



Die DAGST e. V.

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

Unsere Ziele:

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende: Birgit Scheytt

Weitere Informationen:

Fortbildungsbüro DAGST
Amperstr. 20A
82296 Schöngesing
Telefon: 08141 318276-0
Fax: 08141 318276-1
E-Mail: kontakt@dagst.de

Redaktion:

Christine Höppner
E-Mail: ch@orgaplanung.de

www.dagst.de

Respektvolle Kommunikation

Die Macht der Sprache zielgerichtet nutzen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Liebe Mitglieder... „und Mitgliederinnen“, wollte ich fast schon schreiben – so sehr ist mir das „Gendern“ zur Gewohnheit geworden. Zugegeben: Auch ich stolpere noch über Begriffe wie „Pflegerde“ oder „Lehrende“ o. ä. Und ich muss gestehen, wenn mir Patientinnen erzählen, dass sie „Mechatronikerin“ oder „Holzmechanikerin“ sind, bin ich immer noch überrascht. Andererseits – vor 150 Jahren war der Begriff „Ärztin“ auch kein gängiges Wort... „Haben wir denn keine anderen Probleme!“, höre ich oft, wenn es um das Thema gendergerechte Sprache geht. Doch, natürlich. Und dass in der Konsequenz dann Gesetze geändert werden müssten, ein riesiger bürokratischer Aufwand entstehen würde usw. Ist das nicht sowieso einfach sprachlich nur ein „anderes Etikett“? Werden denn in den Leitungsebenen bald allein durch die Vermeidung des Begriffs „Abteilungsleiter“ mehr weibliche „Abteilungsleitende“ zu finden sein? Ganz ohne Quote? Oder sinkt die Schmerzintensität, wenn die Patienten ihren chronischen Schmerz nicht mehr „meinen Angstgegner“ oder „meinen Feind“ nennen, sondern zum Beispiel neutral „meinen Lebensbegleiter“? Wie bei allen multifaktoriellen Problemen wird die Behebung eines einzigen Einflussfaktors nicht das komplette Problem lösen.

Und doch: Sprache kann das Denken verändern

Als ich vor Jahren meinen Palliativkurs absolvierte, gab es einen Exkurs zum Thema „gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg“ – ein Ansatz, der mir bis dahin unbekannt war, mich aber tief beeindruckt hat. Auch wenn sich Manches davon so anhört, als könne man das



„Wie bei allen multifaktoriellen Problemen wird die Behebung eines einzigen Einflussfaktors nicht das komplette Problem lösen.“

Birgit Scheytt

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Spezielle Schmerztherapie,
Palliativmedizin, Akupunktur

nur in Seminaren so sagen, als würde das im Alltag lächerlich klingen – der Effekt ist verblüffend! Und selbst wenn nicht das gesamte Repertoire von Rosenberg beherrscht wird, sondern „nur“ Techniken der deeskalierenden Kommunikation verwendet werden, nehmen aggressiv begonnene Gespräche dann oft einen ganz anderen Verlauf – was wohl ein Grund dafür ist, warum man in einem Aufsatz über das „deeskalative Einsatzmodell der Polizei NRW“ folgende Sätze finden kann: „Schon diese Darstellung verdeutlicht, dass die Sprache das wichtigste Einsatzmittel der Polizei ist. (...) Sprache ist Ausdruck der Grundeinstellung zum Gesprächspartner... [https://www.gewalt-deeskalationstrainings.de/Aufsatz_Deeseinsatzmodell.pdf, Auf-ruf 3. Januar 2021].“

Auswirkungen von Kommunikation erleben

In der Medizin wurde ja vielfach belegt, dass Kommunikation einen Placebo- wie auch einen Noceboeffekt hat (siehe z. B. Bingel U. Schmerzmedizin 2020;36 (1):48-55) und ich finde es gut, dass im

Medizinstudium professionelle Kommunikation immer öfter auch mit/ an Schauspielpatientinnen und -patienten geübt wird. Durch dieses direkte Feedback lässt sich doch am besten erfahren, welche Art von Kommunikation wie ankommt – damit Sprache nicht nur bei der Polizei „das wichtigste Einsatzmittel“ ist.

Sprache ist doch sogar so wirksam, dass die Opioidwirkung von Remifentanyl im Experiment durch Suggestion aufgehoben werden kann.

