

ZUM THEMA: BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

T. Steinert – Maria-Luisa Steib – Carmen Uhlmann – S. Tschöke:

STATIONÄRE KRISENINTERVENTION BEI BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Hogrefe-Verlag, Göttingen 2014. 113 S., € 22,95.

ISBN 978-3-8017-2545-7

„Kein psychisch Kranker ist zu beneiden, aber seine Angehörigen, Freunde, Nachbarn, Kollegen u. a. auch nicht“. Diesen Satz kann jeder wie auch immer Betroffene unterschreiben. Und wenn es „draußen“ nicht mehr tragbar ist, dann bezieht es auch das Personal der jeweiligen Klinik bzw. Krankenstation mit ein. Dabei gibt es zwar Unterschiede, je nach Diagnose bzw. Leidensbild. Schwierig, und das darf man ruhig so bezeichnen: dramatisch, gestaltet sich die Therapie von schizophren Erkrankten, vor allem im akuten, ggf. sogar erregungs-riskanten Zustand. Anstrengend können die manisch Hochgestimmten werden, was sich aber zeitlich überschauen lässt und danach oft mit einem depressiven Absturz bezahlt werden muss, der dann wieder seine eigenen Vorsichts- und Behandlungsmaßnahmen erfordert. Und auch nicht wenige andere seelische Störungen können stationär ihre (eigenen) Probleme aufwerfen, was man „draußen“ gar nicht registriert. Eine Diagnose allerdings führt fast grundsätzlich zu angespannter Aufmerksamkeit, um es einmal neutral auszudrücken. Und die ist relativ neu und für alle Beteiligten langfristig erschöpfend. Um was handelt es sich?

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts versuchten die Psychiater gemäß ihrer Möglichkeiten und Grenzen der verfügbaren Erkenntnisse psychische Erkrankungen voneinander abgrenzbar zu definieren. Und schon Ende des 19. Jahrhunderts wurde in diesem Zusammenhang auch der Begriff „Borderland“ für diagnostische Grenzfälle geboren, wobei die psychopathologische Symptomatik sich aber noch nicht einer bestimmten Kategorie zuordnen ließ. Deshalb auch eine Reihe weiterer Beschreibungen wie „latente Schizophrenie“, „pseudoneurotische Schizophrenie mit Mikro-

psychosen“, schließlich „Borderline-Schizophrenie“ u. a. Gemeint war der schwer differenzierbare Bereich zwischen Neurose und Psychose, der zuletzt eine Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) von der schizotypen Persönlichkeitsstörung ermöglichte. Denn schließlich ließ sich nach und nach beweisen, dass es sich bei diesen Kranken nicht um ein Vorstadium der Schizophrenie handelt, sondern um eine Persönlichkeitsstörung mit relativ frühem Krankheits-Ausbruch und langjährigen stabilen Kriterien sowie allmählicher Abschwächung diese Psychopathologie im Verlauf des Lebens.

Epidemiologische Aspekte

Einzelheiten zu dem vielschichtigen und für beide Seiten überaus belastenden Leidensbildes siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Nachfolgend nur die wichtigsten klinischen und soziodemographischen Kennzahlen:

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist keine seltene psychische Erscheinung. Die so genannte Punkt-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung liegt zwar bei scheinbar wenig bedeutsamen 1 bis 2%, doch ist sie damit schon mal deutlich häufiger als bei den früher die Psychiatrie dominierenden schizophrenen Psychosen. Die Lebenszeit-Prävalenz hingegen erhöht sich bereits auf 6%. Im Bereich klinisch-psychiatrischer Stichproben kommen diese Patienten dann schon auf 10 bis etwa 25%.

In der Klinik überwiegen die Frauen mit über 70% (in der Bevölkerung liegen sie bei etwa 60%). Weshalb, bleibt unklar. Manche Experten meinen, das Leiden sei gleich verteilt, wobei aber Männer nur selten in stationäre Behandlung kämen, da sie eben auch nur vereinzelt durch autoaggressives (selbst-schädigendes) Verhalten auffallen und deshalb nicht konkret diagnostiziert werden.

