

Therapie eines Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*

Christian Probst

Fallbericht über einen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Aufgrund psychotischer Erlebnisweisen waren mehrere langdauernde stationäre Aufenthalte notwendig. In einer existenzanalytisch geführten Psychotherapie konnte eine Remission der Symptome und eine berufliche und soziale Integration erreicht werden.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, PEA, Grundmotivationen, Falldarstellung

Case study of a patient with borderline personality disorder. Because of psychotic experiences several hospitalisations had been necessary. In an existential-analytically conducted psychotherapy a remission of the symptoms and a professional and social integration could be achieved.

Key words: borderline personality disorder, personal existential analysis, fundamental motivations, psychotherapy

Einleitung

Vorgestellt wird ein 28 Jahre alter Patient. Er ist 197 cm groß bei einem Körpergewicht von 99 Kilogramm. Der Patient steht seit sechs Jahren wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und wegen rezidivierender psychotischer Episoden in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung.

Anamnese

Der Patient kam im Juni 1994 zur zweiten stationären Aufnahme an die Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz. Er litt unter zunehmenden Angstgefühlen, Unruhezuständen, Reizbarkeit, innerer Spannung und sich aufdrängenden Gewalt- und Suizidphantasien, gegen die sich der Patient zuletzt kaum mehr wehren konnte und die sich wahnhaft zu fixieren begannen. Wegen ähnlicher Symptome war der Patient bereits 1992 für elf Wochen stationär aufgenommen worden. Damals lag zusätzlich ein mehrjähriger Missbrauch von Alkohol und Cannabis vor. Durch den Konsum dieser Substanzen hatte der Patient versucht, sich Erleichterung hinsichtlich der inneren Spannungszustände zu verschaffen. Mit Hilfe einer existenzanalytischen Psychotherapie war es ihm gelungen, den Drogenmissbrauch zu beenden. Die medikamentöse Therapie erfolgte während des stationären Aufenthaltes mit Haloperidol, Oxazepam, Thioridazin, Chlorprothixen, Biperiden und Amitriptylin. Ambulant wurde zuletzt mit Thioridazin 100mg, Oxazepam 60mg und Moclobemid 450mg pro Tag behandelt.

Biographie und Psychopathogenese

Der Patient studierte Germanistik und Englisch. Im Studium gelang es ihm nicht, die geforderte Leistung für einen ordentlichen Studienerfolg zu erbringen. Es kam deshalb häufig zu Streitigkeiten mit seinem Vater, der Lehrer in einem Gymnasium war.

Seinen Vater erlebte der Patient schon seit Kindheit an als sehr dominant, stark fordernd und bedrohlich. Er hatte das Gefühl, den Erwartungen seines Vaters nicht entsprechen zu können und deshalb von ihm missachtet und entwertet zu werden. Schon als Schüler stand er ständig unter Druck, im Gymnasium gute Leistungen zu erbringen, da er sonst vom Vater, der in derselben Schule unterrichtete, angeschrien und bestraft wurde. Seine Mutter versuchte, ihn vor den Attacken des Vaters in Schutz zu nehmen, konnte sich aber nicht durchsetzen. Der so verursachte Streit zwischen seinen Eltern eskalierte häufig. Die Mutter zog sich dann weinend zurück und drohte mit Scheidung, weil sie die Belastungen nicht mehr aushielt. Der Patient fühlte sich verantwortlich dafür, dass die Ehe seiner Eltern nicht funktionierte und bekam Schuldgefühle gegenüber seinen Eltern und seinem Bruder. Die Vorstellung einer Trennung der Eltern löste starke Angstgefühle in ihm aus, gegen die er sich als Kind durch zwanghaftes Zählen von Autos, durch Zählen von Buchstaben und ähnlichen Verhaltensweisen zu schützen versuchte. Der Patient lebte seit seinem 22. Lebensjahr zusammen mit seinem zwei Jahre jüngeren Bruder in einer Wohnung, die seinen Eltern gehörte. Es kam immer wieder zu Differenzen zwischen seinem Bruder und ihm, da er sich vom Bruder bevormundet fühlte und