Eine Frage des Respekts

Dabei werden neue Assoziationen erst geschaffen (z. B. im Experiment Opioid als gar nicht schmerzlindernd bzw. ein Placebo als wirksames Analgetikum).

Wenn also bestimmte Begriffe in der weiblichen Form gar nicht existieren, denkt sie auch niemand. Würde sich eine Ansprache nur an eine Hälfte des Publikums richten, fühlte sich die andere Hälfte übergangen – in einem solchen expliziten Redekontext wird das ja auch berücksichtigt. Dass das in der Alltagssprache ebenfalls eine mangelnde Wertschätzung darstellt, wird eher negiert. „Aus Gründen der Lesbarkeit“/„das ist doch sowieso gemeint“... sind dann vermeintliche Rechtfertigungen. Aber es ist doch einfach eine Form des Respekts, sich darum zu bemühen, alle Menschen zu erreichen beziehungsweise nicht einfach unerwähnt zu lassen. Übungsfelder finden sich täglich an vielen Orten – ob im Patient*innen-Kontakt, mit Angehörigen, Mitarbeitenden oder im privaten Umfeld.

Neue Aspekte betonen

Anfangs kann das ja verwirrend sein – aber das heißt doch nur, dass wir uns damit auseinandersetzen. Außerdem werden durch die neuen Bezeichnungen vielleicht auch andere Aspekte betont: die Tätigkeit selbst, die Gemeinsamkeiten einer Gruppe... Nehmen wir das genannte Beispiel der „Mitgliederinnen“ – das Wort gibt es so nicht. Wie könnte ich es ersetzen? Mitglieder gehören einem Verein an, sollen dem Wort nach „vereint“ sein, wie Glieder einer Kette zusammenhalten... so etwas trifft heutzutage teilweise nicht einmal mehr bei Sportvereinen zu!

DAGST-Veranstaltungen



Die Jubiläumstagung!

10. Homburger Schmerz- und Palliativkongress 2021

Merken Sie sich bitte den 30. Juni 2021 vor.

Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildung
		Kleingruppenseminare
20.03.2021	Ludwigsburg	Therapeutische Lokalanästhesie Leitung: Alexander Philipp
08.05.2021	Ludwigsburg	Laser und Magnetfeld Leitung: Alexander Philipp
12.06.2021	Staßberg	Materialien in der ganzheitlichen Schmerz-(Zahn-)Medizin Leitung: Hardy Gaus
10.07.2021	Ludwigsburg	Schmerzanamnese, -analyse und -therapie am Beispiel einer Patienten-Erstvorstellung Leitung: Alexander Philipp
18.09.2021	Ludwigsburg	TENS – Wirkung und Anwendungsbeispiele Leitung: Alexander Philipp
		Kongress
30.06.2021	Homburg/Saar	10. Homburger Schmerz- und Palliativkongress

Bitte beachten: Diese Termine sind als Präsenzveranstaltungen (unter Beachtung der jeweiligen Hygienekonzepte) geplant, Änderungen aufgrund von Kontaktbeschränkungen vorbehalten. Außerdem bieten wir Ihnen weiterhin die Gelegenheit zum persönlichen Austausch mit unseren **Experten im Videochat** nach vorheriger Anmeldung per E-Mail (kontakt@dagst.de).

Termine:

03.02.2021, 15:00–16:00 Uhr: Birgit Scheytt (Kopfschmerzen-Diagnose und Therapie)

24.02.2021, 14:00–15:00 Uhr: Alexander Philipp (Komplementärmedizin bei chronischen Schmerzen)

05.03.2021, 10:00–11:00 Uhr: Hardy Gaus (Ganzheitliche Zahnmedizin bei chronischen Zahn- und Gesichtsschmerzen)

Programmänderungen vorbehalten

Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter www.dagst.de.



[M] Nata-Lia / Shutterstock.com

Ich hoffe aber, dass immerhin ein Verbundenheitsgefühl besteht – in unserem Fall mit der Idee einer ganzheitlichen Schmerz- und Palliativmedizin!

Wie bei unserer ersten Online-Mitgliederversammlung beschlossen, versuchen wir, Ihnen ein zwar weiterhin reduziertes Programm anzubieten, dafür so weit es geht als Präsenzveranstaltungen. Das Online-Programm werden wir weiter ausbauen, nehmen aber gerne auch

Ihre Wünsche und Anliegen für bestimmte Kursinhalte auf.

