

Christoph Ahrweiler

Pflege in der DBT

Care in DBT

Kaum eine Berufsgruppe geht aufgrund ihrer Ausbildung so unvorbereitet in ihr Arbeitsfeld wie Pflegekräfte, die in den Bereichen Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie mit Borderline-Patienten arbeiten. Gleichzeitig handelt es sich auch um die Berufsgruppe, die dort am allermeisten mit den Patienten zu tun hat und die neben traditionellen Tätigkeiten wie Pillenstellen und -ausgeben, Blutdruckmessen und Administration zahlreiche andere, eher „therapeutische“ Aufgaben übernimmt. So gab es in letzter Zeit intensive Bemühungen, die Pflegenden in der DBT zu unterstützen und sie darin zu fördern, ihre oftmals sehr belastende Arbeit zu verbessern und ihre vielfältigen Tätigkeiten adhärent auszuführen. Die folgende Übersichtsarbeit versucht – ohne Anspruch auf Vollständigkeit –, das Arbeitsfeld der Pflegenden in der DBT zu beschreiben und dabei auch die Schnittstellen zu den übrigen Berufsgruppen zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter

Profession – Beziehungsgestaltung – Strukturen – Vernetzung – Selbstfürsorge

Due to their limited training, hardly any other professional group enters their work area as unprepared as caregivers working in psychiatric, psychosomatic and psychotherapeutic settings with patients having a Borderline Personality Disorder (BPS). At the same time this professional group is constantly in direct contact with patients, having not only to perform "traditional caregiver tasks" (such as drug dispense, measuring blood pressure and administrative work) but also "therapeutic" tasks which they were not sufficiently trained for. Therefore, recent efforts were made to support and protect caregivers in their psychologically burdensome work using Dialectical Behavior Therapy (DBT). This paper tries to give an overview – without any claim to completeness – of these efforts and in general of the work area of caregivers in the DBT, also considering interfaces with other professional groups.

Keywords

profession – design of relationship – structures – network – self-care

Einleitung

Der Einfachheit halber wird im Text jeweils die männliche Form für den Patienten verwendet und die weibliche für die Pflegekraft; dadurch möge sich jedoch niemand ausgeschlossen fühlen ...

Während es für ärztliche und psychologische Therapeuten schon seit etlichen Jahren klare Vor- und Aufgaben im Rahmen der stationären DBT gibt, war die eigentlich zahlenmäßig größere Gruppe der Pflegenden zumeist sich selbst überlassen. Auch wenn die DBT von jeher dieser Berufsgruppe einen hohen Stellenwert zumisst, fällt es auch heute noch vielen Pflegenden schwer, ihre „Profession“ zu finden, was nicht selten dazu führt, dass der Einzelne – mehr oder weniger ins Gesamtteam integriert – irgendwie „sein Ding macht“. Unstrittig ist die „Pflege“ die therapeutische Gruppe auf einer Station, die am meisten im direkten Patientenkontakt steht, die meisten Kriseninterventionen durchführt, die meiste Präsenz zeigt. Und gleichzeitig ist es die Gruppe, die am unsichersten ist, wo ihr Platz im Team ist, wie relevant ihre Beobachtungen und Beiträge sind, aber auch, wie sie gut für sich selbst sorgen kann. Oft befindet sich die Pflege in einem Spannungsfeld zwischen Patienten und Therapeuten: haben sie doch zumeist das Amt des „Hüters der Regeln“ inne und müssen sich zur Durchsetzung von Konsequenzen gegen in ihren Augen gutmütige und überfürsorgliche Therapeuten „wehren“.

So hat sich bei manchem Pflegenden über die Jahre ein nicht unerhebliches Frustrationspotenzial entwickelt, die hohe Fluktuation auf Stationen, auf denen vornehmlich BPS-Patienten behandelt werden, spricht Bände.

Und doch gibt es auch andere Signale: Eine Studie von Frank-Thomas Stapf-Teichmann zeigte beispielsweise einen signifikanten Anstieg der Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal nach der Einführung eines DBT-Konzeptes im stationären Setting.

Birgt also vielleicht gerade die DBT Chancen für Pflegenden, endlich einen Platz im multiprofessionellen Team zu finden? Wie aber müssen dann die Pflegenden geschult werden, welche Unterstützung benötigen sie?

Bereits in diesem Jahr wird in Mannheim erstmals ein neues Ausbildungscurriculum, speziell auf Pflegenden ausgerichtet, starten. Es beginnt wie gehabt mit den Modulen Basis I + II und Skills I + II der Standard DBT-Ausbildung für alle Fachgruppen (siehe auch unter www.dachverband-dbt.de) und findet anschließend die Fortsetzung in den Modulen Co-Therapeut I + II. In Letzteren werden von Pflegetrainern spezifische Pflege-Tools vermittelt, auf die ich im Weiteren hier eingehen möchte.

Von der Bezugspflege zur Beziehungspflege

Gerade Beziehungsgestaltung ist ein wichtiger Punkt, der in diesen Modulen besprochen wird. Hierbei geht es um die Beziehungsgestaltung zu den Patienten wie auch zu den Kollegen des Teams (Grawe, 2004). Dabei entstehen einige Fragen: Wie kann gleich zu Beginn der Behandlung der Grundstein für eine tragfähige Beziehung zum Patienten gelegt werden? Gibt es einen „Standard“, mit dem ich sowohl auf den eher aggressiven wie auch auf den eher ängstlich vermeidenden Borderliner zugehen kann? Muss ich überhaupt auf den Patienten zugehen, oder sollte dieser nicht mit Motivation und Auftrag „auf der Matte“ stehen? Doch wer schon mit Borderline-Patienten gearbeitet hat, weiß, es gibt kaum ein uneinheitlicheres Bild von Persönlichkeitsstrukturen als bei dieser Patientengruppe. Den „Bordi“ gibt es eben nicht! Das ist herausfordernd und verwirrend zugleich. Diese Verwirrung entsteht größtenteils dadurch, dass jeder Borderliner noch eine Reihe anderer problematischer Persönlichkeitsanteile aufweist. Dazu kommt meist eine Reihe

inkompatibler Schemata und inkonsistente Bedürfnisbefriedigung (Sachse, 2004, 2010). Fast alle „Bordis“ haben neben der Persönlichkeitsstörung auch eine Beziehungs- bzw. Bindungsstörung. Das bedeutet: Fast alle Borderliner haben auch außerhalb der Klinik massive Beziehungsprobleme. Und spätestens, wenn sie zu uns auf die Station kommen, auch innerhalb ...

Im optimalen Fall führen Einzeltherapeut und Bezugspflegkraft gemeinsam das Aufnahmegespräch durch und erstellen anschließend plananalytisch – unter Berücksichtigung von Annäherungs- und Vermeidungszielen – ein bedürfnis- bzw. motivationsorientiertes Konzept für die Beziehungsgestaltung innerhalb der Therapie (Sachse, 2006). Doch das ist leichter gesagt als getan. Fordert ein Patient beispielsweise gerade noch vehement Unterstützung auf der Skillsebene ein, fühlt er sich im nächsten Moment vielleicht bevormundet oder nicht für voll genommen und lehnt jegliche Hilfe radikal ab: „Die Skills, die Sie mir empfehlen, bringen bei mir nichts!“ Was in den meisten Fällen Ärger und eine Distanzierung vom Patienten zur Folge haben dürfte. Eine ungünstige Reaktion, wenn der Patient gleichzeitig ein hohes Bindungsbedürfnis hat und auf jeden Fall Beziehungskonflikte vermeiden möchte. Dann wird er eventuell selbstschädigendes Verhalten einsetzen, um sich wieder mehr Unterstützung zu sichern. Reagiert die Pflegekraft nun wiederum verärgert („Ich habe ihm zig Skills angeboten, aber er hat sie mir alle aus der Hand geschlagen“) und verhält sich in der nächsten Sitzung dementsprechend kühl und gekränkt, hat die Beziehung schon einen erheblichen Schaden erlitten. Im schlimmsten Fall wird alles noch schlimmer, oder aber der Pflegekraft gelingt es hier, die Beziehung zu reparieren, indem sie sich komplementär und balancierend zu den Motiven des Patienten verhält („Mir ist aufgefallen, dass es Ihnen ganz wichtig ist, dass ich [oder der Einzeltherapeut oder Kollege XY] für Sie da bin, wenn es Ihnen schlecht geht; und es war wohl ganz schlimm für Sie, dass bei Ihnen ankam, ich stülpe Ihnen das mit den Skills so über und schicke Sie dann damit so weg ..., und es wurde dann wohl noch schlimmer für Sie, als Sie gemerkt haben, dass ich mich über Sie ärgere, weil Sie meine Ratschläge nicht befolgt haben“). Höchstwahrscheinlich fühlt sich der Patient hierdurch validiert und lässt sich wieder auf die Beziehung ein. Jetzt sollte sofort mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet werden, wie sich derartige Fehler in Zukunft vermeiden lassen (Sachse, 2012).

