

# Maligne Regression bei Jugendlichen in der geschlossenen stationären Arbeit

(Vortrag Bundesfachtagung Schwerin September 2012 von Renate Migenda)

Ich möchte mit Ihnen also die Thematik der malignen Regression bei Jugendlichen in der geschlossenen KJP näher beleuchten.

Anlass, mich mit diesem Thema zu befassen, waren einige schwierige Krankheitsverläufe, mit denen wir uns auf unserer geschlossenen Station konfrontiert sahen. Patienten, die trotz aller Bemühungen des Teams über Wochen nicht absprachefähig waren. Die mit immer massiveren Selbstverletzungen und suizidalen Krisen dafür „sorgten“, nicht entlassen werden zu können. Im Gegenteil: bei diesen Patienten schienen sich die Symptome zu verstärken und neue hinzuzukommen.

Der ursprüngliche Behandlungsauftrag (beispielsweise die Stabilisierung nach einer suizidalen Krise) rückte in immer weitere Ferne und wir als Team hatten alle Hände voll damit zu tun, nicht von der Destruktivität und Hoffnungslosigkeit dieser Patienten aufgesogen zu werden.

Alles nur Borderline? Oder sind die Behandlungsstrukturen einer geschlossenen Station mitverantwortlich für eine solche Entwicklung und wir ein Teil des Problems?

(Inwieweit tragen diese besonderen Bedingungen, denen die Patienten aber auch wir Mitarbeiter unterliegen, zu dieser Entwicklung bei?)

Ab wann spricht man eigentlich von einer malignen Regression und was bedeutet das ganz genau? Welche Patienten sind besonders gefährdet und vor allem welche Möglichkeiten haben wir dem entgegen zu wirken. Um diese Fragen soll es nun gehen.

## 1. Geschlossene Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anfangen möchte ich mit den Aufgaben und Strukturen einer geschlossenen Station.  
(in Kurzfassung)

### 1.1 Aufgabe und Zielsetzung einer geschlossenen Behandlung:

(In der Leitlinie freiheitsbeschränkender Maßnahmen in der KJP heißt es dazu:  
„Ein wesentliches Merkmal von gravierenden psychischen Erkrankungen, die zu einer Krisenintervention unter (geschlossen) stationären Bedingungen führen, ist der länger dauernde nicht nur vorübergehende Verlust der Ich-Steuerung, der Realitätsorientierung und der Fähigkeit altersentsprechende Eigenverantwortung wahrnehmen zu können.“ (BAG KJPP)

Wir betreuen also Kinder und Jugendliche, die durch eine psychische Krisensituation oder Erkrankung so massiv gefährdet sind, dass sie den Schutz der geschlossenen Station benötigen. Oftmals reicht das aus und wir können mit ihnen einen ersten Behandlungsauftrag erarbeiten. Wenn es nicht ausreicht, um einen stark eigen-/ fremdgefährdenden Jugendlichen zu erreichen, müssen weitere Mittel angewandt werden. Mittel, die wie wir wissen, die Behandlung im Notfall auch gegen den Willen des Jugendlichen durchsetzen. Natürlich in einem rechtlich und ethisch abgesicherten Rahmen.

Die Bedingungen einer geschlossenen Station sind also ganz besondere, egal ob wir sie nun **Schutzbedürftigen-Station** oder **Akustation** nennen:

Unser **erstes** Ziel ist immer, die massive Gefährdung der Einzelnen zu überwinden, dafür stehen Sicherheitsaspekte an vorderster Stelle.

Unser **zweites** Ziel ist, die (aus unserer Sicht) notwendige Behandlung sicherzustellen. Unsere individuellen Interventionen reichen von pflegerischer Vollversorgung über konsequente Pädagogik bis hin zu therapeutischen Zwangsmaßnahmen.

