drücken der Hände genannt. Dennoch sollte den Pflegepersonen klar sein, dass diese nicht immer eine Selbstverletzung verhindern können.

3.4.1 Die Wundversorgung

Falls die betroffene Person in eine Situation gerät, in welcher der Druck zu hoch wird, kann es zu einer Selbstverletzung kommen. Danach melden sich die Betroffenen meistens am Stationsstützpunkt, um ihre Wunden versorgen zu lassen. Diese Situation ist für Pflegepersonen schwierig, da Emotionen hier keinen Platz haben.

Als Beispiel wird die Versorgung nach einer Selbstverletzung nach dem Stationskonzept der S5, CDK- Salzburg angeführt:

- Wundversorgung sollte möglichst neutral erfolgen.
- Abklärung, ob dies eine Selbstverletzung oder ein Selbstmordversuch war.
- Verständigung des Arztes.
- Klärung des Auslösers oder der Ursache sollte später erfolgen, eventuell am nächsten Tag. Dies fällt teilweise in den psychotherapeutischen Arbeitsbereich.

Pflegende sollen die Wunden professionell und ohne viele Worte zu sagen, versorgen, um bei der Borderline-Persönlichkeit nicht den Eindruck einer Belohnung zu wecken, denn jede Aufmerksamkeit tut gut. Es findet auch kein therapeutisches Gespräch statt, damit soll verhindert werden, dass der Patient/die Patientin die Selbstverletzung als Mittel verwendet, um sich Zuwendung zu holen (vgl. Din-hobl/Plöderl/Fartacek 2010, S. 84). Vorwürfe oder Ekel sind nicht angebracht. Warum zum Beispiel der Patient/die Patientin nicht früher um Hilfe gebeten hat, denn wenn die Person das gekonnt hätte, wäre sie vorher gekommen. Die Wundversorgung soll korrekt und genau ablaufen, da die Arbeit von der Pflegeperson als Fachkraft, von den Betroffenen akzeptiert wird. Auch soll der Verband gut sitzen, denn manche PatientInnen hält er von einer neuerlichen Verletzung ab.

Um dem selbstverletzenden Verhalten etwas entgegen zu treten, ist es möglich einen Therapievertrag mit dem Patienten oder der Patientin zu machen, dieser wird wie folgt dargelegt.

3.4.2 Der Therapievertrag

Therapieverträge und klare Regeln haben sich in der Praxis bezüglich der Selbstverletzung als geeignet herausgestellt. Die verantwortliche Pflegeperson hat die Möglichkeit, gemeinsam mit der Borderline-Persönlichkeit und dem Therapeuten/der Therapeutin im Zuge des Aufenthaltes einen Therapievertrag zu erstellen. Dieser Vertrag hat den Sinn, dem Patient/der Patientin einen Teil der Verantwortung für sich selbst zu übertragen.

Der/die Betroffene soll sich im Vertrag zu folgendem verpflichten:

- Der betroffene Mensch während seines stationären Aufenthalts keinen Suizidversuch unternimmt,
- auf die Abschwächung von Suizidgedanken hinzuarbeiten,
- lernen ein eventuell therapiestörendes Verhalten abzulegen,
- keinen Alkohol oder Drogen zu sich zu nehmen,
- keine Suizidpläne anderen Patientinnen und Patienten mitzuteilen,
- am stationären Alltag mitzuwirken,
- sich nicht zu verletzen und sich bei jeder Art von Anspannung sofort beim Pflorgeteam melden (vgl. Steil/Dyer/Priebe/et.al. 2011, S. 729).

Der Borderline-Patient/die Patientin verpflichtet sich somit in diesem Vertrag an dem Stationsalltag teilzunehmen, sich an die Medikamenteneinnahmen zu halten und einige andere wichtige Regel einzuhalten. Klare Richtlinien, Therapieverträge, Vereinbarungen und Regeln haben sich im Umgang mit Borderline-Erkrankten bewährt (vgl. Bohus/Schmahl 2007, S. 1071f). Ein Beispiel eines möglichen Therapievertrages der S5 ist im Anhang 2 hinzugefügt.

