

Zur Theorie und Therapie der Borderline-Störungen Verzahnung ambulanter und stationärer Therapie

Dr. med. Birger Dulz, Hamburg

Vortrag vor der Norddeutschen Gesellschaft für angewandte Psychotherapie

am 12.01.2008 in der Curtiusklinik Bad Malente-Gremsmühlen.

**Der Vortrag wurde frei gehalten und beruhte auf der folgenden
Power-Point-Präsentation des Autors**

Der Autor, er ist an der Asklepios Klinik Nord, Ochsenzoll, Hamburg, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie stellv. Ärztlicher Direktor Psychiatrie und Chefarzt der 2. Fachabteilung (Persönlichkeitsstörungen/Trauma), weist darauf hin, dass die Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie in seiner Klinik praktiziert wird. An seiner Klinik wird nicht sektorgebunden gearbeitet.

Borderline- Störungen

Dr. med. Birger Dulz
Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll
Hamburg

2. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie: Persönlichkeitsstörungen/Trauma

b.dulz@asklepios.com

Was ist eine Persönlichkeitsstörung?

Persönlichkeitszüge sind überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens, und zwar im Hinblick auf die Umwelt und auf sich selbst. Sie kommen in einem breiten Spektrum von wichtigen sozialen und persönlichen Situationen und Zusammenhängen zum Ausdruck. Wir sprechen von Persönlichkeitsstörungen nur dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und wenig angepasst sind und die Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen oder zu subjektiven Beschwerden führen (DSM-IV, 1996, S. 712). Sie sind vergleichsweise gut mittels Psychotherapie zu behandeln und kommen vor allem in Situationen vor, die für die jeweilige Person konflikthaft sind.

Diese Kriterien lassen sich in sechs Punkten zusammenfassen: die Störung

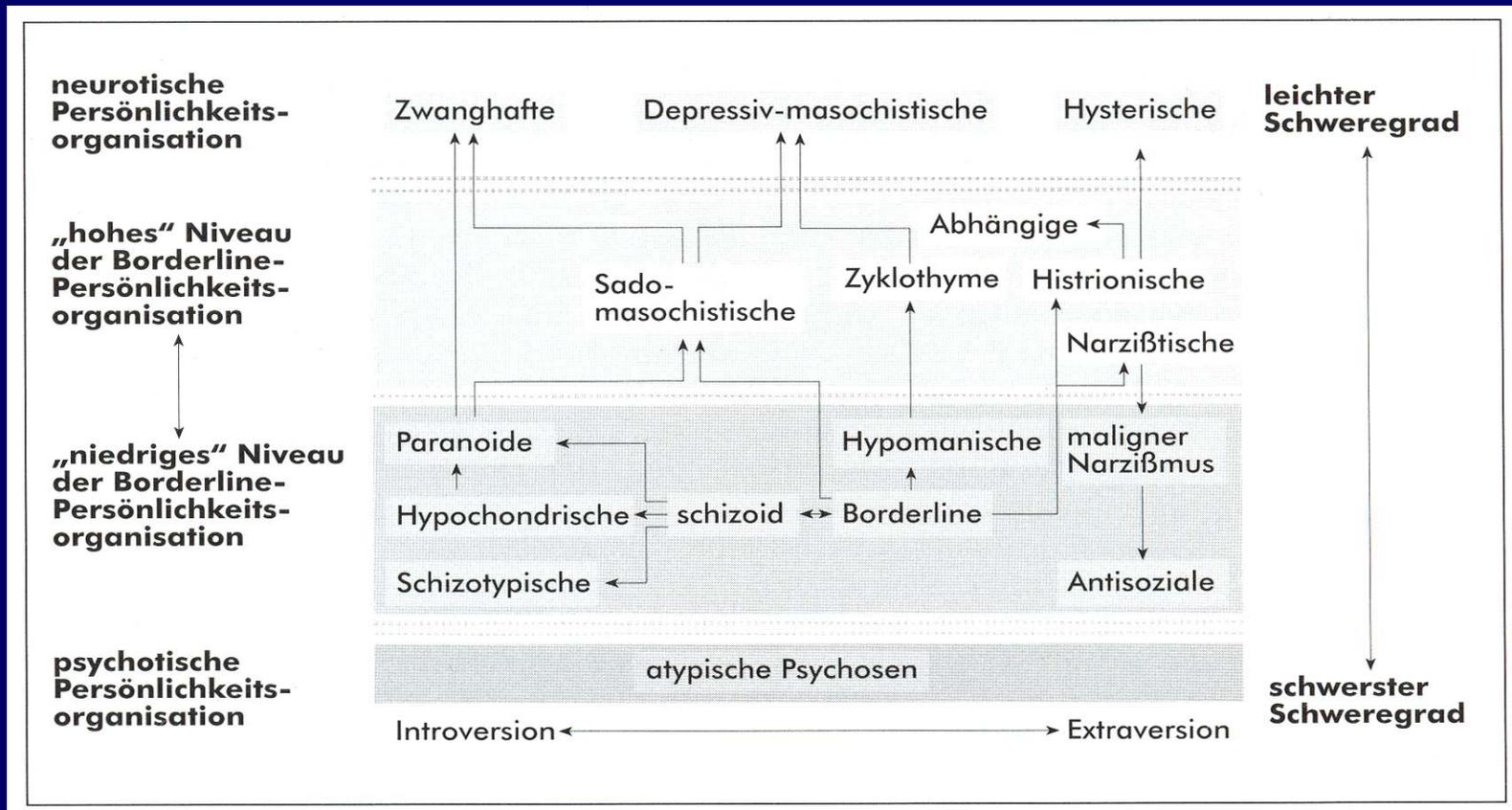
- 1. ist überdauernd (aber eben in der Mehrzahl der Fälle therapierbar)
- 2. betrifft mehrere Ebenen (kognitiv, emotional, behavioral)
- 3. stellt sich als unflexibles und tiefgreifendes Muster dar
- 4. führt zu Leiden im Beruf, in sozialen und anderen Funktionsbereichen
- 5. ist keine Manifestation einer anderen Störung
- 6. ist nicht auf eine Substanz oder hirnorganische Erkrankung zurückzuführen

Persönlichkeitsstörungen - Komorbiditäten

Fast alle Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung erfüllen die Kriterien mindestens einer weiteren Persönlichkeitsstörung, manche mehr als fünf (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Histrionische Persönlichkeitsstörung, Anankastische Persönlichkeitsstörung, Paranoide Persönlichkeitsstörung)

Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation

(Kernberg)



Diagnostische Kriterien gem. DSM-IV für 301.83 (ICD 10: F60.31) Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen.

