

24.11.2005

Königinnen der Finsternis

Von Susanne Gaschke

Wird ihr seelischer Druck unerträglich, fügen sich Borderline-Patientinnen Schmerz zu. Erst jetzt nimmt die Psychiatrie die Krankheit ernst

Montagsmorgen, Damentoilette der Station P2 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Kiel. Melanie K.* hat sich mit einer Rasierklinge lange, tiefe Kerben in den Oberarm geschnitten. Sie wird auf der P2 wegen einer »Borderline«-Persönlichkeitsstörung behandelt. Die Theorie besagt, dass Selbstverletzungen den Betroffenen helfen, eine schier unerträgliche emotionale Spannung abzuleiten. Die Kranken sind gewissermaßen so außer sich, dass sie sich Schmerz zufügen müssen, um in die Gegenwart »zurückzukommen«.

Auf der anderen Seite ist ihr Bewusstsein nicht so getrübt, dass sie sich nicht mehr an Regeln halten könnten. Melanie K. weiß, dass es verboten ist, blutend auf der Station herumzulaufen, weil das die anderen Patientinnen in eine Krise treiben könnte. Sie will ihren Therapieplatz nicht riskieren. Sie klingelt nach dem Pfleger, lässt sich verbinden, fährt zum Nähen in die Chirurgie.

Es ist diese Widersprüchlichkeit, die Freunde und Angehörige von Borderline-Patienten am meisten irritiert: Was tun diese mit Absicht, worüber haben sie keine Kontrolle? Warum fügen sie sich überhaupt Verletzungen zu? Kirstin Bernhardt, die 36-jährige Oberärztin der Station P2, stellt sofort klar, dass es hier nicht um Patientinnen geht, die sich nur ein bisschen zusammenreißen müssten, um keine Probleme mehr zu haben: »Wir sprechen über Menschen, die unter einem ungeheuren Leidensdruck stehen.« Die meisten haben mehrere Selbstmordversuche und unzählige Klinikaufenthalte hinter sich. »Ihre Krankenakten füllen Regalmeter«, sagt Bernhardt.

In der medizinischen Diskussion wird die Persönlichkeitsstörung Borderline mit einer ungünstigen Kombination biologischer und sozialer Faktoren erklärt: Wer genetisch vorbelastet ist, als Embryo im Mutterleib durch Alkohol geschädigt wurde und in der

Kindheit oder Jugend ein tief verstörendes Erlebnis hatte – sexuellen Missbrauch oder Vergewaltigung –, ist besonders gefährdet. Ähnlich verheerend wie ein sexueller Übergriff können totale Missachtung, Abwertung oder Überforderung von Kindern durch ihre Eltern wirken.

Männliche Kranke richten Aggressionen eher nach außen – und landen im Knast

So war es bei Zoe, die gerade das dreimonatige stationäre Therapieprogramm der Kieler Klinik beendet hat. Sechzehnmal hat sie versucht, sich umzubringen, zum ersten Mal mit elf, nachdem ihre Mutter sie verprügelt hatte, weil dem Mädchen beim Abwaschen ein Glas runtergefallen war. »Ich war ein richtiges Asoziales-Kind«, sagt die mittlerweile 19-Jährige, und dass sie dabei ein schiefes Lächeln zeigt, darf man ebenso als Erfolg ihrer Therapie werten wie die Tatsache, dass sie gerade ihr Abitur in Angriff nimmt.

Sie kann heute distanziert über ihre Geschichte sprechen, über die immer neuen Männer der Mutter, die vielen Geschwister von unterschiedlichen Vätern (um die Zoe sich zu kümmern hatte); über den sexuellen Missbrauch durch den Mann ihrer Tagesmutter, die Überforderungsgefühle, wenn die Mutter der Zehn-, Elf-, Zwölfjährigen die komplette Hausarbeit aufbürdete. Und über die ständigen Selbstmordgedanken, die Magersucht, den Alkohol, die Tabletten, die Kliniken, Selbstverstümmelungen, Kliniken, Drogen, Kliniken.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), entwickelt von der amerikanischen Psychiaterin Marsha Linehan, nach der in Kiel, aber auch in Berlin, Heidelberg, Mannheim, Aachen und Freiburg behandelt wird, setzt bei den Symptomen der Krankheit an: Zunächst soll sich, dringend, das Verhalten der Patientinnen ändern – damit sie sich nicht umbringen oder schweren körperlichen Schaden zufügen. Erst später, wenn sich ihr Zustand stabilisiert hat, wird über eine Traumatherapie nachgedacht. »Die DBT ist das am besten empirisch validierte Behandlungskonzept«, sagt der Mannheimer Borderline-Experte Martin Bohus.