Die Behandlungskosten, über die inzwischen ohne Scheu geredet werden darf oder muss, belaufen sich bei diesen Patienten in Deutschland auf bis zu 25% der Gesamtkosten (!) aller psychischen Störungen im stationären Bereich. Schon deshalb, weil die Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres bei 80% liegt, wobei bereits die durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor einiger Zeit noch ungefähr 70 Tage betraf. Und weil erwachsene Patientinnen bereits in jungen Jahren sta-

tionär behandlungsbedürftig werden, d. h. erstmals um das 14., schließlich um das 24. Lebensjahr.

Risikofaktoren

Interessant auch die Frage: Was kompliziert oder mildert den weiteren Krankheitsverlauf? Als Prädiktoren für einen guten Verlauf fanden sich beispielsweise jüngeres Alter, kein sexueller Missbrauch in der Kindheit, kein Substanzmissbrauch (Alkohol, Rauschdrogen, Nikotin) in der Familie, ein guter beruflicher Hintergrund, keine zusätzliche Persönlichkeitsstörung, niedrige Werte im so genannten Diagnose-Schema des „Neurotizismus“ und hohe Werte in der Persönlichkeitseigenschaft „Verträglichkeit“. Diese Aufzählung zeigt im Übrigen, wo dann auch die Nachteile liegen, nicht zuletzt ohne so genanntes „Eigen-Verschulden“. Und leider sind die Ergebnisse nicht immer so konstant nutzbar, was den weiteren Heilungsverlauf angeht. Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind ein vielschichtiges Phänomen.

Dazu gehört auch die so genannte Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Am häufigsten sind es depressive Störungen, vor allem die früher als „endogen“ und heute als Major-Depression bezeichnete Form (83%) bzw. die Dysthymia, früher als neurotische Depression eingestuft. Dann aber auch Angststörungen, vor allem Panikattacken (48%). Und nicht zuletzt Alkohol- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit, andere Persönlichkeitsstörungen, vor allem die posttraumatischen, dependenten, ängstlich vermeidenden und paranoiden Persönlichkeitsstörungen. Das Gleiche gilt für dissoziative Störungen, während psychotische Erkrankungen relativ selten zu finden sind (obgleich man die Borderline-Persönlichkeitsstörungen früher eher in die Nähe der Schizophrenien rückte).

Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf sind vor allem ein zusätzlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte.

Das alles hat selbstverständlich Konsequenzen, nicht zuletzt im sozio-demographischen Bereich: Nur 20% der Patientinnen leben in einer festen Partnerschaft und nur 13% sind verheiratet. Einen Schulabschluss haben aber praktisch alle, trotzdem sind nur etwas über 30% berufstätig. Und wenn ein Beruf ausgeübt wird, so liegt die Tä-

tigkeit meist im sozialen Bereich, beispielsweise als Krankenschwester oder Erzieherin, was schon eine gewisse „überraschende Nachdenklichkeit erlaubt“.

Suizidgefahr und selbstverletzendes Verhalten

Ein großes Problem sind Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten.

- In Deutschland nehmen sich pro Jahr mehr als 10.000 Menschen das Leben, mindestens, denn die Dunkelziffer ist hoch. Das männliche Geschlecht dreimal häufiger, vor allem im höheren Lebensalter (was ohnehin diese traurige Statistik anführt). Bei den Suizidversuchen sind eher Frauen mit jüngeren Jahrgängen betroffen.

Eine der Hauptgründe für die Aufnahme von Borderline-Patientinnen ist ihre akute Suizidalität, und zwar immer wieder. Eine Vorgeschichte mit wiederholten Suizidversuchen ist bei 40 bis 85% aller Patientinnen zu finden, im Durchschnitt drei. Diejenigen, die dabei umgekommen sind, hatten es überwiegend ebenfalls mehrfach versucht, und oft noch in relativ jungen Jahren. Die oben dargestellten Zusatzbelastungen spielen hier eine nicht unerhebliche Rolle (z. B. Depressionen, Suchterkrankungen, posttraumatische Störungen, aber auch sexueller Missbrauch, selbstverletzendes Verhalten, ja der Suizid naher Angehörigen). Als konkrete Risikofaktoren für vollendete Suizide gelten bei diesen Krankheitsbildern impulsive Handlungsmuster, eine zusätzliche depressive Störung, eine co-morbide antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühkindlicher Missbrauch und selbstverletzendes Verhalten.

