

Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung mit der „Dialektisch Behavioralen Therapie“ nach M. Linehan

**Klaus Lieb, Martin Bohus, Heike Barthruff,
Gitta Jacob und Harald Richter**

Korrespondenz:

Borderline-Projekt
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstr. 5
79104 Freiburg
Tel.: 0761/270-6525 (Anrufbeantworter)
borderline@klinikum.uni-freiburg.de

Kurzzusammenfassung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeichnet sich durch ein charakteristisches Muster von Instabilitäten im Bereich der Affektregulation, Impulskontrolle, den zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Selbstbild aus. Noch bis vor wenigen Jahren galt die BPS als kaum behandelbar. Seit der Einführung evidenzbasierter Therapieformen, vor allem der dialektisch-behavioralen Psychotherapie (DBT), konnte die Situation der Patienten deutlich verbessert werden. Auch medikamentöse Therapieverfahren haben sich in randomisierten kontrollierten Studien als wirksam erwiesen und unterstützen die psychotherapeutische Behandlung. Neuere Studien zeigen, dass der Verlauf der Erkrankung wahrscheinlich günstiger ist als früher angenommen wurde.

Klinik u. Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeichnet sich durch ein charakteristisches Muster von Instabilitäten im Bereich der Affektregulation, der Impulskontrolle, den zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Selbstbild aus. Die BPS tritt etwa mit einer Häufigkeit von 1 – 2 % in der Allgemeinbevölkerung auf und betrifft bis zu 10% aller ambulant psychiatrisch behandelten und bis zu 20% aller stationär behandelten Patienten. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, wobei das Verhältnis ca. 6 : 4 beträgt. Die Mortalität in Folge von Suiziden ist hoch. Zwischen 4 und 9% der Patienten sterben durch Suizid, was einer bis zu 50 mal höheren Suizidrate als in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Über 80% der Betroffenen befinden sich in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung.

Zur **Diagnostik** der BPS definieren sowohl die ICD-10 als auch die amerikanische Klassifikation psychischer Erkrankungen, das DSM-IV, operationalisierte Diagnosekriterien. Hier werden die amerikanischen Diagnosekriterien vorgestellt, weil diese eine genauere, in Interviews erhebbare Operationalisierung der Symptomatik der BPS beinhalten. Um die Diagnose einer BPS stellen zu können, müssen mindestens 5 der in Tabelle 1 genannten 9 Diagnosekriterien erfüllt sein. Darüber hinaus müssen die allgemeinen Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein: Der Beginn der Symptomatik muss in der Kindheit/Adoleszenz liegen, die Symptomatik muss stabil und langdauernd sein, zu persönlichem Leiden oder Schwierigkeiten mit gesetzlich geregelten gesellschaftlichen Normen führen und nicht durch eine anderen psychische/organische Erkrankung erklärbar sein.

Die Symptome der BPS sind aus didaktischen Gründen in Tab. 1 in 4 Bereiche aufgegliedert, da neuere Studien gezeigt haben, dass Patienten, die Auffälligkeiten in allen 4 Bereichen zeigen, am besten von Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen unterschieden werden können. Diese 4 Bereiche sind Störungen im Bereich der Affektivität, der Impulsivität, im Bereich kognitiver Prozesse und im interpersonellen Bereich.

Tbl. 1: Diagnostische Kriterien der BPS

Um die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV stellen zu können, müssen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt sein:
Affektivität
Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist.
Chronisches Gefühl der Leere
Impulsivität
Impulsivität in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder –versuche oder selbstschädigendes Verhalten
Kognition
Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.
Interpersoneller Bereich
Verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

Affektivität: Patienten mit BPS leiden unter einer ausgeprägten emotionalen Instabilität, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie häufig in emotionale Anspannungszustände geraten, die oft keiner handlungsleitenden Emotion zugeordnet werden können und durch hohe Intensität und lange Dauer gekennzeichnet sind. Diese sehr unangenehmen und quälenden Spannungszustände schießen häufig sehr schnell ein, können sich aber auch über Stunden bis Tage langsam aufschaukeln. Weiterhin haben die Patienten Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren, was zu häufigen Wutausbrüchen, andauerndem Ärger oder verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen führen kann. Ein weiteres Kennzeichen der Affektstörung ist oft ein chronisches Gefühl der Leere.