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5) enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5) enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung

- Prävalenz ca. 2 % (DSM-IV)
- 15-25% aller Patienten in psychiatrischen Kliniken (tlw. bereits auch deutlich mehr)
- Suizide 7-9%
- Suizidversuche 60%
- Direkte Kosten über 3 Mrd. Euro
- Bei 30% der männlichen Strafgefangenen
- Verhältnis Männer:Frauen etwa 3:5

Zusammenhang zwischen Trauma-Art und Aggressionsausrichtung

Gesamt (N = 56); Pearson Chi- ² 26.814; DF 6; p = 0.000				
	keine Aggression	Auto- und Fremdaggressor	Autoaggression	Fremdaggression
Sexueller Missbrauch und körperl. Misshandlung	1 (1,8%)	14 (25,0%)	11 (19,6%)	1 (1,8%)
Sexueller Missbrauch	1 (1,8%)	1 (1,8%)	14 (25,0%)	0
Körperliche Misshandlung	1 (1,8%)	5 (8,9%)	2 (3,6%)	5 (8,9%)
Männer (N = 19); Pearson Chi- ² 8.407; DF 4; p = 0.078				
	keine Aggression	Auto- und Fremdaggressor	Autoaggression	Fremdaggression
Sexueller Missbrauch und körperl. Misshandlung	0	5 (26,3%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)
Sexueller Missbrauch	0	1 (5,3%)	2 (10,5%)	0
Körperliche Misshandlung	0	1 (5,3%)	2 (10,5%)	5 (26,3%)
Frauen (N = 37); Pearson Chi- ² 15.334; DF 4; p = 0.004				
	keine Aggression	Auto- und Fremdaggressor	Autoaggression	Fremdaggression
Sexueller Missbrauch und körperl. Misshandlung	1 (2,7%)	9 (24,3%)	9 (24,3%)	0
Sexueller Missbrauch	1 (2,7%)	0	12 (32,4%)	0
Körperliche Misshandlung	1 (2,7%)	4 (10,8%)	0	0

Aus: Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch psychodynamische Überlegungen und empirische Daten.

In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart – New York (S. 167-193)

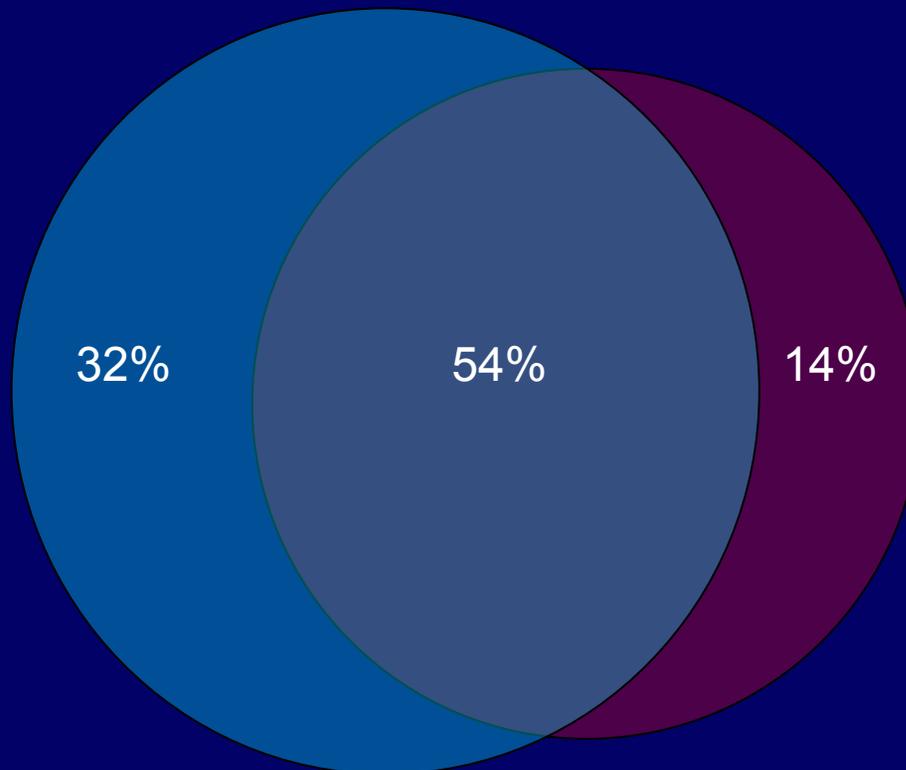
Verhalten des Nicht-Täter-Elternteils bezüglich der Realtraumatisierung

	Keine Angabe	Duldend	Ignorierend	Fördernd	Nicht glaubend	Nicht wissend
Männer (N = 20)	4 (7,4%)	10 (18,5%)	4 (7,4%)	2 (3,7%)	0	0
Frauen (N = 34)	2 (3,7 %)	7 (13,0%)	13 (24,1%)	8 (14,8%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)
Gesamt (N = 54)	6 (11,1%)	17 (31,5%)	17 (31,5%)	10 (18,5%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)

Aus: Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch psychodynamische Überlegungen und empirische Daten.

