

DFPP-Praxisempfehlung

Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der nicht-störungsspezifischen Versorgung

Diese Praxisempfehlung ist eine praktische Orientierungshilfe für Pflegefachpersonen im Umgang mit Borderline-Betroffenen in allen nicht-störungsspezifischen ambulanten, komplementären und stationären Settings: Ambulante Sozialpsychiatrie, Eingliederungshilfe, Wohnassistenz, Wohnbetreuung, Einfache Assistenz und im nicht störungsspezifischen stationären Setting: z.B. Akutpsychiatrie.

Grundlegend gilt, dass die persönliche Haltung (vgl. 4.3) entscheidend dafür ist, ob eine Begegnung gelingt oder nicht. Dazu gehört dann auch, dass Helfende in der Lage sind, das Verhalten von Borderline-Betroffenen zu „übersetzen“ und damit dazu beizutragen, dass die Betroffenen sich selbst verstehen lernen (Schoppmann et al., 2019).

Inhalt

Zusammenfassung der Praxisempfehlung in Dos and Don'ts	2
1. Einleitung	5
2. Problemstellung	5
2.1 Unzulängliche bzw. unpassende Versorgungs- und Behandlungsangebote	5
2.2 Unsicherheit bei der Interaktion mit Menschen mit BPS	6
2.3 Unwissenheit im Hinblick auf Genesungspotentiale	7
2.4 Unzureichende Unterstützung der praktisch tätigen Personen	7
3. Lösungsansätze	8
3.1 Grundlagen der spezifischen Beziehungsgestaltung beachten	8
3.2 Störungsspezifisches Wissen verbessern	9
und evidenzbasierte Interventionen implementieren	9
4. Theoretische Grundlagen	9
4.1 Grundlegende Behandlungsstrukturen	9
4.2 Die biopsychosoziale Theorie und das Transaktionale Modell	11
4.3 Die Grundannahmen in der Dialektisch Behavioralen Therapie	12
4.4 Borderline Erfolgsgeschichten	12

5. Interventionen.....	13
5.1 Validierungsstrategien und Wording.....	13
5.2 Dialektische Beziehungsgestaltung	14
5.3 Achtsamkeit und Selbstreflexion.....	15
5.4 Psychoghygiene und Teamskills	15
5.5 Commitment für eine störungsspezifische Behandlung	16
5.6 Ziel-Hierarchisierung	17
5.7 Praktische Strategien im pflegetherapeutischen Alltag	17
6. Ausblick.....	18
7. Erstellungsprozess	19
7.1 Autor:innen.....	19
7.2 Recherche	19
7.3 Hintergrund der Thesenbildung	19
7.4 Prozessbeschreibung, Diskussion und Konsentierung	20
8. Literatur	21 - 23

Zusammenfassung in Dos and Don'ts

Handlungsempfehlungen (Dos) im Kontakt mit den Patient:innen und Klient:innen	siehe Kapitel
Eine wertschätzende Haltung zeigen und Verhalten, Gefühle, Gedanken etc. validieren	4.3 & 5.1
Authentisch über die eigenen Gefühle kommunizieren (disziplinierte Selbstoffenbarung und Vorbild sein)	5.3
Zum richtigen Zeitpunkt "die Samthandschuhe ausziehen" (klare, eindeutige Kommunikation und wertschätzende Konfrontation)	5.2
Dialektik (Akzeptanz und Veränderung) gleichzeitig berücksichtigen (nicht entweder oder, sondern sowohl als auch, gleichzeitig)	5.2
Die DBT-Grundannahmen kennen und danach arbeiten	4.3

<p>Elemente aus der DBT nur anwenden, wenn ausreichend Fachwissen vorhanden ist (d.h. dass die Fachperson die Strategien gemäß einer DBT-orientierten Haltung einsetzen kann). Dann z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Anspannung $\geq 70\%$: keine Gespräche! Commitment für die Arbeit mit Stresstoleranzskills? - ggf. auch gemeinsam anwenden! • Wenn Anspannung $\leq 70\%$ lösungsorientierte (Auslöser-orientierte) Skills einsetzen, um situative Probleme zu analysieren und hilfreich zu bearbeiten • Den Fokus auf Emotionen und den Umgang mit Emotionen legen • Einführung in die Diary Card (DBT-Tagebuchkarte und Ziel-Hierarchisierung) • Kleine oder unscheinbare Veränderungen (in Richtung zielorientiertem Verhalten) verstärken 	3.2, 5.5 & 5.7
Übergabe mit Betroffenen, offene Dokumentation (mehr Objektivität)	2.4 & 4.3
Suizidalität gehört als Thema Nummer eins sicherheitsrelevant bearbeitet. Ein Non-Suizid-Vertrag (befristet und schriftlich) / Non-Suizid-Entschluss auf Basis einer Vertrauensbeziehung (auch stellvertretend für ein Team) ist Voraussetzung, um sachlich zusammen arbeiten zu können	5.6
Keine Abschiede oder Beziehungsabbrüche ohne Erklärung bzw. Perspektive	3.1

Handlungsempfehlungen im Kontakt mit Kolleg:innen und anderen Akteur:innen	siehe Kapitel
Jedes Gespräch über Betroffene sollte auch ein Gespräch mit Betroffenen sein können	2.1 & 3.1
Nicht über, sondern miteinander sprechen	5.3 & 5.4
Unterstützung für das Finden und Durchhalten von ambulanter Psychotherapie und Skillsgruppe	2.3, 4.4 & 5.5
Schnittstellenmanagement: Für übergeordnete Entscheidungen (Zielhierarchie beachten) und diese an alle Beteiligten kommunizieren, um eine realistische Erwartungshaltung eines bestimmten Versorgungs- oder Behandlungs-Settings zu erreichen	3.2 & 4.1
Problemverhalten als Fertigkeiten-Defizit verstehen	4.2
“Do DBT to the team” (Marsha Linehan)	5.4
Bei stationärer Krisenintervention: Engagement für kurze Verweildauer (herausarbeiten antizipierter Verantwortung für einen Lebensvertrag)	5.6

Unterlassens-Empfehlungen (Don'ts)	siehe Kapitel
<p>“Du” in der formellen Beziehung</p> <p><i>Besser:</i> Die Anrede “Sie” nutzen, auch wenn man sich länger und gut kennt, das unterstreicht die sachliche Beziehungsgestaltung, die geübt werden muss!</p>	2.2 & 3.1
<p>Androhung von Entlassung (aus dem stationären Setting) entspricht typischen Triggern</p> <p><i>Besser:</i> Fokus auf die Verbindlichkeiten und Sicherheiten in naher Zukunft</p>	2.2 & 3.1
<p>Keine Grenzen setzen (zu viel Akzeptanz, Beziehungsorientierung oder Bedürfnisorientierung ohne Reflexion)</p>	5.2
<p>Eigene Gefühle unterdrücken und ignorieren</p> <p><i>Besser:</i> Diszipliniert und offen mit eigenen Gefühlen und Grenzen umgehen</p>	5.3
<p>(Scheinbar hilfreiche) Gefühle bei Betroffenen erzwingen wollen, wenn keine Kontrolle darüber möglich ist (Invalidierung), z.B.: „Weinen Sie richtig, das tut gut...“</p>	5.1
<p>“angenehme Zuwendung“ bei Problemverhalten (Gefahr der Verstärkung)</p> <p><i>Besser:</i> Zuwendung für den Versuch, Skills einzusetzen</p>	3.1 & 5.2
<p>“klärende Gespräche“ bei Anspannung >70% (sind nicht zielführend; Lernen und Reflexion sind nicht möglich)</p> <p><i>Besser:</i> Unterbrechen mit Stresstoleranzskills und anschließender Lösungsorientierung für die auslösende Situation</p>	5.7
<p>Veränderung anbahnen, ohne vorher an Akzeptanz, Verständnis und Bereitschaft gearbeitet zu haben</p>	5.1
<p>[CAVE] Biographiearbeit kann sehr konfrontieren und alle Beteiligten emotional überfordern</p>	4.2 & 5.1

1. Einleitung

Diese Praxisempfehlung soll dazu beitragen, auf Missstände bei der Versorgung und Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) aufmerksam zu machen und die Pflegepraxis durch konkrete Handlungsempfehlungen zu verbessern. Sowohl aus der ambulanten als auch der stationären Versorgung und Behandlung von Menschen mit einer BPS ist von den Autor:innen dieser Praxisempfehlung über Jahre hinweg eine wachsende Diskrepanz zwischen Fachlichkeit und Wirklichkeit festgestellt worden. Diese Diskrepanz steht im Zusammenhang mit vier Problemfeldern:

- unzulängliche bzw. unpassende Versorgungs- und Behandlungsangebote
- Unsicherheit in der Interaktion mit Menschen mit BPS
- Unwissenheit im Hinblick auf das Genesungspotential
- unzureichende Unterstützung der praktisch tätigen Personen

In dieser Praxisempfehlung wird überwiegend auf grundlegende Inhalte aus der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) zurückgegriffen, bei der es sich um eine modularisierte, gut überprüfte und sehr anerkannte Therapie für Menschen mit BPS handelt. Studien belegen eine ausgesprochen hohe Wirksamkeit dieser Therapie (Stoffers-Winterling et al., 2022), zeigen aber auch, dass nicht alle Menschen mit BPS gleichermaßen davon profitieren und dass es auch Personen gibt, die andere Therapieansätze benötigen. In dieser Praxisempfehlung ist die DBT dennoch von zentraler Bedeutung, weil eine Fortbildung in DBT allen Berufsgruppen zugänglich und die DBT den Autor:innen in ihrer Praxis eine große Hilfe ist, das Verhalten von Menschen mit BPS besser zu verstehen und eine fachkundige Begleitung gewährleisten zu können. Darüber hinaus kann die „Psychotraumatologie wertvolle Anregungen für eine gehaltvolle Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung im Rahmen der Bezugspflege geben“ (Pillen, 2011, S. 266).

