

Manuskript
Vortrag – BPTK:
Gute Praxis I – Stationäre Therapie – Beziehungszentrierte Psychodynamische
Borderlinetherapie
4. September 2012
Dipl. Psych. C. Bothe
Psychologische Psychotherapeutin

Die Station

Ich arbeite in der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen - die Teil des Asklepios Klinikum Nord ist – oder wie die Hamburger sagen „in Ochsenzoll“. Unsere Klinik umfasst eine Tagesklinik, eine Station für Persönlichkeitsstörungen und Sucht, eine Station für Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen, eine Behandlungseinheit nur für Frauen mit Traumafolgestörungen, eine Station für junge Borderliner und die Station über die ich berichten möchte, auf der wir erwachsene Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung behandeln.

Unser Team umfasst drei ärztlich-psychologische Vollzeitstellen, die z.Zt. mit zwei Psychologinnen und zwei Ärztinnen jeweils in Teilzeit besetzt sind, es gibt eine Ergotherapeutin, eine Körpertherapeutin, eine Sozialpädagogin; neun Vollzeitstellen Pflege, eine halbe Oberarztstelle und einen erfreulicherweise sehr präsenten Chefarzt, Birger Dulz, der diese Station aufgebaut hat und in Deutschland einer der ersten war, der sich mit der Behandlung von Borderlinepatientinnen und Patienten beschäftigt hat. Klinikübergreifend bieten wir einige Plätze in der Musiktherapie, eine Theatergruppe und verschiedene arbeitstherapeutische Angebote.

Wir behandeln die Patienten in der Regel ca. sechs Monate, allerdings scheint der Medizinische Dienst der Krankenkassen unsere Behandlungsdauer zu lang zu finden und macht uns zur Zeit durch die Anforderung immer ausführlicherer Berichte und die Anfechtung der Indikation zahlreicher Behandlungen das Leben schwer. Jedoch ist nach unserer Erfahrung ist eine längere stationäre Behandlung mit anschließender ambulanter Weiterbetreuung häufig wirksamer als viele kürzere Intervalle.

Hierzu gäbe es viel zu sagen, aber ich möchte ja nicht über Berufspolitik, sondern über unsere Station berichten, deshalb nun zu unseren Patienten:

Die Patienten

Wir nehmen diese nach einem ausführlichen Vorgespräch auf, das dazu dient, eine erste diagnostische Einschätzung vorzunehmen, Vorbehandlungen zu erfahren, die Therapiemotivation zu prüfen und die Passung Methode-Patient einzuschätzen. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz bei uns beträgt für Frauen – die in der Regel $\frac{3}{4}$ unserer Patienten ausmachen – 6-8 Monate, bei Männern ist die Wartezeit erheblich kürzer, diese werden nach ca. 2-3 Monaten aufgenommen. Die überwiegende Mehrheit unserer Patienten hat mehrere Klinikaufenthalte in Akutpsychiatrischen Kliniken, auf DBT-Stationen oder in der Psychosomatik hinter sich. Sie haben bereits gelernt, wie man sich mithilfe von Skills selbst beruhigen kann und ca. 50 % haben bereits eine Dialektisch Behaviourale Therapie hinter sich.

Unsere Station ist also Anlaufstelle für zumeist sehr schwer Ich-strukturell geschädigte Menschen, die bislang keine für sie hilfreiche Behandlung erfahren haben, obwohl sie sich z.T. seit Jahren darum bemühen.

Alle weisen mehrere komorbide Störungen auf. Zumeist sind dies andere Persönlichkeitsstörungen, überdurchschnittlich häufig narzisstische, paranoide und antisoziale, aber auch das gesamte restliche Spektrum der Persönlichkeitsstörungen kommt vor. Außerdem posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch und Essstörungen, ein sehr hoher Prozentsatz verletzt sich selbst. Die Vorbehandlungen haben manchmal die Symptome reduziert - am inneren Erleben, den schweren Beziehungs- und Mentalisierungsstörungen unter denen all unsere Patientinnen und Patienten leiden, hatte sich unter den bisherigen Behandlungen kaum etwas verändert.

Patientin D fuhr mich in einem Vorgespräch an:

„natürlich kann ich Skills - und Affektregulation habe ich auch gelernt. Damit kann ich die schlimmen Ausbrüche beherrschen. An meinen Gefühlen, an der Angst und der Wut und den schrecklichen Bildern in meinem Kopf ändert das aber gar nichts“.