Welche „allgemeinen“ Regeln lassen sich aus dem Kontext der DBT formulieren?

Der Patient ist ein mündiges Gegenüber (Bohus, 2000), d. h., er darf selber Entscheidungen über sich und seine Therapie treffen; er verhält sich in der Regel so, wie er es in der jeweiligen Situation für am sinnvollsten hält; er hat eine eigene Sicht auf das Leben, die sich nicht mit meiner decken und die er auch nicht verändern muss, solange er dies nicht möchte; er hat eigene Grenzen, sowohl psychische wie physische, die zu respektieren sind (eine Verabschiedung per Händedruck mag für den einen Patienten ein Zeichen der Verbundenheit sein, für den anderen ist es eine Zumutung); sie sind in erster Linie Menschen, die wegen ihrer Probleme zu uns kommen, und nicht Problembündel, die auch noch irgendwas Menschliches haben (Bohus, 2002; Bohus & Reicherzer, 2012).

Die Bezugspflegkraft ist verantwortlich für die Nähe-Distanz-Regulation in der therapeutischen Beziehung, nicht der Patient. Dabei ist es sehr nutzbringend, wenn die Pflegenden über ihre eigenen Schemata und Bedürfnisse Bescheid weiß; dann weiß sie nämlich auch,

auf welche Signale der Patienten sie besonders reagiert und auf welche weniger; was Ärger, Betroffenheit, Enttäuschung, Schuldgefühle, aber auch Freude oder gar Verliebtheit bei ihr auslöst (Caspar, 1996). Und sie kennt ihre daraus resultierenden Handlungsimpulse wie Rückzug, Jammern, Überfürsorglichkeit, Rechtfertigung, Vermeidung etc. (also ab und an mal ein Gefühlsprotokoll oder „Vorsicht Falle“ ausfüllen, schadet keinem ...). Unwillentlich können sonst dysfunktionale Verhaltensweisen der Patienten verstärkt werden. Doch ganz wichtig: Jeder sollte damit rechnen, dass er Fehler macht! Diese sind immer eine Chance, etwas über sich (!) und den Patienten zu lernen, Dinge, die schiefgelaufen sind, zu benennen und Beziehungen zu reparieren. Gleichzeitig ist dies ein prima Modell für etwas, was viele Patienten noch nicht können. Auch hier hilft ein nicht wertender Umgang mit sich und den Patienten. Überhaupt ist es von Vorteil, wenn sich die Pflegekraft mit Wertungen, Interpretationen und Deutungen zurückhält; sie kann dem Patienten verschiedene Sichtweisen und Schlussfolgerungen anbieten, jedoch niemals mit der Festlegung, dass dies absolute Wahrheiten sind. Auch macht es Sinn, den Patienten bei störenden Verhaltensweisen nach seinen Motiven zu befragen. Zum Beispiel vonseiten des Therapeuten im Sinne eines „disciplined self disclosure“ (McCullough, 2006; McCullough, Schweiger, Sipos & Demmert, 2012): „Darf ich Ihnen mal eine Rückmeldung dazu geben, was Ihr Verhalten (z. B. wiederholtes Zuspätkommen oder Versäumen von Terminen) bei mir auslöst? Ich fühle mich dadurch verärgert (nicht wertendes Benennen des Gefühls); liegt das in Ihrer Absicht (Frage nach der Intention des Verhaltens des Patienten)?“ Höchstwahrscheinlich wird der Patient nicht antworten: „Stimmt, ich wollte Sie mal so richtig sauer machen!“ Es sei denn, er hat einen überfreundlichen, dauerlächelnden und konfliktvermeidenden Therapeuten, dann könnte der Patient auf diese Weise testen, ob der Therapeut auch dann noch zugewandt bleibt, wenn er mal Mist baut (und der Therapeut merkt spätestens jetzt, ob seine Haltung eine authentische war oder eher hohe Schauspielkunst ...).

Die Bezugspflegekraft arbeitet mit dem Patienten ressourcenorientiert und problemorientiert, also weder das eine noch das andere ausschließlich. Nicht jede Verhaltensweise des Patienten ist pathologisch, kann aber als pathologisch interpretiert werden (z. B. der Patient, der sich häufig an das Pflegepersonal wendet, offenbart damit seine hohe Bedürftigkeit und muss nicht zuletzt aus logistischen Gründen begrenzt werden; der Patient, der sich nie blicken lässt, ist auffällig unauffällig. Möglicherweise vermeidet er dadurch Nähe aus Angst, eine neuerliche Verletzung durch die Bezugsperson erfahren zu müssen. Hier können fixe Meldetermine vereinbart werden, um eine tragfähige Beziehung zu initiieren. Wird ihr Verhalten dementsprechend „pathologisch“ ausgelegt, entwickeln Patienten mit der Zeit den Eindruck, es – egal wie – niemandem recht machen zu können (das unterstützt sie womöglich in ihrer Grundannahme, „Ich bin nicht gut genug, ich reiche nie aus“); sie können dann zunehmend in einem Strudel von Problemen versinken und werden sich infolgedessen höchstwahrscheinlich stark abwerten. Beschäftigt sich die Bezugspflegekraft also mit den problematischen Aspekten des Patienten, geht es immer darum, dessen Problemlösekompetenz zu unterstützen, und nicht darum, ihm aufzuzeigen, dass seine Person und sein Leben hochgradig „verkorkt“ sind (das weiß der Patient übrigens meistens schon selber). Nicht wenige Patienten haben erhebliche Defizite im Selbstwerterleben, manche sogar ausgeprägt narzisstische Züge, so dass die Folge von zu häufigem „Problematisieren“ eine starke Reaktanz und eine Gefährdung der therapeutischen Beziehung sein kann. Auch hier hilft es wieder, die dialektische Wippe im Blick zu behalten ..., also die Balance zwischen dem Annehmen von Leid und dem Drängen auf Veränderung.

Wie kann eine Pflegekraft neben der Beziehungspflege auch noch die Inhalte der DBT vermitteln?

Die kommunikative Ebene zwischen Patient und Pflegekraft ist nicht selten „natürlicher“ als die zwischen Patient und Einzeltherapeut. Dies birgt viele Chancen: Patienten vertrauen sich der Pflege an, zeigen ihr „alltägliches“ Verhalten, fühlen sich durch eine positive Hintergrundbeziehung motiviert, anstehende Experimente in Angriff zu nehmen. Auf der anderen Seite können sich hier besonders dysfunktionale Beziehungsmuster manifestieren, die die Beziehung gefährden oder die Vermittlung therapeutischer Inhalte behindern. Hier bedarf es in jedem Fall einer soliden Struktur, nach der die Bezugspflegegespräche aufgebaut sind; steht im ersten Gespräch (nach dem Aufnahmegespräch) das gegenseitige Kennenlernen und das Vermitteln des Bezugspflegekonzepts noch im Vordergrund, gilt es in den ersten drei Wochen, in denen sich der Patient in der Stufe I befindet, folgende Inhalte zu vermitteln (Bohus, 2002):