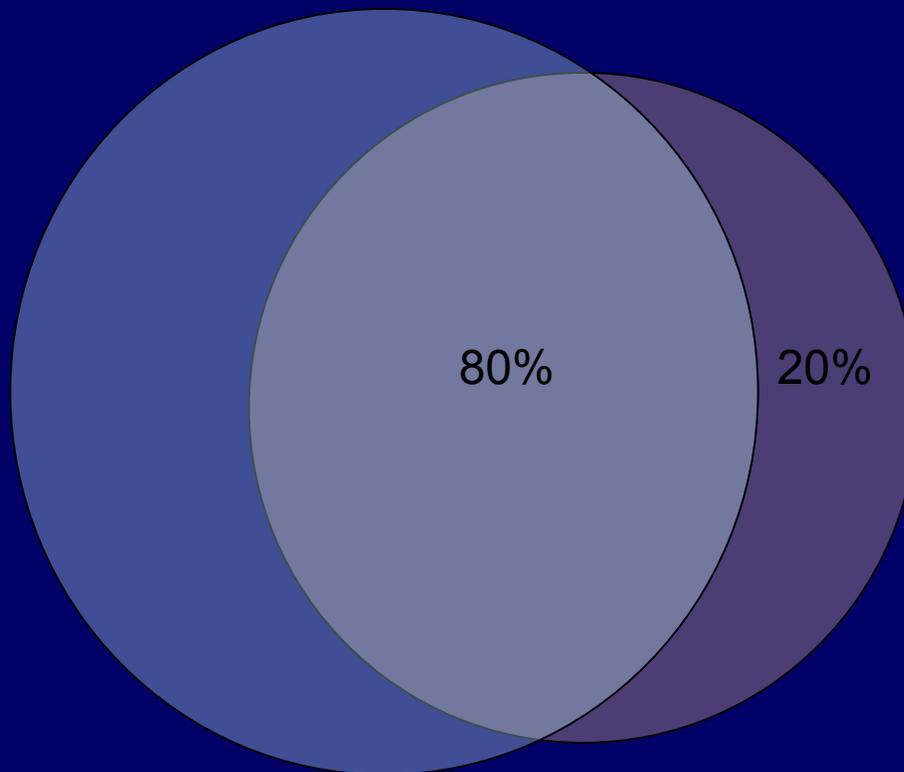
In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart – New York (S. 167-193)

Diagnoseüberschneidung Komplexe PTBS und BPD



N= 274

Prävalenz der Komplexen PTSD bei Patienten mit einer BPD



Ätiologisch bedeutsame Faktoren bei der Ausbildung einer Borderline-Störung sowie deren strukturelle und deskriptive Elemente

Genetische Ebene

pränatale Einflüsse

erbbiologische Faktoren

neuroanatomische /
neurobiochemische
Faktoren

externale Faktoren
(z.B. Krankheit des
Kindes/späteren
Opfers, Tod der
Mutter)

frühkindliche
(prätraumatische)
Familiensituation
(insbes. auch
präsymbolische
Zeit)

„Familienklima“
zur Zeit der
Traumatisierung,
insbesondere
Verhalten der
„Nicht-Täter“
Vernachlässigung,
Missachtung)

„prätraumatische“
Persönlichkeits-
struktur

Missbrauch
und/oder
Misshandlung

gesellschaftliche
Faktoren
(z.B. narzisstische
Belastung durch
Arbeitslosigkeit,
sozialen Abstieg)

Strukturelle Ebene

Ich-Schwäche mit
Spaltung und den
Hilfsabwehrmechanismen
(primitive Idealisierung,
projektive Identifizierung,
Omnipotenzgefühl,
Entwertung, Verleugnung)

Deskriptive Ebene

Angst als
Zentralsymptom
sowie die
Hilfssymptome

Aus: Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten.

In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart – New York (S. 167-193)

Neurobiochemische Ansätze

Es gibt eine Fülle neurobiochemischer Erkenntnisse (insbes. auch durch bildgebende Verfahren), die jedoch alle nicht Borderline-spezifisch sind, sondern z.B. Affekte und Gedächtnis(se) betreffen und auf verschiedene Störungen zutreffen (dürften). Hinsichtlich therapeutischer Vorgehensweisen sind die Forschungsergebnisse (noch?) irrelevant.

Traumata und Gehirn

Nicht nur Substanzschädigungen frontaler oder limbischer Strukturen bewirken gravierende Persönlichkeitsveränderungen, sondern auch chronischer Stress oder emotionale Vernachlässigungen in der Kindheit können neurobiologische Reifungsprozesse beeinträchtigen