Oft kommt erst danach unser **drittes** Ziel zum Tragen, nämlich mit dem einzelnen Patienten nach Wegen und Perspektiven zu suchen, mit denen er wieder mehr Eigenverantwortung übernehmen kann. Im Gegensatz zu einer offenen Station sind unsere Strukturen darauf ausgerichtet, dem jugendliche Patienten mehr Verantwortung abzunehmen, wir sind kontrollierender, einschränkender, aber auch behütender.

## 2. Begriffsklärung:

### 2.1 Begriffsklärung Regression

Kommen wir nun zum Begriff der Regression.

In Mayers Taschenbuchlexikon heißt es kurz und knapp: „Regression ist das Wiederauftreten entwicklungsgeschichtlich älterer Erlebnis- und Handlungsweisen“.

Sozusagen ein Rückgriff auf infantileres Verhalten und Erleben.

Für Sigmund Freud, der diesen Begriff als erster einführte, ist Regression ein Rückfall auf frühkindlich erlernte Formen der Triebbefriedigung, (wenn die aktuelle Befriedigung eines Triebes versagt ist.)  
Beispiel: 4 jähriges Kind bekommt Geschwisterchen und nässt wieder ein.

Seine Tochter Anna sah die Regression als Abwehrmechanismus: „mit dem Ziel der Triebabwehr oder Angstbewältigung (erfolgt ein zeitweiser Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe in der Persönlichkeitsentwicklung). Regression ist bei ihr also auch eine Art Bewältigungsstrategie, um einen angstmachenden Zustand aushalten zu können oder zu vermeiden.

Last but not least wird Regression in der gegenwärtigen Diskussion als Aktivierung von tieferliegenden Erinnerungen gesehen, die durch Empfindungen, Gefühle oder Gedanken ausgelöst/getriggert werden. Aufgrund ihrer emotionalen Wucht überfluten sie das Ich des Menschen und beeinflussen sein Handeln und Erleben. Beispiel: Geruch...

(Peter Geißler und Hilrion Petzold)

Natürlich hat nicht jedes regressive Verhalten einen Krankheitswert, sondern gehört zu den ganz normalen Schwankungen im Tageslauf (z.B. das größere Bedürfnis nach Zuwendung nach einem anstrengenden Arbeitstag oder bei Kindern abends in der Bettgehsituation). Auch die kindliche Freude an Sport, Spiel und Spaß ist unbedingt wichtig zur eigenen Balance und Erholung.

### 2.3. Maligne Regression:

Maligne bedeutet in der Medizin bösartig oder bezeichnet einen bösartigen Verlauf.

Für die psychotherapeutische Arbeit unterschied Michael Balint erstmalig gutartige und maligne Regression bzw. Regressionsarbeit: „Bei der gutartigen Regression können im geschützten therapeutischen Rahmen regressive Erfahrungen zugelassen und bearbeitet werden, was schließlich zu einer Progression, also Weiterentwicklung führt“.

Zur malignen Regression kommt es hingegen, wenn es (- dem Therapeuten-) nicht gelingt, regressive Wünsche und Erfahrungen des Patienten zu bearbeiten, wie z.B. süchtige Beziehungswünsche des Patienten. Die psychische Entwicklung scheint also nur noch zurück zu gehen, eine Progression nicht möglich.

Bei uns in der stationären Kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit wird der Begriff der malignen Regression übertragen verwandt. Nämlich immer dann, wenn regressive Symptome und Verhaltensweisen eines Patienten unter der Behandlung zunehmen und es zu einer Verschlechterung oder sogar Ausweitung des ursprünglichen Krankheitsbildes kommt. Auch hier gelingt es nicht, mit dem jugendlichen Patienten zu den nächsten Entwicklungsschritten zu gelangen, auch hier bleibt er in seinen regressiven Sehnsüchten und Erfahrungen stecken.

## 3. Fallbeispiel

### 3.1 Symptome der malignen Regression

Welche Symptome zeigen sich? Woran erkennen wir, dass die Gefahr der malignen Regression droht?

