



# **Klinik und Poliklinik** für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie

## Borderline



- Prävalenz ca. 2 % der Allgemeinbevölkerung.
- 18 % aller Ausgaben für Psychotherapie/Psychiatrie für Patienten/innen mit Borderlinestörungen (5,3 Milliarden DM) (Jerschke et al. 1998).
- 50-80 % brechen ambulante Psychotherapien vorzeitig ab.
- Häufige stationäre Aufenthalte (bis zu 25 % der stationär behandelten Patienten).
- Suizidrate bei 7–10 % (Frances 1986, Stone et al. 1993) trotz Psychotherapie.
- 70 % der Betroffenen zeigen selbstverletzendes Verhalten.

Im Jugendalter ist die Diagnose umstritten

- Diagnosekriterium der zeitlichen Stabilität ist nicht erfüllt.
- Identitätsstörungen und Impulsivität sind in der Adoleszenz häufig ausgeprägter.
- Schwierigkeiten der Jugendlichen werden eher auf deren häufig chronisch pathologische Familiensituation zurückgeführt .

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehung, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Autofahren, „Fressanfälle“).

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzendes Verhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung.
7. Chronisches Gefühl von Leere.
8. Unangemessen Starke und häufige Wutausbrüche.
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome.

## Die SET-Kommunikation

**S** = Support = Unterstützung

> Ich-Botschaft

„Ich mache mir wirklich Gedanken um Dich!“

**E** = Empathy = Mitgefühl

> Du-Botschaft

„Du musst Dich wirklich schrecklich fühlen!“

**T** = Truth = Wahrheit - Mann kann diese Jugendlichen nicht belügen

> Aussage, dass ein Problem besteht und vermitteln v. Eigenverantwortung

„Das ist geschehen....“

„So sehen die Folgen aus....“

„Was gedenkst du zu tun?“

- Borderlinepatienten versuchen das Beste aus ihrer gegenwärtig verheerenden Situation zu machen.
- Borderlinepatienten haben einen sehr hohen Leidensdruck und wollen sich verändern/verbessern.
- Das subjektive Erleben von Borderlinepatienten lässt ihnen scheinbar nur wenig Handlungsspielräume. Ihre Handlungen sind daher subjektiv sinnvoll.
- Borderlinepatienten haben ihre Probleme in der Regel nicht selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
- Borderlinepatienten müssen sich für Veränderungen stärker anstrengen, viel länger und „härter“ an sich arbeiten als andere Psychotherapiepatienten – auch für sehr kleine Fortschritte - dies ist ungerecht.

- Das Leben von suizidalen Borderlinepatienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, unerträglich.
- Borderlinepatienten müssen in fast allen relevanten Dimensionen neues Verhalten lernen.
- Patienten können in der DBT nicht versagen.
- Therapien von Borderlinepatienten sind für Therapeuten belastend- daher benötigen sie Unterstützung.
- Therapeuten sollten über Patienten immer wertschätzend sprechen, in der Supervision / Teambesprechung sollte die Atmosphäre derart gestaltet werden als sei der Patient anwesend.
- Jeder im Team macht Fehler. Ein guter und offener Umgang mit Fehler ist oft ein besserer Prädiktor für den Therapieerfolg als eine scheinbar perfekte Therapie.



<b>Emotionales Einlassen</b>	Emotionale Stabilität und Belastbarkeit, Motivation und Bereitschaft zur Supervision
<b>Klären, konfrontieren, begrenzen</b>	Strukturierung des Alltags, der individuellen Ziele und der Beziehung
<b>Formale Neutralität</b>	Auf kognitiver Ebene begegnen, akzeptieren der Stellvertreterfunktion
<b>Vertrauen erlebbar machen</b>	Was ich verspreche muss ich halten
<b>Flexibles Reagieren</b>	Situative Flexibilität, „aushandeln“ und situatives Nachgeben
<b>„deuten“ als Handlung</b>	Keine Verbalisierung vor dem Jgdl., sondern emotional reflektiertes Handeln
<b>Realitätsbezug</b>	Im Hier und Jetzt bleiben
<b>Förderung positiver Übertragungen</b>	Ohne verbale Interpretation, d.h. nur auf der Verhaltensebene widerspiegeln
<b>Entteufelung und Entidealisierung</b>	d.h. auch die aktuellen Bezugspersonen haben Stärken und Schwächen
<b>Umgang mit Fehlern</b>	Zugeben und reparieren

# Teufelskreis im Team

Mitarbeiter zieht sich zurück  
oder reagiert über.  
Auftreten der Symptomatik,  
Entwertung des Mitarbeiters

„Narzissmusfalle“  
Jugendlicher macht „besonderes“  
Beziehungsangebot

Mitarbeiter fühlt sich unwohl, überfordert,  
emotional stark involviert.  
Jugendliche/r „testet“ Beziehung aus,  
Reinszenierung von Abbrüchen

Jugendlicher fordert Beziehung  
immer stärker und intensiver ein.  
Hält aber Beziehungen kaum aus

👉 Optimalen mittleren „Abstand“ und professionelle Beziehung  
waren - auch wenn das Angebot verlockend ist.