Das Anliegen der Patienten, wenn sie zu uns kommen ist, ihre unaushaltbaren Affekte und als unverständlich erlebten Beziehungsschwierigkeiten, denen sie sich ausgeliefert fühlen, zu verstehen: Viele sind beziehungslos und einsam oder sie führen stabil

instabile On-Off-Beziehungen oder symbiotisch-verschmolzene oftmals äußerst destruktive Abhängigkeitsbeziehungen.

Das Konzept

Unser Konzept stellt die Beziehungsthematik in den Mittelpunkt, da wir glauben, dass jede Persönlichkeitsstörung (auch) eine Störung der Beziehung zu sich selbst und anderen ist. Wir arbeiten tiefenpsychologisch, was hier bedeutet, dass das Strukturmodell Freuds mit Über-Ich, Ich und Es, die Annahme von vorbewußten und unbewussten Prozessen, technische Neutralität allen Persönlichkeitsanteilen gegenüber, sowie die Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung zu unserem bevorzugten Handwerkszeug gehört. Hier orientieren wir uns sehr an der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, wie sie von Kernberg, Clarkin und Yeoman entwickelt wurde. Außerdem hat die "haltenden Funktion" im Sinne Winnicotts einen hohen Stellenwert bei uns.

In der Regel läuft die Behandlung in drei Phasen ab: In der ersten Phase geht es um Beziehungsaufbau, Halt und Affektstabilisierung. Es geht für die Patienten darum, dass sie ankommen können auf der Station, Vertrauen fassen und eine hinreichend stabile Arbeitsbeziehung entstehen kann. Gleichzeitig findet eine gründliche und umfassende Testdiagnostik statt und ggf. wird eine Pharmakotherapeutische Behandlung erwogen. In der konkreten Alltagsgestaltung bedeutet dies für die Patienten zunächst in einzeltherapeutischen und bezugspflegerischen Gesprächen die Mitarbeiter der Station kennen zu lernen, gemeinsam zu überlegen, welche Therapien in Frage kommen. Einige Patienten treten zunächst anspruchlich und unverschämt auf - der Eindruck entsteht, wir sollten Wellnessfarm und Mutterersatz in einem sein und dies bitte sofort und ohne Grenzen. Andere ziehen sich auf ihr Zimmer zurück und tauchen nicht mehr auf außer zu zwingenden „Terminen“. Einige schaffen es schon in dieser Phase, dass das Team sehr beschäftigt damit ist, seine Sympathie sie zu retten.

Zum Beispiel erzählte ein männlicher Patient lautstark und detailgenau ungefragt jedem Mitpatienten oder jeder Mitpatientin, welche sexuell entwertenden und demütigenden Phantasien er bei – nicht nur den weiblichen – Teammitgliedern habe. Sowohl Team als auch Mitpatienten rückten zunächst ein gutes Stück ab von ihm und es dauerte mehrere Wochen und eine therapeutisch notwendige kürzere Therapiepause des Patienten, bis wir

verstehen konnten, welche Funktion diese sexualisierten Entwertungen hatten und er verstehen konnte, was diese Äußerungen mit seinem Gegenüber machten.

Natürlich haben wir es häufig mit der altbekannten Borderlinefähigkeit zu tun, das komplette Pflorgeteam in den ersten Tagen zu spalten, so dass es hartnäckige Befürworter und Sympathisanten des Patienten gibt, die glauben, dass er schnell und leicht in den Prozess einsteigen kann; aber auch genauso engagierte Gegner, die sofortige Entlassung fordern, Katastrophen kommen sehen und sich sicher sind, dass sich „da nichts bewegen kann“. Manchmal geht es dann in den Übergaben und Teamsitzungen auch ohne Anwesenheit der Patienten hoch her. Um die Spaltung nicht fortzuschreiben und dem Patienten seine verschiedenen eigenen Anteile deutlich machen zu können und ihm die Möglichkeit zu geben, diese zu integrieren, arbeiten wir im Team berufsgruppenübergreifend eng zusammen. Es gibt wochentäglich eine ausführliche Übergabe, um möglichst viele Facetten der einzelnen Patienten gemeinsam beleuchten zu können und miteinander über die Patienten zu reden, statt gegeneinander zu agieren. Ebenfalls hilfreich ist die monatlich stattfindende Supervision, häufig auch die kollegiale Intervision in der Mittagspause oder bei einem kurzen Kaffee zwischendurch.