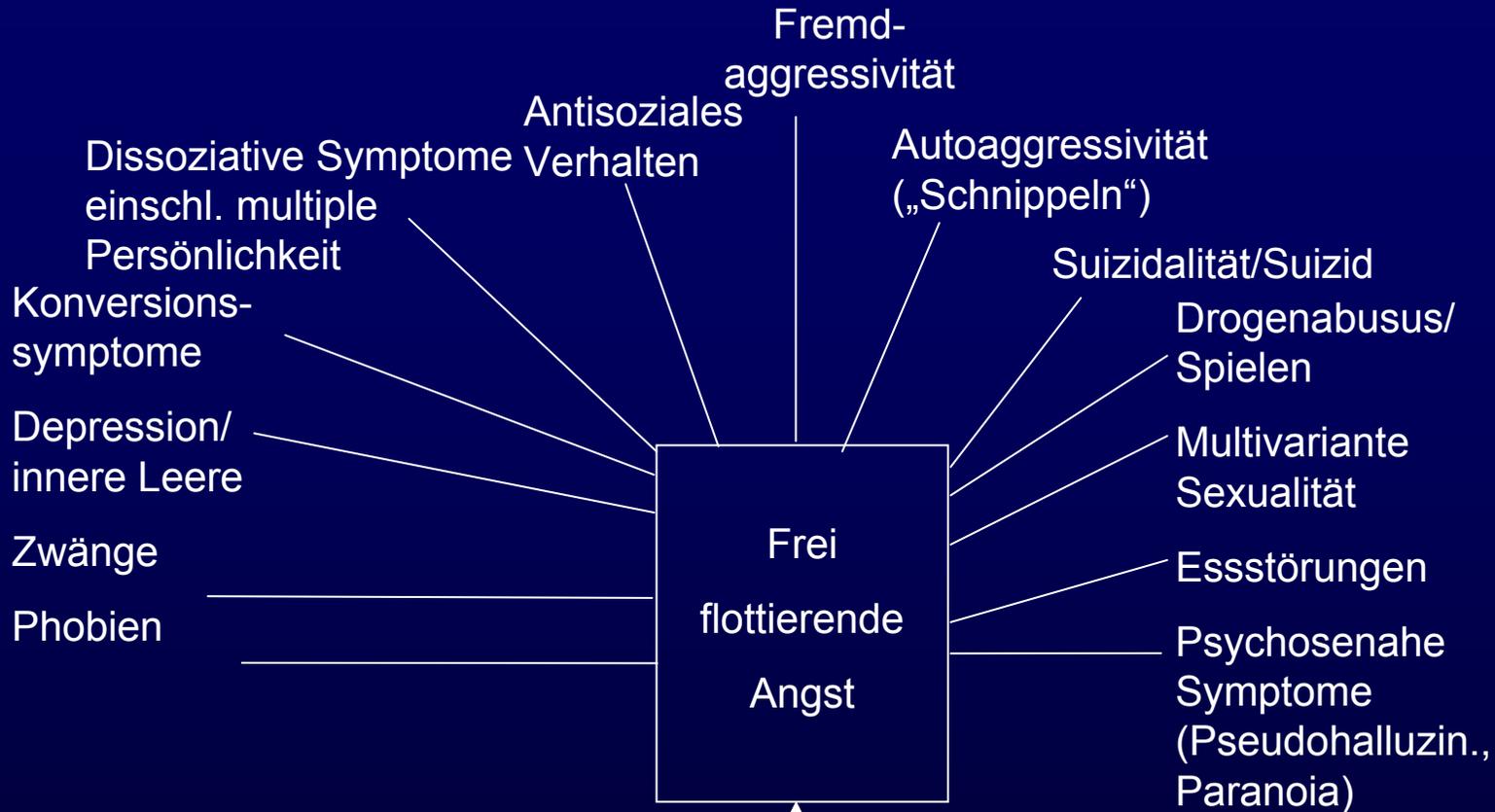
Familienatmosphäre

Realtraumatisierungen sind ausgesprochen häufig, jedoch nicht immer zu explorieren. Immer vorhanden ist jedoch eine Kindheit/Jugend mit emotionaler Vernachlässigung. „Traumatisierung“ im weiteren Sinne kann als Folge einer Atmosphäre verstanden werden, in der die Bedürfnisse des Kindes nicht gesehen und ihre Emotionen unterdrückt werden, so dass dies den wesentlichen genetischen Faktor darstellen dürfte.

Zentraler Affekt

- Kernberg geht davon aus, dass Wut und Hass der zentrale Affekt ist
- Für Krause ist dies Scham
- Für Dulz ist eine ungerichtete Angst zentral, die durch Symptome (z.B. Angstausrichtung wie bei der Phobie) und Beziehungsgestaltung (Abwehrmechanismen wie Spaltung) reduziert wird
- Durch den jeweils angenommenen Grundaffekt wird die therapeutische Haltung bewusst und unbewusst mitbestimmt

Mechanismus zur Reduzierung der frei flottierenden, diffusen Angst bei Borderline-Patienten



ICH-Schwäche

SPALTUNG

⊕ ↑ ⊕ ↑ ⊕ ↑ ⊕ ↑

Projektive Identifizierung + Primitive Idealisierung + Verleugnung + Allmacht / Entwertung

HILFSMECHANISMEN DER SPALTUNG

Aus: Dulz B, Schneider A (1995) Borderline-Störungen – Theorie und Therapie. Schattauer, Stuttgart – New York

Psychoenahe Symptome

	Borderline-Patienten	andere Persönlichkeitsstörungen	Schizophrenie	Gesunde
Magisches Denken	34	9,1	9,4	0
wiederkehrende Illusionen	24	7,3	3,1	2,2
Depersonalisation	36	14,6	9,4	0
Derealisation	30	9,1	18,8	2,2
Beziehungsideen	74	27,3	43,8	2,2
Denkstörungen	100	70,9	65,6	6,5
"Quasi-Halluzinationen"	26	1,8	0	0
"echtes" psychotisches Denken (mind für 2 Tage)	14	3,6	100	0
substanzgebundenes "echtes" psychotisches Denken	6	3,6	0	Angaben in Prozent 0

Dr. Birger Dulz

Bei Borderline-Patienten je nach Ausprägung der Ich-strukturellen Mängel und der Symptomatik fünf Gruppen:

- ⇒ **ambulant psychotherapierbare Patienten (Krisenintervention) mit ausreichender Objektrepräsentanz und Beziehungsfähigkeit sowie geringem Impulskontrollverlust**
- ⇒ **Ich-strukturell zu therapierende, aber beziehungsgestörtere und Impulsdurchbruchgefährdete Patienten (stationär mit Übergang zur ambulanten Therapie idealerweise über eine spezialisierte Tagesklinik)**
- ⇒ **besonders Ich-schwache Patienten (primär strukturierende Therapie ohne Deuten)**
- ⇒ **schwerer delinquente Patienten (Einrichtungen mit speziellem Setting)**
- ⇒ **(noch) nicht therapierbare Patienten (z.B. ohne Motivation bzw. Introspektionsfähigkeit)**