Impulskontrolle: Patienten mit BPS zeichnen sich durch impulsives Verhalten in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen aus, wie z.B. Substanzmissbrauch, Hochrisikoverhalten (riskantes Verhalten im Straßenverkehr, exzessives Betreiben von Risikosportarten), impulsives Geldausgeben oder Eßprobleme wie z.B. Binge-Eating. Ein weiteres Problemverhalten im Zusammenhang mit Impulsivität sind wiederkehrende Suiziddrohungen, - andeutungen oder –versuche sowie selbstschädigendes Verhalten. Selbstschädigendes Verhalten wie Schneiden, Brennen mit Zigaretten, Kopf gegen die Wand schlagen o.ä. tritt bei ca. 70-80% der Patienten auf und wird von den Patienten meist eingesetzt, um die äußerst aversiven Anspannungszustände zu beenden. Neben der Gruppe der Patienten, die sich zur Spannungsreduktion verletzen, gibt es aber auch eine Patientengruppe, die eine Stimmungsaufhellung (Euphorisierung) nach einer Selbstschädigung erlebt. Viele dieser Patienten schneiden sich daher z.T. täglich und zeichnen sich auch sonst durch „Risikoverhalten“ wie Balancieren auf Brückengeländern und Hochhausdächern, Rasen auf Autobahnen oder Verweilen auf Bahngleisen aus. Sowohl Selbstverletzungen als auch Hochrisikoverhalten haben primär nichts mit Suizidalität zu tun, die davon immer abgegrenzt werden sollte.

Kognition: Viele Patienten mit BPS leiden unter vorübergehenden stressabhängigen paranoiden Vorstellungen (oft als überwertige Idee, z.B. abgrundtief schlecht zu sein oder in Form von ausgeprägtem Misstrauen) oder unter vorübergehenden dissoziativen Zuständen, die meist in Verbindung mit Anspannungszuständen bei ca. 60% der Patienten auftreten. Solche dissoziativen Zustände äußern sich neben Depersonalisations- und Derealisationserleben häufig in Form somatoformer dissoziativer Phänomene wie Veränderungen der Optik, des Geruchssinns und der Akustik sowie Bewegungsstörungen bis hin zur Bewegungsunfähigkeit („freezing“). Echtes paranoides Erleben oder Halluzinationen können auch im Kontext einer komorbiden schizophrenen oder wahnhaft depressiven Störung auftreten.

Interpersoneller Bereich: Hier besteht oft ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen bei gleichzeitigem verzweifelm Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern. Die Beziehungen sind häufig gekennzeichnet durch manchmal rasche Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung des Gegenübers.

Komorbide Erkrankungen finden sich bei bis zu 80% der Patienten mit BPS. Die häufigsten sind Depressionen, Substanzabhängigkeiten, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und Essstörungen. Auch andere Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid auf, z.B. die abhängige oder paranoide Persönlichkeitsstörung.

Die **Diagnostik** der BPS und etwaiger Komorbiditäten sollte immer mittels standardisierter Verfahren erfolgen. Geeignet sind das strukturierte klinische Interview für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (SCID II nach DSM-IV-Kriterien) oder die International Personality Disorder Examination (IPDE), für die sowohl Versionen für die ICD-10 als auch DSM-IV vorliegen. Ein weiteres gängiges Interview mit tiefenpsychologischem Hintergrund ist das Interview für Borderlinepatienten in seiner revidierten Fassung (DIB-R nach Gunderson).

Ursachen der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist komplex und nur teilweise verstanden. Man nimmt heute an, dass in der Entwicklung der Störung genetische Faktoren, neurobiologische Anfälligkeiten, traumatische Erlebnisse in der Kindheit sowie Lernfaktoren eine Rolle spielen (Abb. 1). Hinweise auf genetische Faktoren liefern Zwillingsstudien, die zeigen, dass 60 % der Varianz der BPS genetisch erklärt werden kann. Ca. 40 – 70 % der Patienten mit BPS wurden als Kinder oder Jugendliche traumatisiert, wobei neben sexuellem Missbrauch auch körperliche Gewalterfahrungen oder Vernachlässigungen auftreten. Die Schwere der BPS-Symptomatik korreliert mit der Schwere der sexuellen Traumatisierung in der Kindheit. Traumatisierungen können jedoch nicht als hinreichende Ursache angesehen werden, da auch Patienten ohne Traumatisierung eine BPS entwickeln können. Die neurobiologischen Grundlagen der Erkrankung sind nur unvollständig verstanden. Es gibt Hinweise für eine Überaktivität der Amygdala (Mandelkern), was als ein Korrelat der emotionalen Instabilität angesehen werden kann. Auf der anderen Seite gibt es Hinweise für eine präfrontale Funktionsstörung (gefunden wurde z.B. ein präfrontaler Hypometabolismus in der Positronen-Emissions-Tomographie) sowie präfrontale strukturelle und neurochemische Auffälligkeiten, die als eine Störung der präfrontalen hemmenden Kontrolle der Amygdala interpretiert werden. Weitere Auffälligkeiten sind ein verkleinerter Hippokampus und eine Funktionsstörung des vorderen Cingulums. Zusammengefasst geht man von einer dualen Hirnpathologie aus, in der die emotionale Instabilität bzw. Impulsivität