2. Problemstellung

2.1 Unzulängliche bzw. unpassende Versorgungs- und Behandlungsangebote

Für Menschen mit BPS scheint es zunehmend eine evidenzbasierte Versorgung in spezialisierten und zertifizierten Einrichtungen zu geben, gleichzeitig erleben wir häufig eine Fehl-, Unter- oder Überversorgung in allgemeinen stationären und ambulanten psychiatrischen Settings. Es mangelt trotz komplexer Problemlagen an Schnittstellenmanagement und generell fehlen geeignete ambulante Versorgungsstrukturen. In der Folge nehmen Betroffene verstärkt Notaufnahmen, unspezifische Hilfsangebote und die stationäre psychiatrische Versorgung in Anspruch (Franz & Lucke, 2021). Manchmal geschieht hier die Versorgung aus Mitleid, Fürsorge und/oder Hilflosigkeit, auch entgegen dem Willen der Menschen mit BPS. Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen können wiederum weitere Komplikationen wie z.B. Retraumatisierungen und Traumafolgestörungen oder aber auch Schwierigkeiten mit der Übernahme von Eigenverantwortung nach sich ziehen und dadurch Genesungsprozesse erschweren. Ahrens (2011) beschreibt, dass die Diagnose einer BPS per se ein stigmatisierendes Etikett darstellen kann. Des Weiteren besteht eine Tendenz von Behandler:innen, dysfunktionales Verhalten der Patient:innen zu überzeichnen und zu dramatisieren (Schoppmann & Sauter, 2023). Aufgrund der oftmals sichtbaren Merkmale einer BPS, wie beispielsweise mangelnde Emotionsregulation oder Narben infolge von selbstverletzendem Verhalten, wird von einer „diskreditierten“ Stigmatisierung gesprochen. Coping-Strategien, wie beispielsweise die Geheimhaltung, sind aufgrund der sichtbaren Merkmale nur begrenzt anwendbar (Schulze et al., 2010). Überdies zeigt sich, dass Männer mit einer BPS eher mit der Justiz in Kontakt kommen, in der Folge kommt es zu entsprechenden Vorstrafen und Aufhalten in Justizvollzugsanstalten, was sich als Genesung hemmend darstellt (Rüsch et al., 2021). Ebenso konnte dargestellt werden, dass Fachpersonen im Gesundheitswesen, in diesem Fall Behandler:innen, eine deutlich negativere Einschätzung hinsichtlich der „Motivation, Behandelbarkeit und Prognose“ (ebd.) bei Vorliegen einer BPS haben. Im professionellen Kontext werden Menschen mit

einer BPS als „schwierig“, „manipulativ“ und „spaltend“ beschrieben (Rüsch et al., 2021, 120 f). Hilfesuchende Patient*innen werden aufgrund interpersoneller Konflikte oder sichtbarer Narben stigmatisiert und erfahren dadurch eine Form der Invalidierung, welche letztlich zu einer Selbstabwertung führt. Des Weiteren konnte studienübergreifend nachgewiesen werden, „dass Menschen in helfenden Berufen zumeist dann Kontakt mit BPS-Betroffenen haben, wenn sich diese in akuten Krisen befinden“ (DGPPN, 2022, S. 23). Dies führt zu einer Fehlwahrnehmung des Verlaufs und der Prognose der Erkrankung. Diese Fehlannahme sowie die Wahrnehmung, dass sich Fachpersonen in der Behandlung von Menschen mit BPS teilweise nicht adäquat ausgebildet fühlen (Ahrweiler, 2013), sind als zentrale Ursachen für die dargestellten Schwierigkeiten zu nennen.

2.2 Unsicherheit bei der Interaktion mit Menschen mit BPS

Interaktionsschwierigkeiten sind ein Merkmal der BPS und somit fällt es den betroffenen Personen häufig schwer, das Verhältnis von Nähe und Distanz ausgewogen zu gestalten. Für professionell tätige Personen stellt es immer – insbesondere im Zusammenhang mit Menschen mit BPS - eine Kernaufgabe dar, Nähe und Distanz jeweils zur Person und zur Situation passend auszubalancieren. Professionelle Beziehungen, die z.B. zeitbedingt intensiver werden, können manchmal zunehmend freundschaftlichen Charakter annehmen, wobei sie dadurch aber häufig an Struktur, Sachbezug und Zielorientierung verlieren. Das kann insbesondere dann der Fall sein, wenn bei fehlendem Schnittstellenmanagement die gemeinsame, sinnvolle Zielsetzung nicht überwacht wird. Dies ist in der psychiatrischen Pflege sowohl im stationären Kontext als auch in der ambulanten Psychiatrie und der gesetzlichen Betreuung zu beobachten. Bei oft fehlender Intervision oder Supervision handeln Fachpersonen, ohne zu ahnen, dass es der Beziehung an funktionaler Objektivität mangelt. In der Praxis finden dann Simulationen professionellen Handelns statt (Abeld, 2017). Beziehungsdynamische Konflikte und auch machttheoretische Gesichtspunkte sind zu vermuten. Ein Praxisbeispiel betrifft das häufig beobachtbare unscharfe Nähe-Distanz-Verhältnis (Rollen-Unklarheit) mit der „Du“ Ansprache, anstatt dem „Sie“. Es scheint, als ob hier von einer Art scheinbar freundschaftlichen Beziehung die Rede ist. In einer pseudo-freundschaftlichen Beziehung, in der der Fokus auf Symptomatik und aktiver Arbeit an den Borderline-Problematiken zunehmend verblasst, wird Betroffenen eine trügerische Sicherheit suggeriert. Sobald die Beziehung nicht hält, was sie vermeintlich verspricht, treten die borderlinespezifischen intrapsychischen und interpersonellen Fertigkeitendefizite wie erhöhter Stress und Anspannung, Angst vor dem Verlassenwerden, Angst vor Scham, Selbstabwertung, Selbsthass (z.B. mit selbstverletzendem Verhalten) erneut auf und Teufelskreise entstehen.

In der Praxis lässt sich aber nicht nur beobachten, dass freundschaftliche Beziehungen entstehen und es an Distanz mangelt, sondern auch, dass es an Nähe mangelt, weil sich teilweise fachlich falsche Interventionen etabliert haben. Mancherorts ist in der Praxis sogar der Satz 'Mit Borderline-Patient:innen führen wir keine Einzelgespräche' zu hören. Vielerorts besteht Unsicherheit im Umgang mit Menschen mit BPS, häufig mangelt es an Fachwissen. In der Folge wird teilweise die Interaktion an sich gemieden oder Gespräche werden bewusst kurz und abweisend geführt. Dies wird als Invalidierung erlebt und ist für die Menschen mit BPS nicht hilfreich und sogar kontraproduktiv.

Was in der Praxis ebenso beobachtet werden kann, ist, dass Menschen mit BPS mit 'Spielzeug' (Stresstoleranzskills) ausgestattet werden und damit eigenverantwortlich umgehen sollen. Dies hat weitreichende Konsequenzen: Zum einen fühlen sich die Menschen weggeschickt und allein gelassen und machen berechtigterweise die Erfahrung, dass Skills nicht helfen. Zum anderen fehlen Fachverständnis von professionell tätigen Personen, Psychoedukation und lösungsorientierte Skills (z.B. zur Achtsamkeit, zum Umgang mit Gefühlen sowie zu zwischenmenschlichen Fertigkeiten und Selbstwert). Durch diese fatalen (Lern-)Erfahrungen verlieren Betroffene an Vertrauen in die Therapie, in die Fachpersonen und auch in die Beziehung. Derartige Invalidierungen erschweren den Aufbau von tragfähigen und professionellen Beziehungen immens. Diese sind nicht nur entscheidend für die Genesung bei anderen psychischen Erkrankungen, sondern auch unerlässlich für das Arbeitsbündnis zwischen Fachpersonen und Menschen mit BPS. Aufgrund der vorherrschenden Interaktionsschwierigkeiten erfordert der Aufbau einer solchen Beziehung viel Fachwissen und (Selbst-)Reflexion.

2.3 Unwissenheit im Hinblick auf Genesungspotentiale

Hoffnung ist auf dem Genesungsweg von zentraler Bedeutung. Psychiatrisch Pflegende übernehmen in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen die Rolle der Hoffnungsträger:innen. Auch diese Rolle kann im Kontext von Persönlichkeitsstörungen für professionell Tätige eine Herausforderung darstellen. Nicht nur die Komplexität der Problemlagen, sondern auch mangelndes Fachwissen wirken sich negativ auf die intrinsische Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung von Betroffenen aus.

Eine Verbesserung der Lebensqualität ist auch ohne störungsspezifische Therapie möglich. So weisen zahlreiche Langzeitstudien auf hohe Remissionsraten bei der BPS hin. Nach 10 Jahren ist eine deutliche symptombezogene Verbesserung zwischen 50% bis 90% bei den Betroffenen zu beobachten (Alvarez-Tomás et al., 2017; Gunderson et al., 2011; Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini et al., 2012; Zeitler et al., 2020).

Insbesondere die akuten Symptome, wie Impulsivität, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten welche häufig mit stationären Einweisungen und Kriseninterventionen in Verbindung stehen, nehmen mit zunehmendem Alter ab. Dagegen bleiben die affektiven und interpersonellen Einschränkungen im Langzeitverlauf länger bestehen (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012; Zanarini et al., 2018). Mittlerweile konnte eine Meta-Analyse nachweisen, dass es sich hier um natürliche Remissionsprozesse handelt, welche sich auch unabhängig von psychotherapeutischen Interventionen entwickeln (Álvarez-Tomás et al., 2019).

Störungsspezifische Therapiemethoden hingegen sind hinsichtlich der Behandlungserfolge der BPS sehr erfolgsversprechend: Nach nur einem Jahr ambulanter Dialektisch Behavioraler Therapie erfüllen 77% der Betroffenen die Kriterien einer BPS nicht mehr (Stiglmayr et al., 2014)!

2.4 Unzureichende Unterstützung der praktisch tätigen Personen

In einer Studie von Breneise et al. (2020) wurde psychiatrisches Pflegepersonal mittels Fragebögen zur Einstellung gegenüber Patient:innen mit Depression oder BPS befragt. Die Forschungsgruppe konnte feststellen, dass Patient:innen mit einer BPS im Vergleich zu Patient:innen mit einer Depression eine stärkere Abwertung und stärker negative Beurteilung erfahren. Ebenso zeigte sich, dass sich das befragte Pflegepersonal weniger empathisch und hilfsbereit gegenüber Patient:innen mit einer BPS verhält, als gegenüber Patient:innen mit einer Depression. Das Phänomen der Stigmatisierung bei bestehender BPS ist Gegenstand einer Vielzahl von Forschungen (Campbell et al., 2020). Insbesondere Einstellungen und Stigmata auf Seiten von Fachpersonen gegenüber der Diagnose wurden untersucht und "weisen darauf hin, dass diese Erkrankung nach wie vor mit einem Stigma behaftet ist" (Campbell et al., 2020, S.976, Übersetzung durch die Autor:innen).

Diese Erkenntnisse implizieren einen spezifischen Unterstützungsbedarf für Patient:innen mit einer BPS, da sie einem erhöhten Maß an Stigmatisierung und negativen Bewertungen ausgesetzt sind. Um eine hilfreiche Einstellung zum Umgang mit Menschen mit BPS zu entwickeln, braucht es unter psychiatrisch Pflegenden die Vermittlung von evidenzbasiertem Wissen (Dickens et al., 2016).