In gewisser Weise hat Borderline die klassische Hysterie als seelische Frauenkrankheit abgelöst; mindestens siebzig Prozent der Betroffenen sind weiblich. Überwiegend tritt die Krankheit oder eine ihrer Vorstufen zwischen dem 12. und 45. Lebensjahr auf; von allen Frauen in dieser Altersgruppe sind laut Schätzungen gut vier Prozent betroffen. Männliche Erkrankte richten ihre Ausbrüche eher gegen die Außenwelt als gegen sich selbst. Sie sind häufiger in Gefängnissen zu finden als in Krankenhäusern – auch wenn ihre Störung die gleichen Ursachen hat wie die der Frauen.

Die Diagnose wird anhand eines Neun-Punkte-Katalogs gestellt

Im Gegensatz zu Sigmund Freud schenken Therapeuten ihren Patientinnen heute Glauben, wenn diese über sexuellen Missbrauch berichten. »Die permanente Entwertung durch ihre Umwelt, die Erfahrung, dass der Grund ihres Leidens systematisch geleugnet wird, hat ja gerade zur Krankheit geführt«, sagt Bernhardt. »Wir signalisieren den Patientinnen, dass wir sie grundsätzlich ernst nehmen.« Die unbedingte Parteilichkeit für die Patientinnen gehöre, sagt Martin Bohus, zu den »Grundannahmen« der DBT. »Behandle die Patientin so, wie du möchtest, dass deine Schwester oder beste Freundin behandelt wird.«

Die Behandlung der Krankheit verschlingt – unter anderem wegen häufiger Therapieabbrüche und Arztwechsel – rund drei Milliarden Euro im Jahr, das sind 15 Prozent aller Kosten, die für Psychatriepatienten aufgewendet werden. »Diese Summe ließe sich halbieren, wenn stationäre Einrichtungen und ambulante Therapeuten besser vernetzt wären«, sagt Joseph Aldenhoff, der Chef der Kieler Klinik. »Gerade Borderline-Patientinnen beschäftigen oft eine Vielzahl von Therapeuten, Betreuern und Ärzten, sie geraten immer wieder in Krisen und müssen häufig zwangsweise eingewiesen werden. Unser therapeutischer Ansatz zielt darauf, die Zahl der stationär verbrachten Tage zu verringern und den Patientinnen schneller beizubringen, wie sie sich selbst schützen können.«

In Kiel wie anderswo wird die Diagnose Borderline anhand eines Neun-Punkte-Katalogs gestellt: Panische Angst vor dem Alleinsein gehört dazu, ein düsteres Selbstbild, Selbstmordgedanken und -versuche; schwer kontrollierbare

Wutausbrüche, eine Neigung zum verschwenderischen Geldausgeben, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, ein Gefühl der Leere – und die gefürchteten »dissoziativen Zustände«, in die Traumatisierte geraten, wenn sie durch einen beliebigen Auslöser an ihr schlimmes Erlebnis erinnert werden. Wer fünf der neun Kriterien erfüllt, gilt als Borderline-positiv. Manche Patientinnen sind erleichtert, wenn sie endlich einen Namen für das verwirrende Muster ihres Verhaltens finden. Andere feilschen mit den Ärzten um das Vorliegen oder Nichtvorliegen einzelner Kriterien. Sabine S. zum Beispiel, eine Chemikerin, die nach ihrer ausgezeichneten mündlichen Diplomprüfung zusammenbrach und versuchte, sich das Leben zu nehmen, sagt: »Ich hatte zwar schon immer das Gefühl, irgendwie einen Knall zu haben. Aber ich finde mich in diesem Katalog einfach nicht wieder. Das bin ich nicht.«

Alternative zur Verstümmelung: Auf eine Chilischote beißen

Egal, nun ist sie hier, freiwillig, zwölf Wochen lang, auf einer offenen Station, die ein wenig an ein Internat erinnert. Es gibt Zwei-Bett-Zimmer, Ausflüge und Wochenendurlaube, jede Menge pädagogisches Personal – das Team aus Ärzten, Psychologinnen, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten. »Die Patientinnen haben ihr ganzes Leben lang etwas gelernt: Ich bin nichts wert, ich bin der letzte Dreck, der Missbrauch war meine Schuld und geschah mir ganz recht«, sagt die Oberärztin. »Und wir müssen ihnen nun alles neu beibringen.«

Ein saniertes Selbstbild steht auf dem Lehrplan – und Methoden, mit denen die Patientinnen einen Abstand zwischen sich und ihre selbstzerstörerischen Impulse legen können. Spannungstoleranz, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, innere Achtsamkeit heißen die Fertigkeiten, die in Gruppensitzungen geübt und in Einzeltherapiegesprächen erläutert werden. Dienstags wird gemeinsam gekocht, donnerstags gebacken.