als ein im Bereich der Amygdala/präfrontaler Kortex verankertes Hyperarousal-Dyskontrollsyndrom angesehen wird. Es ist unklar, ob die gefundenen neurobiologischen Auffälligkeiten genetisch bedingt sind, eine Folge von Traumatisierung darstellen oder ein Korrelat der Erkrankung selbst sind.

Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Patienten mit BPS leiden und verursachen Leiden, und das oft auf sehr schmerzhaft und dramatische Weise. Sie stellen alle an ihrer Behandlung beteiligten Menschen vor eine große Herausforderung, da sie oft unberechenbar, undurchschaubar und unbequem erscheinen und in ihrer Beziehungsgestaltung oft sehr schwankend erlebt werden. Therapien geraten oft in therapeutische Sackgassen, so dass jede Intervention als sinnlos oder grausam erscheint. In solchen Situationen werden den Patienten Begriffe wie „Agieren“, „Spalten“, „Projektion“ als zusätzliche „Eigenschaft“ zugeschrieben. Nicht selten enden solche Behandlungen chaotisch und die Behandler stellen ihre eigene Kompetenz in Frage. Im Hinblick auf diese Schwierigkeiten im therapeutischen und pflegerischen Umgang mit Borderline – Patienten und der oft komplexen, zusätzlich mit komorbiden Störungen verbundenen Symptomatik bedarf es strukturierter Psychotherapieverfahren, die dieser Problematik gerecht werden.

Bisher wurde für 2 Psychotherapieformen ein Wirksamkeitsnachweis bei der Behandlung der BPS erbracht: zum einen für die dialektisch-behaviorale Psychotherapie (DBT) nach M. Linehan sowie für eine tiefenpsychologische Langzeit-Tagesklinikbehandlung nach Bateman und Fonagy. Bisher konnten vier unabhängigen Arbeitsgruppen in randomisierten kontrollierten Therapiestudien die Wirksamkeit der DBT in sieben Studien zeigen. Die Ergebnisse der tiefenpsychologischen Behandlungsform wurde bisher nicht repliziert, so dass deren Wirksamkeit als vorläufig zu beurteilen ist. Die übertragungsfokussierte Therapie („transference focussed therapy“) nach O. Kernberg und die „mentalization based therapy“ nach Young sind bisher einen Wirksamkeitsnachweis schuldig geblieben.

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan

Die DBT ist eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie, in der die Patienten im ambulanten Setting neben wöchentlichen Einzeltherapie-Sitzungen (mit Telefoncoaching) ein Fertigkeitentraining in der Gruppe besuchen. Im Fertigkeitentraining werden Kompetenzen in den Bereichen Spannungstoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschlichen Beziehungen vermittelt. Überdies erlernen die Patienten Achtsamkeits-Techniken zur Aufmerksamkeitsfokussierung im „Hier und Jetzt“, die der Zen-Meditation entliehen wurden. Die Behandlung ist hierarchisch aufgebaut, wobei an erster Stelle die Reduktion suizidalen und parasuizidalen Verhaltens steht. Unter parasuizidalem Verhalten versteht man Verhaltensweisen, die zwar prinzipiell geeignet wären, sich selbst zu töten, jedoch nicht in der Intention der Selbsttötung, sondern zur Spannungsregulation ausgeführt wurden (z.B. Selbstverletzungen). Ein weiteres Ziel ist die Reduktion hospitalisierungsfördernden Verhaltens, d.h. das Erarbeiten von Fertigkeiten, um stationäre Behandlungen zu vermeiden. Erst nachdem in dieser 1. Therapiephase eine Stabilisierung erreicht wurde, wird in einer zweiten Phase die Bearbeitung eines evtl. vorliegenden posttraumatischen Stresssyndroms begonnen. Diese zweite Therapiephase befindet sich derzeit in Entwicklung.

In Freiburg wurde erstmals eine 12-wöchige stationäre Behandlungsform der DBT etabliert, die in einer kürzlich abgeschlossenen Evaluation eine gute Wirksamkeit zeigte. Die Therapieform wurde inzwischen auch von vielen anderen Zentren in Deutschland übernommen und soll im folgenden detaillierter vorgestellt werden.