So oder so:

Diese Phase der Therapie kostet alle Beteiligten viel Kraft und oft lange Zeit. Wir betrachten das gemeinsame Erarbeiten der therapeutischen Beziehungen nicht nur als Voraussetzung für die nachfolgende konfrontierende oder traumazentrierte Arbeit, sondern als wichtigen eigenständigen Schritt - für die Patienten ist das häufig die erste zuverlässige Beziehungserfahrung in ihrem Leben. Einige Patienten beschreiben im nachhinein, dass das der wichtigste Aspekt auf dem Weg zu einer befriedigenden Lebensgestaltung war.

Eine Patientin konnte im Verlauf der Therapie benennen, dass sie genau gemerkt habe, wie anstrengend es für uns gewesen sei, ihre häufig wiederkehrenden, zum Teil suizidalen Krisen, auszuhalten, die immer damit einhergingen, Hilfe von uns zu fordern und dann zu konstatieren, dass wir ihr nicht helfen können, sie im Stich ließen und sie sich jetzt nur selbst verletzen oder umbringen könne. Die Patientin bannte uns alle, stellte „Bindung durch Besorgnis her“ um uns dann krachend scheitern zu lassen, indem sie sich fürchterlich selbst verletzte oder stundenlang dissoziativ auf ihrem Bett saß oder sich

bedrohlich nah an den U-Bahngleisen aufhielt und nicht erreichbar schien. Sie berichtete später, sie habe seinerzeit nicht anders gekonnt. Weitergebracht habe sie, dass wir sie in ihren Qualen ausgehalten, aber auch begrenzt hatten. Diese Patientin hatte durch die Mutter nur einen desorganisierten Bindungsstil erfahren und konnte andere Formen von Bindungen seinerzeit gar nicht aushalten: Es hört sich paradox an: Sie musste alle Beziehungen auf einem hohen Erregungslevel und sehr unsicher halten, damit sie sich sicher „unsicher“ fühlen konnte. Heute kann sie ihre Erschöpfung spüren und ihre Sehnsucht danach, eine Beziehung ohne Kampf zu erleben und lässt sich inzwischen auf Beziehungen zuverlässiger ein.

Viel Arbeit am affektiven System und am Beziehungsaufbau wird auch implizit geleistet: So nebenbei in den Alltagskontakten mit der Pflege oder mit den Mitpatienten.

Zum Beispiel gibt es bei uns im Sichtbereich des Dienstzimmers die „blaue Ecke“. Dort sitzen Patienten, wenn sie es im Zimmer nicht aushalten, Gesellschaft suchen, aber kein konkretes Treffen mit jemand bestimmten haben wollen. Hier äußern neue Patienten oft ungefiltert ihre Aggressionen, ihre (häufig verzerrte) Wahrnehmung über Freunde, Familie, Therapeuten und Pflegeteam, ihre irrationalen Zuschreibungen und paranoid verzerrten Beziehungsbotschaften. Dies wird von insbesondere erfahreneren Mitpatienten gespiegelt, Wahrnehmungen oder Erfahrungen werden ausgetauscht und korrigiert, der Patient kann fast nebenbei, jedenfalls ohne „den heiligen Ernst“, der viele Patienten in der Therapie überkommt, die Erfahrung machen, dass es möglich ist, Beziehungen, Begegnungen und Eindrücke unterschiedlich wahrzunehmen ohne in einen Machtkampf verfallen zu müssen.

Dennoch werden dysfunktionale Beziehungsmuster, aufgrund der großen Angst und Bindungsunsicherheit der Patienten, lange Zeit aufrecht erhalten, da diese ja als Abwehr gegen unzuverlässige und schädigende Beziehungserfahrungen entwickelt wurden. Die Arbeit der Therapeuten in dieser Zeit ist hauptsächlich stützend und halt gebend.

Manchmal gilt es zunächst, das Agieren des Patienten zu betrachten und zu verstehen. Das heißt jedoch nicht, dass wir die Patienten völlig ungehindert destruktiv agieren lassen. Deutliche Grenzsetzungen sind häufig unverzichtbar. Exzessive Selbstverletzungen, suizidale Inszenierungen, massive Gewaltandrohung gegen andere, „triggern“ der Mitpatienten, Dealen, Ausagieren von Essstörungen vor andern – das sind Dinge, auf die wir mit Entschlossenheit und Entschiedenheit reagieren, manchmal auch mit einer Entlassung (in Verbindung mit einem Wiederaufnahmeangebot). Einerseits

haben diese Grenzsetzungen handlungsdialogischen Charakter, der selbstverständlich verbal ergänzt wird. Andererseits Sorgen wir dafür, dass der Schutzraum für die Mitpatienten erhalten bleibt.