Zunächst sind da die allgemeinen Symptome regressiven Verhaltens:

- Scheinbare Einschränkung bereits erworbener Fähigkeiten und Kompetenzen
- (ständiger) Wunsch nach Versorgung und Zuwendung
- Sich nicht mehr alleine beschäftigen können
- Flucht in die Krankheit/somatisieren
- Weinerlichkeit, kleinkindhafte Sprache
- Übermäßiges Schlafbedürfnis, übermäßiges Essen
- Kleinkindhaftes Trotzverhalten

Weiten sich die regressiven Verhaltensweisen immer mehr aus und kommen zunehmend destruktivere dazu, müssen wir von der Entwicklung einer malignen Regression ausgehen.

Also, wenn die betroffenen Patienten

- zunehmend destruktiver agieren und Beziehungen austesten
- parasuizidal agieren
- bei kleinsten Anforderungen zu unkontrollierten Impulsdurchbrüche neigen
- und/ oder Symptome von Mitpatienten übernehmen.

Das kann über Wochen gehen, oder wie im Fall von Sandy auch sehr schnell gehen.

Reifere Verhaltensweisen, die der Patient zu Beginn der Behandlung durchaus hatte, scheinen weder für ihn noch für uns erreichbar zu sein.

#### **4. Ursachen und Risikofaktoren für die Entwicklung einer malignen Regression**

Dr. Romer, unser stellvertretender Chefarzt, brachte die Gefährdung auf den Punkt: „Je mehr ein Patient in seiner Ich-Struktur gestört ist, desto höher ist die Gefahr eine malignen Regression zu entwickeln“. D.h. Patienten mit folgenden Krankheitsbildern sind gefährdet:

- emotional instabile Persönlichkeitsstörungen oder Borderline-Entwicklungsstörung
- frühe Bindungsstörungen

In der Praxis erlebt haben wir maligne regressive Entwicklungen auch bei Patienten mit

- Essstörungen, bei denen eine bisher unbekannte Persönlichkeitsstörung zugrunde lag
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Depressiv-suizidale Syndrome, bei denen sich im Laufe der Behandlung ebenfalls eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung herausstellte.

Weshalb sie so gefährdet sind, hat auf der einen Seite natürlich mit ihrer Erkrankung zu tun, (auf der anderen Seite aber damit, dass sie mit ihren negativen und schmerzlichen Beziehungserfahrungen auf unsere geschlossene klinische Struktur treffen.)

Schauen wir also zunächst auf die Krankheits- Seite, auf Patienten mit einer Borderline-Entwicklungsstörung.

##### **4.1 Borderline- Entwicklungsstörung**

Da in diesem Störungsbild soviel Potenzial für die Entwicklung einer malignen Regression liegt und wir eigentlich täglich versuchen, mit den Betroffenen einen gangbaren Weg hinzubekommen, möchte ich hier kurz darauf eingehen.

Als verantwortliche Faktoren für die Entstehung der Erkrankung gelten (neben einer anlage-bedingten Disposition ):

- starke psycho- soziale Belastungen der Ursprungs- Familie, wie z.B eine psychische Erkrankung eines Elternteil, unklare Generationsgrenzen oder Suchterkrankung
- dadurch negative frühkindliche Beziehungserfahrungen, wie emotionale Vernachlässigung, Ablehnung des Kindes von den Eltern oder einem Elternteil, aber v.a. auch unsichere Beziehungserfahrungen.
- Oder Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch.

Die Patienten leiden unter tiefgreifenden Selbstwertstörungen, und einem chronischen Gefühl von innerer Leere. Besonders schwierig ist es für sie, emotionale Spannungen zu regulieren und auszuhalten. Sie erleben sich meist unter Hochspannung, der sie mit verschiedenen Methoden der Selbstregulierung beizukommen versuchen. In unserer Arbeit sind wir mit diesen ja häufig konfrontiert. (SSV, Schwarz- Weiß- Denken, Spaltung, Manipulation)

Auf der Beziehungsebene leiden die Patienten unter ihrer Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Nähe und der Angst, Autonomie zu verlieren. D.h. auch Nähe ist für sie kaum aushaltbar, was ebenso häufig zu emotionalen Überreaktionen und/ oder selbstverletzendem Verhalten führen kann. Unsere Grenzsetzungen bedeuten immer die Gefahr einer Retraumatisierung, die zu erneuter Destabilisierung samt destruktiven Reaktionen führen kann. Die negative Dynamik einer malignen Regression beginnt.