Unterstützung der Helfenden ist in den Grundannahmen der Dialektisch Behavioralen Therapie fest verankert. Dort heißt es: „*Therapeuten, die Borderline-Patienten behandeln, brauchen Unterstützung*“ (Bohus, 2019, S. 24). Borderline-Betroffene behandelt man im Team und nicht als *Einzelkämpfer*in*. In der DBT sind sogenannte Consultation-Teams und Intersessionsteams unabdingbar. Des Weiteren ist auch Supervision in der DBT fest verankert. Die aktuelle S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung fordert settingübergreifend ebenfalls, dass behandelnde Personen aller Berufsgruppen in störungsspezifischen Methoden fortgebildet sind und dass ausreichende Inter- und Supervision sichergestellt ist (DGPPN, 2022).

3. Lösungsansätze

Auf Basis der vorhergehenden Schilderungen lassen sich folgende Probleme ableiten:

Fortlaufende Invalidierung und unzulängliches Fachwissen führen zu Hospitalismus-Symptomen, die sich beispielsweise in einem dauerhaften Rückzug aus psychosozialen Bezügen im ambulanten Setting zeigen (Betroffene haben fast nur noch Kontakte im psychiatrischen Umfeld). Stigmatisierung bleibt dadurch aufrechterhalten, Viktimisierung und Chronifizierung könnten die fatalen Folgen sein. Retraumatisierungen infolge von Zwangseinweisungen oder -behandlungen bei schweren Krisen sind ebenfalls die Störung aufrechterhaltende und die Störung stabilisierende Faktoren. Ein fehlendes Schnittstellenmanagement der Behandlungseinheiten und der Fachpersonen untereinander verhindert eine übergeordnete Gesundheitsorientierung, um das Genesungspotential nachhaltig wirksam für Betroffene nutzbar zu machen. Auch bei Fachpersonen ist eine erlernte Hilflosigkeit bis hin zu Hospitalismus-Symptomatik zu beobachten.

Zur Verbesserung der Problemlagen können zwei Lösungsansätze beitragen:

1. Grundlagen der spezifischen Beziehungsgestaltung beachten.
2. Störungsspezifisches Wissen verbessern und evidenzbasierte Interventionen implementieren.

3.1 Grundlagen der spezifischen Beziehungsgestaltung beachten

Professionelle Beziehungsgestaltung ist eine Kernaufgabe von Pflegefachpersonen und soll Betroffenen u.a. ermöglichen, modellhaft Erfahrungen zu machen, die sie auf ihren Alltag übertragen können (Schädle-Deininger & Wegmüller, 2016). Dabei muss die Pflegefachperson berücksichtigen, dass die Beziehung immer an therapeutische (z.B. Zweckgebundenheit, zeitliche Begrenzung), an inhaltliche (z.B. Behandlungsauftrag) und an professionelle (z.B. Ethikkodex) Bedingungen geknüpft ist und sie die Verantwortung für diesen Prozess trägt (Hahn & Wolff, 2023).

Die Gestaltung einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung stellt professionell Tätige vor besondere Herausforderungen, da Menschen mit einer BPS typische Beziehungsmuster aufweisen. Subjektiv fühlen sie sich häufiger sozial zurückgewiesen, ausgeschlossen oder abgelehnt (Renneberg et al., 2012; Staebler et al., 2011). Um die Beziehung vermeintlich zu sichern, setzen sie oft verzweifelt dysfunktionale Strategien ein, wie z.B. die Androhung von selbstschädigendem Verhalten, um nicht allein gelassen zu werden. Es ist wichtig zu beachten, dass Betroffene dabei wirklich in Not sind, aber nicht voraussehen, welchen Druck ihr Verhalten auf andere ausübt. Dies kann dazu führen, dass sie eher Ablehnung erfahren als Nähe. Je stärker die innere Anspannung ist, desto weniger können sie sich in das Gegenüber hineinversetzen (Daros et al., 2013). Dies führt zu einer emotional belastenden Dynamik für alle Beteiligten (Bohus & Wolf-Arehult, 2013; Reicherzer, 2015).

In ihrem Werk 'Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder' gehen Gunderson und Links (2014) sogar davon aus, dass die hohe Empfindsamkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen einen Großteil der Symptomatik erklärt und dass die Betroffenen ein ausgeprägtes Gespür für Ablehnung haben und darauf mit einer Zunahme der Symptomatik reagieren. Deshalb postulieren die Autoren, dass Betroffene ein Gegenüber brauchen, das mitfühlt und auch dann im Kontakt bleibt, wenn es schwierig wird. Gleichzeitig sollen Betroffene erleben, dass aktive Mitarbeit am Therapieprozess die Beziehung sichert und dass eine Besserung ihres Zustands die Beziehung stärkt, statt sie zu beenden. Den Betroffenen sollen so korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht werden (Gunderson & Links, 2014).

In der Dialektisch Behavioralen Therapie ist die aktive, mitfühlende Beziehungsgestaltung von zentraler Bedeutung und ein grundlegendes Instrument in der Therapie (Stiglmayr & Gunia, 2017). Die Autoren sagen dazu: „Die Beziehungsgestaltung in der DBT ist im Unterschied zu vielen anderen Verfahren

ungewöhnlich intensiv und verbindlich“ (Stiglmayr & Gunia, 2017, S. 52). Auch Marsha Linehan, Begründerin der DBT, betont dies: „Tatsächlich ist es gerade die Stärke der Beziehung, die die Patientin (und manchmal auch den Therapeuten) in der Therapie hält“ (Linehan, 1996, S. 388).

Eine professionelle, von Verbindlichkeit und Wertschätzung geprägte Beziehungsgestaltung ist somit für die Begleitung von Menschen mit BPS von zentraler Bedeutung. Bezugspflege oder Primary Nursing bietet für die Beziehungsgestaltung im psychiatrischen Kontext einen hilfreichen Rahmen (Sahm et al., 2021).

3.2 Störungsspezifisches Wissen verbessern und evidenzbasierte Interventionen implementieren

Die Haltung gegenüber den Betroffenen beeinflusst die Beziehungsgestaltung essenziell. Da Haltung nicht einfach verordnet werden kann, haben sich Studien damit beschäftigt, wie die Einstellung von Fachpersonen zu Borderline-Betroffenen beeinflusst werden könnte. Eine Übersichtsarbeit kommt zu dem Schluss, dass Aufklärungsmaßnahmen über das Störungsbild und über sinnvolle Interventionen ein beträchtliches Potenzial dafür haben, sich positiv auszuwirken. Gleichzeitig zeigt diese Arbeit, dass theoretische Schulungen allein nicht ausreichend sind, um die Praxis nachhaltig zu verändern. Es bedarf des Trainings und der Möglichkeit, praktische Erfahrungen zu sammeln, um das Vertrauen in die Kompetenz zur Genesung (Recovery) der Betroffenen beim Gesundheitspersonal zu steigern und die besondere Beziehungsdynamik besser regulieren zu können (Klein et al., 2022). So konnte beispielsweise das Programm „Clinician Connections“, welches sich an den Inhalten der Family Connections von Hoffmann und Fruzzetti (2005) orientiert und Wissen sowie Fertigkeiten im Umgang mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) vermittelt, den Umgang mit Betroffenen verbessern und die erlebte Selbstwirksamkeit erhöhen (Burke et al., 2019).

Schulungen sollten kurz, pragmatisch und settingübergreifend aufgebaut sein und sich an den Bedürfnissen der Fachpersonen orientieren (Klein et al., 2022). Regelmäßiges Üben ist für die sicherere Anwendung z.B. von Kommunikationshaltung und -techniken unerlässlich. Eine nachhaltige Implementierung von Interventionen erfordert ein gezieltes, mehrschrittiges und strukturiertes Vorgehen (Herwig & Sauter, 2025). Zum Verstetigen der Interventionen können z.B. Personen aus dem Team beitragen, die eine besondere Expertise zum Thema aufweisen und als Lernmodell und korrektiv im Alltag fungieren.

4. Theoretische Grundlagen

Als Pflegefachperson ist es unerlässlich, das eigene Handeln in einen übergeordneten Kontext setzen zu können. Pflegefachpersonen sollen kontrolliert und diszipliniert bei sich, den Betroffenen, den eigenen Gefühlen und persönlichen Fertigkeiten bleiben können, vor allem, um dem eigenen Wirkungsspektrum, den Kompetenzgrenzen, aber auch den Anforderungen sachgerecht begegnen zu können. Auslöser, Reaktionen und Konsequenzen werden von Pflegefachpersonen im Pflegeprozess beschrieben, durchgeführt und evaluiert. Dafür bedarf es störungsspezifisches Hintergrundwissen. Darüber hinaus sollte das Konzept der Behandlungsstufen aus der DBT berücksichtigt werden, um den Betroffenen eine sinnvolle Orientierung im Genesungsprozess zu bieten (Bohus, 2019). Der in den Phasen null bis drei verlaufende, selten stringente Prozess, kann häufig über Jahre hinweg andauern und nur dann erfolgreich verlaufen, wenn alle Akteur:innen damit vertraut sind.

4.1 Grundlegende Behandlungsstrukturen

Für ein zielführendes und hilfreiches Schnittstellenmanagement müssen die Behandlungsphasen allen Fachpersonen bekannt sein. Betroffene, die keine Diagnose oder eine Verdachtsdiagnose erhalten und nur über unzulängliches Wissen über Behandlungsstrategien und evidenzbasierte Behandlungsansätze verfügen, sind der **Phase Null** zuzuordnen. Vor Diagnostik, Therapie und Kontakt mit Expert*innen geht es um *Informationsvermittlung und Motivations- und Commitment-Arbeit zur Orientierung im*

Gesundheitssystem. Betroffene in Stadium Null sind auch häufig in ambulanten Wohneinrichtungen, in der Eingliederungshilfe, in der Versorgung von einfacher und qualifizierter Assistenz und in der gesetzlichen Betreuung sowie bei der Agentur für Arbeit und dem Jobcenter angebunden. Falls Betroffene in diesem sozialen Feld in Stadium Null bislang keine störungsspezifische Versorgung erfahren haben oder nicht ausreichend informiert und motiviert sind, können DBT-Elemente hilfreich zur Anwendung kommen. Ziele in dieser Phase sind eine sinnvolle Orientierung im Gesundheitswesen (hierarchisiertes Symptomanagement) und die Erarbeitung einer Motivation zu störungsspezifischen Angeboten (Bohus, 2019). Psychiatrische Pflegefachpersonen können die Betroffenen über das Störungsbild in einer entsprechenden und annehmbaren Form informieren und aufklären, Hoffnung vermitteln und den Betroffenen helfen, die Symptome vor dem Hintergrund der Störung zu verstehen und damit die Motivation zu störungsspezifischen Angeboten fördern. Psychoedukation und valide *Diagnostik* sind erstrebenswert. Die Risikoeinschätzung zu Suizidalität und der verantwortungsbewusste, risikospezifische Umgang mit Suizidalität durch verlässliche Absprachen oder Verträge sind relevante Themen. Die Vorbereitung auf eine störungsspezifische, Borderline-zertifizierte Therapie kann einen rentablen Fokus darstellen.