In diesem Sinne, liebe „Vereinte“ schicke ich Ihnen die besten Wünsche für dieses neue Jahr, bleiben Sie gesund und gerne mit uns in Verbindung!

Birgit Scheytt



© Pict Rider/Getty Images / iStock

Erschwerte Beziehungsgestaltung

Die palliative Versorgung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeit

Karin Friedrich, Saarbrücken

Menschen mit einer unheilbaren und lebenslimitierenden Erkrankung gelangen im Verlauf an den Punkt, an dem die Möglichkeiten einer kurativen Behandlung ausgeschöpft sind und sie palliativmedizinische Versorgungsstrukturen kennenlernen. Der Kontakt mit den Behandelnden führt meist zu einer Aktivierung des Bindungssystems des Erkrankten und folglich zu einem „Sich-Anvertrauen“ an das Behandlungsteam. Eine Personengruppe, der dies nur unzureichend gelingt, sind Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderline-Typ. Dieser Beitrag versucht, die entsprechenden Herausforderungen für die Behandelnden zu benennen und mögliche Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Die Situation von Patienten, die sich in palliativmedizinische Versorgung begeben, lässt sich ein Stückweit mit der Metapher eines Trapezkünstlers beschreiben: In jeder Vorstellung vertraut er wieder neu darauf, dass sein Flug im sicheren Griff ei-

nes Partners endet. Er weiß auch, dass er nur fliegen kann, wenn er das Trapez loslässt. Bevor er aufgefangen werden kann, muss er loslassen. Die Wirklichkeit verliert gerade dadurch ihren Schrecken, dass Menschen sich auf das Wagnis des Loslassens einlassen [1].

Doch welchen Menschen fällt es schwer, der Arbeit des Behandlungsteams Vertrauen zu schenken? Sicherlich gehören hierzu Menschen, die eine rigide Persönlichkeitsstruktur aufweisen bis hin zu Menschen, deren Persönlichkeit nach gängigen Diagnosesystemen als „gestört“ diagnostiziert werden könnte. Jede in der ICD-10 [2] im Kapitel F6 beschriebene Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung verdient eigene Überlegungen und Handlungsempfehlungen für die palliativ Behandelnden. Die vorliegenden Ausführungen beschränken sich auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline-Typ (F60.31). Da jedoch bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hohe Komorbiditäten anderer Persönlichkeitsstörungen zu beobachten sind, liefern die Ausführungen auch in der Beziehungsgestaltung zu Patienten mit jeglicher Form von Persönlichkeitsstörung

– vom Facharzt diagnostiziert oder nur vermutet – Anregungen. Betrachtet man die Diagnosekriterien des DSM-5, so lassen sich bereits spezifische Herausforderungen für das palliativ behandelnde Team errahnen (Tab. 1).

Herausforderungen für die palliativ Behandelnden

Die Herausforderungen für das Behandlungsteam einer Palliativstation in der Versorgung eines Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind vielfältig, ebenso wie die betroffenen Patienten vielfältig und in ihrer Individualität einzigartig sind. Eine Auswahl an oft beobachtbaren Herausforderungen wird nachfolgend beschrieben.

„Beziehungstests“

Patienten mit einer entsprechenden Persönlichkeit gestalten Interaktionen und Kontaktaufnahmen in einer Form, die gemeinhin als „Beziehungstests“ bezeichnet wird [3]. Diese Tests können auf unterschiedliche Weise erfolgen, beispielsweise stellt der Patient bereits im Erstgespräch die Kompetenz der Pflegekraft oder des Arztes infrage, mit dem er gerade spricht. Oder der Patient berichtet von früheren negativen Erfahrungen mit Kollegen des aktuellen Gesprächspartners. Hierdurch entstehen bei den Behandelnden neben möglichen Loyalitätskonflikten oftmals Gefühle der Entwertung, zumindest der Irritation oder ein gewisses „Unwohlsein“. Die Behandelnden spüren eigene Widerstände bei der Kontaktaufnahme und müssen Gefühle der Ablehnung, Entwertung, Unbehagen oder auch Angst in der Interaktion bewusst kontrollieren. Eine weitere Form des Beziehungstests besteht in Versuchen des Patienten, die professionelle Beziehung zu verlassen (siehe Fallbeispiel). Bereits die erste Begegnung zwischen Patient und Behandelndem hat daher entscheidenden Einfluss auf die weitere Beziehungsgestaltung.