Neben den oben aufgezeigten Grundsätzen gibt es naturgemäß einige Regeln, die das Zusammenleben auf der Station erleichtern, wie die regelmäßige Teilnahme an Morgenrunden und Patientenvollversammlungen oder auch „Dienste“, z.B. die Küche über den Tag hinweg sauber zu halten. Wir sind der Ansicht, dass diese Regeln einerseits ein freundliches Miteinander ermöglichen und den Patienten andererseits erlauben Verantwortung für sich und die Gemeinschaft zu übernehmen.

An dieser Stelle ein kleiner Exkurs zum Thema schriftliche Verträge: wir arbeiten NICHT mit solchen Verträgen, wie es sonst üblich ist und häufig propagiert wird. Wir haben einerseits die Erfahrung gemacht, dass unsere Patienten zwar zunächst Willens und bereit sind, Vereinbarungen einzugehen und Verträge einzuhalten, in emotional schwierigen Situationen können gerade schwer Ich-strukturell gestörte Patienten diese Verträge bzgl. Selbstverletzungen, Essstörung, Alkohol- oder Drogenkonsum oder Suizidalität kaum einhalten, da diese Symptome ja meist – wie dysfunktional auch immer sie sein mögen – Bewältigungsversuche in Situationen unaushaltbarer Spannung sind und dann besonders gebraucht werden. Andererseits entsteht durch so einen Vertrag schnell ein Machtkampf. Durch die schriftliche Fixierung entsteht der Druck, „erst Recht“ das Gegenteil zu tun. Deshalb halten wir auch schriftliche Suizidverträge nicht zielführend. Dennoch treffen wir im Falle akuter Suizidalität natürlich klare mündliche Absprachen. Mit diesem Vorgehen haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht.

Nun zurück zum weiteren Vorgehen:

Zunächst eine therapeutische Beziehung aufzubauen ist auch deshalb so wichtig, weil sich im Grunde hier entscheidet, ob erfolgreich Beziehungszentriert gearbeitet werden kann. Es geht darum, den „mindestens 1 cm² Erwachsenen-Ich“ zu entdecken, den es lt. Kernberg braucht, um Therapie zu machen. Nur mit diesem Erwachsenen-Ich zusammen kann ich als Therapeutin die „schwierigen“ oder abgespaltenen Anteile des Patienten betrachten und mit ihm gemeinsam überlegen, ob und wie er mit sich und seiner Umwelt anders umgehen kann.

Ist diese Phase in Ansätzen gut bewältigt und der Patient traut sich, zumindest einigen Mitgliedern des Behandlungsteams zu trauen, können wir mit der **zweiten Behandlungsphase** fortfahren. Das bedeutet aus Sicht des Patienten, sich weit raus aufs Glatteis zu wagen, ohne zu wissen, ob es hält oder ob ein endgültiges Versinken und ertrinken droht. Behandlungstechnisch bedeutet das, konfrontierender und deutender im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung zu arbeiten. D.h. wir benennen Reinszenierungen früherer Erfahrungen der Patienten in der therapeutischen Situation.

Zum Beispiel Frau Z: Ich kann nicht auf Augenhöhe mit ihnen sitzen, das habe ich nicht verdient. Th: Was schlagen sie vor? Z: Wir beide setzen uns auf den Boden, weil sie größer sind als ich, muss ich nicht auf Augenhöhe sitzen. Th: D.h. sie schlagen dann zwei Fliegen mit einer Klappe: Sie bestimmen das Setting und können weiter in der Position der Unterlegenen bleiben, die sich mir unterwerfen muss? Das ist wahrscheinlich eine Situation die sie kennen?

Bei den Borderlinepatienten sind an der Deutungsarbeit folgende Bereiche wichtig:

- Der Patient soll unterstützt werden, seine Wahrnehmungsverzerrungen insbesondere im Bereich der interpersonellen Beziehungen zu erkennen und zu verstehen, zu welchen Problemen es dabei kommt.
- abgespaltene Selbstanteile sollen zunehmend bewusst gemacht werden und integriert werden können.
- Im Verlauf soll der Patient mehr Verantwortung für sich und sein Leben übernehmen können, ohne dass er immer wieder sein Gegenüber in die Verantwortung und häufig auch in eine destruktive „Täterrolle“ bringen muss.