Welche intrinsischen und extrinsischen Faktoren hindern Betroffene daran, sinnvolle Behandlung aufzusuchen?

- Gibt es Behandlungsangebote und sind diese realisierbar?
- Versteht der Betroffene das Störungsbild?

Problematische motivationale Komponenten können entstehen, wenn insbesondere im ambulanten Setting nicht-einlösbare Versorgungswünsche (beispielsweise langfristige Entlastung und Zuwendung in freundschaftlicher Art), Druck in der Peer-Gruppe oder die Sorge vor Autonomie-Einschränkung nicht aufgelöst werden. Hilfreich hingegen sind im Stadium Null die Auseinandersetzungen mit folgenden Fragen:

- Was ist Ihnen zurzeit wirklich wichtig?
- Sind Ihre wichtigsten Bedürfnisse wirklich befriedigt?
- Wie möchten Sie in den nächsten 2 Jahren leben?
- Wie sollte eine Therapie aussehen, von der Sie profitieren würden?
- Wie sollte eine Therapeutin/ein Therapeut sein, dass Sie mit ihr/ihm arbeiten möchten? (Stiglmayer, 2023, S. 126).

Betroffene, die nicht in Phase Null sind und Akutsymptomatik, unklare Absprachefähigkeit und/oder unklare Steuerungsfähigkeit zeigen, sind **Phase Eins** zuzuordnen. Auf eine kurzzeitige Krisenintervention muss eine selbstwirksame Verantwortungsübernahme folgen. Phase Eins ist gekennzeichnet von der Verbesserung der Verhaltenskontrolle durch:

- Verbesserung der Überlebensfertigkeiten.
- Verbesserung der Mitwirkung bei der Therapie(planung).
- Behandlungen von sehr schwerwiegenden psychischen Störungen
- und/oder Problemen, die normale soziale Interaktionen und/oder berufliche Tätigkeiten verhindern.

Die Bearbeitung schwerwiegender Probleme auf der Verhaltensebene kann bis zu einem Jahr beanspruchen. Betroffene, die ausreichend stabilisiert und distanziert von Akutsymptomatik sind, sind therapiefähig, absprachefähig, bedingt steuerungsfähig und **Phase Zwei** zuzuordnen. Im Fokus der Therapie stehen die Emotionsregulation und der Umgang mit dysfunktionalen Grundannahmen. Die Behandlung von anderen psychischen Störungen und Problemen einschließlich Traumatherapie stehen im Fokus, die Verbesserung der beruflichen und partnerschaftlichen Situation kann ebenso bearbeitet werden. Der Umgang mit borderlinetypischen emotionalen Problemen wie Wut, Scham, Einsamkeit, Selbsthass, Angst vor Verlassenheit, Ohnmacht, Dissoziation usw. sind jetzt nachhaltig veränderbar.

Betroffene, die einen erfolgreichen ambulanten oder stationären therapeutischen Weg absolviert haben, wobei ambulante, störungsspezifische Therapie einer stationären Therapie vorzuziehen ist (Richtlinie für ambulante Psychotherapie vom Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA), werden der **Phase Drei** zugeordnet. Allerdings ist in Deutschland der Sektor der ambulanten Versorgung unterentwickelt. Störungsspezifische Therapie ist vorwiegend im stationären Bereich etabliert.

In der dritten Phase wird an der Aufrechterhaltung der Funktionalität und der Gestaltung eines sinnerefüllten Lebens, Verbesserung der Selbstachtung, Steigerung der Selbstfürsorge, Steigerung des achtsamen Selbstmitgefühls, Entwicklung und Umsetzung individueller Lebensziele gearbeitet (Bohus, 2019). In Phase Drei bestehen die Herausforderungen, ein bezahltes Arbeitsverhältnis aufzunehmen und fortzuführen, unabhängiger von professionell Helfenden zu werden und anzunehmen, das Hilfesystem verlassen zu können, sowie soziale Netze aufzubauen (Höschel & Chrysanthou, 2011).

Für die akutpsychiatrische Behandlung zur Diagnostik und Stabilisierung mit DBT-Elementen wird es mit Hilfe der Behandlungspfade (ebd. Stage 0-3) psychiatrischen Kliniken möglich, der fachlichen und personellen Herausforderung des Versorgungsdrucks von Patient:innen mit einer BPS besser zu begegnen (Franz & Lucke, 2021).

4.2 Die biopsychosoziale Theorie und das Transaktionale Modell

Je nach störungsspezifischem Therapieansatz werden der BPS unterschiedliche Störungsmodelle zugrunde gelegt. In ihrem biopsychosozialen Ursachenmodell sieht Marsha Linehan die Emotionsregulationsstörung als zentrale Herausforderung an. Dabei spielen zwei Komponenten eine Rolle:

Betroffene zeigen bereits im Kinder- und Jugendalter eine hochsensible Veranlagung. Schon vermeintlich kleine Reize lösen prompte Reaktionen aus. Die Erregung steigt steil an, bleibt lange auf hohem Niveau und bildet sich verzögert zurück, wodurch die Empfindsamkeit für weitere Reize erhöht ist. So zeigen sich diese Kinder sehr sensitiv und lassen sich schwer beruhigen. Das allein hat noch keinen Krankheitswert. Wenn diese Kinder zusätzlich auf ein sogenanntes invalidierendes soziales Umfeld (primäre Bezugspersonen, Zugehörige, Peergroup) treffen, kann sich eine Störung der Emotionsregulation entwickeln. Ein invalidierendes Umfeld bedeutet, dass Gefühlsäußerungen des Kindes nicht ernst genommen, unterdrückt oder negiert werden oder dass darauf für das Kind unvorhersehbar reagiert wird. Dies kann auch unbeabsichtigt geschehen und zu einer großen Unsicherheit bezüglich der eigenen Gefühle führen. Diese werden entweder nicht mehr gezeigt oder die Person sucht nach Hinweisen in der Umgebung, wie sie sich fühlen lassen sollten. In der Folge geht nach und nach der Kontakt zu den eigenen Gefühlen verloren und sie werden als diffuse Anspannung wahrgenommen. Um diese quälende Spannung zu regulieren, entwickeln Betroffene dysfunktionale Verhaltensweisen. Diese bieten zwar eine kurzfristige Entlastung, helfen jedoch nicht, die Gefühle langfristig zu regulieren. Das kann letztlich zur Entwicklung einer BPS führen (Linehan, 1996).

Dennoch ist die Bezeichnung des invalidierenden Umfeldes keinesfalls mit einer Schuldzuweisung gleichzusetzen. Im transaktionalen Modell nach Fruzzetti, Shenk & Hoffman (2005) wird gezeigt, dass es sich vielmehr um das ungünstige Wechselspiel zwischen einem emotional hoch bedürftigen Kind und dem Versuch der Bezugspersonen, darauf zu reagieren, handelt. Die emotionale Feinabstimmung gelingt nicht, vor allem dann, wenn die Aufmerksamkeit der frühen prägenden Bezugspersonen noch durch andere belastende Lebensumstände beeinträchtigt ist. So entsteht ein Kreislauf aus gegenseitigen Missverständnissen und Invalidierungen. Auf emotionale Unachtsamkeiten reagiert das Kind mit großer innerer Not und dysfunktionalen Bewältigungsversuchen, auf die das Umfeld wiederum mit Unverständnis und weiteren Invalidierungen reagiert – ein sich wechselseitig verstärkendes System (Fruzzetti et al., 2005).

Starke anhaltend enttäuschende Erfahrungen, dass die eigenen Emotionen nicht für relevant erachtet werden, werden als traumatische Invalidierung erlebt!

Es ist notwendig, sich diese Dynamik bewusst zu machen, um zu verstehen, warum Validierung so bedeutsam für die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit einer BPS ist.

4.3 Die Grundannahmen in der Dialektisch Behavioralen Therapie

Die Grundannahmen der Dialektisch Behavioralen Therapie sind für eine konstruktive Haltung gegenüber Betroffenen sehr wirkungsvoll, da sie einer intrinsischen und prozessualen Auseinandersetzung im Genesungsprozess entlehnt sind und sie die gängigen Vorurteile aufgreifen und kognitiv umstrukturieren (Bohus & Reicherzer, 2020).

Pflegefachpersonen sollten sich bewusst sein, dass ihre eigene Haltung die therapeutische Beziehung maßgeblich beeinflusst und dass eine konstruktive Haltung auch bei ihnen selbst motivationsfördernd wirkt. Eine von Betroffenen gewünschte Haltung beinhaltet den Glauben der Pflegefachperson an die Möglichkeit der Genesung, Vorurteilsfreiheit, Sinn für Humor, Flexibilität im Umgang mit eigenen Grenzen in Krisenzeiten und eine grundsätzliche Mitmenschlichkeit, die Klient:innen als Menschen und nicht als Störungsbild betrachtet (Romeu-Labayen et al., 2021). Eine Recovery-orientierte Haltung basiert auf Akzeptanz, Respekt und einer ganzheitlichen Sichtweise, die die Stärken der Person berücksichtigt. Die Pflegenden müssen einen sicheren Raum schaffen, in dem Klient:innen keine Angst haben müssen, für ihr Verhalten verurteilt zu werden (Morrissey et al., 2017).

Zusätzlich ist eine wohlwollende Haltung gegenüber Teamkolleg:innen erforderlich, da aufgrund der Beziehungsdynamik Fehler auftreten können und es wichtig ist, offen damit umzugehen (Mayer-Bruns, 2013).

Die therapeutischen Grundannahmen in der DBT gelten für alle professionell Tätigen:

- *„Jedes Verhalten der Patientinnen ergibt im subjektiven Kontext Sinn. Das heißt, die Patientinnen versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtig schwierigen Situationen zu machen. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, die jeweiligen Auslöser, Schemata und Konsequenzen herauszuarbeiten.*
- *Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.*
- *Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht.*
- *Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selbst lösen.*
- *Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.*
- *Borderline-Patientinnen müssen in fast allen relevanten Dimensionen neues Verhalten erlernen.*
- *Patientinnen können in der DBT nicht versagen.*
- *Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.“* (Bohus, 2019, S. 24).