Auf der deskriptiven Ebene wichtige Indikatoren für eine stationäre Therapie

- ⇒ **ausgesprochen geringe Angsttoleranz**
- ⇒ **Suizidalität, schwere Autoaggressivität (selbstverletzendes Verhalten)**
- ⇒ **schwere Essstörungen**
- ⇒ **innere Konfusion einschließlich psychotischer Symptome**
- ⇒ **schwere dissoziative Symptome (einschließlich der sog. Multiplen Persönlichkeit/Dissoziativen Identitätsstörung)**
- ⇒ **eingeschränkte Impulskontrolle (z.B. auch Drogenkonsum)**
- ⇒ **chaotische Beziehungsmuster, Beziehungslosigkeit bzw. Verlust der sozialen Integration (stationär lassen sich Beziehungsmuster besser erkennen und bearbeiten)**
- ⇒ **schweres antisoziales Verhalten einschließlich Delinquenz (bei schwerer Delinquenz strukturierteres Setting in kontrollierbarerem Rahmen)**

Indikation zur stationären Psychotherapie im Sinne einer Ich-strukturellen Arbeit, wenn der Patient

- ⇒ eine Motivation zum Eingehen einer therapeutischen Beziehung – bei oft ungenügender Fähigkeit hierzu – besitzt oder diese jedenfalls absehbar ist**
- ⇒ Reflektionsvermögen als auch Introspektionsbereitschaft und -fähigkeit aufweist**
- ⇒ zu Ich-schwach für eine ambulante Psychotherapie, aber genügend Ich-strukturiert für eine intensive Behandlung (einschließlich Bearbeitung der Realtraumata) ist**
- ⇒ im Rahmen der Traumbearbeitung bei ambulanter Therapie ein Exazerbieren von Symptomen zeigt; bei schwerer gestörten Borderline-Patienten sollte Traumaarbeit zur Vermeidung z.B. eines Suizides unter stationären Bedingungen begonnen werden**

Wesentliche Bedingungen für eine stationäre Psychotherapie:

- **Formulieren der Therapieziele für das Team als „Konzeptbestandteil“**
- **hohe personelle Konstanz im Team, da Therapeutenwechsel aufgrund der mangelhaft ausgeprägten Fähigkeit der Patienten zur Objektrepräsentanz die typischen Abwehrmechanismen und die Störung „nähren“**
- **Reduktion der Spaltung des Teams, u.a. durch tägliche patientenbezogene Besprechungen**
- **spezielle Fachkenntnisse bei allen Mitarbeitern durch ständige fallbezogene und theoretische Fortbildung; sonst keine Verhinderung der Spaltung des Teams**
- **neben systematischer Einzel- und Gruppentherapie auch körpertherapeutische Einzel- und Gruppenarbeit, da bei missbrauchten/ misshandelten Borderline-Patienten oft Störungen des Körperschemas**

1. Kategorie (allgemeines Setting)

- Variables Setting, das den jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen des Patienten angepasst werden muss
- Sympathie bezüglich des Patienten
- Technische Neutralität
- Haltende Funktion im Sinne von WINNICOTT
- Kontrolle und Steuerung des Agierens des Patienten
- Umfassende Information über die Art der Erkrankung, das Therapiesetting und psychodynamische Zusammenhänge – einschließlich Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen und Gründe für die Applikation einer Medikation
- Alle relevanten Inhalte aus Einzeltherapie- und Gruppen-Sitzungen müssen dem Team mitgeteilt, in ihm diskutiert und in ihrer psychodynamischen Bedeutung verstanden werden

2. Kategorie (psychotherapeutisches Setting)

- **Eruierung der am wenigsten konflikthaften Persönlichkeitsbereiche (und der Ressourcen)**
- **Rasches Unterbrechen von Schweigepausen**
- **Keine Aufforderung zur freien Assoziation. Vielmehr Steuerung in Richtung eines verbesserten Realitätsbezuges**
- **Vermeidung genetischer Deutungen. Statt dessen Deutungen zur Verbesserung des Realitätsbezuges (im „Hier-und-Jetzt“)**
- **Ggf. Konfrontation mit verleugneten Inhalten und Gefahren**
- **Förderung der positiven Übertragung**
- **Keine Deutung einer positiven Übertragung**
- **Thematisierung abgespaltener und inner- wie außerhalb der Therapie agierter negativer Übertragungen**
- **Entzerrung der Bilder früherer Bezugspersonen**
- **Wiederholte Bestätigung, dass der Patient liebesfähig ist**
- **Wiederholte Versicherung, dass die technische Neutralität keine Ablehnung des Patienten bedeutet**
- **Mitteilung von Gegenübertragungsgefühlen, Korrektur verzerrter Wahrnehmungen des Therapeuten**
- **Herausarbeitung der unbewussten Identifikationsphantasie (d.h. eines unbewussten „Arbeitsmodells“), nach der ein Patient seine Beziehungen gestaltet**

Übereinstimmungen bezüglich der Psychotherapie-Verfahren bei Borderline- Störungen

- Die Therapie erfolgt kohärent-konzeptgeleitet und strukturiert
- Die Therapie ist beziehungs- und störungsorientiert
- Die Behandlungstechnik ist dementsprechend für die Bedürfnisse von schwer persönlichkeitsgestörten oder/und traumatisierten Patienten modifiziert
- Die Behandlungsstrategien und -ziele sind für Patienten und Behandler klar erkennbar
- Es erfolgt regelmäßige hochqualifizierte Supervision
- Es werden Strategien für Notfälle und Krisensituationen vorgehalten
- Der Therapieerfolg ist dosisabhängig