3.4.3 Der Notfallkoffer

In diesem sogenannten Notfallkoffer sind eine allgemeine Skills-Liste und Gegenstände die optische, sensorische, akustische, geschmackliche und olfaktorische Reize auslösen können vorhanden.

Der Notfallkoffer soll auf der Station vorhanden sein und für PatientInnen mit hohen Spannungszuständen, großem Leidensdruck oder auch mit großer innerer Leere jederzeit verfügbar sein. Er soll Borderline-PatientenInnen, die noch keine Fähigkeiten und Erfahrungen zum Spannungs- und Druckabbau haben und noch keinen persönlichen Notfallkoffer besitzen, dienen. Falls der Patient/die Patientin möchte, kann die Pflegeperson gemeinsam mit dem Betroffenen/der Betroffenen einen persönlichen Notfallkoffer für zu Hause zusammenstellen. Auch kann ein kleines Paket erarbeitet werden, um dies immer in der Tasche für unterwegs dabei zu haben.

Aber welche Dinge können überhaupt darin Platz finden? Dem ist keine Grenze gesetzt, es sei denn, diese Gegenstände führen wiederum zur Selbstverletzung. Der kranke Mensch weiß am besten welche Gegenstände und Gerüche ihm gut tun und wo positive Gefühle entstehen. Wenn eine betroffene Person den Drang verspürt sich selbst verletzen zu wollen, hat die Pflegeperson die Möglichkeit Alternativen anzubieten. Wie zum Beispiel Gummibänder, die um das Handgelenk gegeben werden, um diese dann auf die Haut schnalzen zu lassen. Dabei können die Borderline-Erkrankten auch verschiedene Sachen und Gegenstände ausprobieren, die sie noch nicht kennen. PatientInnen können sich diese unterschiedlichen Objekte ausleihen, dabei sollen sie diesen Gegenstand für höchstens 24 Stunden bei sich im Zimmer haben. Danach müssen die Gegenstände wieder zurückgebracht werden, um auch anderen Personen die Möglichkeit zum Ausborgen zu geben. Es liegt im Ermessen des diensthabenden Pflegepersonals, ob ein Borderline-PatientIn z.B. die Springschnur mitnehmen kann, oder ob die Benützung vom Pflegepersonal überwacht werden muss oder nicht. Vorschläge für den Inhalt eines Notfallkoffers sind im Anhang 1 beigefügt.

3.4.4 Die Spannungskurve

Zur Einschätzung des aktuellen emotionalen Zustandes, der derzeitigen Anspannung und zum gezielten Einsatz der verschiedenen Skills ist es hilfreich, eine sogenannte Spannungskurve einzusetzen. Diese soll dem Patienten oder der Patientin helfen, Spannungen zu erkennen, wahrzunehmen, abzuschätzen, auszuhalten und abzubauen. Grundlegende und tiefe Ursachen für innere Anspannungen werden im Zusammenhang mit der Kurve nicht erhoben. Diese werden in der Therapie erarbeitet, denn Ursachen können in der Regel nie behoben werden, sondern es kann nur gelernt werden, mit den sich daraus ergebenden Folgen umzugehen. Die Spannungskurve gibt der betroffenen Person mit der Diagnose Borderline die Möglichkeit, seine emotionalen Zustände selbst zu beobachten, zu beurteilen und zu dokumentieren. Diese wird von dem erkrankten Menschen täglich und selbständig ausgefüllt, um diese zu den therapeutischen Sitzungen mitzunehmen und zu besprechen. In diesen Spannungskurven wird die innere Anspannung mittels einer Verlaufskurve auf einer Skala von null bis zehn stündlich aufgezeichnet. Die Aufzeichnung der Spannungskurve (Spannungsbarometer) sollte anfangs täg-

lich von der Bezugspflegeperson gegen Abend interessehalber angeschaut werden, dies dient der positiven Verstärkung.