Der Patient erstellt zunächst täglich Spannungskurven, die ihm Informationen über den Spannungsverlauf, typische Auslöser, **Frühwarnzeichen** und bereits vorhandene Bewältigungsstrategien liefern. Die Bezugspflegekraft bespricht diese mit dem Patienten, ergänzt und hinterfragt, vermittelt Skills insbesondere zur Stressregulation im Hochspannungsbereich. Sie ermutigt den Patienten, achtsam seine Frühwarnzeichen zu registrieren, diese ernst zu nehmen und so rasch wie möglich die bereits bekannten Stresstoleranzskills einzusetzen. Die Bezugspflegekraft erstellt gemeinsam mit dem Patienten eine **Skillskette** für den Einsatz unter Hochspannung und achtet darauf, dass der Patient weitere Skills einsetzt, nachdem er den Hochstressbereich verlassen hat (ebenso darauf, dass er Stresstoleranzskills nicht in Bereichen unter „70“ einsetzt). Die Pflegenden leitet den Patienten an, einen **Notfallkoffer** mit den vier effektivsten Skills für Krisen zusammenzustellen. Dieser wird von ihr in regelmäßigen Abständen überprüft, mit dem Patienten ggf. „ausgemistet“ und neu bestückt. Unter Umständen benötigt der Patient Anleitung beim Ausfüllen einer Verhaltensanalyse (Bohus, 1996); dies kann auch die Verhaltensanalyse (VA) für die Teamvorstellung sein, falls der Patient bis dahin keine VA zum letzten Suizidversuch, zum letzten Therapieabbruch oder zu in der Therapie aufgetretenem problem- oder therapiestörendem Verhalten angefertigt haben sollte (hier sei dann allerdings die Frage erlaubt, warum der Patient glaubt, an seinen Problemen nicht auch ambulant arbeiten zu können). Taucht innerhalb der Therapie jenes Problemverhalten auf oder solches, das die Therapie des Patienten stört oder gar unmöglich macht, bespricht die Bezugspflegekraft diese mit dem Patienten, nachdem der Patient in einer zweistündigen Auszeit eine VA dazu angefertigt hat. Die Pflegekraft achtet dabei in erster Linie auf Plausibilität und Vollständigkeit der Verhaltensanalyse. In einem zweiten Schritt kann eine Lösungsanalyse vorgenommen werden. Hier diskutieren Patient und Pflegekraft alternatives Verhalten und erarbeiten dafür notwendige Skills, die ein Auftreten des problematischen Verhaltens unwahrscheinlicher machen. Es kann ein Kontingenzplan erstellt werden, der die Motivation des Patienten erhöht, auf die neuen Bewältigungsstrategien zurückzugreifen. Bewährt hat es sich, nach Ablauf der ersten drei Wochen vom Patienten für die DBT- Therapie relevantes Wissen abzufragen, am besten mit Hilfe eines Fragebogens oder den Items, die auf der Skills-CD abgefragt werden. Dieser Bogen wird natürlich nicht zensiert oder anderweitig bewertet, jedoch mit dem Patienten sorgfältig besprochen, Wissenslücken aufgefüllt und Unkorrektheiten korrigiert.

Die meisten Patienten begrüßen es, wenn ihre ihnen schon etwas vertraute Bezugspfle-

gekräft auch an Gesprächen mit Angehörigen, wie dem Partner oder den Eltern, beteiligt ist. Hier geht es nicht darum, sich mit dem Patienten solidarisch gegen andere zu stellen, sondern wichtige Informationen für die Therapie zu erhalten und andere Sichtweisen auf den Patienten kennen zu lernen.

Was sind weitere Aufgaben der Pflegenden im Laufe der Therapie?

Ein weiterer Aufgabenbereich der Pflege ist die tägliche Besprechung von Tageszielen in der sogenannten **Morgen- und Abendrunde**. Die Patienten werden angeleitet, sich realistische, überprüfbare, herausfordernde, zeitlich eingegrenzte Ziele für den jeweiligen Tag zu überlegen, die sich auf die festgelegten Wochenziele beziehen und in den Übungszeiten umgesetzt werden können. In der Abendrunde überprüft der Patient das Erreichen seiner Ziele, und kann bei Nicht-Erreichen um Unterstützung bitten. Die Patienten berichten einander, wie es ihnen gelungen ist, ihre Ziele zu erreichen, welche Skills sie dabei eingesetzt haben, was es für sie bedeutet, diese Ziele erreicht zu haben. Derjenige Patient, dem es nicht gelungen ist, seine Ziele vollständig zu erreichen, erhält wohlwollende Unterstützung und Ideen, wie er sein Ziel verwirklichen kann. Des Weiteren wird mit ihm danach gefahndet, was er an diesem Tag geschafft hat. Dies stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar, da viele Bordis große Probleme mit Scham haben und sich schnell vorgeführt und bloßgestellt fühlen. Dann erleben sie solche Gespräche nicht als Unterstützung, sondern als Tortur (was sie dazu verleiten könnte, nicht mehr offen und ehrlich über ihre Therapieziele zu reflektieren). So ist hier eine Menge dialektisches Geschick vonnöten, um die Balance zwischen sturem Abhaken der Tagesziele und ausschweifenden Diskussionen über mögliche Lösungen zu halten.

Vor- und Nachbereitung von Wochenenden und Belastungserprobungen

Viele Borderliner haben große Schwierigkeiten mit der Gestaltung ihrer Zeit; sie tendieren dazu, entweder viel zu viel hineinzupacken oder gar nicht zu wissen, was sie mit sich anfangen sollen. Insbesondere die Wochenenden können dann überhäuft sein mit Kontakten zu eher „problematischen“ Angehörigen oder Partnern; oder aber, es drohen zwei Tage tödliche Langeweile. Die Aufgabe der Pflegekraft liegt zunächst darin, das nahende Wochenende zu thematisieren, die geplanten Aktivitäten zu erfassen oder zu planen und mit dem Patienten deren Umsetzbarkeit und Verträglichkeit zu diskutieren. Sie erarbeitet mit dem Patienten eine Struktur und erstellt Pläne (möglichst mindestens einen Alternativplan zum eigentlich vorrangig geplanten), die Übungsmöglichkeiten für den Patienten beinhalten, aber auch Pausen- und Ruhephasen. Sie überprüft, ob der Patient am Wochenende eine Rückmeldemöglichkeit zur Station benötigt, und versichert sich, dass der Patient über die korrekte Telefonnummer der Station verfügt und darüber informiert ist, wen er in dieser Zeit erreichen kann. Um hier unerfüllbaren Wünschen und Vorstellungen aufseiten der Patienten vorzubeugen, gelten hier die allgemeinen Regeln für Telefoncoaching der DBT. Im Fokus stehen eine kurze Besprechung der Situation und die Vermittlung von Skills bzw. die Motivation dazu, diese auch anzuwenden. Bleibt der Patient am Wochenende auf der Station, kann es erforderlich sein, gezielt Aktivitäten, Verabredungen, Besuche usw. einzuplanen; ebenso können kurze Kontaktaufnahmen mit dem Pflegepersonal, das am Wochenende Dienst hat, sinnvoll sein, um beispielsweise die Tagebuchkarte vorzuzeigen.

Bei Patienten, die über weniger Möglichkeiten der Strukturierung verfügen (z. B. solche mit komorbider ADHS), unterstützt die Pflegekraft diese beim Erstellen von Tages- bzw. Wochenstrukturplänen. Darüber hinaus versorgt die Pflegenden ihren Patienten mit allen relevanten Arbeitsmaterialien für die Therapie, wie beispielsweise Skillsmanual und Skills- CD (Bohus & Wolf, 2009). Ist weitere fachspezifische Literatur vorhanden, macht die Pflegenden auf ergänzende und hilfreiche Titel aufmerksam und überlässt dem Patienten leihweise während des stationären Aufenthalts von diesem ausgewählte Bücher, Zeitschriften o. Ä. (siehe Literaturliste im Anhang).