Stationäre Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

Im Rahmen eines Modellprojektes entwickelte *M. Bohus* 1996 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg ein stationäres Behandlungskonzept, das sich an den Richtlinien der ambulanten DBT orientiert und seit 2001 von *K Lieb* geleitet wird. Das stationäre Programm erstreckt sich in der Regel über zwölf Wochen, wobei maximal acht Borderline-Patientinnen auf einer offenen, gemischt geschlechtlichen Station behandelt werden. Die übrigen sechs Betten stehen Patienten mit vorwiegend affektiven Störungen zur Verfügung. Im Rahmen der Borderline-Therapie werden nur Frauen behandelt.

Die stationäre DBT stellt eine Therapieform v.a. für selbstverletzende und suizidgefährdete Patientinnen dar und umfasst ein breites Repertoire an u.a. verhaltenstherapeutischen und kognitiven Techniken und Behandlungsstrategien. Im Zentrum des pathogenethischen Verständnisses dieser Erkrankung steht die Annahme, dass es sich bei der BPS um eine Störung der Affektregulation handelt. So werden vor allem Fähigkeiten zur Gefühlsregulation und Spannungstoleranz vermittelt. Neben einzeltherapeutischen Sitzungen geschieht dies vor allem in speziell entwickelten Fertigkeitstrainings- und körpertherapeutischen Gruppen. Die Umsetzung der Therapie beinhaltet auch spezielle therapeutische Aufgaben für die Pflege, wie z.B. Anordnung von und Unterstützung bei Verhaltensanalysen, Hilfestellungen beim Erlernen und Generalisieren von Fertigkeiten (Skills) aus den vier Modulen Stresstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Achtsamkeit. Dies geschieht im vor allem im Rahmen der Bezugspflege und in Gruppen. Das ursprüngliche Konzept wurde im Jahr 2004 durch modular aufgebaute Gruppen im Bereich Körpertherapie, Selbstwerterleben und Soziales Wissen erweitert. Zusätzlich steht seit Ende 2004 ein Bett für Kriseninterventionen im Rahmen eines regionalen Konzeptes mit Niedergelassenen Therapeuten aus dem Raum Freiburg zur Verfügung.

Die Therapie umfasst neben den allgemeinen Therapieangeboten wie tägliche Visite, Stationsversammlung, Gesundheitsinformation, Soziales Kompetenz Training, physikalische Therapie und Sport folgende **Borderline – spezifische Bausteine** :

Bezugsgruppe: Die Gesamtheit aller Borderline-Patienten auf Station wird als Bezugsgruppe definiert. Die Patientinnen treffen sich zweimal wöchentlich ohne Therapeuten, um sich mit ihren eigenen Erfahrungen gegenseitig zu unterstützen.

Einzeltherapie: Die Beziehung definiert sich als eine intensive Arbeitsbeziehung auf Zeit. Noch ausgeprägter als unter ambulanten Bedingungen versteht sich der stationär arbeitende Einzeltherapeut als Coach. Er hilft der Patientin, die Ressourcen des stationären Settings maximal zu nutzen. Die therapeutischen Wirkfaktoren sind auf viele Module verteilt, der Einzeltherapeut hält bildlich gesprochen “die Fäden zusammen”.

Bezugspflege: Bezugspflege ist aktive pflegerisch-therapeutische Beziehungsgestaltung mit dem Ziel einer ganzheitlichen individuellen Betreuung. Die Pflegeperson ist als “personales Gegenüber” präsent und verfügbar und akzeptiert die Patienten als mündigen Partner. Die Beziehung zur Patientin wird als Arbeitsbündnis verstanden.

Achtsamkeitsgruppe: In dieser, von Mitarbeitern des Pflegepersonals geleiteten Gruppe werden auf sehr lebensnahe Art Basisfertigkeiten aus dem Bereich des Achtsamkeitskonzeptes, das *M. Linehan* aus verschiedenen Techniken des Zen und der Vipassana Meditation entlehnt hat, vorgestellt und geübt.

Basisgruppe: Inhalt dieser themenzentrierten, offenen Gruppe ist einerseits die Vermittlung von störungsspezifischem Wissen, andererseits die Klärung oder Verbesserung von strukturellen Belangen sowie von interaktionellen Phänomenen innerhalb der Bezugsgruppe.

Körpertherapie: Die Körpertherapie nutzt sowohl in der Arbeit mit dem Einzelnen als auch in der Gruppe körpertherapeutische Methoden, die entweder direkt auf die Verbesserung der Körperwahrnehmung zielen oder körperliche Aspekte integrieren.