3.4.5 Die Lebenskarten

Jeder Mensch ist auf irgendeine Weise von den eigenen Lebenserfahrungen oder von äußeren Einflüssen geprägt. Diese Erfahrungen oder Einstellungen können auf ein Blatt Papier aufgeschrieben, gemalt, verziert und nach eigenem Geschmack gestaltet werden. Auf diesen sogenannten Lebenskarten habe ich als Pflegeperson die Möglichkeit, zusammen mit dem Patienten oder der Patientin, Sprüche und nette Worte zu finden und nach eigenem Ermessen diese Karten zu gestalten. Da die Lebenskarten von der betroffenen Person selbst entworfen und gezeichnet werden, sind sie individuell und auf jeden persönlich abgestimmt. Lebenskarten können in diversen Größen gestaltet werden um sie auch z.B. in der Geldtasche immer dabei zu haben. Diese Lebenskarten sollen dabei helfen, sich selbst wahrzunehmen, die eigenen Bedürfnisse, Grenzen, aber auch Freude, Erfüllung und Glück wieder spüren zu können. Doch genau das fällt oft so schwer. Die Pflegeperson hat somit im Zuge der Behandlung die Chance, mit dem betroffenen Menschen Möglichkeiten zu finden, den Drang der Selbstverletzung zu mindern oder zu stoppen. Speziell für Borderline-Persönlichkeiten, da diese Menschen in ihrem Selbstbildnis gestört sind und ihr Selbstwertgefühl sehr schwach ausgeprägt ist. Gleichzeitig bekommen diese Personen die Aufgabe, darüber nachzudenken was ihnen gut tut, zu malen und sich sinnvoll zu beschäftigen.

Diese Lebenskarten, hatte ich vorher noch nicht gesehen, aber persönlich finde ich sie sehr ansprechend, einzigartig und aufbauend. Passend für jede Person, um sich selbst etwas Gutes zu tun. Beispiele solcher Lebenskarten sind in Anhang 4 beigefügt.

3.4.6 Skills

Unter Skills werden Möglichkeiten verstanden, die einer betroffenen Person die unter Selbstverletzung leidet, helfen sollen, sich im Fall der Spannung selbst zu beruhigen und wieder wahrzunehmen.

Eine Skills-Liste sollte mit PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen in den Sitzungen erarbeitet werden. Auf Grund praktischer Erfahrungen im Umgang mit PatientInnen in Krisensituationen, sollte aber auf der Skills-Liste immer Platz für mögliche Erweiterungen durch die Pflegepersonen sein. Für die Pflege eröffnet die Skillssuche und das Training dazu, ein neues Betätigungsfeld um die erkrankte Person bei dieser Aufgabe zu unterstützen.

Auf einer Skills-Liste können verschiedene Dinge und Ideen aufgelistet sein, hier ein Beispiel der Station S5, CDK-Salzburg:

- *Aktivitäten* wie Tagebuch oder einen Brief schreiben. Sport betreiben oder etwas putzen, Memory oder Puzzle legen.
- Tätigkeiten, die einen durch *Körperempfinden zurückholen*. Zum Beispiel mit einem Stein im Schuh spazieren gehen, Wechselduschen oder Gummiband am Handgelenk schnalzen lassen.
- Den derzeitigen *Augenblick verändern* durch eine Phantasiereise, Entspannungsbad oder Meditation.
- *Gerüche* wie Gras, Parfüm oder Früchte.
- *Schmecken* von Kaffeebohnen, Schokolade, Kräuter oder Obst.
- *Hören* von angenehmen Geräuschen.
- *Sehen* von Bildern, Fotos oder Tieren.