In der darauffolgenden Stufe II konzentrieren sich Bezugspflegekraft und Einzeltherapeut *gemeinsam* auf die vom Patienten in der Teamvorstellung festgelegten Therapieziele. Diese werden von Einzeltherapeut und Patient in Wochen- und Tagesziele umformuliert. An diesen Wochenzielen orientiert sich die Pflegenden, indem sie überprüft, ob der Patient die Ziele verstanden und welche Schritte er bereits zu ihrer Realisierung unternommen hat. Sie ermittelt gemeinsam mit dem Patienten, welche Skills dieser benötigt, und sorgt dafür, dass diese Skills – im optimalen Fall bereits vom Skillstrainer erklärt und zur Übung aufgeschrieben – in die Praxis umgesetzt werden. Wichtige Fragen sind dabei: Welche Skills haben Sie in dieser Woche gelernt, und haben Sie verstanden, wann und wie Sie diese einsetzen können? Was hat geklappt, was war schwierig? Welche Skills können Sie in der Trainingszeit weiter üben? Auch gehört eine Unterstützung des Patienten bei den diversen Selbstmonitoringbögen dazu: Ess- und Cravingprotokolle und Gefühlswochenprotokolle beispielsweise. Manche Patienten haben große Schwierigkeiten, in diesen Protokollen über ihre Gefühle und Gedanken zu schreiben; oder sie verstehen den Sinn des Ganzen nicht; oder geben nach wenigen Tagen entmutigt auf, weil es so mühselig ist, sich ständig zu beobachten und etwas aufzuschreiben; oder sie schämen sich, weil das, was sie aufschreiben, „falsch“ sein könnte. Ungünstig ist auch, wenn solche Protokolle aufgegeben werden, später aber niemand diese Bögen mit den Patienten bespricht, weil sich Einzeltherapeut und Bezugspflege darauf verlassen, dass es der jeweils andere tun wird. Hier sind klare Absprachen zwischen den Therapeuten unabdingbar.

Die Bezugspflegekraft vereinbart mit dem Patienten pro Woche zwei etwa halbstündige Gesprächstermine. Diese Zeit sollte nur in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden, auch nicht, wenn der Patient gut mitarbeitet, und erst recht nicht, wenn der Patient in und um die Sitzungen herum Krisen generiert, um durch diese mehr Zuwendung und Zeit zu erhalten. Viele Bordis haben genau das gelernt: zeige, dass es dir schlecht geht, gib dich hilflos, dann bekommst du Zuwendung, Unterstützung und eine Verlängerung der Therapie. Dieses problematische Verhalten muss in der Einzel- oder Bezugstherapie mit dem Patienten exploriert werden, damit dieser nachvollziehen kann, warum sich DBT-Therapeuten an dieser Stelle anders verhalten als die bisherigen Bezugspersonen des Patienten. Geschieht dies nicht und wird der Patient „weggeschickt“ – da die bereits genervte Pflegekraft „aufmerksamkeitsheischendes Verhalten“ wittert –, wird dieser höchstwahrscheinlich wenig später mit einer Selbstverletzung und/oder sehr drängenden Suizidgedanken aufkreuzen. Weggeschicktwerden steht bei vielen Borderlinern ganz oben auf der Vermeidungszielliste, d. h., dieses Verhalten seitens des Pflegepersonals löst heftige negative Gefühle aus und den Drang, sich Bindung und Zuwendung zu sichern, was durch oben genanntes Verhalten erreicht wird; immerhin bekommt man einen Verband, oder der Pflegenden sieht sich gezwungen, den Grad der Suizidalität des Patienten abzuprüfen. Auch

aus folgendem Grund ist es ungünstig, Zuwendung grob unterschiedlich an die Patienten zu verteilen. Fast alle Bordis haben ein hohes Gespür für Ungerechtigkeit und reagieren sehr empfindlich auf unterschiedliche Behandlung, bzw. wenn der Eindruck entstehen könnte, es wird mit zweierlei Maß gemessen. Absolut gerecht wird es hingegen auch nicht zugehen können, von daher ist es wichtig, das eigene Vorgehen immer wieder transparent und nachvollziehbar zu begründen. Viele Pflegekräfte haben Angst vor einer zu engen Bindung an den Patienten (viele Patienten andersherum übrigens auch ...) und vermeiden es daher, sich zu sehr auf ihr Gegenüber einzulassen. Sie befürchten (genau wie die Patienten), dass zu viel Nähe verletzlich macht, dass sie zunächst idealisiert und dann abgewertet werden könnten, dass eine zu große Abhängigkeit entsteht. Also bleiben sie (wie die Patienten) in zurückhaltender Distanz, hüllen sich in Neutralität und über-kontrollieren ihre Gefühle. Das kommt einigen Patienten entgegen, die es auch gerne vermeiden, sich auf eine Beziehung einzulassen. Natürlich kann man auch auf der anderen Seite vom Pferd fallen, insbesondere bei Patienten, die ohnehin stark abhängige Tendenzen aufweisen; dann fühlt sich der Therapeut gut dabei, so sehr vom Patienten gebraucht zu werden. Auch hier gilt: Es gibt nicht die perfekte Beziehungsgestaltung, und Patienten fordern uns immer wieder heraus, einen neuen Standpunkt auf der dialektischen Nähe-Distanz-Wippe zu finden. Wertschätzend kritische Kollegen, das Wissen um die eigenen Schemata (s.o.) und eine gute Supervision bieten eine hilfreiche Unterstützung (Mayer-Bruns, Böhme & Frank, 2003). Da Bezugspflege gleichwertig mit Einzeltherapie ist, gilt auch das Fernbleiben des Patienten vom Bezugspflegegespräch als therapiestörendes Verhalten. Die Belastung, die für viele Patienten durch einen Therapeutenwechsel entsteht, sollte hierbei nicht unterschätzt werden. So ist es für manche Patienten wichtig, dass ihnen ihr Therapeut versichert, dass er zurückkommen wird und dass er (nach seinem Urlaub) gerne wieder weiter mit dem Patienten arbeiten mag.

Vernetzung der Pflege im Team

Bezugspflegetherapeut (BT) und Einzeltherapeut (ET) bilden gemeinsam eine möglichst stabile Einheit, die den Patienten während der Therapie durch alle Situationen begleitet und unterstützt. Dies bedeutet, wie schon erwähnt, dass regelmäßige Absprachen und Übergaben erforderlich sind, Aufgabenschwerpunkte verteilt werden und der Informationsfluss gewährleistet ist. In Teamsituationen stehen Bezugs- und Einzeltherapeut immer an der Seite ihres Patienten. Das bedeutet beispielsweise bei der Teamvorstellung des Patienten nach drei Wochen, dass BT und ET den Patienten unterstützen und validieren und sich mit kritischen Fragen zurückhalten (die sollten sie im Vorfeld in den Therapie-sitzungen gestellt haben). Hier können die anderen Teammitglieder Verständnisfragen stellen oder Bedenken/ Sorgen/ Kritik äußern. Trifft das Team Entscheidungen, z. B. dass der Patient zu einem Vorfall eine Verhaltensanalyse anfertigen soll und der Patient aversiv reagiert, tragen BT und ET selbstverständlich die Entscheidung des Teams mit, stellen sich aber trotzdem auf die Seite des Patienten:

„Tja, das Team hat vorhin also entschieden, dass Sie zu dem gestrigen Vorfall (z. B. Türen schlagen) eine VA schreiben müssen. Das ist bestimmt ganz schön blöd für Sie, vor allem weil es ja jetzt wirklich x Wochen geklappt hat, dass Sie Ihre Wut auch anders ausdrücken konnten. Wie kann ich Sie denn jetzt dabei unterstützen, dass Sie trotzdem so eine VA hinbekommen, obwohl Sie so

sauer auf uns/mich sind? Und ehrlich ... mich würde das ja auch mal interessieren, was da gestern eigentlich los war ... , und vielleicht haben wir ja bisher was ganz Wichtiges in der Therapie übersehen, dass das überhaupt passieren konnte?! Ich glaube, das Ganze ist jetzt für Sie wie ein herber Rückschlag und das mit der VA fast so was wie eine Strafe dafür, dass Sie versagt haben, oder?“

Natürlich sind auch Fragen wichtig wie: „Wie kam es eigentlich, dass Sie in dieser Situation Ihre Skills nicht eingesetzt haben? Was brauchen Sie in einer vergleichbaren Situation in Zukunft, damit es mit dem Einsatz der Skills klappt?“ Aber auch: „Jetzt hatten wir uns für heute ja ein total interessantes Thema rausgesucht, und ich würde viel lieber mit Ihnen daran arbeiten ..., von daher finde ich es auch echt doof, dass wir uns jetzt mit ihrer VA befassen müssen!“