Das Erstgespräch

Bereits bei der ersten Begegnung steht die Beziehung auf dem Prüfstand, obwohl sie eigentlich noch nicht begonnen hat. Die Interaktion wird stark dadurch beeinflusst, ob die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung vom Überweiser

übermittelt wurde (siehe Fallbeispiel). Hierbei ist nicht entscheidend, ob die Diagnose wirklich durch einen Facharzt gestellt wurde oder ob der Überweiser Verhaltensweisen beschreibt, die die vorgelagerte Behandlung massiv erschwert haben. Diese Vorabinformationen bieten die Gefahr einer selbsterfüllenden Prophezeiung [3].

Affektstürme

Die Patienten zeigen übermäßig viele und heftige negative Affekte, die schwer auszuhalten sind. Darunter sind weniger solche Affekte, die Anteilnahme und das Spenden von Trost auslösen (Angst,

Trauer) als solche, die eher Zurückweisung nach sich ziehen (Wut, Frustration, Ärger, Beschuldigungen).

Notwendigkeit klarer Absprachen

Die Behandelnden erleben die spannungsreiche Situation, einerseits für das Wohl des Patienten zu sorgen und andererseits klare Forderungen (im Sinne notwendiger Absprachen) an ihn zu stellen und scheinbar das Leid des Patienten zusätzlich zu erhöhen.

Bedürfnis nach ständigem Kontakt

Immer wieder versorgen wir Patienten, die eine hohe Behandlungs- und Ge-

Tab. 1: Diagnosekriterien für eine Borderline-Störung nach DSM-5

- Für die Diagnose müssen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt sein:
- Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
 - Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
 - Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
 - Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“)
 - Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandeutungen/-drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
 - Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
 - Chronische Gefühle von Leere
 - Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
 - Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falke und H.-U. Wittchen, mit herausgegeben von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig; S. 908f

Fallbeispiel – Der „exzentrische“ Patient

Der 59-jährige Patient wird vom behandelnden Hausarzt mit der Diagnose eines osärr metastasierten Rektumtumors wegen einer Schmerzexazerbation zur Palliativstation überwiesen. Der Hausarzt beschreibt ihn im Vorfeld als „exzentrisch“. Bereits im Erstkontakt schildert der Patient sehr abwertend und verallgemeinernd einige in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen mit Psychologen. Dennoch besteht er auf psychologische Begleitung. Im weiteren Behandlungsverlauf offenbart der Patient, dass seine Diensttauglichkeit mehrmals im beruflichen Kontext durch Psychologen begutachtet wurde. Die damit verbundenen Gefühlszustände werden in der aktuellen psychologischen Begleitung aktiviert.

Immer wieder versucht der Patient, die Grenzen einer professionellen Begleitung zu überschreiten, bittet beispielsweise darum, die behandelnde Psychologin duzen und beim Vornamen ansprechen zu dürfen oder fragt nach der privaten Handynummer. Auf Grenzsetzungen reagiert er verärgert. Am Tag der Verlegung in ein Hospiz versucht er die Psychologin zu verleiten, stationseigene Handtücher für ihn zu stehlen, um diese mit ins Hospiz zu nehmen.

sprachsdauer einfordern. Sind dies Patienten mit einer Persönlichkeitsstruktur des Borderline-Typs, so können sie ihr zugrundeliegendes Bedürfnis kaum erkennen oder ihr genaues Anliegen formulieren. Dies lässt sich mit einer eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit (Fähigkeit, eigene mentale Prozesse oder die des Gesprächspartners erkennen zu können) erklären [4]. Sie suchen ständigen Kontakt zu Mitgliedern des Behandlungsteams und vermeiden so das Alleinsein, um sich nicht vollends hilflos und ausgeliefert zu fühlen. Wegen großer Selbstzweifel und aus der Angst heraus, allein und „unversorgt“ zu sein, zeigen die Betroffenen jedoch gerade Verhaltensweisen, die das Risiko für tatsächliche Zurückweisung erhöhen. Den hier beschriebenen Teufelskreis verdeutlicht **Abb. 1**.

Aus den genannten Herausforderungen ergeben sich Empfehlungen für die Beziehungsgestaltung mit entsprechenden palliativen Patienten.