Fallgeschichte

Warum das Verhalten von Borderline-PatientInnen oft herausfordernd ist, möchte ich in einem erlebten Fallbeispiel darstellen. Frau I. arbeitete jahrelang in einer Firma, als ihr Chef schließlich in Pension ging, verlor sie ihre Arbeit und es brach eine wichtige Stütze in ihrem Leben weg. Danach fingen ihre Probleme an. Ständiger Jobwechsel, immer kleinerer Freundeskreis, Essstörungen und es fingen Selbstverletzungen an, die vorher kein Thema waren. Mit 30 Jahren bekam sie die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mittlerweile ist Fr. I. 39 Jahre, stationärbekannt, teilweise therapieresistent und häufig gesehene Borderline-Patientin. Von Anfang an wirkte Fr. I. auf mich ruhig, verschlossen, unsicher, ohne Selbstbewusstsein und ohne Freude im Gesicht. Die Patientin schloss beim Antworten auf Ansprechen oder Fragen jedes Mal ihre Augen und konnte mir nicht ins Gesicht sehen. Obwohl sie immer langärmelige Kleidung anhatte, konnte ich an beiden Armen deutliche Schnitte, manche frisch, andere schon um einiges älter sehen. Ich fragte nach dem Drang der Selbstverletzung, warum sie dies mache. Die Antworten waren, um sich wieder zu spüren, um den inneren Druck los zu werden, zu bestrafen, da sie ihren Eltern immer so viele Sorgen macht. Diese aber immer noch zu ihr stehen und ihr immer helfen. Fr. I. erzählte mir von früher, wo sie pro Tag ca. 150 Stück Abführtabletten nahm. Zudem noch diverse andere Abführmittel, Schlankmacher und so wenig wie möglich aß, da sie sich zu dick fühlte. Es gab eine Zeit wo sie sich mit allen möglichen Gegenständen auf die Hand schlug, bis diese blau und geschwollen war. Ich war geschockt und fragte nach dem Grund dieser ständigen Selbstverletzung. Diesen wusste sie selber nicht genau. Auch Selbstmordgedanken sind ständig präsent. Alles ist genau geplant. Die Rasierklingen hat sie in der ganzen Wohnung, an allen möglichen Orten versteckt, damit ihre Eltern diese nicht finden. Laut ihren Aussagen kann sie es jetzt noch nicht tun, denn das könnten ihre Eltern nicht verkraften. Fr. I. hat nach ihren Erzählungen ständig Männerbekanntschaften, die sie enttäuschen oder verletzen. Im stationären Alltag äußerte sich das Verhalten von Fr. I. so, dass sie die Klinik verließ, ohne irgendjemand Bescheid zu sagen, wann sie wieder kommt oder wohin sie ging. PatientInnen können im Klinikgelände spazieren gehen, müssen aber Bescheid sagen und sich in der Ausgangsliste eintragen. Fr. I. kümmerte sich um Probleme von anderen Borderline-PatientInnen. Auch erzählte sie anderen Patien-

tInnen von ihren Selbstverletzungen und Plänen zum Suizid. Fr. I. war regelrecht versessen auf ihrer Bedarfsmedikation, die sie zu ihren anderen Medikamenten täglich einforderte. Bei jedem Tropfen zählte sie mit, ob man eh nicht zu wenig hineingab. Sie riss einem die Medikamente zitternd aus der Hand und schluckte sie teilweise ohne Wasser gierig hinunter. Diese Situation wirkte auf mich wie jemand der lange, ohne Wasser in der Wüste irrte. Das schwierige und herausfordernde für mich war, dass trotz Regeln, Drohungen mit Rauswurf, Gespräche und Verträge es immer wieder zu Selbstverletzungen und Missachtungen der Stationsordnung gekommen ist. Es wurde im interdisziplinären Team zweimal täglich über diese Patientin gesprochen. Es wurden Ungereimtheiten der Aussagen von Fr. I. aufgedeckt, was diese zu der einen Schwester, zum Therapeuten und später einer anderen Schwester gesagt hatte. Durch das Vertrauen untereinander konnte die Spaltung des Teams aber nie ihre Wirkung erreichen. Die zuständige Pflegeperson hat der Patientin täglich mehrmals Entlastungsgespräche angeboten, mit der Anregung sich sofort zu melden, falls der Drang der Selbstverletzung kommen sollte. Es ist oft für die Pflegeperson belastend und unverständlich gewesen, welche Wunden und Schnitte sich Fr. I. zugefügt hatte, doch wurde sie nie geschimpft warum sie sich davor nicht gemeldet hat, sondern immer, ohne viel Worte, korrekt verbunden und professionell versorgt. Die Zeit und Art der Selbstverletzung wurde dokumentiert. Der Arzt über die Situation informiert. Später oder am nächsten Tag konnte Fr. I. mit ihrer Bezugspflege über die Selbstverletzung sprechen und dies aufarbeiten. Herausfordernd für mich war es, dass keine nonverbalen Zeichen für eine belastende Situation zu erkennen waren, oder Fr. I. es jemals gesagt hat. Für mich selbst, war die Arbeit und Pflege mit dieser Patientin oft schwierig. Es kommen viele Gefühle hoch, eigene Schwächen und persönliche Grenzen werden aufgezeigt. Oft hat man das Gefühl von Überforderung, Hilflosigkeit, oft auch Unverständnis für die Verletzungen, manchmal aber auch eine Abwehrhaltung. Sehr belastend für mich waren zum Beispiel Lebensgeschichten von Betroffenen über Missbrauch und dergleichen. Als Pflegeperson muss man sich eine gute Strategie zurechtlegen um manches Gesehene und Gehörte, verarbeiten zu können, denn sie ist die Person, die 24 Stunden zur Verfügung ist.