Parallel dazu kann bei den betroffenen Patienten noch eine zweite Dynamik wirksam werden: Wenn ungestillte (frühkindliche) Beziehungswünsche an die Oberfläche gelangen, die durch die versorgende Stationsatmosphäre weiter angestachelt und genährt werden. Der betroffene Pat. kann dadurch immer tiefer in eine Spirale aus Schmerz und unerfüllten Sehnsüchten geraten, sich immer mehr destabilisieren. Auch hier beginnt die negative Dynamik einer malignen Regression.

#### **4.2 Spannungsfeld zwischen Schutzraum und Zwang**

Damit sind wir im Hinblick auf die Risikofaktoren für eine maligne Regression bei unserer Seite, der Stationsseite.

Die Bedingungen einer geschlossenen Station sind wie wir wissen, besondere:

Es sind Bedingungen in einem Spannungsfeld zwischen Schutzraum und Zwang.

Auf der einen Seite ist unsere Aufgabe und unser Selbstverständnis für schwerstkranke Patienten (z.B. in der akuten Phase einer Psychose) den Stationsalltag umsorgend und abschirmend zu gestalten.

Unsere andere Seite ist aber die der grenzsetzenden und kontrollierenden Institution, Zwangsmaßnahmen inbegriffen.

Diese Diskrepanz zwischen Schutz und Geborgenheit und dem Erleiden oder Miterleben von Zwangsmaßnahmen kann zusätzlich starke Ängste und Unsicherheiten bei den Patienten auslösen. Wenn es uns nicht gelingt, diese aufzulösen können frühere familiäre Erfahrungen reaktualisiert werden. (v.a. bei Jugendlichen, die urplötzliche Gewaltausbrüche in ihren Familien miterleben mussten.)

Wir erinnern wir uns an die Definitionen zur Regression: an Erinnerungen, die durch ihre emotionale Wucht das „Ich“ überfluten.

Wir haben also auch hier den Risikofaktor der Retraumatisierung

#### **4.3 Negative Auswirkung der Geschlossenheit für Jugendliche**

Welche negativen Auswirkungen kommen für die Jugendlichen noch dazu?

Aus der Perspektive der Jugendlichen bedeutet die Aufnahme auf eine geschlossene Station der KJP ohnehin eine Offenbarung der eigenen Hilfs- und Ausweglosigkeit. Erfolgt die Aufnahme zusätzlich gegen den Willen des Jugendlichen, kann man sich leicht vorstellen, dass sich die Gefühle des Ausgeliefertseins und der eigenen Ohnmacht verstärken. Zudem verlangen wir von den Jugendlichen, dass sie mit der Aufnahme eine große Menge Autonomie abgeben. Das führt bei einigen zur Auflehnung und Rebellion gegen die Erwachsenen und ist eigentlich die gesunde, progressive Reaktion.

Bei anderen Jugendlichen können diese Gefühle des Ausgeliefertseins und der Hoffnungslosigkeit aber auch zur Resignation führen, v.a. dann wenn sie keine Perspektiven für sich sehen. Und sie können dazu führen, dass sie sich, - verstärkt durch die einschränkenden, aber doch versorgenden Stationsstrukturen-, in passive Abhängigkeit begeben. (Die Rolle des schutzbedürftigen Kindes annehmen.)

Der Risikofaktor hier heißt also: Hoffnungslosigkeit und einschränkende Stationsstrukturen fördern passiv regressive Verhaltensweisen.