- Auch in der allgemeinen Bevölkerung gibt es *selbstverletzendes Verhalten*, vor allem unter Schülern und ohne dass eine psychische Störung diagnostiziert wird. Das mag erstaunen, finden sich bei solchen Untersuchungen dann doch entsprechende Bekenntnisse (z. B. jeder 10. befragte Schüler der sich gelegentlich und jeder 20. der sich wiederholt selbst verletzt).

Bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen kommt ein solch selbstverletzendes Verhalten regelmäßig und häufig vor und wird damit zu einem wichtigen Kriterium für die Diagnose. Entsprechende Untersuchungen sprechen von 90% der Patientinnen, die sich schon zu Beginn ihrer Erkrankung selbst ritzen und schneiden, was zwar im weiteren Verlauf zurückgeht, wenn auch oft nicht völlig verschwindet. Im

Übrigen sind es nicht nur Schneiden und Ritzen, sondern auch Kratzen, Stichverletzungen der Haut und Prellungen durch sich selber Schlagen, bisweilen sogar in Kombination.

Schlussfolgerung und Lösungs-Ansatz

Die komprimierte Übersicht zeigt: Es handelt sich um ein ernstes psychopathologisches Phänomen, eine vielleicht nicht besonders schwierige, aber folgendschwere Diagnose und – wie sollte es auch anders sein – eine mühselige und allseits belastende Behandlungsaufgabe. So nimmt es nicht Wunder, dass man in Klinik-Kreisen der Meinung ist, maximal eine Borderline-Patientin pro Station ertragen zu können (und dies sogar auf Abteilungen, die akut-psychiatrisch nicht gerade verwöhnt sind).

Gleichsam in einer Art Pionier-Versuch schuf deshalb das Zentrum für Psychiatrie Weissenau in Ravensburg eine der Fachkliniken der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie eine Kriseninterventions-Station, die sich im Wesentlichen um Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen bemüht. Bundesweit gab es für einen derartigen Versuch kaum Vorbilder, weshalb man einiges zu lernen, zu korrigieren und zu experimentieren hatte, bis die Therapiekonzepte wie gewünscht griffen. Ein wesentliches Kapital war dabei ein konstantes, belastungs- und lernfähiges Team mit psychotherapeutisch vielfältig ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich auch den speziellen Erfordernissen stellen. Parallel dazu halfen Projekte der Begleitforschung, eine intensive Literaturnutzung und die ständige Bereitschaft, das eigene Tun kritisch in Frage zu stellen, wie der beteiligte ärztliche Direktor Professor T. Steinert in Vertretung seines Spezialisten-Teams in dem Buch *Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen* erläutert.

Das gewinn-bringende Ergebnis enthält viele Schulen-übergreifende und pragmatische Behandlungs-Empfehlungen mit konkreten Fallbeispielen. Beschrieben werden erstmalig Indikationen und typische Probleme der stationären Krisen-Intervention. Konkret: Epidemiologie von Suizid- und Selbstverletzungen, diagnostische Aspekte, Umgang mit Suizidalität und manipulativer Suizidalität, Indikationsstellung für und gegen stationäre Behandlungen, die vielfältigen Aspekte gezieltem therapeutischen Vorgehens, Besonderheiten der therapeutischen Beziehungen, den Umgang mit Medikamenten und die Implikationen für niedergelassene Psychotherapeuten.

Wie schon erwähnt – eine Pionier-Leistung, auf die andere Kliniken nutzbringend zurückgreifen können, ja müssen, denn das Problem der Borderline-Patientinnen nimmt offensichtlich zu und muss ja von jemandem auch aufgefangen werden. Und das sind nach den Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Kollegen u. a. (s. o.) die ambulanten Diagnose- und Behandlungs-Aufgaben, die nicht selten in stationäre übergehen – und dort eben auch gemeistert werden müssen. Dazu die vorliegenden empfehlenswerten Anregungen (VF).