(Bolm 2007)

Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie

Im Rahmen der Therapie werden neue „positive“ Beziehungserfahrungen (Haltende Funktion i.S. von Winnicott) gemacht, die die Relevanz der alten „traumatischen“ Erfahrungen minimieren, so dass neue Beziehungsmuster – zunächst erprobt im Rahmen der Therapie – ermöglicht werden. Je mehr „gute“ Erfahrungen in den neuronalen Netzwerken abgespeichert werden können, desto „normaler“ werden die Beziehungsmuster (strukturelle Ebene/Abwehrmechanismen) und desto weniger werden die Symptome (deskriptive Ebene)

Taktisches Vorgehen in der Behandlung bei TfP

1: Auswahl eines Hauptthemas unter Berücksichtigung von Notfallsituationen und alltäglichen Situationen

2: Schutz des therapeutischen Rahmens/Setzen von Grenzen und Ausschalten von sekundärem Krankheitsgewinn

3: Aufrechterhalten der technischen Neutralität und der Grenzen ihrer Anwendung

4: Klarstellen/Intervenieren auf der Grundlage einer gemeinsam geteilten Realität, ehe subjektive Verzerrungen der Realität gedeutet werden (sind die Unterschiede in der Realitätswahrnehmung zwischen Patient und Therapeut erst erarbeitet, können auch die Verzerrungen vollkommen verständlich gemacht werden)

5: Analyse sowohl der positiven als auch der negativen Aspekte der Übertragung, um zu verhindern, dass eine Übertragung als ausschließlich negativ (oder positiv) angesehen wird

6: systematische Analyse primitiver Abwehrmechanismen in der Übertragung (dieses taktische Vorgehen wirkt Ich-stärkend, kann aber vorübergehend durch die Schwierigkeit des Patienten, Projektionen zurückzunehmen, eingeschränkt sein)

7: kontinuierliches Beachten der Gegenübertragung und Integration der hieraus gewonnenen Erkenntnisse in den Deutungsprozess

Rangreihe von Themen mit besonderer Priorität bei TfP

1: Behinderungen der Arbeit an der Übertragung

(Die Hindernisse, die sich bei der Arbeit mit den offenkundigen Übertragungsmanifestationen ergeben, sind selbst durchdrungen von Übertragungsbedeutung. Sie bieten die Möglichkeit, die Übertragungsbedeutungen dieser Verhaltensweisen zu untersuchen, solange sie nicht die Behandlung scheitern lassen oder gar zerstören.)

- a) Suizid- oder Morddrohungen
- b) offenkundige Gefährdungen für eine Fortsetzung der Therapie (Beispiele: finanzielle Schwierigkeiten; Absichten, die Stadt zu verlassen; Wünsche, die Sitzungsfrequenz zu reduzieren)
- c) Unehrlichkeit oder absichtliches Verschweigen von Information in den Sitzungen (Beispiele: Belügen des Therapeuten; Weigerung, bestimmten Themen zu besprechen; Schweigen während der meisten Zeit der Sitzungen)
- d) Verletzungen des Therapievertrags (Beispiele: Nichteinhalten der Abmachung, noch einen anderen Therapeuten – z.B. Internist, Psychiater – aufzusuchen; Weigerung, verordnete Medikamente einzunehmen)
- e) Agieren während der Sitzungen (Beispiele: Beschädigen oder Zerstören von Einrichtungsgegenständen der Praxis; Weigerung, am Ende der Sitzung zu gehen; Schreien)
- f) Agieren zwischen den Therapiesitzungen
- g) Ausweichen auf emotional nicht bedeutsame oder triviale Themen

2. Offenkundige Übertragungsmanifestationen

- a) verbale Bezugnahme auf den Therapeuten
- b) „Acting-in“ (Beispiel: eine verführerische Körperhaltung einnehmen)
- c) Empfehlungen des Therapeuten (Beispiel: Überweisung zu anderen Ärzten)

3. Affektiv bedeutsames Material, das nichts mit der Übertragung zu tun hat

Dialektisch-Behaviorale Therapie

DBT

- Entwickelt zur Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzendem Verhalten
- Schwerpunkt Skills-Training
- Schwerpunkt Achtsamkeitsgruppe
- Aufbau dialektischer Denkmuster
- Ersetzen extremer Reaktionen durch integrative Reaktionen
- Besondere Bedeutung hat die therapeutische Beziehung

Mentalisierungsbasierte Therapie

Frühe missbräuchliche/traumatische Beziehungserfahrungen verzerren die Fähigkeit, den mentalen Zustand anderer realistisch zu erfassen. In der Therapie wird die Fähigkeit für die Entwicklung adaptiver Strategien zum Erkennen des mentalen Zustandes in intimen Beziehungen neu aufgebaut

Schematherapie

- Maladaptive Schemata entstehen durch frühkindliche Erlebnisse
- Eingesetzt werden kognitive und erlebensbasierte Strategien
- Reparenting ist ein wesentliches Element der therapeutischen Beziehung
- Weitere psychoanalytische und insbesondere auch bindungstheoretische (Bowlby) Erkenntnisse und Vorgehensweisen (Empathie) wurden einbezogen

Traumatherapie

- Da Traumata bei den meisten Borderline-Patienten vorhanden, kann Traumatherapie wichtig sein (insbes. Stabilisierungstechniken)
- Es handelt sich selten um ein singuläres Träume, sondern um komplexe traumatische Vorgänge, die die Familienatmosphäre prägten. Insofern muss dem große Beachtung geschenkt werden und nicht nur z.B. sexuellen Handlungen (Missbruch)
- Es bedarf zur Bearbeitung von Traumata (insbes. der Exposition) einer hinreichenden Stabilität des Patienten und der therapeutischen Beziehung
- Angewendet werden Techniken verschiedener Therapieschulen

Prognose

Anders als zumeist angenommen ist die Prognose bei spezifischer systematischer Psychotherapie durchaus günstig.