Fertigkeitstraining (Skillstraining): Mit Fokus auf den Behandlungsplan werden im Skillstraining spezifische Fertigkeiten vermittelt, um die gewünschten Veränderungsprozesse zu erreichen. Nach dem DBT – Konzept sind die verschiedenen Fertigkeiten gegliedert in die Bereiche Achtsamkeit, Stresstoleranz, zwischenmenschliche- und Fertigkeiten zur Emotionsregulation.

Fünf – Sinne – Gruppe: Auch diese Gruppe lehnt sich an das Skills – Manual an und versucht im ergotherapeutischen Bereich über die fünf Sinne angenehme Sinnesreize zu finden, die die Patienten als Skills in bestimmten Situationen einsetzen können. Mit verschiedenen Techniken und Materialien kann die Patientin zweimal in der Woche für eine Stunde selber experimentieren und ihre eigenen Erfahrungen sammeln.

Gruppe für „Soziales Wissen“: In dieser Gruppe werden für alle Patientinnen sozialrechtliche und sozialpsychiatrische Aspekte thematisiert. In 6 Modulen werden einzelne Schwerpunkte aufgegriffen und anhand verschiedenster Materialien vermittelt. Die Gruppe findet einmal pro Woche für 60 Minuten statt.

Gruppe zum Selbstwerterleben: In dieser Gruppe werden Techniken zur Verbesserung des Selbstwerterlebens und der Selbstachtung vermittelt.

Das DBT-Team arbeitet dabei immer nach folgenden **Grundannahmen**

- Die Regeln der DBT gelten für die PatientIn wie für das Team.
- Borderline-PatientInnen versuchen, das Beste aus ihrer gegenwärtigen Situation zu machen.
- Borderline-PatientInnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, und dies ist ungerecht.
- Borderline-PatientInnen haben ihre Probleme in aller Regel nicht selbst verursacht, aber sie müssen sie selber lösen.
- PatientInnen können in der DBT nicht versagen.
- Behandle die PatientIn so, wie du möchtest, das deine Schwester oder beste Freundin behandelt wird.
- Jede Verhaltensweise der PatientIn macht im subjektiven Kontext Sinn.
- Therapieziele sind primär an der Befähigung zur ambulanten Therapie zu orientieren.
- Nicht jedes Verhalten, das der PatientIn kurzfristig hilft, hilft ihr auch langfristig.
- Wir haben mindestens so viel von den PatientInnen zu lernen wie diese von uns.
- Jede Besprechung über PatientInnen ist eine Besprechung mit PatientInnen.
- Jedes Teammitglied macht Fehler.

Mit den Patientinnen wird geübt, auch affektiv belastende Situationen nicht zu bewerten, sondern zu beschreiben, das heißt zu trennen zwischen Beobachtung und Interpretation. Daher gilt auch für jedes Teammitglied, auf bewertende Urteile oder Deutungen zu verzichten. Termini wie „Agieren“, „Manipulieren“, oder „Spalten“ werden grundsätzlich nicht benutzt. Genaue Beobachtungen der Verhaltensebene beinhalten wesentlich mehr Informationen und schützen vor Machtgefälle. Wann immer möglich werden strukturelle Entscheidungen für die Patientinnen transparent gemacht.

Hierarchische Gliederung der Behandlungsziele der stationären Therapie

Wie auch in der ambulanten Therapie sind die Behandlungsziele hierarchisch gegliedert:

1. Aufbau von Strategien zur Bewältigung suizidaler und schwer selbstschädigender Verhaltensmuster
2. Aufbau von aktiver Entscheidung für und Mitarbeit bei der Therapie (Therapiecompliance) und Umgang mit therapieschädigenden Verhaltensmustern

3. Befähigung zur ambulanten Therapie

- a.) Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von akutem ambulantem Problemverhalten
- b.) Aufbau von Fertigkeiten, um Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung zu verhindern
- c.) Aufbau von Fertigkeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme zu verringern.

Ablauf der stationäre Behandlung

Stufe I (in der Regel 1. – 3. Woche)

Der Schwerpunkt der ersten Stufe liegt im Erstellen einer detaillierten Verhaltensanalyse über den letzten Suizidversuch und die letzte Selbstverletzung. Hierbei wird besonders auf Auslöser und Frühwarnzeichen geachtet. Die Verhaltensanalysen werden mit Unterstützung der Bezugspflegeperson und dem Einzeltherapeuten schriftlich ausgearbeitet. Von den Verhaltensanalysen hängt die weitere Therapieplanung und damit der Behandlungsfokus der Stufen II und III ab. In der dritten Woche stellt die Patientin zusammen mit ihrem Einzeltherapeuten und mit Unterstützung ihrer Bezugspflegeperson eine Verhaltensanalyse dem Team vor.