Wichtige Schnittstellen zwischen Pflegepersonal und dem übrigen Team sind natürlich die Übergaben, insbesondere die morgendliche Übergabe, an der alle Teammitglieder teilnehmen. In der Regel berichtet eine Pflegekraft von den Ereignissen des Vortages (Spätschicht), der Nacht und den brandaktuellen vom Morgen. Dabei hat es sich bewährt, die Patienten chronologisch durchzugehen und zu jedem Patienten ein paar Sätze zu sagen. Ungünstig ist es, wenn nur die „Problemfälle“ genannt werden oder zwanzig Minuten darüber diskutiert wird, dass ein Patient wiederholt fünf Minuten zu spät vom Ausgang zurückgekehrt ist. Wird hier die Dialektik missachtet – auf der einen Seite: Was läuft bei wem gerade gut in der Therapie, wo gibt es Fortschritte?, auf der anderen Seite: Was klappt bei wem noch nicht, wer braucht wo Unterstützung (aber auch: wen haben wir noch nicht verstanden!)? – wird ein Team langsam, aber sicher im Frust versumpfen, sich mit negativen „Schlagzeilen“ die Arbeit madig machen und sich in den Burn-out manövrieren. Auch im Hinblick darauf, dass angepasste/unauffällige Patienten schnell untergehen (und dann irgendwann etwas tun müssen, um wieder gesehen zu werden) und problematische Patienten doch wieder mehr Aufmerksamkeit als die oben genannten bekommen, macht das vorgeschlagene Procedere Sinn. Pflegekräfte stehen meist an „vorderster Front“, sie haben den meisten Kontakt mit den Patienten, können sich kaum mal zurückziehen und sind daher oft auch am meisten belastet; bleibt dies unbeachtet, machen sich rasch Frust, Ärger, Abwertung und „bad vibrations“ breit. Doch dazu später mehr unter dem Aspekt „Selbstfürsorge“ (Kottler, 2011). In der Teamkonferenz kommt der Pflege eine zentrale Rolle zu; da es trotzdem manchmal vorkommt, dass ausgerechnet diese Berufsgruppe am wenigsten Gehör findet, hat sich folgende Regelung bewährt: Ein Teammitglied trägt die Wochenziele des jeweiligen Patienten vor, danach schildert die Pflege (zunächst BT, dann der Rest des Pflegeteams) ihre Beobachtungen, dann der Einzeltherapeut, Skillstrainer, Ergotherapeut, Körpertherapeut usw. Hier achtet der Hüter der Dialektik darauf, dass sich Problembereiche und Fortschritte des Patienten die Waage halten, dass den Patienten bewertende Kommentare untersagt werden, und motiviert das Team samt BT und ET, nach Möglichkeiten zu suchen, den Patienten besser zu verstehen bzw. effektiver an seiner Problemlösung zu arbeiten. Der Hüter der Zeit achtet darauf, dass jeder Patient die gleiche, vorher festgelegte Zeit bekommt. Auch hier macht die festgelegte Reihenfolge Sinn, ansonsten kommen immer die eher Zurückhaltenden im Team (ganz wie bei den Patienten ...) nicht zu Wort.

Natürlich sind die Teammitglieder nicht immer einhelliger Meinung; die DBT geht sogar explizit davon aus, dass dies so ist, dass dies völlig *normal* ist und keine Spaltung des Teams darstellt. Teambeschlüsse werden wohl nur im Einzelfall vollkommen einstimmig beschlossen, trotzdem werden Teamsentscheidungen von allen Teammitgliedern mitgetragen. Und auch Teams machen Fehler und können diese sogar wieder korrigieren ... insgesamt gilt der Grundsatz: *Do DBT to the team!* Das bedeutet, wir gehen miteinander

nicht anders um, als mit den Patienten, wir unterstützen, validieren uns, wir helfen uns aber auch gegenseitig weiter, wenn die Behandlung stockt oder sich verläuft. Das Team versucht die individuellen Eigenheiten des Einzelnen wohlwollend zu berücksichtigen und gleichzeitig die Ziele der Therapie nicht aus dem Blick zu verlieren.

Umgang mit den Stationsregeln

Der Umgang mit Stationsregeln stellt viele Teams vor eine große Herausforderung. Es wird immer Mitarbeiter geben, die Regeln sehr genau und streng auslegen, und auch solche, die auch mal „fünf gerade sein“ lassen können. Wenn nicht eine dieser Gruppen darauf beharrt, dass nur so und nicht anders verfahren werden kann, stellt dies eigentlich eine ideale Ausgangsbasis für eine konstruktive dialektische Zusammenarbeit im Team dar. Bewährt hat sich hier der Einsatz von sogenannten Entscheidungsbäumen (Leihener, 2009), die einerseits verbindliche Konsequenzen zu problematischen Verhaltensweisen vorgeben, andererseits aber auch Spielraum für individuelle Teamentscheidungen lassen. Die Kunst besteht darin, zwischen einer wohlwollend annehmenden Haltung auf der einen Seite und dem Pol der Veränderung auf der anderen zu balancieren. Klare Leitlinien zu den Konsequenzen auf dysfunktionales Verhalten vermitteln dem Team, aber auch dem Patienten Sicherheit und stabilisieren das therapeutische Setting. Doch die Ausnahmen bestätigen auch bei Borderline- Patienten die Regel. Entscheidend ist auch, in welchem Kontext ein dysfunktionales Verhalten auftritt, wie häufig es vorkommt und welche Konsequenzen es für den Patienten bzw. sein Umfeld hat. Sieht sich ein Teammitglied veranlasst, eine Regel im individuellen Fall außer Kraft zu setzen, kann es die Teamsitzung dafür nutzen, eine Zustimmung vonseiten des Teams zu erhalten. Zu beachten ist dabei auch immer, welche Auswirkung die Gewährung solcher Ausnahmen auf die anderen Patienten hat: Wird dies als ungerecht erlebt, als Bevorzugung, als Unterstützung von Vermeidungsverhalten? Möchte das Team anschließend anderen Patienten die gleichen Ausnahmen gewähren, oder kann es nachvollziehbar begründen, warum es diesmal eine Abweichung von der Regel vorschlägt und ein anderes Mal nicht?

In früheren Publikationen wurde häufig betont, das Pflegepersonal sei der „Hüter der Regeln“, was dazu führte, dass Pflegendes häufig sehr streng und ungeduldig auf die Einhaltung der Regeln pochten, während Einzeltherapeuten eher für Ausnahmen und eine Fortsetzung der Therapie plädierten; diese Konstellation führte in manchen Teams zu einer Lagerbildung, die sich wenig konstruktiv auf die Zusammenarbeit auswirkte. So macht es auch hier eher Sinn, dass sich Einzel- und Bezugstherapeut mehr auf einer verständnisvollen/ validierenden Seite befinden, die anderen Teammitglieder aber mehr auf Konsequenz und Verhaltensänderung drängen.