Diese zweite Phase gleicht im technischen Vorgehen am ehesten einer herkömmlichen tiefenpsychologischen Behandlung.

Um ein Festhalten an regressiven Versorgungswünschen und die Abgabe der Verantwortung an uns Fachleute zu verhindern, ist es wichtig, der **dritten Phase** der Behandlung bewusst Raum einzuräumen: Dies ist die Trennungs- oder Abschiedsphase. Zu Beginn der Behandlung berichten viele Patienten darüber, dass sie keinerlei Probleme mit Abschieden oder Trennungen hätten - das hätten sie doch schon x-mal erlebt Im Verlauf der Therapie, je mehr sie Zugang zu ihren abgespaltenen Anteilen bekommen, bemerken die Patienten, wie schwer ihnen ein Abschied fällt und wie

bedrohlich diese Situation für sie sein kann. Das führt dazu, dass gerade jetzt die bereits bewältigt geglaubten selbstschädigenden Symptome wieder verstärkt auftreten. In Extremfällen führt die Angst vor der Trennung zu einem vorzeitigen Therapieabbruch, Patienten phantasieren die Behandler als versagende, sie im Stich lassende Verräter, die sie rausschmeißen und los werden wollen. Bevor dies eintreten könnte, verlassen sie lieber selbst, oft noch einmal unter gehörigem Aufsehen, die Station.

Diejenigen, die bleiben, bearbeiten das Abschiedsthema in den einzelnen Therapien, es gibt in den Abschiedsrituale und Raum und Zeit zu trauern oder erleichtert oder erfreut zu sein oder alles nebeneinander zu erleben.

Allerspätestens jetzt muss in den Vordergrund treten, wie der Patient nach dem Klinikaufenthalt leben kann und will, was tut er in Krisen und Zeiten der Einsamkeit oder emotionalen Instabilität? Und – eine sehr wichtige und schwierige Frage: wie sieht die ambulante Weiterbehandlung aus? Prognostisch sieht es schlecht aus, wenn die Patienten im Anschluss an die stationäre Therapie keinerlei ambulante Betreuung oder Behandlung haben. Unsere Institutsambulanz kann für einige Patienten eine Lösung sein, allerdings können wir nur sehr wenig Patienten weiterbehandeln. Die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz bei unseren Patienten beträgt in der Regel zwischen 6 und 12 Monaten, da ambulante Therapeuten immer noch davor zurückschrecken, Borderlinepatienten zu nehmen, woran aber auch manchmal deren schwieriges Beziehungsangebot „schuld“ ist.

So hat sich ein eigentlich schon recht stabiler, in der Affektkontrolle, Strukturiertheit und Zuverlässigkeit eigentlich weit vorangeschrittener Patient, der allerdings auch eine narzisstische Akzentuierung aufwies, per mail bei in Frage kommenden Therapeuten vorgestellt: “Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin schwerkranker Borderliner, Narzisst und vermutlich auch antisozial. Ich brauche einen Therapieplatz und erwarte ihren Rückruf am besten noch heute...”

Insgesamt ist diese Phase zumeist von intensiven Gefühlen geprägt. Gelingt der Abschied, so gibt es auch für Patienten, die nicht ambulant bei uns weiterbehandelt werden, das Angebot an unserer Ehemaligengruppe teilzunehmen oder uns auf der Station zu besuchen oder weiterhin telefonischen Kontakt zum Pflegepersonal zu halten. Dies ist oft eine Halt gebende Unterstützung gerade in der schwierigen Anfangszeit und wird kurz nach der Entlassung häufig in Anspruch genommen. Später dann werden die

Anrufe seltener und wir hören in größeren Abständen von den Patienten, was in der Regel ein gutes Zeichen ist.

So, nun heißt es, diesen Vortag abzuschließen. Ich sage Dank an meine Oberärztin Charlotte Ramb, die mir mit einigen wichtigen Anregungen geholfen hat und möchte auch meinem Chefarzt danken, der es uns ermöglicht, dass wir Zeit und äußeren sowie inneren Raum haben, um individuell gründlich mit den Patienten arbeiten zu können und neben der praktischen Arbeit auch ein theoretisches Nachdenken über einzelne Patienten und das übergreifende Konzept fordert und fördert.