Wie in der Schule wird in der Pause geraucht, gibt es gute Lehrer und schlechte. Die Patientinnen merken genau, wo hart gearbeitet werden muss und wo die Gelegenheit zum Kichern und Auftrumpfen besteht. Was denkt die Chemikerin, wenn sie Memory spielen soll? Ist es hilfreich, Bäume zu umarmen? Muss das sein, vor jeder Sitzung beim Atmen »ein/aus, tief/ruhig, lächeln/ entspannen« zu denken?

Erklärtes Ziel der »Fünf-Sinne-Gruppe« und des »Achtsamkeitstrainings« ist es, den Kranken eine sicherere Wahrnehmung davon zu vermitteln, wie es ihnen tatsächlich geht. Sie dürfen sich ausdrücklich selbst verletzen, wenn sie keinen anderen Weg aus einem »dissoziativen Zustand« finden – aber Lernziel ist es, die Verletzungen durch etwas anderes zu ersetzen, durch das Beißen auf eine Chilischote, das Verreiben von Eiswürfeln auf der Haut, das Kneten eines Massageballs.

Jede Patientin stellt mit einer ihr zugeordneten Pflegekraft einen »Notfallkoffer« zusammen, der zehn individuell als wirksam erkannte Rettungsmaßnahmen enthält – bestimmte Musik, Atem- oder Visualisierungsübungen. Spürt die Patientin ein Ansteigen der inneren Spannung – etwa, wenn sie sich überfordert fühlt –, ist sie gehalten, die Tricks aus dem Koffer auszuprobieren, bevor sie sich verletzt. Allein durch diesen Zeitablauf wird manche Selbstverstümmelung vermieden.

Aber diese Strategie funktioniert nur, wenn die Patientin wahrzunehmen gelernt hat, wie ihr geschieht. Schlägt sie fehl, wie am Montagmorgen bei Melanie K., dann wird ein kompliziertes Verfahren in Gang gesetzt: Die Kranke schreibt ein Protokoll ihrer Krise und bespricht es mit der zuständigen Pflegekraft, mit zwei anderen Patientinnen und in der Einzeltherapie. Bei dem ganzen Prozess geht es darum, Distanz zum Geschehen herzustellen – darum, Worte für die stummen, gewaltigen Emotionen zu finden.

Selbstmord ist nicht erlaubt. Was auch immer sie sonst tun, die Patientinnen dürfen die Therapie nur beginnen, wenn sie einen Anti-Suizid-Vertrag unterschreiben. Aber hindert ein Stück Papier jemanden daran, sich von einem Hochhaus zu stürzen, wenn er verzweifelt ist? Anscheinend schon. Melanie K. erzählt ihrer Therapeutin von ihrem Montagmorgen: »Ich wollte mir Tabletten besorgen, wollte Schluss machen. Aber in der Apotheke kam mir der Gedanke: Non-Suizid-Vertrag.«

Dann habe sie Rasierklingen gekauft. »Das war ja auch ein schweres Wochenende für Sie«, sagt die Psychologin. »Was war da passiert?« Melanie K., körperbehindert, vom Onkel sexuell missbraucht, geplagt von inneren Stimmen, die auf sie einbrüllen, erzählt von ihrer Mutter, die sich mit der Krankheit der Tochter nicht abfinde. Von

einem nervenaufreibenden Drei-Stunden-Termin mit dem Sozialpädagogen in der betreuten Wohneinrichtung, in die sie nach Ende des DBT-Programms ziehen wird. Von der Beziehung zu ihrem Freund, der Alkoholiker ist.

Der Freund mache ihr Vorhaltungen: Er trinke, weil er durch ihre Krankheit viel allein sei. Bei dem Versuch, mit ihm zu schlafen, fühlte sie sich schlagartig in die Missbrauchssituation zurückversetzt, sagt Melanie K. »Ein Flashback. Es war, als ob ich das alles gerade eben erst durchgemacht hätte.« Sie müsse – Achtsamkeit! – genau beobachten, ob ein guter Zeitpunkt für sexuelle Kontakte gekommen sei oder nicht, sagt die Therapeutin. Sie müsse mit ihrem Partner ein Stoppsignal vereinbaren, wenn sie nicht weitermachen wolle. Ihre Grenzen wahren. »Sie sind nicht schuld, dass er trinkt, Sie müssen deshalb nicht mit ihm schlafen.« Ja, sagt Melanie K.

Wie wird sie zurechtkommen, wenn sie die P2 verlässt? Im Moment lebt sie in einer Schutzzone, wo man sie versteht, wo ihre Körperbehinderung (ihr fehlt der linke Unterarm) keine Rolle spielt; wo keine Leistungskriterien angelegt werden. Nur die Frage ist hier stets im Raum, ob sie aufrichtig versucht, sich selbst zu helfen. Das tut sie. Aber wird es reichen für draußen?