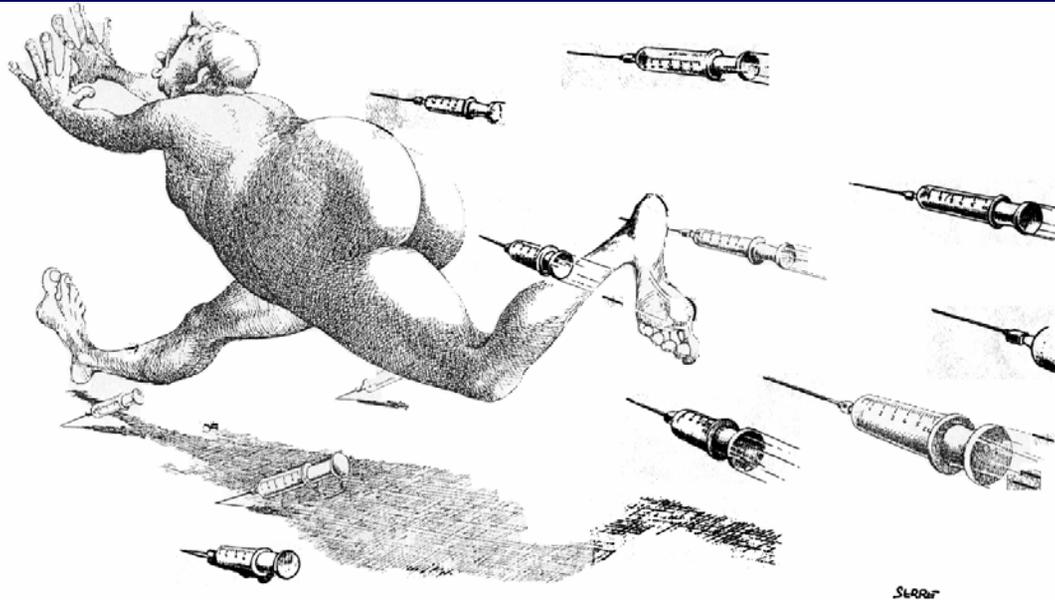
Unklar ist jedoch, welche Patienten von welchem Psychotherapie-Verfahren am meisten profitieren.

Klar ist lediglich: Den einen Königsweg gibt es nicht!

Bundessozialgericht – 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R

- Notwendigkeit und Dauer der KH-Behandlung im Regelfall während der stationären Behandlung zu überprüfen
- bei Zweifel der KK ist erst Kurzbericht anzufordern, der innerhalb einer Woche zuzusenden ist. Falls Zweifel bleiben: Prüfung durch MDK im Zusammenwirken mit dem KH-Arzt, in der Regel während der stationären Behandlung
- Erörterung des MDK mit dem KH-Arzt, Ergebnis in Stellungnahme festzuhalten. Das gilt auch für nachträgliche Überprüfungen
- routinemäßiges Verlangen ohne konkreten Anlass würde KH in ihrem Versorgungsauftrag beeinträchtigen
- für die Notwendigkeit einer KH-Behandlung ist zunächst die Beurteilung des KH-Arztes maßgebend. Der generelle Verweis auf zu lange Verweildauern reicht nicht, es bedarf eines substantiellen Einwandes im Einzelfall
- eine pauschale Aufforderung zur Begründung der Notwendigkeit einer KH-Behandlung verkennt die Gesetzes- und Vertragslage
- zeitnahe Überprüfung, da es beim Zusammenwirken mit dem MDK auf die frische Erinnerung des KH-Arztes ankommt

Medikamente sind bei angemessener Aufklärung und bei Berücksichtigung der Ängste der Patienten oft hilfreich. Sie können eine Psychotherapie ermöglichen und dabei helfen, diese durchzustehen



aus: Serre C (1978) Weiße Kittel - leicht geschwärzt
Verlag G. Stalling, Oldenburg - Hamburg

Empfehlung der GePs

In der Regel **nicht** empfehlenswert sind:

- Trizyklische Antidepressiva: bei relativ hoher Toxizität ist der Nutzen sehr zweifelhaft („unwirksam“) und lag teilweise nur im Bereich von Plazebo (APA 2005; Moleman et al. 2000)

Empfehlung der GePs

■ Konventionelle Neuroleptika: Vornehmlich die kognitiven Einschränkungen und die Gefahr zumeist irreversibler Spätdyskinesien (über die der Patient unbedingt aufgeklärt werden muss, was er auch durch Unterschrift zu bestätigen hat) sprechen gegen eine Medikation mit dieser Medikamentengruppe. Es ist davon auszugehen, dass Medikamente mit einer Tendenz zu extrapyramidalen Nebenwirkungen besonders häufig zu Spätdyskinesien führen (bei Behandlung über mindestens drei Monate [Schooler u. Kane 1982]). Kognitive Nebenwirkungen dürften die Wirksamkeit der kausalen Behandlung (spezifische Psychotherapie) reduzieren. Zudem ist die Wirksamkeit konventioneller Neuroleptika bei Borderline-Störungen überhaupt unsicher, denn die frühen Wirksamkeitsstudien differenzierten nicht zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Schizotypischer Persönlichkeitsstörung.

Empfehlung der GePs

In der Regel **empfehlenswert** sind:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI):** Sie werden vielfach als Mittel der Wahl bezeichnet (Gunderson 2005). Bezüglich Fluoxetin liegen randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudien vor (Übersicht in APA 2005). Da Angst ein zentrales Symptom bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen darstellt (Dulz u. Schneider 1995; Hoffmann 2000), dürfte auch die Zulassung bei Panikstörung/generalisierter Angststörung ein wichtiges Argument bei der Verordnung sein (betrifft z.B. Citalopram, Escitalopram, Paroxetin).