4 Zusammenfassung

Im Laufe der vorliegenden Arbeit konnte ich Einblicke in das komplexe Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung gewinnen. Auf das Erscheinungsbild einer Borderline-Erkrankung, ihre Entstehungstheorien, Ausprägung, und die Anwendung der Dialektisch-Behavioralen Therapie bin ich in meiner Arbeit kurz eingegangen. Es wurden ältere Grundlagenwerke ebenso hinzugezogen wie moderne Theorien und Studien, sodass ein möglichst realistischer und methodisch gesicherter Einblick in die Diagnostik, Therapie und Ursachenforschung gegeben werden konnte.

In meiner Arbeit versuchte ich das gesamte Behandlungsteam, vor allem aber die Rolle des Dipl. Gesunden-und Krankenpflege bei selbstverletzendem Verhalten vorzustellen. Ich habe eine Ahnung davon bekommen, warum der Umgang mit BorderlinerInnen so herausfordernd ist und deshalb ein interdisziplinäres Team notwendig ist. Welche Rolle eine Pflegeperson bei selbstverletzendem Verhalten einnimmt und welche pflegerischen Maßnahmen gesetzt werden können.

Das Ziel meiner Arbeit war die Interventionsmöglichkeiten der Pflege bei selbstverletzendem Verhalten aufzuzeigen. Wie man sieht gibt es ein breites Feld an Möglichkeiten dieser Selbstverletzung entgegen zu wirken. Der Pflegeperson selbst, eröffnen sich hier viele Berufsmöglichkeiten und Wege. Wie zum Beispiel als selbständige Fachkraft, als Coach oder Vortragende bei Selbsthilfegruppen zur Erarbeitung eines Notfallkoffers für Betroffene und Angehörige.

Zuletzt sollte noch gesagt werden, dass die Aussichten für Borderline-Betroffene bei weitem nicht so düster sind, wie oft geschrieben wird. Schließlich gibt es erwiesenermaßen funktionierende Therapien, doch sollten meiner Meinung nach die Therapieplätze besser ausgebaut werden, da die Zahl der Betroffenen zunimmt. Ich hoffe, dass ich mit dieser Arbeit mich selbst, wie auch andere ein wenig für dieses Thema sensibilisieren konnte. Die Vorurteile gegenüber Borderline-Betroffenen sollten durch Information und Aufklärung vermindert werden. Denn wenn das nötige Wissen über Persönlichkeitsstörungen da ist, kann man diesen betroffenen Personen besser helfen und sie auch verstehen.

Literaturverzeichnis

Bücher

- Abugle, Jeffrey/Simeon, Daphne (2009): Feeling Unreal. In: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self. 1. Aufl. New York: Oxford University Press.
- Berit, Lukas(2008): Das Gefühl ein No-Body zu sein. Depersonalisation, Dissotiation und Trauma. 2. Aufl. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Bohus, Martin (2011): Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen. In: Dulz, Birger/ Herpertz, Sabine/ Kernberg, Otto/ Sachsse, Ulrich (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 619-639.
- Dilling, Horst (2002): Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch–diagnostische Leitlinien. 8. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Doering, Stephan (2011): Klassifikation und Testdiagnostik. In: Dulz, Birger/ Herpertz, Sabine/ Kernberg, Otto/ Sachsse, Ulrich (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 303-327.
- Dulz, Birger/ Herpertz, Sabine/ Kernberg, Otto/ Sachsse, Ulrich (2011): Handbuch der Borderline-Störungen. 2.Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Geisler, Linus (2005): Lexikon Medizin. Das Nachschlagewerk für Ärzte, Apotheker, Patienten. 4. Aufl. München: Elsevier.
- Herpertz, Sabine/Sass, Henning (2011): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Dulz, Birger/ Herpertz, Sabine/ Kernberg, Otto/ Sachsse, Ulrich (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 35-43.
- Katzenbach, Jon/Smith, Douglas (2003): Teams. Der Schlüssel zur Hochleistungsorganisation. Frankfurt/Wien: Ueberreuter.