4.4 Borderline Erfolgsgeschichten

Neben Studienergebnissen gibt es eine Vielzahl an Erfolgsgeschichten. Betroffene sind Expert:innen aus Erfahrung und können sich auch in der Versorgungs- und Behandlungslandschaft gewinnbringend einbringen. EX-IN (Experience involved) oder DBT-Peer-Coaches (Bohus & Reicherzer, 2020) sind Menschen, die ihre Erkrankung erfolgreich bewältigen oder bewältigt haben. Beispielsweise im Borderline Trialog, in Borderline Beratungsstellen oder in Autobiografien (Armbrust & Link, 2015; Linehan, 2020) werden Genesungsprozesse transparent, erfahrbar und wirken dadurch hoffnungsstiftend.

Marsha Linehan selbst ist ein herausragendes Beispiel für eine erfolgreich bewältigte BPS. Ihr Werdegang von eigenen Psychiatrieerfahrungen in ihrer Jugend bis hin zur Professorin, Entwicklerin einer weltweit renommierten Psychotherapiemethode und Zenmeisterin bezeugt das Genesungspotential dieser schwerwiegenden psychischen Herausforderung.

Es gibt jedoch auch viele andere Erfolgsgeschichten; so die eines jungen Mannes aus der Sozialpsychiatrie: Ein mitte-zwanzigjähriger Betroffener - dessen Mutter Prostituierte gewesen, drogenabhängig, verstorben; der Vater drogenabhängig und stets abwesend - hatte mehrere Heimaufenthalte, da er wegen "nicht Führbarkeit" im Hilfesystem herumgereicht wurde. Seine Mutter hatte in seiner Anwesenheit Freier empfangen und ist schließlich nach einem ungeklärten Streit, in den auch er selbst involviert war, gestorben, wodurch er bis heute Schuldgefühle empfindet. Er entwickelte eine Drogen- und Alkoholabhängigkeit. Er hat eine Frau gefunden, mittlerweile ist er verheiratet und hat zwei Kinder (2 und 6 Jahre alt). An seinem Geburtstag wurde er einmal von seiner Frau mit einem anderen Mann betrogen. Dieses Ereignis war immer wieder ein Anlass, sie aus Kränkung und Wut zu schlagen. Er hat immer wieder Drogen und Alkohol konsumiert, dazwischen über mehrere Monate im Jahr abstinente Phasen gehabt, nie jedoch an seinem Geburtstag, an dem er immer „verlorengegangen“ ist (Angst vor Gewalt). Im Rahmen der ambulanten Sozialpsychiatrie hat er das Konzept von Wise Mind aus der DBT kennengelernt und trainiert. *Aus der Position von Wise Mind heraus ist es möglich zu erlernen, eine weise Entscheidung zu treffen, die sowohl emotionale als auch rationale Komponenten berücksichtigt* (Bohus & Reicherzer, 2020). In Vorbereitung auf seinen bevorstehenden Geburtstag wurden die multiplen aktivierten Gefühle und ihre Handlungsimpulse exploriert und Wise Mind in die Frage nach dem Umgang mit diesen einbezogen. Dieser Klient konnte seither seinen herausfordernden Geburtstag clean, gewaltfrei und mit Vorbildfunktion für seine Kinder hilfreich gestalten. Für ihn hilfreich war ein zukunftsfähiges neues emotionales Netzwerk geübt zu haben, was es ihm ermöglichte, mit Distanz, Mitgefühl und Weisheit Entscheidungen zu treffen, gleichzeitig werden seine dysfunktionalen Impulse mit der Dauer blasser und auch mal wieder heftig. Dies gilt es zu erlernen und zu akzeptieren.

Jeder Versuch von Akzeptanz, jede erfolgreich absolvierte Therapie, jeder Zuwachs an Lebensqualität ist ein Erfolg, der für sich steht und der viel zu wenig erzählt wird. Aus einem Samen, der in die Erde gepflanzt wird, kann mit der Zeit ein standhafter Baum entstehen. Wenn die neun klinischen Kriterien der BPS-Störung über einen gewissen Zeitraum nicht mehr erfüllt werden, kann und sollte eine Diagnose feierlich aberkannt werden, d.h. der Abschied von einer möglichen Identifikation mit der Persönlichkeitsstörung sollte vollzogen werden.

Im Forum Borderline Dialog, z.B. www.borderlinedialog.de, finden regelmäßig Treffen statt, die von den Erfolgsgeschichten berichten.

5. Interventionen

5.1 Validierungsstrategien und Wording

„Unter Validierung versteht die DBT jede Äußerung [...], die darauf abzielt, der Patientin zu vermitteln, dass ihre Verhaltens- und Erlebensweisen aus ihrer subjektiven Sicht stimmig sind [...], jedoch manchmal nicht die einzig möglichen und oft nicht die sinnvollsten Reaktionsmuster darstellen [...]“ (Bohus & Wolf-Arehult, 2013, S. 24).

Validierung ist eine akzeptanzorientierte Kommunikation, ein Kennzeichen von Respekt, wirkt beziehungsfördernd, kann starke Emotionen abschwächen und macht Problemlösung leichter. Damit können auch kritische Situationen deeskaliert werden (Fruzzetti, 2006). „Validieren fördert einen angemessenen Gefühlsausdruck. Wenn Person A erfährt, dass ihre Gefühle validiert werden, wenn sie sie offen und ehrlich ausdrückt, wird sie dies häufiger tun. Damit wird es für Person B wiederum leichter, die Gefühle zu validieren, weil sie sie immer besser verstehen kann.“ (Trasselli et al., 2022, S. 144).

Validierung kann dabei verbal oder nonverbal stattfinden. Validiert werden kann alles, was valide ist, wie z.B. Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und auch Handlungsimpulse. Was nicht valide ist, sollte auch nicht validiert werden, z.B. Wertungen, dysfunktionale Äußerungen. Das bedeutet, dass man das Gefühl (z.B. Wut) anerkennt, nicht jedoch die Bewertung (z.B. XY ist ein Depp) oder die Strategie (z.B. aggressives Verhalten). In emotional aufgeladenen oder komplexen Situationen muss manchmal mehrfach hintereinander validiert werden, um zu deeskalieren oder um wirklich zu erfassen, um welches Gefühl oder Bedürfnis es eigentlich geht.

In ihren DBT-Familienkills beschreiben Trasselli und Kollegen (2022) sehr anschaulich und praxistauglich, was beim Validieren konkret beachtet werden soll:

- dem Gegenüber auf Augenhöhe und mit Respekt begegnen
- aufmerksam zuhören und vermitteln, dass Erleben und Verhalten nachvollziehbar sind, auch wenn man selbst anderer Meinung ist
- sich wirklich für die Perspektive des anderen interessieren
- das dahinterliegende Gefühl oder Bedürfnis entdecken wollen

Dies gelingt leichter, wenn man die Erfahrungen und die Lebensgeschichte des anderen berücksichtigt. Da, wo es angebracht ist, sollen Gefühle und Gedanken normalisiert werden (“jeder würde so empfinden”) und es muss auf den passenden Zeitpunkt geachtet werden (Trasselli et al., 2022). Ausreichende Validierung ist die Voraussetzung dafür, dass das Gegenüber entweder eigene Lösungsideen entwickelt oder auf angebotene Lösungsansätze eingehen kann. Darüber hinaus ermöglicht Validierung eine angstfreie Beziehungserfahrung und damit Wachstum.

Wie Validieren praktisch funktioniert, kann man sich z.B. (auf Englisch) auf der frei zugänglichen Webseite der NEA-BPD (National Education Alliance for Borderline Personality Disorder) anschauen: „Open your mind before you open your mouth“ (<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/video-series/>).

Eine Validierung ist nur wirkungsvoll, wenn sie authentisch ist. Sie hat nichts mit Bestärken, Manipulieren oder Beschwichtigen zu tun. Zu loben ist eine Validierungsfalle, da dies eine Bewertung ist. Eine authentische Validierung erlebt der Adressat oder die Adressatin in der Wirkung. Zu technisches Validieren kann Misstrauen hervorrufen.

Grundsätzlich nicht hilfreiches Wording (und invalidierend) sind Begriffe wie *Spaltung, Agieren, Manipulation, Abgrenzungsnotwendigkeit* und *Toxizität*. Dennoch sind sie gebräuchlich und beschreiben Phänomene, die die konkrete Verantwortung nicht benennen (wer, was, wann getan oder gesagt hat), daher werden sie in erfolgreichen DBT-Teams als *Sackgassen (Bewertungen)* gelabelt und vermieden. Zielführender ist es, konkretes Verhalten zu benennen. Auch der Begriff „*aber*“ suggeriert stets einen Widerspruch zum vorher Gesagten und erzeugt Widerstand, der wieder repariert werden muss. Geschickter sind andere Begriffe, wie: *und, gleichzeitig, zeitgleich, parallel, trotzdem, deshalb...*, welche das zuvor Gesagte (validierend) gelten lassen.

5.2 Dialektische Beziehungsgestaltung

Diese Form der Beziehungsgestaltung ist für jeden Kontakt und für jedes Setting von elementarer Bedeutung. Professionell Tätige sollen dem Betroffenen einerseits Verständnis und *“tiefen, fundamentalen und unerschütterlichen Respekt”* (Reicherzer, 2015, S. 124) entgegenbringen und gleichzeitig vermitteln, dass Mitarbeit und Veränderung erwartet werden. Dialektische Beziehungsgestaltung bedeutet u.a., dass die Pflegefachperson angemessen und flexibel auf die extremen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Betroffenen in der jeweiligen Situation reagieren und sie ausbalancieren kann.