Leitung von Gruppen

Die Pflege hat in der Leitung von Gruppen einen festen Platz. Die Skillsgruppe (Bohus & Wolf, 2009), das Soziale Kompetenztraining (Hinsch & Pflingsten, 2007), die Selbstwertgruppe (Potreck- Rose & Jacob, 2004), die Achtsamkeitsgruppe (Burkhard, 2011) usw. werden in der Regel gemeinsam mit einem psychologischen oder ärztlichen Therapeuten durchgeführt. Auch hier sind beide Leiter gleichberechtigt, beide tragen jedoch auch die gleiche

Verantwortung für die Gruppe. So macht es Sinn, sich im Vorfeld über aktuelle Themen, Abläufe und Aufgaben abzustimmen. Innerhalb der Gruppenstunde können die Aufgaben unterschiedlich sein: Ein Therapeut beschäftigt sich vorwiegend mit dem Gruppenmitglied, das gerade die Hausaufgabe vorträgt oder eine Übung durchführt; der andere Therapeut hat die Gruppe im Auge und registriert Störungen, Anspannung der Gruppenmitglieder, aber auch „Wegdriften“ und „Nebenbeschäftigungen“. Einer der Leiter achtet darauf, dass die Teilnehmer validiert werden, der andere Leiter „pusht“ die Patienten, indem er sie auf Veränderungsmöglichkeiten hinweist. Ist ein Gruppenmitglied überfordert, weil der Einsatz bereits erworbener Skills nicht ausreicht, um die Anspannung ausreichend nach unten zu regulieren, kann einer der Therapeuten mit dem Patienten die Gruppe verlassen und kurz besprechen, was der Patient in dieser Situation tun kann, welche Skills hilfreich sein könnten, aber auch, wann der Patient in die Gruppe zurückkehrt. Ziel dabei und in der anschließenden Therapiestunde ist es, den Patienten so weit „fit“ zu machen, dass er in Zukunft der Gruppenstunde folgen kann und einen funktionierenden Notfallkoffer mitbringt. Ein Patient, der immer wieder die Gruppenstunden verlassen „muss“, weil er seine Anspannung nicht „im Griff“ hat, verhält sich letztlich therapiestörend: Er kommt selber in der Therapie durch die wiederholten „Auszeiten“ nicht voran, und er stört den Ablauf und die Teilnehmer der Gruppe durch sein häufiges Rein- und Rausgehen.

Auch im Gruppengeschehen spielen Beziehungen eine Rolle, und zwar in erster Linie die Beziehung der Therapeuten untereinander. Sollten hier Spannungen und Rivalitäten bestehen, werden dies die Patienten merken und sich ebenso verhalten. Hier kann helfen, Konflikte in einer Teamsupervision aufzuarbeiten. Haben also die Therapeuten ihre „Hausaufgaben“ gemacht, werden es auch die Patienten tun.

Krisenmanagement

Krisenmanagement ist immer auch Kontingenzmanagement! Dysfunktionales Verhalten wird mit negativen Konsequenzen belegt oder gelöscht. Funktionales Verhalten erfährt Unterstützung und Verstärkung. Dies bedeutet für manche Pflegekraft, die bisher in anderen Bereichen eingesetzt war, ein Umdenken und Umlernen. Nicht der Patient bekommt die meiste Aufmerksamkeit, dem es am schlechtesten geht oder der immer wieder in Krisen „rutscht“, sondern der, der sich rechtzeitig – vor dem Auftreten von Problemverhalten – Unterstützung holt und der seine Skills einsetzt.

Kommt also ein Patient ins Stationszimmer und gibt an, er stehe sehr unter Druck, kann die Pflegekraft ihn zunächst bitten, auf der bekannten Skala von 0-100 seine Anspannung einzuschätzen. Je nachdem, wie hoch diese ist, wird sie mit dem Patienten nun mögliche Skills anhand der Skillskette des Patienten explorieren und ihn danach ermutigen, diese sofort auszuprobieren. Dies kann zur Folge haben, dass der Patient für einen gewissen Zeitraum die Therapien aussetzt. Meist macht es Sinn, zu vereinbaren, wann der Patient sich zurückmeldet, um über Erfolg oder Misserfolg des Skillseinsatzes zu berichten. Sollte sich an der Situation des Patienten nichts verändert haben, wird weiter mit ihm gemeinsam überlegt, welche Skills noch hilfreich sein könnten. In jedem Fall wird er dafür gelobt, sich rechtzeitig Hilfe geholt und Skills eingesetzt zu haben.

Kommt ein Patient nach erfolgter Selbstverletzung, wird die Wunde begutachtet – bei ausgeprägten Verletzungen auch durch den Arzt zur Abklärung einer möglicherweise

notwendigen chirurgischen Versorgung –, gereinigt und verbunden; so weit wie möglich führt dies der Patient selbst durch. Danach wird kurz abgeklärt, woher das Werkzeug zur Selbstverletzung stammt (mit dem Hinweis, es beim Pflegepersonal abzugeben), und das weitere Procedere erörtert: Dies bedeutet in der Regel ein zweistündiges Timeout, in dem der Patient von den Therapien ausgeschlossen ist und währenddessen eine Verhaltensanalyse zum im Vordergrund stehenden Problemverhalten (das muss nicht zwangsläufig die Selbstverletzung an sich sein; es können auch bspw. Klingenkau oder Klingebesitz oder Unoffenheit sein) schreibt. Anschließend bespricht er diese VA – je nachdem, in welcher Stufe er sich befindet, mit seiner Bezugsgruppe, seiner Bezugspflegekraft und dem Einzeltherapeuten. Dies „kostet“ ihn zusätzlich einen Gesprächstermin in der jeweiligen Woche (auch eine aversive Konsequenz).

Zum Umgang mit Suizidalität verweise ich auf die einschlägige Literatur und auf den nachfolgenden Abschnitt.

Besprechen der Tagebuchkarte

Das Ausfüllen der Tagebuchkarte (TBK) gehört für die Patienten zu den Selbstmonitoringstrategien. Die TBK findet sowohl im ambulanten wie stationären Setting Anwendung. Sie ermöglicht den täglichen Überblick über für den Patienten relevante Parameter und liefert den Behandlern wichtige Informationen über Problembereiche und Entwicklung der Patienten. Bewährt hat sich die gemeinsame Besprechung der TBK zum jeweiligen Tagesende, zusätzlich mindestens einmal wöchentlich durch den Einzeltherapeuten. Hauptaugenmerk haben dabei die Werte in den Spalten für „Suizidale Ideen“ und „Selbstverletzung“, denn diese bedürfen ggf. einer sofortigen Intervention. Über die Abklärung von Suizidalität wurde an anderer Stelle bereits genug geschrieben, somit hier nur ein Hinweis auf die Besonderheiten bei Borderline-Patienten: Bordis berichten häufig über chronische Suizidgedanken, meist ohne konkreten Handlungsplan. Oft sind Suizidgedanken Lösungsversuche für massive Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle. Oder es steckt der Wunsch dahinter, bei erlebter Dauer-Hochspannung „endlich mal seine Ruhe zu haben“. Diese Ursachen weisen auch schon den Weg zur Intervention: das Erarbeiten alternativer Lösungsmöglichkeiten, z. B. das Abschwächen von Ohnmachtsgefühlen, und die Reduktion der Anspannung können drängende Suizidgedanken reduzieren. Cave! Manche Patienten haben gelernt, über Suizidalität mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten, d. h., für manche ist krisengenerierendes Verhalten zunächst die einzige Möglichkeit dazu! Das bedeutet, diese Patienten haben verständlicherweise noch kein Interesse daran, an ihrem Umgang mit Suizidgedanken zu arbeiten, befürchten sie doch, dann die Kontaktaufnahmemöglichkeit zu Menschen, von denen sie sich Unterstützung und Zuwendung erhoffen, zu verlieren. Dieses wiederum hat zur Folge, dass sie uns allabendlich hohe Werte in dieser Spalte darbieten, die auf eine ausgedehnte Krisenintervention zielen. Hier empfiehlt es sich, im Einzelsetting mit Hilfe einer Verhaltensanalyse oder eines Gefühlsprotokolls genau zu untersuchen, was Auslöser und insbesondere Konsequenzen des suizidalen Verhaltens sind. Und mit dem Patienten ein für ihn wirksames Kontingenzmanagement zu besprechen, was letztendlich das Generieren von Krisen reduziert.

Sollte ein Patient nicht mehr absprachefähig sein, hat er also konkrete Pläne, sich umzubringen, und kann nicht versichern, davon wieder Abstand zu nehmen, kann er darüber

hinaus dem zu Beginn der Therapie unterschriebenen Non-Suizidvertrag nicht mehr zustimmen, muss ein ärztlicher Kollege hinzugezogen werden, der ggf. eine Verlegung auf eine geschützte Station in die Wege leitet (Bronisch, 2009).

