

INHALT

Grußwort von Herrn Minister Professor Dr. Peter Frankenberg anlässlich der Einweihung des Laborgebäudes am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim am 14. Mai 2004	3
Können Mäuse depressiv sein? Transgene Mausmodelle in der Erforschung der depressiven Erkrankung	5
Ist psychiatrisch genetische Forschung gewünscht? Rezeption in der Bevölkerung und ethische Implikationen	7
Wenn das eigene Schicksal aus den Händen gleitet Erlernte Hilflosigkeit: Ein Faktor der Depression	10
Fünf Jahre Suchtmedizinische Klinik	12
Die Alzheimer Demenz Der aktuelle Stand der Behandlung	14
Die Betreuung Demenzkranker aus pflegerischer Sicht	16
Borderline-Störung Zur Behandlung im stationären Setting	20
Wenn wir nicht vergessen können ... Die Rolle von Gedächtnisstörungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung	24
Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes?	26



Borderline-Störung

Zur Behandlung im stationären Setting

Noch vor wenigen Jahren galt die Borderline-Störung (BPS) als eine chronisch verlaufende, schwierig zu behandelnde Störung mit hohen Suizidraten. Die Diagnostik war unscharf und abhängig davon, welcher therapeutischen Schule der jeweilige Behandler angehörte. Die Grundlagenforschung war im Vergleich zu anderen, ähnlich relevanten psychiatrischen Störungsbildern wenig entwickelt. Dabei leiden fast 2% der erwachsenen Bevölkerung unter Borderline-Störungen, der Anteil im Jugendalter scheint noch höher zu sein.

Erst Anfang der neunziger Jahre wurde mit der „**Dialektisch Behavioralen Therapie**“ (DBT) von Marsha Linehan (Seattle/USA) ein störungsspezifisches Behandlungskonzept entwickelt, dessen Wirksamkeit empirisch abgesichert werden konnte. Eine der zentralen Vorgaben der DBT ist die Annahme, dass Borderline-Patientinnen primär unter Störungen der Emotionsregulation leiden. M. Linehan postulierte, dass diese Patientinnen sensitiver sind gegenüber auslösenden Reizen, dass die Emotionen stärker und ausgeprägter sind und dass die Rückbildung der emotionalen Erregung auf Normalniveau deutlich länger dauert. Die DBT zielt daher folgerichtig primär auf die Verbesserung der Emotionsregulation indem sog. „Skills“, also spezifische Fertigkeiten vermittelt werden, welche die Patientin befähigen, besser mit Hochstress-Situationen umzugehen, ihre Gefühle frühzeitig wahrzunehmen und zu modulieren und erfolgreicher mit Mitmenschen umzugehen.

Im Nachklang der ersten therapeutischen Erfolge der DBT setzte ein mittlerweile recht umfangreicher Forschungsprozess ein, der insbesondere die neurobiologischen Grundlagen von Störungen der Emotionsregulation bei Borderline-Patientinnen im Blickpunkt hat. Die klinischen Annahmen von M. Linehan konnten experimentell weitgehend bestätigt werden.

Heute gliedert man die **Symptomatik** der Borderline-Patientinnen in fünf Dimensionen:

1. Störungen der Affektregulation
2. Störungen der Impulskontrolle
3. Kognitive Störungen
4. Störungen im zwischenmenschlichen Bereich
5. Störungen der Identität

Es gilt mittlerweile als gesichert, dass einige Areale des zentralen Nervensystems, die bei der Emotionsregulation eine maßgebliche Rolle spielen, strukturell und funktionell verändert

sind. Dies betrifft insbesondere die Amygdala, den Hippokampus, Gebiete des präfrontalen Kortex und des vorderen Cingulum. Auf neuroendokrino-logischer Ebene gibt es Hinweise für Störungen des serotonergen Systems und der HPA-Achse sowie des Opiat-Systems.