Sie zeigt sich präsent, mitfühlend und authentisch und kann gleichzeitig eigene Grenzen rechtzeitig, klar und transparent formulieren. Validierungsstrategien und reziproke Kommunikation dienen dem Beziehungsaufbau und -erhalt, während Veränderungsstrategien und provokative Kommunikation die Dynamik im Therapieprozess fördern (Stiglmayr & Gunia, 2017). Die Pflegefachperson soll dabei auch in der Lage sein, das Leiden des Betroffenen auszuhalten, ohne sofort Lösungen anbieten zu können, Reicherzer nennt das *„radikale Beziehungsakzeptanz“* (2015, S. 133). Gleichzeitig soll sie die Betroffenen motivieren, aktiv an Veränderung zu arbeiten. Sie darf auf ablehnendes Verhalten nicht mit ebensolcher Ablehnung reagieren, sondern muss versuchen, die Situationen validierend zu klären und gegebenenfalls auch offen mit eigenen Fehlern, Gefühlen und Grenzen umgehen und ein professionelles Beziehungsangebot aufrechterhalten. Das fördert Modelllernen und Betroffene können korrigierende Beziehungs- und Lernerfahrungen machen. Sie erleben, dass zwischenmenschliche Beziehungen auch

Konflikte überstehen, quasi repariert werden können (Reicherzer, 2015). Auch Studien aus der Jugendhilfe und aus der psychosozialen Versorgung von Borderline-Betroffenen, die sich mit der Wirkung professioneller Beziehungsgestaltung befassen, heben die Bedeutung einer gewissen Dialektik hervor: *“Wirksam wurde dabei ein behutsam und fachlich qualifiziert ausgewogenes Verhältnis zwischen Beziehung und Struktur, Freiraum und Grenzen, Autonomie bzw. Partizipation und Bedürfnissen nach Geborgenheit und Fürsorge”* (Gahleitner et al., 2020, S. 103). In der ambulanten Sozialpsychiatrie und Wohnbetreuung ist es wichtig, trotz emotionaler Grenzen immer wieder validierende Beziehungsangebote zu machen und gleichzeitig dysfunktionales Verhalten zu markieren. Bewusstheit über zielführende Inhalte des Phase Null Settings begrenzt Langzeitbeziehungen, in denen es inhaltlich keine Entwicklung mehr gibt. Die Wippe, auf der Betroffene und professionell Tätige stehen, ist in der DBT eine Metapher, die beschreibt, wie professionelle Beziehungsgestaltung gelingen kann. Entwicklung und Lernen geschieht, wenn die Wippe in Bewegung ist. Die Fachperson ist dabei gleichermaßen für den Bewegungsimpuls, für die Balance sowie das Nähe- und Distanz-Verhältnis zuständig (Stiglmayer, 2023). Die Arbeitsbeziehung ist eine formelle Beziehung, die zeitlich befristet ist. So kann langfristig (skillsbasiert) informelle Beziehungsgestaltung gelernt werden, die einem verbindlichen und qualitativ besseren Leben entspricht.

5.3 Achtsamkeit und Selbstreflexion

Um den Ansprüchen an evidenzbasierte Fachlichkeit gerecht werden zu können, brauchen Pflegefachpersonen ein hohes Maß an Selbstreflexion und Achtsamkeit, um die unweigerlich auftretenden eigenen starken Emotionen regulieren zu können, damit es z.B. auch in schwierigen Situationen möglich ist, zielführend zu handeln.

Knuf und Hammer (2013) beschreiben fünf Aspekte einer achtsamen Haltung für psychiatrisch Tätige:

- gegenwärtig sein (ganz im jeweiligen Moment sein)
- annehmend sein (sich seiner Wertung bewusst sein, sie reduzieren und nicht handlungsleitend sein lassen)
- Mitgefühl aufbringen
- einen Sein-Modus wählen (wahrnehmen, was ist, ohne es sofort verändern zu wollen) und
- Offenheit oder „Anfängergeist“ (das Gegenteil von Schubladendenken)

Sie betonen: *„Das Achtsamkeitskonzept ist erfahrungsorientiert und nicht wissensorientiert. Damit unterscheidet es sich grundlegend von den meisten Konzepten sozialpsychiatrischer Arbeit [...]“* (Knuf & Hammer, 2013, S. 57). Während die spirituelle Form der Achtsamkeitsmeditation absichtslos ist, geht es in diesem Zusammenhang also durchaus um ein Ziel, nämlich innerlich Abstand zu seinen Gedanken und Gefühlen zu bekommen und sie dadurch besser steuern zu können. Dies ist eine wichtige Haltung und Methode, um sich gerade in der Beziehungsgestaltung nicht von der naturgemäß gegebenen Dynamik „überrollen“ zu lassen. Das bedeutet auch, die Strategien und Fertigkeiten, die man vermittelt, konsequent selbst einzusetzen (Mayer-Bruns, 2013). Persönlich hilfreich sind außerdem Humor und das Achten auf die eigene Psychohygiene (Ahrweiler, 2013). Damit das gelingen kann, ist die regelhafte Supervision der Beziehungsarbeit unerlässlich (DGPPN, 2022).

5.4 Psychohygiene und Teamskills

Da die Behandlung von Menschen mit BPS die Zusammenarbeit aller Beteiligten erfordert, um Burn-out-Prozessen vorzubeugen, ist *„im Konzept der DBT [...] die Teamarbeit integraler Bestandteil des Therapiekonzepts... Ein roter Faden, der das DBT-Konzept durchzieht, ist die Achtsamkeit. Sich in einer achtsamen, beschreibenden und wertschätzenden Grundhaltung zu üben, ist die Idee. Diese Arbeit erfordert von allen Therapeuten die Schulung einer differenzierten Emotionsregulation. Die disziplinierte Selbstöffnung der Pflegefachpersonen und aller anderen Berufsgruppen im Team spielt eine besondere*

Rolle. Dieses Arbeiten setzt voraus, dass die Teammitglieder ihre Emotionen wahrnehmen und sich auf ihre eigenen Reaktionen verlassen“ (Mayer-Bruns, 2013, S. 53).

Skills (Fertigkeiten) für Therapeut:innen werden für vier Themenbereiche vorgestellt:

1. Teamatmosphäre schaffen und wiederherstellen
2. heftige Gefühle aushalten und regulieren
3. Grenzen wahrnehmen und wahren
4. Unterstützung holen und Teammitgliedern geben

Zur Wirksamkeit der DBT-Team Skills zur Burnout Prophylaxe konnte gezeigt werden, dass:

- *emotionale Belastung lange Zeit nicht sichtbar ist.*
- *dysfunktionales Coping automatisiert funktioniert, d.h. der äußere Schein trägt (Vermeidungsverhalten, Missbrauch von Medikamenten, Alkohol...).*
- *der Umgang mit Pausenzeiten ein Indikator für die Gesundheit und Teamkultur ist.*
- *die Anwendung von Individual- und Teamskills zur Gesundheitsprävention des Burnout-Syndroms eine primärpräventive Intervention zur Gesunderhaltung von Organisationsmitgliedern ist.*
- *Unterstützung einholen und geben vielversprechend ist, um das Burnout-Syndrom zu bewältigen.*
- *Zeiträume der Selbstfürsorge und Teamskills ... ermöglichen, die notwendige Systemverantwortung zu ergreifen; dies ist ein rentables Investment.*

Der Einzelne ist von seinem Team abhängig und umgekehrt. Individualskills sind persönlich wirkungsvoll, und Zeiträume für Teamskills zu schaffen, können ein Rahmen dafür sein (Schickler, 2018).

Selbstmitgefühl ist die natürliche Antwort auf Leiden und ermöglicht Wege zur Linderung von Schmerzen und zur Verhinderung von zusätzlichem Leiden. Der Umgang mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen ist eine entscheidende Fähigkeit, langfristig gesund zu bleiben und Burnout-Prozessen vorzubeugen. In der Literatur finden sich vielversprechende Ansätze: Selbstmitgefühl in der Psychotherapie, in Kliniken und sozialen Berufen, z.B. bei Malzer-Gertz et al. (2023).

5.5 Commitment für eine störungsspezifische Behandlung

Studien zeigen, dass bei jungen Erwachsenen mit BPS die Abbruchrate bei Therapien im ambulanten Setting bis zu 75% beträgt (Cornelisse et al., 2023). Angesichts dieser hohen Zahl, die sowohl bei Betroffenen als auch bei Fachpersonen zu Frustration und Demotivation führen kann, wird deutlich, warum eine gezielte Commitmentarbeit dringend erforderlich ist.

In Bezug auf die Therapiemotivation bedeutet das Wort *“Commitment“* die Bereitschaft und Verpflichtung einer Person, sich aktiv und engagiert in der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz einzubringen, auch wenn die Umgebungsfaktoren scheinbar aussichtslos sind. Es bezeichnet ebenso die Entschlossenheit, am gesamten (Therapie-)Prozess teilzunehmen, die empfohlenen Maßnahmen umzusetzen und die notwendigen Veränderungen Richtung Verbesserung der Gesamtsituation anzustreben. Kontinuität und Durchhaltevermögen, aktive Mitarbeit und Veränderungsbereitschaft sind wichtige und notwendige Faktoren, die den Erfolg zu Gunsten der Genesung beeinflussen können. Wenn eine Person motiviert und engagiert ist, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie von der Therapie profitiert und positive Veränderungen erreicht. Es kann ebenso das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut:in, Betreuer:in und Klient:in stärken und die Zusammenarbeit erleichtern.

Marsha Linehan formuliert dazu Verpflichtungsstrategien (Linehan, 1996), wie die Besprechung von Pros und Contras oder die Betonung der Wahlfreiheit unter Berücksichtigung der realistischen Konsequenzen. Hinweise zur praktischen Anwendung sind unter anderem bei Höschel (2023): „Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) - Therapie-Basics“ zu finden.

5.6 Ziel-Hierarchisierung

Auch oder gerade im nicht störungsspezifischen Setting oder in der ambulanten Versorgung ist es wichtig und sinnvoll, Prioritäten zu setzen und eine klare Agenda zu haben. Es muss festgelegt werden, zu welchem Zeitpunkt und innerhalb welches Zeitrahmens an welchen Themen und Zielen gearbeitet werden soll und kann, damit ein sinnvolles Symptommanagement gelingt.

Hierzu kann die Zielhierarchie der DBT aus Stage 1 hilfreiche Hinweise bieten und als Leitfaden genutzt werden:

- *“Verringern von lebensbedrohlichem Verhalten / Verbesserung der Überlebensfertigkeiten [...]“*
- *Verringern von Verhalten, das zu einem Therapieabbruch führt bzw. Förderung von Verhalten, das die Therapie aufrechterhält [...].“*
- *Verringern von krisengenerierendem Verhalten / Aufbau von krisenreduzierendem Verhalten [...].“*
- *Verringern von Verhalten, das den Therapiefortschritt behindert / Verbesserung der Mitwirkung in der Therapie [...].“*
- *Verbesserung der Lebensqualität. Zeitgleich: Aufbau und Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten im Gruppensetting [...].“*

(Stiglmayr & Gunia, 2017, S. 31–32)

Diese Hierarchie setzt bewusst Verhaltensweisen, welche die Zusammenarbeit mit der Fachperson oder das therapeutische Setting in Frage stellen, an die zweite Stelle. Erst dann folgen krisenfördernde Verhaltensweisen wie z.B. Intoxikationen oder Dissoziationen. Moderate Selbstverletzungen sind als die Lebensqualität beeinträchtigend einzustufen.

Wenn ein höherrangiges Problemverhalten auftritt, muss dieses im geplanten Kontakt priorisiert bearbeitet werden, womit andere ggf. geplante Inhalte in den Hintergrund treten müssen. So kann es gelingen, ein befriedigendes Arbeiten bei einer Vielzahl an gleichzeitigen Anforderungen zu managen.

Es wäre sinnvoll zu prüfen, ob die Zielhierarchisierung auch für komplementäre Arbeitsbündnisse anzuwenden ist und ob Hindernisse wie therapiestörendes Verhalten (Versorgung verhinderndes oder zerstörendes Verhalten) auch auf Beziehungen in Bereichen wie der ambulanten Sozialpsychiatrie oder Eingliederungshilfe übertragbar sind.