Eine dritte mögliche Reaktion der Jugendlichen soll nicht unerwähnt bleiben, nämlich, dass sie unser Behandlungsangebot annehmen und für sich nutzen können. D.h., wir können mit ihnen eine tragfähige Perspektive nach der akuten Krise erarbeiten, oder sie zu einer längeren Therapie motivieren.

#### **4.4 Negative Auswirkungen der Geschlossenheit auf die PED-Mitarbeiter**

Das Augenmerk unseres pflegerisch pädagogischen Handelns richtet sich auf einer geschlossenen Aufnahme-Station naturgemäß darauf, Krisen zu bewältigen und Gefährdungssituationen abzuwenden. Wir nehmen dem Patienten Verantwortung ab, die er derzeit nicht tragen kann. Das ist richtig und oft genug lebensnotwendig. Die Hauptgefahr dieser Verantwortungsübernahme liegt darin, den Zeitpunkt zu verpassen, an dem der einzelne Jugendliche wieder schrittweise Selbstverantwortung übernehmen könnte und den Zeitpunkt zu verpassen, dies auch von ihm einzufordern.

Zu einem anderen Stolperstein und Risikofaktor kann unser umsorgendes Verhalten werden. Es wird begünstigt durch die vielen emotional hoch belastenden Lebensgeschichten dieser Patienten, die uns berühren und natürlich unser Mitgefühl wecken. Schwierig wird es aber, wenn wir aus Mitleid denken, wir müssten bei dem Jugendlichen etwas wieder gut machen oder uns dazu aufgefordert fühlen, als „besseres Elternteil erlebt zu werden. Auch wenn wir viel zu häufig mit heftig dysfunktionalen Eltern konfrontiert sind: Wir setzen die Patienten dadurch sehr massiven Loyalitätskonflikten aus. Auch wenn wir zu sehr mit dem Patienten mitschwingen, sind wir vielleicht schon verwickelt und verlassen die professionelle Ebene.

Anschauen müssen wir auch unseren Umgang mit Konflikten. Vermeiden wir nicht manchmal Auseinandersetzungen aus Angst vor erneuter Aggression oder erneuten heftigen Selbstverletzungen? Wir werden dadurch nicht nur selbst leichter in pathologische Verhaltensmuster verstrickt, sondern verhindern, dass sich die Betroffenen mit den Konsequenzen ihres Verhaltens auseinandersetzen. Und wir hindern sie daran, Lern- und Entwicklungsschritte zu machen.

Schließlich können auch wir Mitarbeiter eine Art Betriebsblindheit entwickeln, bei der wir das freiheitseinschränkende Milieu unserer Station als Normalfall betrachten. Manchmal fällt uns das hospitalisierte/ resignierte Verhalten von Patienten gar nicht mehr auf, weil wir uns so sehr an ihre Defizite (mit Schlabberlook, etc.) gewöhnt haben.

Und manchmal bleibt uns vor lauter Krisenintervention und Stationshektik ehrlich gesagt zu wenig Zeit (manchmal auch Kraft), immer jede pädagogisch notwendige Auseinandersetzung zu führen.

Die Risikofaktoren auf unserer Seite heißen also:

Durch Zeitmangel, Betriebsblindheit, Konfliktvermeidung und Bevormundung fördern wir passiv-regressive Verhaltensweisen/ verhindern den Aufbau von Selbstverantwortung

Zu große emotionale Nähe kann zur Destabilisierung der Betroffenen beitragen und unsere Reflexionsfähigkeit einschränken.

### **5. Möglichkeiten des Pflege- und Erziehungsdienstes maligner Regression entgegenzuwirken**

Was können, was sollen wir also tun?