Die Teamvorstellung

Die Teamvorstellung dauert ca. 20 Minuten und ist die Voraussetzung zum Erreichen der Stufe II, also der eigentlichen, auf Veränderung zielenden Therapiestufe. Alle an der Behandlung beteiligten Personen erstellen auf der Basis des individuellen Problemverhaltens der Patientin, das aus der vorgestellten Verhaltensanalyse hervorgeht, mit der Patientin die übergeordneten Behandlungsziele bzw. besprechen die jeweiligen Ziele der Woche, die notwendig sind, um die übergeordneten Ziele zu erreichen. Dies schafft eine maximale Transparenz der Behandlungsplanung sowohl im Team als auch bei der Patientin.

Stufe II (in der Regel 4. – 9. Woche)

Mit Fokus auf den erstellten Behandlungsplan werden ab Stufe II u.a. im Skillstraining die spezifischen Fertigkeiten vermittelt, um die gewünschten Veränderungsprozesse zu erreichen. Die 5- Sinne Gruppe und die Körpertherapie schließen sich dem skillsorientierten Behandlungsplan an und orientieren sich an den vereinbarten Zielen.

Stufe III (in der Regel 10. – 12. Woche)

Diese Stufe beginnt mit der Bedarfsanalyse zur konkreten Entlassvorbereitung. Anhand eines Protokolls erhebt der Einzeltherapeut und die Bezugspflegeperson zusammen mit der Patientin die Bereiche, die noch bearbeitet und geklärt werden müssen bis zur Entlassung, z.B. häusliche Situation, finanzielle Situation oder Sicherung der ambulanten Weiterbehandlung.

Besondere Aufgaben des Pflegepersonals im DBT – Konzept

Gleichzeitig mit dem DBT – Konzept wurde ein standardisiertes Bezugspflegesystem an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg eingeführt. Somit hat jede Borderline – Patientin von Beginn an zwei Bezugspflegekräfte über die Dauer der Behandlung zugeordnet, wobei die erste Bezugspflegeperson die Hauptansprechpartnerin für die Patientin und den Einzeltherapeuten ist. Die zweite Pflegekraft übernimmt nur in längerer Abwesenheit der ersten Bezugspflegeperson deren Aufgaben (Nachtwache, Urlaub, Krankheit). Die Bezugspflegeperson ist beim Aufnahmegespräch dabei. Danach vereinbart sie jede Woche mit der Patientin zwei strukturierte Kontakte über einen Zeitraum von 45 – 60 Minuten. In Behandlungsstufe I wird der Patientin in diesen Kontakten die biosoziale Theorie

der Borderline – Störung vermittelt und Hilfestellung gegeben bezüglich dem Erstellen der Verhaltensanalyse für die Teamvorstellung und dem Festlegen der übergeordneten Behandlungsziele und dem daraus resultierenden Behandlungsplan.

In der Behandlungsstufe II liegt die zentrale Aufgabe des Pflegepersonals im Vermitteln und Trainieren der Fertigkeiten (Skills). Hat die Patientin Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben aus der Einzeltherapie, so kann auch dies in den Bezugspflegegesprächen zum Inhalt gemacht werden. Während der dritten Behandlungsstufe ist die Bezugspflegeperson aktiv in die Vorbereitung der Entlassung einbezogen.

Eine zentrale Aufgabe für die Pflege stellen die „Krisen“ der Borderline – Patientinnen dar. Die Patientinnen werden ermutigt, im Falle einer „Krise“, also wenn sie noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind Skills anzuwenden, sich aktiv an das Pflegepersonal zu wenden. Die Pflegekraft nimmt sich Zeit, begrüßt die Kompetenz der Patientin sich Hilfe zu holen, fragt nach, auf welchem Spannungsniveau sich die Patientin befindet und hilft ihr nun die entsprechenden Skills anzuwenden.

Als weiterer wichtiger Bereich des Pflegepersonals wird die Unterstützung im Ausarbeiten von Verhaltensanalysen gesehen.

In bestimmten, auf Station auftretenden, Problemsituationen müssen die Patientinnen eine Verhaltensanalyse mit einem zweistündigen time – out schreiben. Das heißt, die Patientin hat zwei Stunden Zeit, mit dem Schreiben einer Verhaltensanalyse ihr Problemverhalten ganz genau zu analysieren. Die Pflegeperson achtet hierbei besonders auf die Vollständigkeit und die logischen Zusammenhänge der Verhaltensanalyse. Weiter werden alternative Lösungsmöglichkeiten fokussiert.

Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Fast alle Patienten mit BPS werden auch medikamentös behandelt. Pharmakotherapie i.R. der Behandlung der BPS ist einerseits sinnvoll zur Behandlung komorbider Erkrankungen (z.B. zur Behandlung einer depressiven Episode), andererseits zur Behandlung der BPS selbst. Hier haben jedoch randomisierte kontrollierte Therapiestudien gezeigt, dass es kein Medikament zur Behandlung der BPS per se gibt, vielmehr zeichnen sich die Medikamente durch eine mehr oder weniger charakteristische Wirksamkeit auf bestimmte Bereiche der Psychopathologie aus.

Zur speziellen Behandlung der BPS sind keine Medikamente offiziell zugelassen, so dass sich die Behandlung im Prinzip im Bereich des off-label-use bewegt. Auf der anderen Seite lässt sich eine medikamentöse Therapie der BPS rechtfertigen, da es sich erstens um ein schweres Krankheitsbild handelt, zweitens keine Medikamente zugelassen sind und drittens aus randomisierten kontrollierten Therapiestudien Evidenzen für die Wirksamkeit verschiedener Medikamente vorliegen. In den letzten 10 Jahren wurden mehrere placebo-kontrollierte Studien durchgeführt, die Wirksamkeitsnachweise für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), Stimmungsstabilisierer wie Valproinsäure sowie atypische Neuroleptika erbrachten. SSRIs können zur medikamentösen Stabilisierung bei starken Stimmungsschwankungen, Impulsivität, Angst und Wut eingesetzt werden. Stimmungsstabilisierer wie Valproinsäure haben positive Effekte auf Aggressivität, Wut und interpersonelle Schwierigkeiten und sind insbesondere zur Behandlung bei komorbider bipolarer Störung zu erwägen. Gute Effekte in allen vier Symptombereichen zeigten sich auch für das atypische Neuroleptikum Olanzapin (Zyprexa®), das wegen der besseren Verträglichkeit klassischen Neuroleptika i.d.R. vorzuziehen ist, auch wenn die häufige Gewichtszunahme gerade bei BPS-Patientinnen problematisch ist. Offene Studien zeigten positive Effekte für Risperidon (Risperdal®) und Clozapin (Leponex®). Omega-3-Fettsäuren

erwiesen sich ebenfalls als wirksam, wobei hier die gute Verträglichkeit und damit niedrige Abbruchquote besonders positiv zu vermerken ist.

Für die Wirksamkeit der oft praktizierten Polypharmakotherapie gibt es bisher keine Evidenzen. Häufig ist eine medikamentöse Behandlung geeignet, den „out of control“ Patienten zunächst zu „beruhigen“, um psychotherapeutische Maßnahmen erst zu ermöglichen. Diese Maßnahmen, v.a. aber der Einsatz von Benzodiazepinen sollten also möglichst zeitlich begrenzt und v.a. in der Anfangsphase eingesetzt werden, bis der Patient im Rahmen der Psychotherapie wirksames Selbstmanagement erlernt hat, das im günstigsten Fall eine weitere medikamentöse Therapie überflüssig macht. Über den Nutzen einer medikamentösen Langzeittherapie gibt es bis auf eine Langzeittherapiestudie mit Haloperidol, die keine positiven Effekte zeigte, keine wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Verlauf und Prognose

Studien der letzten beiden Jahre haben gezeigt, dass die Prognose der BPS wahrscheinlich besser ist, als früher angenommen wurde. Zanarini und Mitarbeiter zeigten in einer kürzlich veröffentlichten Studie, dass nach 6 Jahren 75% der Patienten, die zu Beginn der Beobachtungszeit hospitalisiert waren, eine Remission erreichten. Darüber hinaus zeigte sich, dass nur 6 % der Patienten, die eine Remission erreichten, später wieder die Diagnosekriterien einer BPS erfüllten. In dieser Studie lag die Suizidrate innerhalb von 6 Jahren mit 4% niedriger als in früheren Studien, die eine Suizidrate bis zu 10% zeigten. Auch wenn diese Studie insgesamt einen besseren Verlauf zeigt, darf nicht übersehen werden, dass sich mindestens 25% der Patienten im Langzeitverlauf nicht bessern. Bei der hohen Prävalenz der Erkrankung von 1–2% bleibt damit immer noch eine sehr große behandlungsbedürftige Patientengruppe.