Es ist vermutlich kein Zufall, dass viele Borderliner starke Hospitalisierungstendenzen aufweisen: Oft sind die professionellen Helfer die Einzigen, die sich auf Dauer diesen schwierigen Menschen zuwenden. Und so wirken die vielen Klinikaufenthalte auch als Schutz gegen das Leben in einer kalten Effizienzgesellschaft. »Das ist einer der Gründe, warum wir den Aufenthalt bei uns vertraglich auf drei Monate begrenzen«, sagt Bernhardt. »Die Krisen nehmen nämlich häufig zu, wenn eine Entlassung bevorsteht.«

Den Kieler Ärzten ist es freilich nicht gleichgültig, wohin ihre Patientinnen entlassen werden; bis zum Ende der Therapie muss die Wohnsituation geklärt sein. Viele Kranke haben keine eigene Wohnung mehr und keine Familie, zu der sie zurückkehren könnten. Für diese Frauen gibt es in einer 230000-Einwohner-Stadt wie Kiel verschiedene betreute Wohnmodelle, die sich auf Borderline- und Essstörungen spezialisiert haben. Die Kosten für einen teilstationären Aufenthalt mit

therapeutischer Begleitung liegen bei etwa 60 Euro pro Tag und werden, je nach Lage der Betroffenen, entweder vom Sozialamt oder von der Bundesagentur für Arbeit übernommen, wenn die Patientin Empfängerin von Arbeitslosengeld II ist.

Ein Krankenhaus mit spezialisiertem Angebot muss darauf achten, dass sich in seinem Windschatten nicht zu viele Wohnangebote für die Zielgruppe etablieren. »Eine Art Borderline-Zuwanderung in die Stadt hätte nichts mehr mit gemeindenaher Psychiatrie zu tun«, sagt Kirstin Bernhardt. Sie kämpft auch deshalb für eine bessere Vernetzung der Therapieangebote, weil es gerade bei den Dauerwohneinrichtungen sehr unterschiedliche Qualitätsstandards gibt.

Nicht immer erscheint die Nachsorge aus Kliniksicht optimal. In Einrichtungen etwa, wo die Betreuer nur in der Woche tagsüber Dienst tun – die Abende und das krisenanfällige Wochenende werden mit Telefonkontakten überbrückt –, können sich jene Merkmale der Krankheit ungehemmt entfalten, die quasi jugendkulturellen Charakter haben: Natürlich wird bei dieser Lernkrankheit nachgeahmt, natürlich schaukeln sich die Patientinnen gegenseitig zu Katastrophenstimmungen hoch. Es gibt ein Phänomen bei Borderline-Erkrankten, das die Mediziner »Queen-of-Darkness-Syndrom« nennen: Jede will die Kränkste sein, diejenige, die am tiefsten schneidet, am wenigsten isst, das größte Mitgefühl verdient.

Fotos von Friedhöfen und Grabsteinen als Zimmerschmuck

Eine wahre Königin der Finsternis richtet sich selbstverständlich auch ihr WG-Zimmer angemessen ein: mit Fotos von nebligen Friedhöfen und Grabsteinen zum Beispiel, mit schwarzen Kerzen und Kreuzen und anderen düsteren Accessoires. An diesem Punkt wird augenfällig, dass es – nicht im seelischen Kern, aber gleichsam an der Oberfläche der Erkrankung – durchaus einen inszenatorischen Teil gibt, der fließend in »normale« Ausdrucksformen der Jugendkultur übergeht. »Letztlich sind Tätowierungen und Piercings an allen nur denkbaren Körperstellen ja auch nur eine Form der (gesellschaftlich akzeptierten) Selbstverletzung«, sagt Franz Resch, der Chef der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik Heidelberg.

Auf manchem Arm einer Borderline-Patientin sind Schnitte, die durchaus nicht immer schamhaft verborgen werden, säuberlich nebeneinander angeordnet wie ein makaberer Schmuck – kein Zeichen unkontrollierter Raserei, sondern planvolle Zeichnung des Körpers.

Was uns an der Krankheit bewegen muss, ist die Tatsache, dass der Wahnsinn, der unter dieser gestalteten Oberfläche wütet, gesellschaftlich mitverursacht ist. Es gibt Menschen – einen Täter oder ein ganzes Umfeld –, die schuld daran sind, dass andere Menschen so leben müssen: mit zerstörten Gefühlen, mit Selbstverachtung und dem verzweifelten Bemühen um Zuwendung.

Und eine wachsende Zahl von Eltern ist nicht mehr in der Lage, ihren Kindern die Liebe und Anerkennung zu geben, die ein Mensch zum unbeschädeten Aufwachsen braucht. Die Zahl der Borderline-Kranken wird nicht kleiner werden.

<http://www.zeit.de>