#### **5.1 Leitgedanken**

Zur Orientierung möchte ich folgende systemische Leitgedanken voranstellen:

1. Jugendliche pendeln altersentsprechend zwischen regressiven Wünschen und Wünschen nach Autonomie. Ihre zentrale Entwicklungsaufgabe ist die „Herausbildung einer emotionalen Unabhängigkeit von den Erwachsenen“ (Rotthaus, 2009)

Das bedeutet, dass es für die Arbeit mit Jugendlichen wesentlich ist, sie in ihrer Autonomie und Selbstständigkeit zu unterstützen. Ebenso wichtig ist es ihre Wünsche nach Versorgung anzuerkennen, ohne sie jedoch zu befriedigen. Sie sollten also immer auf der reifsten Seite ihrer Persönlichkeit angesprochen werden.

2. „ Aus systemischer Sicht verhält sich jeder Mensch in der jeweiligen Situation und aufgrund seiner individuellen Geschichte zu jeder Zeit subjektiv angemessen und richtig“ (Rotthaus, 2009)

Das heißt jedes Symptom hat/ hatte seine Berechtigung und ist als solches anzuerkennen. Gleichzeitig erfordert die Überwindung der Erkrankung / der Krise eine Veränderung. Alleinige Akzeptanz führt zum Stillstand und unterstützt den Weg in die maligne Regression. Es geht also darum gemeinsam Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, eine Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz zu finden. (vgl. DBT-A Therapie)

3. Oder wie es Professor Rotthaus ausgedrückt hat: „Das Erleben von Selbstwirksamkeit bei der Lösung von Problemen ist die beste Grundlage, in einer neuen Krisensituation auf diese positive Erfahrung zurückzugreifen“.

Die Frage lautet nun also: können unsere Patienten auf einer geschlossenen Station mehr Selbstwirksamkeit erleben und können wir sie motivieren (und befähigen) wieder mehr altersentsprechende Selbstverantwortung zu übernehmen?!

## **5.2 Modifizierung des Stationsrahmens**

Die Aufgabenstellung einer geschlossenen Station als Krisen- und Aufnahmestation mit all ihren Turbulenzen und Zwickmühlen bleibt ja bestehen. Auf jeden Fall können wir zunächst einmal den Stationsrahmen durchforsten.

Haben wir eine klare und verlässliche Tagesstruktur und klare Stationsregeln, die trotzdem Raum für Autonomie lassen?

Haben wir genügend „reife“ Gruppenangebote, die den Jugendlichen Verantwortung abverlangen, damit sie gelingen (Beispiel Kochgruppe)?

Welche verbindlichen Aufgaben und Termine haben unsere Patienten und was passiert, wenn dies nicht eingehalten wird? (vorhersehbare Konsequenzen?)

Und haben wir wirklich so viel Kontrolle wie nötig und Autonomie wie möglich?

Nicht zuletzt sollte die Teilnahme am Klinikunterricht schnellst möglich installiert werden um die Außenrealität in den Klinikalltag zu integrieren.

Ein ganz wesentliches Element zum Erlernen von Selbstverantwortung und zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit ist die Partizipation (Teilhabe), bspw. in Form eines Stationsparlaments, in der die Jugendlichen unter eigener Leitung ihre Anliegen vorbringen und in Wochenplanungen einbezogen werden können. Ebenso wichtig sind außerordentliche Konferenzen bei besonderen Vorkommnissen. Wünschenswert fände ich zudem eine Art Psychoedukationsgruppe, gemeinsam vom PED und Therapeuten, um den Jugendlichen möglichst viele Informationen über ihre Erkrankung und ihre Situation an die Hand zu geben. Nur wer seine Situation einschätzen kann, kann auch an der Lösung der eigenen Probleme mitarbeiten.

## **5.3 Beziehungsgestaltung und Bezugspflege**

Letztendlich aber hängt das meiste von unserer Beziehungsgestaltung zum Patienten ab. Denn die Beziehungsgestaltung ist nicht nur unser wesentliches Arbeitsmittel, sondern auch als einziges in der Lage alle Spannungsfelder aufzunehmen und Fehler zu vermeiden (In einer Studie von Frau Professor Schepker/Weissenau wurden ehemalige Patienten der KJP befragt wie hilfreich sie ihren Klinikaufenthalt erlebt hätten. Dabei kam heraus, dass für die Jugendlichen entscheidend war, wie ernst genommen sie sich gefühlt hätten. Unabhängig davon ob sie auf einer offenen oder geschlossenen Station behandelt worden waren.)