- Kernberg, Otto (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. 1. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kreisman, Jerold/Straus, Hal (2011): Ich hasse dich-verlass mich nicht: Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. 23. Aufl. München: Kösel.
- Möhlenkamp, Gerd (2006): Was ist eine Borderline-Störung: Antworten auf die wichtigsten Fragen. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Nadolny, Astrid/Meyer, Rolf (2011): Krankenpflegepersonal und der Borderline-Patient auf einer psychodynamisch-beziehungsorientiert arbeitenden Spezialstation-Herausforderung oder Überforderung? In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 610-618.
- Neu, Peter (2011): Akutpsychiatrie: Das Notfall-Manual. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Niklewski, Günther/Rieke-Niklewski, Rose (2006): Leben mit einer Borderline-Störung: ein Ratgeber für Betroffene, ihre Partner und Familien. 3. Aufl. Stuttgart: Trias.
- o. A. (1998): Wörterbuch-Englisch/Deutsch. Köln: ECO.
- Rahn, Ewald (2002): Borderline-Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Röhr, Heinz-Peter (2006): Wege aus dem Chaos. Die Borderline-Störung verstehen. 3. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Sachsse, Ulrich (2011): Selbstverletzendes Verhalten (SVV) als somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 390-405
- Schäfer, Ulrike/Rüther, Eckart/Sachsse, Ulrich (2006): Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schopmann, Susanne (2003): Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten. Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Steil, Regina/Dyer, Anne/Priebe, Kathlen/Krüger, Antje/Bohus, Martin (2011): Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei schwerer Störung der Emotionsregulation. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 726-732.
- Stricker-Jannan, Dagmar (2011): Psychiatrie für Pflegeberufe. 3. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Thiel, Holger/Jensen, Markus/Traxler, Siegfried (2011): Psychiatrie für Pflegeberufe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Vetter, Brigitte (2001): Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. 6. Aufl. München: Urban & Fischer.

Fachzeitschriften

- Ahrens, Ruth (2004): Ein pflegerisches Verständnis der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Marsha Linehan. In: Psych. Pflege Heute 10.Jg./4 S. 13-20.
- Ahrens, Ruth (2006): Pflege von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten unter salutogenetischen Gesichtspunkten. In: Psych. Pflege Heute 12.Jg./2 S. 100-107.
- Bohus, Martin/Schmahl, Christian (2007): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Störung. In: Nervenarzt-Weiterbildung. 78.Jg/9 S. 1069-1081.
- Dinhobl, Rupert/Plöderl, Martin/Fartacek, Clemens/et.al. (2010): Existenzanalytische Anwendung dialektischer Verhaltenstherapieelemente. In: Existenzanalyse 27. Jg./2. S. 81-85.
- Eckert, Jochen/Dulz, Birger/Makowski, Corinna (2000): Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapeut 45. Jg./ 5. S. 271-285.

Anhang

Anhang 1: Vorschläge für den Inhalt eines Notfallkoffers

Sensorische Reize:	Optische Reize:
Wutball	Bücher mit Bildern und Sprüchen
Igelball	Postkarten
Softball	Puzzle
Knetgummi	Rätsel
Kuscheltiere	Telefonliste von Freunden
Duschbürste	Liste angenehmer Aktivitäten
Massagehandschuh	Mandala zu Malen
Massagebürste	Fotos
Eisspray	
Wäscheklammer	
Gummibänder	
Massageholzfigur	
Selbst gemachte Kissen zum Kneten	
Verpackungsmaterial mit Luftpolster zum Zerdrücken	
Qi Gong Kugeln	
Luftballons platzen lassen	

Akustische Reize:	Geschmackliche Reize:	Olfaktorische Reize:
Trommel	Ingwerwurzel	Lieblingsparfüm
Entspannungs- CDs und CD- Player	Salzlakritze	Blumen
Lieblingsmusik	Tabasco Wacholderbeeren	Minze-, Melisse-, Zitrone-, Rosmarin-, oder Lavendelöl
	Scharfe Kaugummi	

Anhang 2: Beispiel für einen Therapievertrag

Therapievertrag

(Therapievertrag, Christian Dopplerklinik Salzburg-S5)

zwischen Frau/Herrn

und dem Behandlungsteam der Station

Ich willige in die Behandlung ein und bin mir darüber im Klaren, dass ich somit aktiv bei allen Aspekten dieser Behandlung mitarbeite und zustimme.