Borderlinepatienten haben (als Folge der invalidierenden Umwelten) oft miteinander unvereinbare kognitive Schemata (vgl. Introjekte):

## Schema I

„Ich kann mein Leben  
nicht alleine bewältigen, daher  
muss ich jemand  
Starken an mich binden“  
(Hilflosigkeit)



## Schema II

„Ich kann anderen Menschen  
nicht vertrauen,  
andere Menschen missbrauchen  
und manipulieren mich.“  
(Angst)

- Beziehungshypersensibilität der Jgdl. führt zu Testverhalten wie Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Identifikation
- Verführungssituation („Noch nie hat mich jemand so gut verstanden“, „das habe ich noch nie jemandem erzählt“)
- Zulassen von Grenzüberschreitungen und nachfolgend rigorose Abgrenzung, Testung von Grenzen (Teufelskreis)
- Reinszenierung von Bindungsabbrüchen

- 1. Gefühlsregulation**
  - niedrige Reizschwelle -
  - verzögerte Rückbildung -
  - undifferenzierte Wahrnehmung unter Stress -
  - Blockade der Lösungsstrategien -
- 2. Selbstbild**
  - Unsicherheit bezüglich eigener Identität -
  - negative Einschätzung des Körperbildes -
- 3. Psychosoziale Integration**
  - Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz -
  - Verwechslung von Abwesenheit mit Verlassenheit -
  - Überlastung der Sozialkontakte -

- 4. **Kognitive Funktionsfähigkeit** -
- Dissoziative Symptomatik -
- Flashbacks -
- Depersonalisations- und Derealisationserleben -
- Magisches und paranoides Denken -
- 5. **Verhaltensebene** -
- Selbstverletzungen -
- Hochrisikoverhalten -
- Suchtverhalten -

# 4. Borderline-Verhalten

## Multimodale Betreuung

- Antizipation von Krisen (Kriseninterventionsvereinbarungen)
- Wichtige Entscheidungen werden im Team getroffen und Jugendliche müssen manchmal warten
- Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Schaffung einer äußeren Stabilität als Grundvoraussetzung für innere Stabilität
- Schaffung von risikomindernden Bedingungen
- „Halten“ als sichere Basis bedeutet Bindungsstabilität
- „Aushalten“ als personelle Voraussetzung
- Technische Neutralität zur Regelung von Distanz und Nähe, Wahrung eines „mittleren professionellen“ Abstandes
- Ressourcenorientierung

# 4. Borderline-Verhalten

## 10 Gebote

1. Eine Herangehensweise mit dem Vorsatz, dass **kein Kind wieder entlassen wird**, prägt das Fühlen und Handeln! Eine Krise ist ein Symptom und damit Anlass für konstruktive Veränderungen.
2. Bindungsentwicklung braucht eine **aushaltende** Grundüberzeugung und die persönlichen emotionalen Fähigkeiten, dies zu realisieren.
3. Bindungsentwicklung braucht eine **klare Struktur**, d.h. für alle Kinder gelten Regeln –nicht alle Regeln gelten für alle Kinder.
4. Diese klare Strukturierung **gilt auch für das betreuende Personal** – es sollen sich nicht alle Mitarbeiter gleich verhalten. Aber alle müssen darüber Bescheid wissen, was jeder macht und wie.
5. Strukturierende Aufgaben müssen für die, die sie betreffen, **realisierbar sein**. Jeder sollte das einbringen können, was er gerne tut.



# 4. Borderline-Verhalten

## 10 Gebote

6. Der **Widerstand** des Kindes ist in erster Linie mein eigener Widerstand. Finde ich den Zusammenhang, erkenne ich die Möglichkeiten eines Kindes und kann „positives“ Verhalten entwickeln helfen.
7. Starke (negative und positive) Gefühle der Kinder gegen mich gelten fast immer anderen, nicht mir. Ich bin nur der gerade anwesende Stellvertreter. Die Gefühle mit denen ich reagiere werden deshalb oft solche „**Stellvertreter-Gefühle**“ sein. Ich selbst bin dafür zuständig herauszufinden, ob es sich um meine oder um übertragene Gefühle handelt. Der Klärung dienen „Wie“ - Fragen, **nicht** „Warum“ - Fragen.
8. **Angst** hat unterschiedliche Gesichter, besonders wenn sie meine Angst potenziert. Sie kann phantasiert und/oder real existieren - immer ist sie aber ein Ruf nach Hilfe und damit eine Herausforderung.
9. Wir haben mit diesen Kindern nichts mehr zu verlieren, aber die **Chance** einiges zu gewinnen.
10. Grade deshalb tritt „im Zweifelsfall“ immer „**Gebot 1**“ in Kraft!!!

## Literatur:

Mason & Kreger (2003): „Schluss mit dem Eiertanz“. Psychiatrie Verlag.

Smith, Cox & Sharidjian (2000): „Selbstverletzung damit ich den inneren Schmerz nicht spüre.“ Kreuzverlag. Zürich.

Schäfer, Rüther, Sachse (2006). „Borderline-Störungen“. V&R. Göttingen.