Beziehungsgestaltung in der täglichen Arbeit

Mentalisierungsschwäche der Patienten im Kontakt beachten

Die Mentalisierungsfähigkeit entwickelt sich als Kompetenz im Kontakt mit frühen Bezugspersonen und wird durch die Bindung zu ihnen beeinflusst. Eine hohe Mentalisierungsfähigkeit ermöglicht sowohl eine erfolgreiche Emotions- als auch Beziehungsregulation. Verfügt dagegen ein Mensch nur über eine geringe Kompetenz zur Mentalisierung, treten typische Probleme in der Affektregulation und in der Beziehungsgestaltung auf [4]. Hinter den Beziehungstests verbirgt sich oft der Wunsch des Patienten nach Klärung des Beziehungsstatus und der Grenzen der Begleitung.

Wie sieht eine gute Reaktion auf die Beziehungstests aus? Sie können genutzt werden, um die Erwartungen des Patienten an die Behandlung zu klären und unrealistischen Erwartungen bereits im Erstgespräch entgegenzuwirken. Es kann besprochen werden, welche Behandlung möglich ist, unter welchen Voraussetzungen sie stattfinden kann und, dass die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit notwendig ist. Hierzu sind Vereinbarungen wichtig. Sie helfen, den Patienten vor überzogenen Erwartungen zu schützen, Grenzen der Pflege/Begleitung zu klären oder die Behandelnden in einer ungünstigen Weise zu idealisieren. Eine Grenzziehung zwischen privaten Wünschen des Patienten und professioneller Machbarkeit sollte bereits im Erstgespräch erfolgen.

Hat der Patient konkrete Beziehungserwartungen an die Behandelnden, so spiegeln sich diese wider in Erfahrungsberichten des Patienten mit anderen Ärzten, Pflegekräften oder weiteren Behandelnden, wie besprochen in teils sehr abwertender Form. Eine geeignete Antwort hierauf ist es, die Erfahrungen des Patienten anzusprechen. Dies erfolgt mit Fokus darauf, was es für die aktuelle Situation bedeutet, dass die Bewertung eines Kollegen hier angesprochen wird. So können die Berichte genutzt werden, um mögliche Ängste und Bedenken des Patienten gegenüber der aktuellen Behandlung zu thematisieren [3].

Auch sollte die Entlassung des Patienten von Anfang an eingeplant und vorbereitet werden, sodass im Verlauf die Planung der Entlassung oder Verlegung nicht als ein „Verlassenwerden“ oder „Im Stich lassen“ empfunden wird.

Empathische Validierung

Eine geeignete Methode der Beziehungsgestaltung stellt die empathische Vali-

dierung dar. Hierbei bemüht sich der Behandelnde, die Emotionen, Handlungen und Gedanken des Patienten nachzuvollziehen und das Erlebte aus Sicht der Betroffenen als sinnvoll vor dem Hintergrund der aktuellen Situation und der Lebensgeschichte des Patienten zu bewerten. Validieren bedeutet somit, die Gefühle ernst zu nehmen, sie zu verstehen und nicht als zu extrem oder als unangemessen zurückzuweisen [5].

Dies erfolgt, indem der Behandelnde dem Patienten vermittelt, dass seine Reaktionen in der aktuellen Lebenssituation durchaus verstehbar und nachvollziehbar sind. Validierung stellt eine Form der Wertschätzung dar und beruht auf einer empathischen Grundhaltung.

Reflexion und Supervision

Menschen mit Borderline-Verhaltensmustern erzeugen bei Behandelnden ungewöhnlich starke Gefühlszustände, die stets reflektiert werden sollten. Eine Möglichkeit hierzu besteht in der Einzel- oder Teamsupervision, deren Ziel eine reflektierte Haltung und dadurch wohlwollende Distanz und Neutralität sein sollte [3].

Hilfestellung für den Einzelnen durch Supervision

Der Behandelnde kann seine Gefühle reflektieren, die während der Begleitung des Patienten entstanden sind, insbesondere starke Gefühle der Entwertung oder emotionalen Überforderung können im Vordergrund stehen. Ebenso sollten die eigenen Bedürfnisse beleuchtet werden, die im Kontakt mit dem Patienten beschnitten wurden und daraus geeignete Methoden der Selbstfürsorge ableiten.