Weiterführende Literatur

Bohus M.: Borderline – Störung. Fortschritte der Psychotherapie, Manual für die Praxis, Band 14, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2002

Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M: Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline – Persönlichkeitsstörung. Fortschr Neurol Psychiatrie 66: 545 – 552 (1998)

Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline Personality Disorder. Lancet 364: 453-61 (2004)

Linehan, MM.: Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline – Persönlichkeitsstörung, München, CIP – Medien (1996)

Linehan, MM.: Trainingsmanual zur dialektisch behavioralen Therapie der Borderline – Persönlichkeitsstörung, München, CIP – Medien (1996)

Abbildung

Abb. 1: Neurobehaviorales Modell der BPS

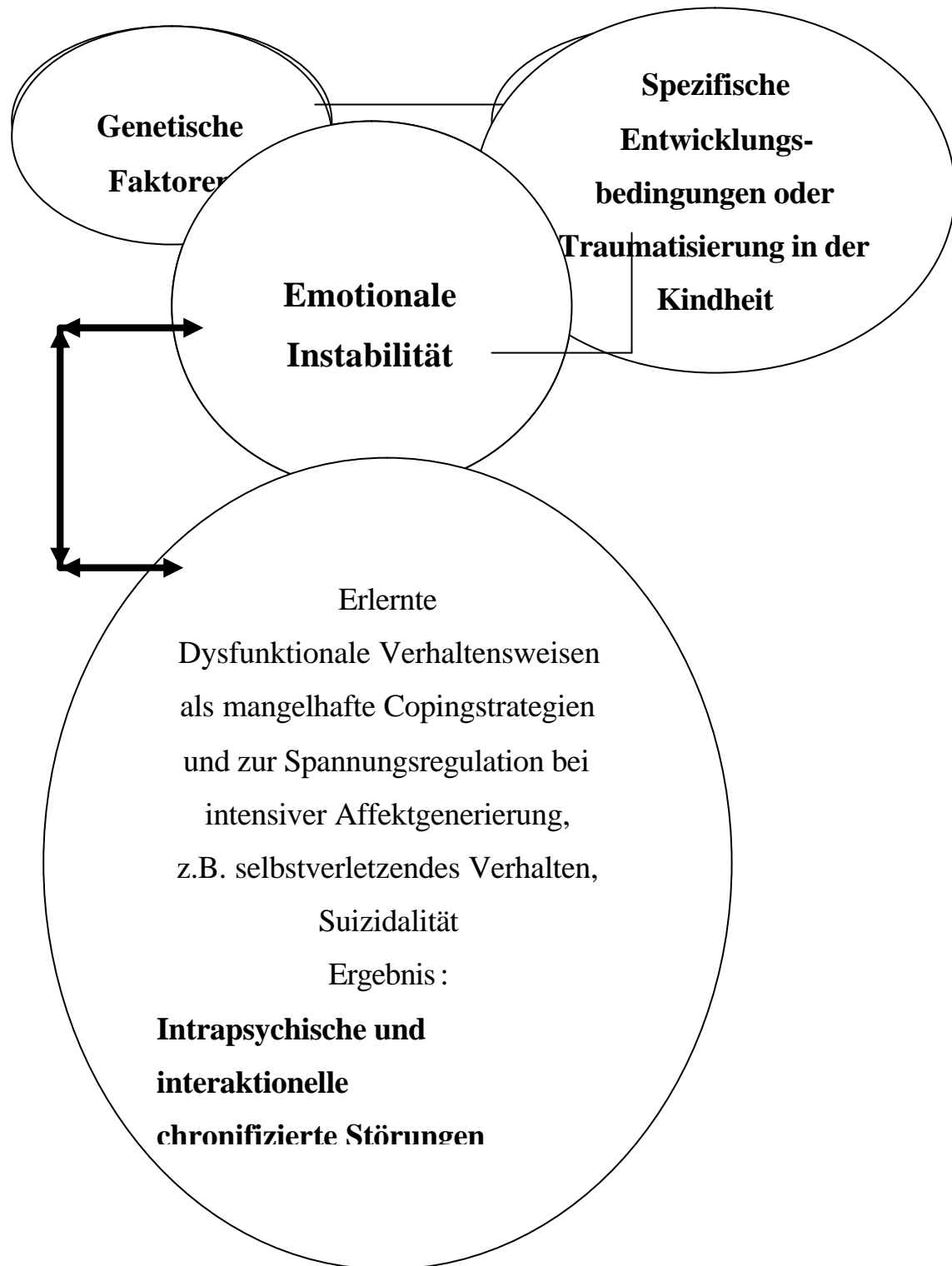


Abb. 2: Schematische Darstellung des Ablaufs der stationären Therapie