* Erstabdruck in: Psychopraxis 2/98, S48-50, Wien: Springer

den Eindruck hatte, sein Bruder versuche die Erziehungsfunktion seines Vaters zu übernehmen. Sein Bruder studierte sehr erfolgreich und hatte gerade seine Diplomprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg abgelegt. Dadurch erlebte der Patient den eigenen Misserfolg im Studium wieder deutlich und fühlte sich als Versager. Außerdem hatte er Angst, nicht weiter in der Wohnung bleiben zu können, da sein Bruder zu heiraten beabsichtigte und ausziehen wollte. Die Ehe der Eltern stand vor der endgültigen Trennung, weshalb der Vater die Wohnung, in der der Patient wohnte, für sich beanspruchte. Seit seinem 18. Lebensjahr spielte der Patient zusammen mit seinem Bruder in einer Band, die sie gemeinsam gegründet hatten. Durch Auftritte in Jugendlokalen und bei Konzertveranstaltungen finanzierten sich sein Bruder und er einen Teil des Lebensunterhaltes. In den letzten Monaten gab es Streitigkeiten mit einem Musiker der Band, der schließlich die Gruppe verließ. Dadurch sah der Patient den Fortbestand der Band, an der sein ganzes Herz hing, gefährdet.

Therapie und Verlauf

Wegen der bestehenden Selbst- und Fremdgefährdung wurde der Patient im Überwachungsbereich der Klinik aufgenommen. Die psychopharmakologische Therapie erfolgte mit Haloperidol, Chlorprothixen, Thioridazin, Levomepromazin, Sulpirid, Buspiron, Biperiden, Fluoxetin, Mianserin, Diazepam und Oxazepam. Wie schon beim ersten stationären Aufenthalt kam es trotz vielfacher Therapieversuche mit Neuroleptika, Thymoleptika und Tranquillizern nach Phasen kurzer Stabilisierung und Besserung der Spannungs- und Angstzustände wiederholt zu massiven Stimmungseinbrüchen mit ausgeprägten, wahnhaft fixierten, sich aufdrängenden auto- und fremdaggressiven Gedankeninhalten und Handlungsimpulsen. Der Patient war in zahlreichen psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen kaum in der Lage, tragkräftige Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Die Führung des Patienten im stationären Umfeld gestaltete sich schwierig. Es gelang ihm immer wieder, die einzelnen, an seiner Therapie und seiner Pflege beteiligten Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen und an die Grenzen ihrer Frustrationstoleranz zu bringen.

In dieser Zeit entwickelte der Patient ein gutes Vertrauensverhältnis zu mir, weil er merkte, daß ich - für seine Psychotherapie zuständig - trotz aller Frustrationen nicht an seiner Genesung zweifelte und mehrfach verhinderte, dass



er in eine andere psychiatrische Anstalt verlegt wurde. Schließlich wurde der Patient nach 21-wöchiger stationärer Behandlung in einer Phase leichter Stimmungsaufhellung, in der die Gewaltphantasien in den Hintergrund getreten waren, auf eigenen Wunsch, gegen den Rat des behandelnden Teams, nach Hause entlassen. Die weitere ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Betreuung wurde auf Wunsch des Patienten mit mir vereinbart. Wegen der zu erwartenden neuerlichen Stimmungseinbrüche und krisenhaften Entwicklungen sagte ich dem Patienten zu, dass er mich jederzeit, wenn nötig auch zu Hause, anrufen könne. Ambulante Kontrollen wurden für jeden zweiten Tag ausgemacht. Als medikamentöse Therapie erhielt der Patient Haloperidol 15mg, Thioridazin 200mg, Oxazepam 60mg und Biperiden 4mg pro Tag.

Wenige Tage nach der Entlassung aus der Klinik kam es nachts zu einer krisenhaften Entwicklung mit suizidaler Einengung, die einen Hausbesuch notwendig machte. In einer beratend-stützend geführten Krisenintervention gelang es, den Patienten zu beruhigen. Der Patient hatte befürchtet, daß er wegen der Nebenwirkungen der Medikamente und der beeinträchtigten Beweglichkeit seiner Finger nicht mehr in der Lage sein werde, professionell Gitarre zu spie-

len und deshalb seine Band aufgeben müsse. Aus diesem Grunde wurde die pharmakologische Therapie auf Clozapin 150mg und Oxazepam 100mg pro Tag umgestellt, was zu einer deutlichen Verbesserung der motorischen Fertigkeiten des Patienten führte.