5.7 Praktische Strategien im pflegetherapeutischen Alltag

In der alltäglichen Beziehungsgestaltung ist es wichtig, das jeweilige Anspannungsniveau der Betroffenen im Blick zu behalten. Diese Phasen der Hochspannung gelten als klinisches Leitsymptom der BPS und werden definiert als *„häufig einschließende Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, die keiner eindeutigen emotionalen Qualität zugeordnet werden können“* (Bohus 2019, Klinischer Leitfaden für die Diagnostik der BPS).

Auf die komplizierten neurobiologischen Auffälligkeiten, die damit zu tun haben und die mit der Entstehung der Störung in Verbindung stehen, soll im Rahmen der Praxisempfehlung nicht eingegangen werden, da sie nicht spezifisch sind und die Forschung hier auch noch nicht ausgereift ist (Bohus 2019). Nachgewiesen ist, dass die Anspannung bei BPS neunmal höher ist als bei gesunden Kontrollprobanden (Stiglmayr 2003). Skills sollen helfen, diese Zustände besser kontrollieren zu können. Deshalb wird im DBT-Skillstraining die Spannung in drei Dimensionen unterteilt: 0 – 30 %: niedrige Anspannung, 30 – 70 %: mittlere Anspannung, 70 – 100 % hohe Anspannung (Bohus & Wolf-Arehult, 2013). Die kritische Marke 70 % Spannung bedeutet, dass klares Denken nicht mehr möglich ist und Betroffene beginnen, die Kontrolle zu verlieren. Dies zu beachten, ist in der Beziehungsgestaltung wichtig; in diesem Zustand machen klärende Gespräche keinen Sinn. Es geht vielmehr darum, Betroffene in ihrem

Einsatz von Stresstoleranzskills zu unterstützen, so dass sie sicherheitsrelevanten Einfluss auf die emotionale Erregung erleben, damit anschließend! Lösungsstrategien im Umgang mit den zugrundeliegenden Auslösern für die Hochspannung (situativ, aber auch langfristig zielführende Denkweisen, Toleranz gegenüber den eigenen Gefühlen und hilfreichen Handlungsentwürfe) entwickelt werden können. Deshalb sollten Betroffene üben, ihre Anspannung zu skalieren und insbesondere in Krisenkontakten nach dem Grad ihrer Anspannung gefragt werden.

Außerdem ist es in allen Settings sinnvoll, dass die Klient:innen ein Wochenprotokoll, die sogenannte Diary Card (DBT Adhärent) führen. Darin sollen sowohl funktionale als auch dysfunktionale Verhaltensweisen protokolliert werden. Zu Beginn jeder Sitzung kann dieses Protokoll dann vorgelegt werden. So wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung gestärkt und aktuell wichtige Themen werden im Blick behalten, anstatt sich zur Diskussion von Nebenschauplätzen oder reiner Plauderei verleiten zu lassen (Bohus, 2019).

Bei aufgetretenem Problemverhalten können in der DBT Verhaltensanalysen erstellt werden. Bei dieser Fokussierung auf das Problemverhalten sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Auslöser und Umgebungsfaktoren betrachtet und alternative Lösungen herausgearbeitet werden. Eine Verhaltensanalyse ohne Lösung ist invalidierend und nicht zielführend. Das bedeutet, man sollte nur mit Verhaltensanalysen arbeiten, wenn man hinreichend geschult ist, um diese auch zielführend besprechen zu können.

6. Ausblick

In Zukunft sollte geprüft werden, wie settingübergreifende Schulungen und wohnortspezifische Netzwerke organisiert werden könnten, um der Schnittstellenproblematik zu begegnen. Der Abbau von Stigmatisierung von Menschen mit BPS ist eine zentrale Aufgabe vor allem von professionell Tätigen für professionell Tätige im Gesundheitssystem, damit die aufrechterhaltenden Teufelskreise durchbrochen werden. Die Kooperation der unterschiedlichen Behandlungseinheiten in der Versorgungslandschaft ist zu etablieren und zu stärken. Die beste Gesundheitsorientierung ist, Borderlinepatient:innen zu unterstützen, damit diese ihr Leben ohne Hilfesystem entsprechend ihrer Lebensziele leben können.

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass bei aller Bereitschaft zum Erlernen von störungsspezifischem Wissen und Interventionen schnell Frustration auftritt, wenn zeitliche und strukturelle Ressourcen fehlen, um das Gelernte zu implementieren oder Invalidierungen die Störung aufrechterhalten. Training allein wird nicht ausreichen, sondern es bedarf auch Veränderungen auf institutioneller Ebene, um struktureller Stigmatisierung zu begegnen (Klein et al., 2022).

Auch wenn es noch nicht genug Ressourcen für störungsspezifische Therapien gibt, muss darauf geachtet werden, dass Standards der Versorgung eingesetzt werden, die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden (Iliakis et al., 2019). Hier kann man sich auch an pragmatischen Ansätzen in der Beziehungsgestaltung orientieren, wie z.B. an den Prinzipien des 'Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder' von Gunderson und Links (2014).

Weitere Forschung ist notwendig, um das subjektive Erleben und die Auswirkungen von Invalidierungen, besonders im Alltag der Betroffenen, zu verstehen. Dabei sollte auch der Einfluss auf die Aufrechterhaltung störungsspezifischer Lernerfolge und die Motivation zur ambulanten Therapie untersucht werden. Ebenso wichtig ist die Erforschung der Faktoren, die Betroffene dazu befähigen, das Hilfesystem zu verlassen und eigenständig Herausforderungen zu bewältigen. Vergleichende Studien über die Effekte von Schulungen für Pflegefachpersonen und Genesungserfolge von Borderline-Betroffenen, vor allem im nicht störungsspezifischen ambulanten Versorgungssetting, könnten weitere wichtige Erkenntnisse liefern.

Abschließend soll betont werden, dass die Begleitung von Menschen mit einer BPS eine große persönliche Bereicherung sein kann, wenn Grundsätze der Beziehungsgestaltung beachtet werden. Das zu vermitteln, ist ein zentrales Anliegen der Autor:innen dieser Praxisempfehlung.

7. Erstellungsprozess

Diese Praxisempfehlung wurde in einer Unterarbeitsgruppe der 'AG State of the Art' der DFPP in den Jahren 2022 - 2024 erstellt. Handlungsleitend war das Methodenpapier der DFPP.

7.1 Autor:innen

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren:

Krischan Schickler: Fachpflegeperson für Psychiatrie, DBT-Therapeut und Trainer SuP. Tätigkeitsfelder: störungsspezifisches stationäres Setting (DBT-S) und ambulante Sozialpsychiatrie.

Doris Fuchs: B.A., Fachpflegeperson für Psychiatrie, DBT-Therapeutin SuP, Tätigkeitsfeld: DBT-orientierte stationäre Psychotherapie.

Judith M. Orth: DBT-Peer-Coach (Tätigkeitsfelder: stationäre DBT sowie DBT-PTBS, ambulante Skillsgruppen, Vorträge bei Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Mitwirkung in Angehörigengruppen), Schreinerin, Studentin der Psychologie (B.Sc., vsl. Masterabschluss 2025).

Lukas Kock: Fachpflegeperson für Psychiatrie, Tätigkeitsfeld: ambulante Sozialpsychiatrie.

Marc Lünsmann: Tätigkeitsfelder: Ambulante Sozialpsychiatrie, jahrelange ehrenamtliche Organisation eines Borderline-Trialogs und Leitung einer Selbsthilfegruppe. Menschen mit BPS im näheren Umfeld, daher auch die Perspektive eines Angehörigen.

Emanuela Macchia: B.A. Social Health Care/Psychiatric Nursing, Gesundheits- und Krankenpflegerin, DBT-Therapeutin SuP in Ausbildung.

Susanne Schoppmann: Dr. rer. medic., Dipl. Pflegewirtin (FH), Fachkrankenschwester für psych. Pflege, Pflegewissenschaftlerin.

Karsten Giertz: M. A., Social Work, Klinischer Sozialarbeiter und STEPP S-Trainer.

Jacqueline Rixe: Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin (M.Sc.), Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für psych. Pflege, Fortbildungen in DBT, u.a. an der Einarbeitung neuer Pflegefachpersonen beteiligt.

(Im Verlauf sind 2 Mitarbeitende ausgeschieden.)

Bitte wie folgt zitieren:

Schickler, K., Fuchs, D., Orth J. M., Kock, L., Lünsmann, M., Macchia, E., Schoppmann, S., Giertz, K., & Rixe, J. (2024). Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der nicht-störungsspezifischen Versorgung – eine Praxisempfehlung. Herausgegeben von der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. <https://dfpp.de/beziehungsgestaltung-bps/>

7.2 Recherche

Die strukturierte Literaturrecherche fand über PubMed sowie Google Scholar zu folgenden Begriffen statt: Borderline-Persönlichkeitsstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Invalidierung, Stigmatisierung, Hospitalisierung, Interaktion / Beziehungsgestaltung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.

7.3 Hintergrund der Thesenbildung

Professionellen (Pflegefachpersonen) an der Basis der Versorgung fehlt es häufig an Fachwissen, so dass unbewusst Invalidierung, Hospitalisierung oder Stigmatisierung stattfindet, welche die BPS aufrechterhalten und Chronifizierung fördern.

1. Problemfelder liegen vor allem im nicht störungsspezifischen stationären (z.B. Akutpsychiatrie) und teilstationären Setting und im komplementären Bereich (ambulante Sozialpsychiatrie, Eingliederungshilfe, Ambulante Psychiatrische Pflege, Einfache Assistenz, Wohneinrichtungen).
2. Eine Borderline-Praxisempfehlung ist ein Ansatz, auf Problemfelder, notwendiges Schnittstellenmanagement sowie ein ebenfalls notwendiges Symptommanagement aufmerksam zu machen, um Grenzen zu verdeutlichen.
3. Wenn die Zusammenarbeit aller Beteiligten gestärkt wird und die Institutionen entsprechendes Wissen z.B. über Dos und Don'ts haben und umsetzen, kann die niedrigschwellige Versorgung Betroffener störungsspezifischer gestaltet werden, um langfristige Verschlechterung der Symptomatik zu verhindern und Genesungsprozesse zu fördern.
4. Stärkung der Motivation und des Durchhaltevermögens von professionellen Kräften, auch langfristig mit Borderline-Betroffenen zu arbeiten.