Ergeben sich hohe Werte beim Selbstverletzungsdrang, ist mit dem Patienten abzuklären, welche Skills er bereits zur Reduzierung von hoher Anspannung eingesetzt hat und welche er noch weiter einsetzen kann; dabei kann man den Patienten an seine Skillskette und seinen Notfallkoffer erinnern. Unter Umständen können kurz alternative Stresstoleranzskills besprochen werden. Ist der Patient noch in Stufe I und noch „frisch“ im DBT-Programm, kann auch eine Aushändigung der Bedarfsmedikation in Erwägung gezogen werden. Sollten hier Kompetenzdefizite (der Patient verfügt über eine mangelhafte Kenntnis von wirksamen Skills) erkennbar werden, ist eine Delegation an den jeweiligen Bezugspflegetherapeuten und den Skillstrainer sinnvoll. Stehen hingegen Motivationsdefizite (der Patient hat ausreichende Kenntnisse über wirksame Skills, setzt diese aber nicht ein) im Vordergrund, ist dies ein Fall für den Einzeltherapeuten.

In den weiteren Spalten beobachtet der Patient seine Entwicklung hinsichtlich Problemverhaltensweisen, die er in der Therapie bearbeiten möchte, z. B. Rückzugstendenzen, impulsive Verhaltensweisen usw.

Der Patient schätzt weiter ein, wie hoch er sich insgesamt an diesem Tag belastet gefühlt hat, gibt an, ob er Alkohol oder nicht verordnete Medikamente konsumiert hat und wie das aktuelle Schlafverhalten ist (siehe auch Beitrag von M. Reicherzer in diesem Heft).

In der Spalte Skillsanwendung dokumentiert er, ob und wann er die ihm bekannten Skills eingesetzt hat. Hier besteht die Möglichkeit, psychoedukativ nochmals den Sinn und die Funktionsweise von Skills zu erläutern, aber auch den Patienten für erfolgreichen Skills-Einsatz zu loben. Dies spielt insbesondere bei Patienten mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung eine große Rolle. Um sich insgesamt in nicht zu ausführliche Diskussionen zu verwickeln, ist es auch hier ratsam, auftauchenden problematischen Umgang mit Skills zu delegieren (s.o.). Eine für die meisten Patienten sehr schwierig auszufüllende Spalte ist die, in der sie eintragen sollen, welche positiven Erfahrungen sie an diesem Tag gemacht haben, was ihnen gelungen ist, womit sie zufrieden waren. In diesem Feld trifft man häufig auf gähnende Leere. Nichtsdestotrotz ist es wichtig, Patienten zu motivieren, sich über diese Aspekte Gedanken zu machen; dies hat mit mehreren therapeutischen Wirkfaktoren zu tun: es hilft, Frust auszubalancieren, Ressourcen zu erforschen, Selbstwirksamkeit festzustellen, die Abhängigkeit von äußeren Gegebenheiten zu reduzieren, auf Bedürfnisse aufmerksam zu werden, Achtsamkeit zu trainieren.

Körperliche Aktivität wirkt spannungsabbauend und antidepressiv, deshalb ist diesen Aktivitäten auch eine Spalte auf der TBK gewidmet. Schließlich versuchen die Patienten noch, ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden einzuschätzen; körperliche Erkrankungen sollten vom Stationsarzt behandelt werden; insbesondere Patienten, die zur Selbstvernachlässigung tendieren, müssen daran gelegentlich erinnert werden. Seelisches Unwohlbefinden hat seine Ursache häufig in der Frustration wichtiger Motive und Bedürfnisse der Patienten; sollten sich also auf der TBK hier hohe Werte befinden, könnte dies darauf hindeuten, dass diese Bedürfnisse des Patienten wohl in hohem Maße befriedigt wurden. Dies wiederum kann ein Aufhänger dafür sein, mit dem Patienten gemeinsam zu explorieren, was denn seine Bedürfnisse und Motive sind, was sich insbesondere für Patienten mit hoher Alienation anbietet (natürlich nicht bei der TBK-Besprechung).

Da für jeden Patienten in der Regel nur wenige Minuten zur Besprechung der TBK zur Verfügung stehen, ist es schon eine Kunst, auf die wesentlichen Aspekte zu fokussieren und weiterführende Themen zu delegieren. Wenig positiv verstärkend ist es, Patienten, die niedrige Werte in den kritischen Bereichen aufweisen, mit einem „Oh, ist ja alles in Ordnung“ nach einer Minute aus dem Raum zu schicken; genau hier bietet es sich an, die Fortschritte des Patienten zu erörtern:

Th.: Ich sehe, heute hatten Sie nicht so starke Suizidgedanken und der Drang zur Selbstverletzung, der gestern noch bei „4“ war, ist heute „2“. Wie haben Sie das genau geschafft, das heute besser in den Griff zu bekommen?

Pat.: Weiß nicht ... ich hatte heute einfach einen besseren Tag ...

Th.: Gestern scheinen Sie ja auch irgendetwas gemacht zu haben, um mit dem starken Impuls, sich zu verletzen, klarzukommen ...

Pat.: Nee, eigentlich nicht ... ich hatte den ganzen Tag durch die Therapien total viel um die Ohren, da konnte ich gar nicht so richtig darüber nachdenken, mich selbst zu verletzen, auch wenn ich den Druck gespürt habe ... na ja, und abends sind wir ja noch zusammen weggegangen ... und nachher war ich so kaputt, da bin ich nur ins Bett gefallen ...

Th.: Aha, da waren Sie also die meiste Zeit so abgelenkt ... das scheint Ihnen aber auch geholfen zu haben, dem Druck nicht nachzugeben, oder? Und abends mit den anderen weggehen klingt für mich auch nach einem Skill ... kann es sein, dass Sie da Ihrem eigentlichen Handlungsimpuls entgegengesetzt gehandelt haben?

Pat.: Tja, könnte man so sehen ... und heute war es eigentlich ähnlich, nur dass der Selbstverletzungsdruck erst gar nicht mehr so hoch war ... da war es sogar leichter, entgegengesetzt zu handeln ...

Th.: Prima! Ich glaube, vor vier Wochen hätten Sie das noch nicht so gut hingekriegt, oder?

Viele Patienten führen aufgrund ihrer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung Veränderungen auf äußere Umstände zurück: Heute hat die Sonne geschienen, heute hat mich mal niemand angemacht, heute war das Essen mal richtig lecker, ... Deshalb brauchen diese Patienten immer wieder unsere Unterstützung durch den Hinweis darauf, dass sie etwas verändert haben, dass an ihrer Anstrengung lag, dass sie eine neue Erfahrung machen konnten, dass sie heute mehr Kontrolle über ihre problematischen Verhaltensweisen hatten usw.

Skills anleiten

So ist der übliche Ablauf in der DBT, die Anleitung von Skills betreffend: Der Einzeltherapeut erarbeitet mit dem Patienten die Skills, die er braucht, um seine Therapie- bzw. Wochenziele zu erreichen. Der Skillstrainer vermittelt die Skills in der Skillsgruppe, die anschließend mit der Bezugspflegekraft eingeübt werden. Letztere klärt auch, ob die Skills verstanden wurden, und überprüft deren Umsetzung; sie hilft ggf., Hindernisse zu beseitigen, und verstärkt jedes Engagement des Patienten beim Einsatz der besprochenen Skills. Die BP klärt auch, wenn der Patient angibt, die „verordneten“ Skills würden nicht helfen; sie versucht herauszufinden, welche Erwartungen der Patient generell an Skills hat (sie wirken in der Regel nicht so rasch und so intensiv wie dysfunktionales Verhalten), wann und bei welcher Anspannung der Patient welche Skills einsetzt und ob er seine Früh-

warnzeichen beachtet oder Skills am „Point of no Return“ einzusetzen versucht. Hier ist manchmal psychoedukatives Nachbessern erforderlich.

Die Bezugspflegeperson fungiert mal als „National-Trainer“, beispielsweise in der Skillsgruppe, dann wieder als „Heim-Trainer“ in der Bezugspflege; dies kann für Patienten, die ein und dieselbe Pflegekraft in unterschiedlichen Rollen erleben, verwirrend sein. Hier hilft ein transparentes Erklären der unterschiedlichen Rollen und der damit verbundenen Aufgaben. Immer bleibt die Bezugspflegekraft aber Trainerin, die modellhaft vorlebt, wie Skills eingesetzt werden können (weniger über Skills reden, mehr Skills leben!). Sie versucht, Skills möglichst nicht in Krisen oder Situationen hoher Anspannung zu vermitteln (auch ein Coach am Spielfeldrand hat dann nur noch wenig Einflussmöglichkeiten), sondern dann, wenn es nicht brennt (Linehan, 1996a, b).