Empfehlung der GePs

- Atypische Neuroleptika: Die Wirksamkeit von Olanzapin wurde in einigen plazebokontrollierten Doppelblindstudien nachgewiesen (u.a. Zanarini u. Frankenburg 2001), kürzlich auch im Sinne einer add-on Behandlung zur Psychotherapie (Soler et al. 2005). Systematische Behandlungsbeobachtungen ergaben zudem Hinweise auf eine Wirksamkeit von Quetiapin, Ziprasidon, Risperidon und Zotepin, jeweils in Kombination mit einer Anxiolyse (Dulz u. Welge 2003), wobei kontrollierte Doppelblindstudien erforderlich wären, um eine Wirksamkeit wissenschaftlich zu belegen. Auch die vorhandenen Leitlinien (APA 2005; Tress et al. 2002) betonen die Wirksamkeit atypischer Neuroleptika.

Empfehlung der GePs

- Stimmungsstabilisatoren: Obwohl diese Gruppe von Psychopharmaka zunehmend Anwendung findet, kann eine Empfehlung nicht ausgesprochen werden, weil die vorliegenden Untersuchungen gekennzeichnet sind von extrem kleinen Fallzahlen, ungenügend homogenen Probandengruppen und sich (in erster Linie bezüglich Carbamazepin) widersprechenden Befunden.

Benzodiazepine

Benzodiazepine können in spezifischen hoch akuten Situationen durchaus indiziert sein. Im Rahmen einer Psychotherapie sind sie hingegen hinderlich, da sie Auswirkungen auf das Gedächtnis haben und so psychotherapeutische Interventionen „verpuffen“ können.

Perspektive

Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen bedürfen einer jeweils spezifischen therapeutischen Behandlung. Diese werden in den kommenden Jahren entwickelt werden und zu einer Subspezialisierung führen. Klinische Hinweise sind bereits existent:

Ausblick Borderline- Persönlichkeitsstörung

Wöller W, Tress W [2005] Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychosom Med Psychother 51: 110-127

- im Vordergrund der Behandlung steht eine Verbesserung der Emotionsregulierung, der Affektdifferenzierung und der Impulssteuerung
- im Falle einer traumatischen Ätiologie (komorbide Posttraumatische Belastungsstörung) sollen traumaspezifische Stabilisierungstechniken zum Einsatz kommen. Der Einsatz traumaaufdeckender Verfahren erfordert eine sorgfältige Abwägung und setzt eine hinreichende Stabilität voraus
- klare Strukturierung des Settings (klare Vereinbarungen) bei gleichzeitiger Flexibilität, um bei rasch wechselnden aktuellen Befindlichkeiten des Patienten eine haltende Funktion zu gewährleisten
- bei stationärer Therapie Beachtung der Gefahr nicht-therapeutischer Regression
- selbst- und fremddestruktive Verhaltensweisen sind frühzeitig zu konfrontieren und zu begrenzen
- komorbide depressive Störung bzw. Substanzmissbrauch müssen diagnostiziert und behandelt werden

Ausblick Histriionische Persönlichkeitsstörung

Wöller W, Tress W [2005] Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychosom Med Psychother 51: 110-127

- **Balance zwischen Akzeptanz der Bedürftigkeit und der Förderung eigener Kompetenz**
- **konstruktiver und differenzierter Umgang mit den Affekten statt Emotionalisierung, Dramatisierung und Katastrophisierung**
- **Identifizierung und Klarifizierung von Bedürfnissen, Gefühlen und Gedanken, um die Verzerrungen und Diskrepanzen zwischen Fantasie und Realität zu erkennen und den Patienten bei der Entwicklung und Erprobung angemessener Verhaltensmuster zur Erreichung realistischer Ziele zu unterstützen**

Ausblick Paranoide Persönlichkeitsstörung

Wöller W, Tress W [2005] Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychosom Med Psychother 51: 110-127

- **die Therapie sollte die Näheängste der Patienten berücksichtigen**
- **eine größtmögliche Offenheit zum Abbau des Misstrauens ist empfehlenswert**
- **stützende und selbstwertstabilisierende Interventionen haben lange Zeit Vorrang vor Konfrontationen**
- **eine Fokussierung des paranoiden kognitiven Stils ist über lange Zeit nicht zu empfehlen**
- **die Arbeit an sozialen Fertigkeiten und Problemlösungsfähigkeiten wird empfohlen**
- **pharmakotherapeutische Maßnahmen kommen symptomorientiert bei depressiven Dekompensationen oder bei aggressiven Ausbrüchen in Betracht**

Wie wir uns einen Therapeuten wünschen

nicht wünschen

- einfühlsam
 - klar und ehrlich und direkt
 - verständnisvoll
 - beständig
 - tolerant
 - wissen, wo es lang geht (Kompetenz und Erfahrung)
 - pünktlich und zuverlässig
 - humorvoll
 - ausdauernd
 - individuell
 - streng (klare Linie)
 - unterstützend
 - loyal und vertrauenswürdig
 - interessiert und engagiert
 - konstruktiv
 - konfliktbereit
 - zwischen beruflicher und privater Distanz trennen könnend
- arrogant
 - kurz angebunden
 - fahrig
 - ignorant
 - desinteressiert
 - oberflächlich
 - egoistisch
 - gefühlskalt
 - von sich selbst eingenommen (eingebildet)
 - müde
 - unkonzentriert
 - den Patienten als Objekt behandeln
 - unaufmerksam sein
 - faul
 - schleimig
 - zu nett
 - zu Ich-bezogen
 - parteiisch

Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.



Homepage: geps.info

Vereinsorgan: Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie
(PTT); Schattauer-Verlag