Hilfestellung für das Behandlungsteam durch Supervision

Oftmals sind sich die einzelnen Behandelnden uneins, wie der Umgang mit dem Patienten gestaltet werden sollte. Die Supervision kann helfen, entsprechende Teamkonflikte als Spiegelphänomene des inneren Erlebens des Patienten zu erkennen. Allerdings können Patienten nur Behandlungsteams spalten, in denen bereits (latente) Teamkonflikte bestehen. Wenn die „Teamspaltung“ auftritt, ist es sinnvoll, sich in der Supervision mit den dahinterliegenden Konflikten auseinanderzusetzen und somit

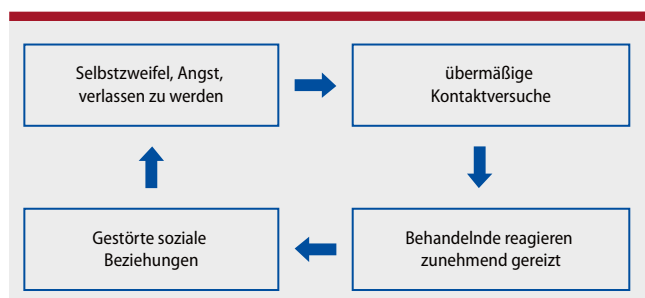


Abb. 1: Symptome der Borderline-Persönlichkeit verstärken sich in einer Art Teufelskreis selbst

nicht die Krise des Patienten zur Krise des Teams werden zu lassen. Zudem kann das Team in der Supervision Absprachen treffen, wie „schwierige“ Patienten (und Angehörige) begrenzt werden sollten. Ebenso können einzelne Behandelnden äußern, welche Unterstützung sie sich vom Team wünschen, wenn sie die Bezugspflege oder ärztliche Betreuung des Patienten übernehmen.

Sollte der Patient bereits entlassen sein, kann die Teamsupervision der kollektiven, entlastenden Bewältigung von Erlebtem dienen, beispielsweise durch den Austausch von Geschichten, wie jedes Teammitglied die Begleitung erlebt und zu bewältigen versucht hat sowie wie man gemeinsam als Team mit der Erinnerung an diesen Patienten umgehen möchte. Schließlich können Vereinbarungen getroffen werden, welche Vorgehensweise in vergleichbaren Situationen zukünftig das Wichtigste wäre [3]. Gelingt dies, so kann die Supervision zur Teamentwicklung beitragen.

Fazit für die Praxis

- In der palliativen Situation werden aufgrund der hohen emotionalen Unsicherheit vertraute – gegebenenfalls auch ungünstige – Bindungsmuster aktiviert.
- Die Begleitung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeit kann Behandelnde auch im palliativen Kontext schnell an die Belastungsgrenze bringen, wobei drei Kernprobleme im Vordergrund stehen: Die mangelnde Fähigkeit, Emotionen angemessen zu modulieren, eine gesteigerte Impulsivität sowie eine wenig hilfreiche soziale Beziehungsgestaltung. Die Symptome lassen sich durch eine mangelnde Mentalisierungsfähigkeit auf Patientenseite erklären.
- Menschen mit Borderline-Persönlichkeit zu begegnen bedeutet, sich einzulassen. Es bedeutet aber auch, sich abzugrenzen und die mannigfaltigen Einladungen, die von den Patienten ausgehen können, reflektiert und pro-

fessionell wertschätzend zu beantworten. Wenn dies gelingt, können auch Menschen mit einer schwierigen Persönlichkeitsstruktur in ihrer letzten Lebensphase Vertrauen fassen und aufgefangen werden.

Dipl.-Psych. Karin Friedrich
CaritasKlinikum Saarbrücken,
Palliativstation
E-Mail: k.friedrich@caritasklinikum.de

Literatur

1. Begemann V, Berthold D, Hillmann M. Sterben und Gelassenheit. Von der Kunst, den Tod ins Leben zu lassen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 2015
2. Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg). Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe. 2019
3. Rahn E. Menschen mit Borderline begleiten. Köln: Psychiatrie Verlag. 2019
4. Taubner S, Fonagy P, Bateman AW. Mentalisierungsbasierte Therapie. Göttingen: Hogrefe. 2019
5. Schoppmann S, Herrmann M, Tilly C. Borderline begegnen. Miteinander umgehen lernen. Köln: Psychiatrie Verlag. 2019