Supervision für die Pflege

Wie alle anderen Berufsgruppen auch, benötigt die Pflege Supervision! Bewährt hat sich neben den Team- und Fallsupervisionen eine speziell auf die Bedürfnisse und Aufgaben der Pflege zugeschnittene Supervisionsform. Diese kann sowohl von einem Externen wie auch von einem Mitarbeiter des Hauses geleistet werden, der nicht unmittelbar in das Stationsgeschehen integriert ist und der über DBT-Supervisionserfahrung verfügt. Sinnvoll ist dabei die Arbeit mit Supervisionsbändern, die von Bezugspflegegesprächen oder Gruppensituationen angefertigt werden und dann in der Supervisionsstunde gemeinsam angeschaut und besprochen werden. Nicht wenige Mitarbeiter scheuen davor zurück, weil sie Kontrolle und Kritik befürchten; deshalb ist auch hier auf einen möglichst nicht wertenden Umgang mit Supervisionsmaterial zu achten. Im Vordergrund stehen die Unterstützung der Pflegekraft und insgesamt die Verbesserung der Arbeit. Pflegesupervision bietet vielmehr eine Chance, die eigene Arbeit zu reflektieren, eigene Muster zu erkennen und zu verändern, aber auch andere wohlwollend zu unterstützen und gemeinsam Ideen für knifflige Situationen zu entwickeln. Zusätzlich können theoretisches Wissen aufgefrischt und Standards für die pflegerische Arbeit entwickelt werden (Rappe-Giesecke, 2009).

Selbstfürsorge

Was vermutlich am allermeisten dabei hilft, dass es einem selber langfristig gut geht, ist wohl Humor! Über sich lachen zu können, über seine kleinen Unzulänglichkeiten, seine Macken, das macht frei und hilft bei Selbstzweifeln. Über manch unfreiwillige Komik der Patienten lachen zu können – nicht, sie auszulachen oder sich über sie lustig zu machen – schafft gemeinsam erlebte positive Gefühle im Team. Gemeinsam mit den Patienten zu lachen (die meisten Borderliner haben viel Humor!) kann eine schon gute Beziehung noch besser machen. Daneben hilft auch hier die Anwendung der Skills, die wir den Patienten vermitteln: Allen voran kann ein achtsamer Umgang mit sich und anderen eine gute Strategie gegen Unzufriedenheit, Groll und Ausbrennen sein. Eine Pflegekraft, die selbst keine Zeit und Ruhe für gelebte Achtsamkeit findet, wird dies nur schwerlich ihren Patienten vermitteln können. Und auch das Erkennen und Benennen von Gefühlen gelingt nicht immer so leicht – geschweige denn, einen adäquaten Ausdruck dafür zu finden. Das Trainieren

von zwischenmenschlichen Fertigkeiten kann dazu dienen, auch mal zu einer Aufgabe „Nein“ zu sagen (oder alternativ auch mal „Ja“...), eigene Bedürfnisse und Wünsche zu formulieren oder jemanden zu kritisieren.

Die Liste der „angenehmen Aktivitäten“ kann auch Anregung für die eigene Freizeitgestaltung sein. Wichtig ist es, einen Ausgleich zu finden, der mit eher emotional stabilen Menschen umgesetzt wird, der positive Gefühle und Erfahrungen hervorruft, der Stress reduziert, der Hobbys mit einschließt und allgemein das Wohlbefinden steigert.

Es ist hinlänglich bekannt, dass gerade therapeutisches Personal starke Tendenzen aufweist, sich selbst zu vernachlässigen, dysfunktionale Strategien zum Stressabbau einzusetzen (Alkohol, Nikotin, Tabletten, Arbeitssucht, Streitsucht, Essstörungen usw.), oft an das Argument gekoppelt, „da kann man halt nix machen, der Job ist so megastressig“. Hohe Fluktuation und auffällige Krankenstände auf psychiatrisch-psychosomatischen Stationen sind die Folge und letztlich ausgebrannte Mitarbeiter, die auf dem Zahnfleisch zur Rente kriechen. Ja, es stimmt, unsere Arbeit ist sehr anspruchsvoll und mitunter auch sehr stressig, aber sie hindert uns nicht daran, uns um uns selbst zu kümmern. Selbstfürsorge kann dann auch in der Erkenntnis bestehen, dass man (beruflich) zurzeit nicht an der richtigen Stelle ist (Hoffmann & Hofmann, 2012; Zarbock, Ammann & Ringer, 2012).

Literatur

- Bohus, M. (1996). Zur Funktion von Verhaltensanalysen bei der dialektischen Verhaltenstherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach M. Linehan. In Caspar, F. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: dgvt.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Reicherzer, M. (2012). *Ratgeber Borderline-Störung: Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2012). *Interaktives Skills Training für Borderline-Patienten*. Stuttgart, Schattauer.
- Bronisch, T., Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (2009). *Kriseninterventionen bei Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Burkhard, A. (2011). *Achtsamkeit - Entscheidung für einen neuen Weg*. Stuttgart: Schattauer.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern: Huber.
- Fuller, C. (2012). *Therapie-Tools Motivierende Gesprächsführung*. Weinheim: Beltz PVU.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz PVU.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2012). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kottler, J.A. (2011). *Therapie-Tools Selbstfürsorge*. Weinheim: Beltz PVU.
- Leihener, F. (2009). *Umgang mit Grenzen und Kontingenzen in der ambulanten und stationären DBT*. Zürich: AWP.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP.
- Linehan, M.M. (1996b). *Trainingsmanual der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP.
- Mayer-Bruns, F., Böhme, R. & Frank, U. (2003). Supervision in der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24(3), 307-328.

- McCullough, J. (2006). Psychotherapie der chronischen Depression. CBASP. München: Urban & Fischer.
- McCullough, J., Schweiger, U., Sipos, V. & Demmert, A. (2012). Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen. Berlin: Springer.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Rappe-Giesecke, K. (2009). Supervision für Gruppen und Teams. Berlin: Springer.
- Renneberg, B. (2003). Borderline-Persönlichkeit. Lengerich: Pabst.
- Retrop, M., Reicherzer, M. & Bäuml, J. (2007). Psychoedukation Borderline Störung. München: Urban & Fischer.
- Sachse, R. (2004). Persönlichkeitsstörungen – Leitfaden für die psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2010). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2012). Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stapf-Teichmann, F.T. (2011). Veränderung der Arbeitszufriedenheit von Pflegenden durch DBT. Gießen: Studie.
- Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012). Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Weinheim: Beltz PVU.

Weiterführende Literatur

- Bohus, M. & Bathruff, H. (2000). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. Psychotherapie im Dialog, 4, 55-66.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2011). Achtsamkeit. Schritte zu seelischer Gesundheit. Stuttgart: Schattauer.
- Knuf, A. & Tilly, C. (2007): Leben auf der Grenze. Bonn: Balance.
- Knuf, A. & Tilly, C. (2012). Borderline: Das Selbsthilfebuch. Bonn: Balance.
- McKay, M., Wood, J.C. & Brantley, J. (2008). Starke Emotionen meistern. Paderborn: Junfermann.
- Sender, I. (2000). Borderline-Syndrom. München: CIP.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2009). Borderline – Die andere Art zu fühlen: Beziehungen verstehen und leben. Berlin: Springer.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2012). Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Berlin: Springer.

Korrespondenzadresse

Christoph Ahrweiler
Zentralinstitut für seelische Gesundheit
J5 | 68159 Mannheim
christoph.ahrweiler@zi-mannheim.de

Der Autor ist pflegerische Leitung der Borderline- Station am ZI, DBT- Therapeut für Sozial- und Pflegeberufe, Pflegetrainer und Leiter des Referats „Pflege“ im Dachverband der DBT.