7.4 Prozessbeschreibung, Diskussion und Konsentierung

Nach der Literaturrecherche folgten monatliche Treffen per Videokonferenz. Diese wurden zum Austausch und Abgleich der Ergebnisse genutzt sowie für eine Sichtung und Bewertung der Literatur anhand folgender Kriterien:

Relevanz für die Fragestellung, Aktualität, Bedeutsamkeit für psychiatrische Versorgung sowie die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege (auch Auszubildende), hoher Evidenzgrad und Leitlinienempfehlung (www.awmf.org). Im Verlauf wurde die recherchierte Literatur zur spezifischeren Sichtung aufgeteilt.

Begleitet von regelmäßigem Austausch, Diskussionen, Ergänzungen und immer wieder Rückbesinnung auf das Wesentliche anhand von Videokonferenzen sowie über die Kommentarfunktion wurde das gemeinsame Schriftstück online über Google Drive erstellt.

Die starke Würdigung der Dialektische Behaviorale Therapie fand aufgrund der guten Evidenz (DGPPN, 2022) sowie der guten Zugänglichkeit, Erfahrbarkeit und Handhabbarkeit für alle Berufsgruppen in multiplen Settings statt.

Neben der regelmäßigen Abstimmung innerhalb der AG und deren Mitglieder fand sowohl eine Konsentierung der Thesen in der 'AG state of the Art' wie auch im DFPP-Vorstand statt, ebenso mit dem Pflegereferat des Dachverbands der Dialektisch Behavioralen Therapie. Im Prozess konnten zusätzliche Expert:innen für die Mitarbeit gewonnen werden: S. Schoppmann, K. Giertz und J. Rixe.

Die Abschlusskonsentierung der Dos und Don'ts fand im Autor:innen-Kreis am 28.05.2024 statt.

Die Praxisempfehlung wurde am 10.10.2024 vom Vorstand der DFPP verabschiedet.

Sie soll spätestens 2029 auf Aktualität geprüft werden.

8. Literatur

- Abeld, R. (2017). Professionelle Beziehungen in der Sozialen Arbeit. Springer VS Wiesbaden.
- Ahrens, R. (2011). Pflegehandeln im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), Lehrbuch psychiatrische Pflege (3. Aufl.), S. 521-527. Verlag Hans Huber.
- Ahrweiler, C. (2013). Pflege in der DBT. Psychotherapie, 18(1), 35–51. <https://sbt-in-berlin.de/cip-medien/03.-Ahrweiler.pdf>
- Alvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzá, J. & Pascual, J. C. (2017). Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A Prospective 10-Year Follow-Up Study. Journal of personality disorders, 31(5), 590–605. <https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30.269>
- Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G. & Bados, A. (2018). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. European psychiatry, 56(1), 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>
- Armbrust, M. & Link, A. (2015). Borderline im Dialog: Miteinander reden - voneinander lernen. Junfermann.
- Bohus, M. (2019). Borderline-Störung (2. Aufl.). Hogrefe.
- Bohus, M. & Reicherzer, M. (2020). Ratgeber Borderline-Störung: Informationen für Betroffene und Angehörige (2. Aufl.). Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual (2. Aufl.). Schattauer.
- Breineise, R., Schäfer, M., Schomerus, G., Riedel-Heller, S. G., Thiel, C. & Luck-Sikorski, C. (2020). Werden besonders Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ durch das psychiatrische Pflegepersonal stigmatisiert? Psychiatrische Praxis, 47(1), 35–38. <https://doi.org/10.1055/a-1026-1241>
- Burke, L., Kells, M., Flynn, D. & Joyce, M. (2019). Exploring staff perceptions of the utility of clinician connections when working with emotionally dysregulated clients. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0109-0>
- Campbell, K., Clarke, K.-A., Massey, D. & Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. International journal of mental health nursing, 29(5), 972–981. <https://doi.org/10.1111/inm.12737>
- Cornelisse, S., Schmahl, C., Enning, F., Bohus, M., Hohmann, S., Banaschewski, T., Wappler, F., Bürger, A. & Kleindienst, N. (2023). Prädiktion von Behandlungsabbrüchen bei Adoleszenten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Kindheit und Entwicklung, 32(1), 42–52. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000400>
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K. & Ruocco, A. C. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. Psychological medicine, 43(9), 1953–1963. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002607>
- DGPPN (Hrsg.) (2022). S3 Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung der DGPPN - Langversion. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>
- Dickens, G. L., Hallett, N. & Lamont, E. (2016). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. International journal of nursing studies, 56, 114–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019>
- Franz, M. & Lucke, S. (2021). Borderline-Störung: Krisenintervention und störungsspezifische Behandlung. Hogrefe.
- Fruzzetti, A. (2006). The High-Conflict Couple: A Dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy, and Validation. New Harbinger Publications.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C. & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. Development and psychopathology, 17(4), 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>
- Gahleitner, S. B., Giertz, K. & Taube, V. (2020). Bindung, Beziehung und Einbettung in der globalisierten Gesellschaft ermöglichen Mikroprozesse professioneller Vertrauens- und Beziehungsarbeit mit vulnerablen Adoleszenten. In C. Steckelberg & B. Thiessen (Hrsg.), Wandel der Arbeitsgesellschaft (S. 95–110). Verlag Barbara Budrich.
- Gilbert, P. (2013). Compassion focused therapy. Reihe therapeutische Skills kompakt: Bd. 3. Junfermann.
- Gunderson, J. G. & Links, P. S. (2014). Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Archives of general psychiatry, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hahn, D. & Wolff, S. (2023). Professionelle Beziehungsgestaltung. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.), Lehrbuch psychiatrische Pflege (4. Aufl.), S. 338-343. Hogrefe.
- Herwig, G. & Sauter, D. (2025). Innovationen nachhaltig implementieren: Erfolgreiche Strategien für eine bessere psychosoziale und medizinische Versorgung. Psychiatrie Verlag.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F. & Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. Family process, 44(2), 217–225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Höschel, K. & Chrysanthou, C. (2011). DBT-ACES: Ambulantes Nachsorgekonzept für Borderline-Patienten: Erste Studienergebnisse. LWL-Klinik Lengerich. https://www.lwl.org/psychiatrieverbund-download/pdf/HOESCHEL_DBT_ACES.pdf
- Höschel, S. (2023). Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT): Therapie-Basics. Beltz.
- Iliakis, E. A., Sonley, A. K. I., Ilagan, G. S. & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of Borderline Personality Disorder: Is Supply Adequate to Meet Public Health Needs? Psychiatric services 70(9), 772–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900073>
- Klein, P., Fairweather, A. K. & Lawn, S. (2022). The impact of educational interventions on modifying health practition-

- ers' attitudes and practice in treating people with borderline personality disorder: an integrative review. *Systematic reviews*, 11(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01960-1>
- Knuf, A. & Hammer, M. (Hrsg.). (2013). Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Psychiatrie Verlag.
- Linehan, M. (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien.
- Linehan, M. (2020). Building a life worth living: A memoir. Random House.
- Margarete Malzer-Gertz, Cornelia Gloger, Claritta Martin, Helga Luger-Schreiner (2023). „Therapie-Tools Selbstfürsorge“ Buch, mit E-Book inside und Arbeitsmaterial, Beltz-Verlag
- Mayer-Bruns, F. (2013). Skills für Therapeuten in DBT-Teamarbeit und -Supervision. *Psychotherapie*, 18(1), 53–63.
- Morrissey, J., Doyle, L. & Higgins, A. (2017). Self-harm: from risk management to relational and recovery-oriented care. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13(1), 34–43. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-03-2017-0017>
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 42(6), 482–487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Pillen, A. (2011). Psychotraumatologie in der Bezugspflege. *Psych. Pflege Heute*, 17(05), 262–266. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1287910>
- Reicherzer, M. (2015). Die therapeutische Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). *Psychotherapie*, 20(20-22).
- Renneberg, B., Herm, K., Hahn, A., Staebler, K., Lammers, C.-H. & Roepke, S. (2012). Perception of social participation in borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(6), 473–480. <https://doi.org/10.1002/cpp.772>
- Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Rigol Cuadra, M. A., Giralte Palou, R. & Galbany-Estragués, P. (2021). The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: The perspective of people diagnosed with BPD. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 29(2), 317–326. <https://doi.org/10.1111/jpm.12766>
- Rüsch, N., Heland-Graef, M. & Berg-Peer, J. (2021). Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier.
- Sahm, D.; von dem Berge, U.; Mayer, M.; Sauter, D. & Rixe, J. (2021). Primary Nursing/Bezugspflege. Positionspapier der DFPP. <https://dfpp.de/presse-empfehlungen/praxis-empfehlungen>
- Schädle-Deininger, H. & Wegmüller, D. (2016). Psychiatrische Pflege: Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium (3. Aufl.). Hogrefe.
- Schickler, K. (2018). Teamskills als Burnout - Prophylaxe. Emotionale Kompetenz für Pflegekräfte und Systemverantwortung: Abschlussarbeit der Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege. Gesundheit Nord, Klinikverbund Bremen. <https://fwb-bremen.de/wordpress/>
- Schoppmann, S., Herrmann, M. & Tilly, C. (2019). Borderline begegnen: Miteinander umgehen lernen (2. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Schoppmann, S.; Sauter D. (2023). Selbstverletzendes Verhalten In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.), Lehrbuch psychiatrische Pflege (4. Aufl.), S. 1043-1053. Hogrefe.
- Schulze, B., Janeiro, M. & Kiss, H. (2010). Das kommt ganz drauf an. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(4), 275–285. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000038>
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 275–283. <https://doi.org/10.1002/cpp.705>
- Stiglmayer, C. (2023). DBT Basis-I-Fortbildung. AWP-Berlin. (Foliensatz der Ausbildung: [Modulübersicht - AWP Berlin \(awp-berlin-online.de\)](http://Modulübersicht-AWP-Berlin(awp-berlin-online.de)))
- Stiglmayer, C. & Gunia, H. (2017). Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein Manual für die ambulante Therapie. Therapeutische Praxis. Hogrefe.
- Stiglmayer, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meißner, J., Spretz, D., Steffens, C., Roepke, S., Fydrich, T., Salbach-Andrae, H., Schulze, J. & Renneberg, B. (2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 18,1,20. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-20>
- Stiglmayer, C. (2003). Spannung und Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., ... & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 221(3), 538–552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Trasselli, C., Auer, A. K. von & Gunia, H. (2022). DBT-Familien-skills: Ein Praxisleitfaden. Hogrefe.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American journal of psychiatry*, 169(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. M. (2018). Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry research*, 262, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.034>
- Zeitler, M.-L., Bohus, M., Kleindienst, N., Knies, R., Ostermann, M., Schmahl, C. & Lyssenko, L. (2020). How to Assess Recovery in Borderline Personality Disorder: Psychosocial Functioning and Satisfaction With Life in a Sample of Former DBT Study Patients. *Journal of personality disorders*, 34(3), 289–307. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.394>