Die existenzanalytische Psychotherapie wurde auf dem Modell der personalen Grundmotivationen (Längle 1997, 13 ff) aufgebaut. Zu Beginn der Psychotherapie war eine Stärkung des Patienten im Bereich der dritten Grundmotivation notwendig. Im Bereich dieser Grundmotivation geht es um die Grundfrage der Person: Ich bin - aber darf ich so sein wie ich selbst, in meiner Eigenart bin? Der Patient lernte in dieser Phase der Therapie sich selbst gegenüber den Forderungen anderer abzugrenzen und für sich einzutreten. Dadurch gelang es ihm immer besser, das Recht auf das eigene So-Sein zu erleben und es kam zu einer Stärkung des Selbstwertes des Patienten. Auffallend war weiters die starke emotionale Hemmung des Patienten. Obwohl er immer wieder von Aggressionsphantasien berichtete, war er im Gespräch emotional fast nicht erlebbar. Es war ihm kaum möglich, Emotionen auszudrücken oder Beziehungen zu seiner Umwelt aufzunehmen. Durch psychotherapeutische Arbeit im Bereich der zweiten Grundmotivation gelang es, die Emotionalität des Patienten ins Leben zu bringen. In dieser Grundmotivation steht die Grundfrage des Lebens im Mittelpunkt: ich lebe - aber mag ich eigentlich leben? Der Patient lernte, sich der Welt zuzuwenden, sich Zeit zu nehmen für das eigene Erleben der Welt, wie sie auf ihn wirkte und was sie in ihm zum Erklingen brachte. Er begann zu fühlen, wie die Dinge ihn berührten, lernte die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Dadurch kam es zu einer Stärkung des Grundwertes des Patienten.

Wenn der Patient von Vernichtungsängsten überschwemmt wurde, war psychotherapeutische Arbeit im Bereich der ersten Grundmotivation erforderlich. In dieser Grundmotivation bewegt uns die Grundfrage der Existenz: Ich bin - aber kann ich dasein? Habe ich genug Halt, Raum und Schutz, um Dasein zu können? Der Patient lernte die Welt in ihrer faktischen Gegebenheit wahrzunehmen und auszuhalten (vgl. Längle 1997, 13ff). Er wurde in der Therapie angeleitet, sich mit der Welt in ihrer Faktizität zu konfrontieren und ihr nicht ängstlich auszuweichen.

Methodisch wurde vor allem mit der von A. Längle entwickelten Personalen Existenzanalyse (Längle 1993, 133ff) gearbeitet. Diese Methode folgt dem dialogischen Weltbezug der Person. Die Person wird ständig von der Welt angefragt, ist aufgefordert, Stellung zu diesen Anfragen zu nehmen und hat die Möglichkeit, sich antwortend in die Welt

einzubringen, wenn dieser Dialog gelingen soll. Die Anfragen erlebt die Person unmittelbar als Eindruck in der primären Emotionalität und bringt sie in Beziehung zu eigenen biographischen Vorerfahrungen in der sekundären Emotionalität (Längle 1993,22 ff). In der inneren Stellungnahme erfolgt eine Bewertung und Relativierung des Erlebten. In der Entscheidung für eine bestimmte Handlung und in der Umsetzung dieser Handlung bringt sich die Person in der Welt zum Ausdruck. Mit Hilfe der existenzanalytischen Psychotherapie gelang es dem Patienten nach wenigen Wochen gut, den Alltag zu bewältigen und sich im sozialen Leben zu integrieren. Über Vermittlung eines Sozialarbeiters erreichte er fünf Wochen nach der Entlassung aus der Klinik für die Dauer eines Jahres eine Anstellung bei einer arbeitsrehabilitativen Einrichtung. Es gelang ihm gut, die Anforderungen auf diesem Arbeitsplatz zu bewältigen. In den folgenden Wochen begann der Patient wieder Musikstücke zu komponieren und mit seiner Band öffentlich aufzutreten. Derzeit gibt er nahezu jede Woche ein Konzert und ist dabei, seine erste Schallplatte auf den Markt zu bringen.

Nach Beendigung der arbeitsrehabilitativen Maßnahme nahm der Patient verschiedene Gelegenheitsarbeiten wahr. Seit einem Jahr hat er eine feste Anstellung bei einer Bekleidungsfirma gefunden.

Die Eltern des Patienten haben sich getrennt. Der Patient bewohnt jetzt gemeinsam mit seiner Mutter die Wohnung, nachdem sein Bruder ausgezogen ist. Die psychotherapeutische Behandlung wurde vor sechs Monaten beendet. Der Patient kommt einmal in zwei Monaten zu einem beratend informellen Gespräch und möchte diesen Kontakt auch weiter aufrecht erhalten. Da sich der psychische Zustand stabilisierte und die Angstgefühle immer mehr in den Hintergrund traten, konnte die medikamentöse Therapie schrittweise reduziert werden. Seit nunmehr zwei Jahren nimmt der Patient keine psychopharmakologische Therapie ein und ist symptomfrei.

Literatur:

- Längle A (1993) (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE
Längle A, Probst C (1997) (Hrsg.) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten Wien: Facultas Verlag

Anschrift des Verfassers:

Dr. Christian Probst
Erdbergweg 5c
A-8052 Graz
e-mail: christian.probst@existenzanalyse.org