Für die praktische Umsetzung in der Arbeit bedeutet dies:

- Die Beziehungsgestaltung ist klar und verlässlich
- Der Jugendliche hat ein Recht auf alle wesentlichen Informationen
- Der Jugendliche wird auf seiner reifsten Ebene angesprochen
- Schwieriges Verhalten muss in seinen Auswirkungen konsequent besprochen und im Hier- und Jetzt verankert werden (um Retraumatisierung vorzubeugen)

- Mit der Bezugsperson werden Verhaltensalternativen/ sozial verträglichere Strategien erarbeitet
- Die Bezugspflege übernimmt mehr die Rolle des Alltagscoach, erarbeitet nächste Entwicklungsschritte, fördert Erfolgserlebnisse und stärkt die Eigenverantwortung (ressourcenorientiert)
- Sie achtet auf ein dosiertes Beziehungsangebot, sprich sie schützt den Patienten vor zu viel emotionaler Nähe! (Faustregel: mittlere Distanz)
- Humor ist ganz hilfreich

#### **5.4 Anforderungen an das Team**

Zuerst einmal brauchen wir das Team, um allen Anforderungen einer geschlossenen KJP Stationen stand halten zu können. Wir brauchen gegenseitige Unterstützung und Korrektur, wenn wir in Gefahr sind, uns zu sehr in der Beziehung zu einem Patienten verwickeln zu lassen, durch Spaltungstendenzen herausgefordert werden oder sonst an unsere Grenzen kommen. Dazu brauchen wir eine Atmosphäre der gegenseitigen Wertschätzung und flache Hierarchien und Zeit für gemeinsame Übergaben im Gesamtteam. Natürlich brauchen wir auch Supervisionen und Fallbesprechungen, aber auch besetzungstechnische die Möglichkeit dazu, daran teilzunehmen.

Und ein besonderes Anliegen von mir: wir an der Basis brauchen Fortbildungen, gern auch außerhalb der eigenen Klinik, um über den eigenen Tellerrand zu schauen und neuen Schwung mitzubringen.

#### **5.5 Ausblick**

Am Wichtigsten erscheint mir, für die Gefahr der malignen Regression sensibilisiert zu sein. Dafür, dass die Bedingungen einer geschlossenen Station ganz besondere sind, die die Dynamik in die maligne Regression fördern.

Das heißt, Risikopatienten – wenn wir sie denn schnell genug erkennen-, sollten zügig mit möglichst vielen Alltagsbelastungen mobilisiert werden. Devise: „Raus aus dem Bett“! – Aber nicht „runter von Station“- das könnte als Ausstoßung erlebt werden.

Mit der dialektisch-behavioralen Therapie haben wir eine sehr wirksame und handlungsorientierte Therapieform für Patienten mit emotional- instabilen Persönlichkeitsstörungen. Auch wenn das Konzept auf eine offene Behandlung abzielt, (zu der wir die betroffenen Patienten nach Möglichkeit motivieren sollten), können wir auch für die geschlossene Behandlung einige Grundsätze übernehmen. V.a. den der Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung.

Mein Wunsch wäre, dass auch für geschlossene Stationen eine Variante der DBT-A entwickelt würde. Und trotzdem: die meisten gefährdeten Patienten kommen nicht mit einer fertigen Diagnose zu uns, sondern ihre individuelle Problematik stellt sich erst nach und nach heraus. Darum heißt es: kritisch bleiben und die Behandlung gemeinsam im Team immer wieder auf ihre Wirksamkeit in Richtung „Übernahme von Selbstverantwortung“ überprüfen.