Daher verpflichte ich mich zu folgendem:

1. Ich halte mich an die vorgegebene Stationsordnung und nehme an allen vereinbarten Therapien teil.
2. Ich nehme meine Medikamente zu den vereinbarten Zeiten unter Kontrolle der Pflegeperson im Dienstzimmer ein.
3. Ich nehme während meines Aufenthaltes keine zusätzlichen, vom behandelnden Arzt nicht verordnete, Medikamente.
4. Ich mache keinen Suizidversuch.
5. Wenn ich mich nicht mehr vor einem Suizidversuch schützen kann, so teile ich dies unverzüglich einer Pflegeperson im Dienstzimmer mit.
6. Ich versuche mein Bestes keine Selbstverletzungen / selbstschädigende Handlungen zu machen
7. Ich nehme während meines Aufenthaltes keine Drogen oder sonstige Substanzen, ich trinke keinen Alkohol (auch kein alkoholfreies Bier,...).
8. Wenn der Drang zu Selbstverletzung / selbstschädigenden Handlung unkontrollierbar wird, so teile ich dies unverzüglich einer Pflegeperson im Dienstzimmer mit.
9. Selbstverletzungen/selbstschädigende Handlungen halte ich nicht aus Furcht oder Scham geheim. Ich melde mich unverzüglich im Dienstzimmer um eine entsprechende Versorgung zu erhalten.

10. Falls ich mich selbst verletze, verpflichte ich mich vor dem nächsten Therapiegespräch eine Verhaltensanalyse auszufüllen.
11. Ich werde gemeinsam mit meinem Behandlungsteam die Therapie für den Aufenthalt vereinbaren.
12. Ich erarbeite gemeinsam mit meinem Behandlungsteam persönliche Strategien zur Spannungsreduktion und übe diese regelmäßig um selbstverletzendem Verhalten vorzubeugen.
13. Bei Nicht-Einhalten der Vereinbarungen werden vom Behandlungsteam mit mir Konsequenzen bis hin zur Entlassung besprochen

Ich bin mir auch darüber im Klaren, dass der Behandlungserfolg wesentlich von meiner eigenen Mitarbeit abhängt. Falls sich für mich durch die vereinbarte Therapie Fragen oder Probleme stellen, so werde ich dies mit meinem Behandlungsteam besprechen.

Diese Vereinbarung ist für den Zeitraum von bis gültig.

Datum:

Unterschrift Patient:

Behandlungsteam:

Diese Vereinbarung ist für den Zeitraum von bis gültig.

Datum:

Unterschrift:

Behandlungsteam:

Anhang 3: Gedicht einer Borderline- Erkrankten

Aggression und Wut auf mich
meinen Körper verletze ich.
Mutwillig-ohne Schmerz und Angst,
das alles geschieht oft wie in Trance.
Druck baut sich auf, die Spannung wächst.
Gedanken sind fast wie verhext
Sie sagen: "Los komm´ schon! Endlich-schneide dich!
Dann fühlst du dich besser und eher nicht!"
Ich kann nicht anders und lege es hin.
Das Messer, die Rasierklinge und was ich noch so find´
Ich schneide und ritze, solange´ ich nichts spüre und höre erst auf,
wenn ich mich wieder fühle.
Der Schmerz ist da - ich lebe noch.
Ich bin wieder da und stelle fest es ist wieder passiert und
das gibt mir den Rest.
Ich wünschte, ich könnte Fassung bewahren,
um diesem Zwang entgegen zu schlagen.
Doch oft reicht meine Kraft nicht aus,
verdammte! Wie komm ich da bloß raus?

So kann ich nur hoffen.
Ich bin für mich stark und lebe für mich
und zwar Tag für Tag.

Anhang 4: Beispiele für Lebenskarten