Ursächlich wird derzeit (wie bei den meisten psychiatrischen Störungsbildern) ein Zusammenwirken von genetischen Faktoren und belastenden Erfahrungen in der Kindheit und Jugend angenommen. Viele (aber bei weitem nicht alle) Patientinnen berichten über schwere Missbrauchserfahrungen und leiden unter deren Folgen (Alpträume, dissoziative Symptome, Hypersensitivität, Flashbacks usw.). Ob das sehr schlecht ausgeprägte Selbstwertsystem nun Folge des Traumas ist, oder seine Wurzeln anderweitig findet, ist unklar. Sicher ist, dass fast alle Patientinnen sich als minderwertig, nicht achtenswert und unzulässig erleben. Die meisten meiden daher soziale Herausforderungen aus Angst vor Versagen und fühlen sich in (gesunden) Gruppen oft äußerst unwohl. Hinzu kommt eine ausgeprägte Angst davor, verlassen zu werden und alleine zu sein. Gerade das Zusammenspiel so widersprüchlicher Selbstkonzepte macht es für die Patientinnen oft schwierig, das Zusammenleben mit ihren Mitmenschen harmonisch zu gestalten. Die meisten Beziehungen sind sehr anstrengend und oft auch von Gewalt geprägt. Die „sozialen Karrieren“ der Borderline-Patientinnen entwickeln sich folgerichtig meistens nicht entsprechend ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit, was wiederum zu Frustrationen und zur Verstärkung negativer Selbstbilder führt.

Die Therapie

Als multimodales Therapiekonzept integriert die DBT ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik und berücksichtigt die jeweilige individuelle Ausgestaltung der Borderline-Symptomatik. Das theoretische Konzept basiert auf einer biosozialen Entstehungstheorie, auf den Gesetzen der Lerntheorie und der Verhaltenstherapie sowie des ZEN. Letzterer vermittelt insbesondere die Kunst des Annehmens schweren Leides und erlittener Traumatisierung und balanciert damit die stark auf Veränderung drängenden verhaltenstherapeutischen Prozesse.

Ambulante DBT

Schon aus ökonomischen Gründen sollte die DBT zunächst ambulant angeboten werden. Obgleich mittlerweile sechs kontrolliert randomisierte Studien vorliegen, die eine Überlegenheit der ambulanten DBT gegenüber herkömmlichen, unspezifischen Behandlungen nachweist,

bedarf es noch einiger Klärungsprozesse mit den Kostenträgern, bis die Finanzierung der ambulanten DBT gewährleistet wird. Dies liegt insbesondere daran, dass zeitgleich Einzeltherapie, Gruppentherapie, Telefon-Krisenintervention und Supervisionsgruppen finanziert werden müssten. Eine Gruppe von niedergelassenen Kollegen im Darmstädter Raum konnte im Rahmen eines Modellprojektes mittlerweile über 60 Borderline-Patientinnen behandeln und die stationären Aufnahmen dabei drastisch reduzieren. Es gilt also als gesichert, dass ambulante DBT auch in Deutschland sowohl gute therapeutische Ergebnisse zeigt, als auch wesentlich kosteneffektiver ist, als traditionelle Behandlung mit häufigen stationären Aufnahmen.

Stationäre DBT

Gerade weil die ambulante Behandlung gegenwärtig von den Kassen noch nicht finanziert wird, und weil es zudem noch zu wenig gut ausgebildete DBT-Therapeuten gibt, eröffnet sich mit der stationären DBT eine zwar teure aber sehr effektive Alternative.

Rahmenbedingungen und Struktur

Ähnlich wie bei der stationären Behandlung von Essstörungen, Angsterkrankungen oder Zwangsstörungen hat es sich als sinnvoll erwiesen, Patientinnen mit BPS auf Spezialstationen zusammenzuführen. Das Behandlungsteam kann somit Erfahrungen sammeln und die Patientinnen können von Mitpatientinnen lernen. Von entscheidender Bedeutung ist, wie unter ambulanten Behandlungsbedingungen auch, dass eindeutig zwischen Vorbereitungs- und Therapiebedingungen unterschieden wird. Primäres Ziel während dieser Phase ist neben der Diagnostik die Klärung der gegenwärtigen Notlage und die Motivation der Patientin, sich für die Behandlung (Stufe I) zu entscheiden. Um Missverständnissen vorzubeugen: Die Motivationsklärung während der Vorbereitungsphase erfordert hohe therapeutische Kompetenz und geschulte Therapeuten. Der spätere Therapieverlauf, Compliance und Sicherheit der Patientin hängt in entscheidendem Maße von der Qualität der Vorbereitungsphase ab.

Übergreifendes Ziel ist, eine professionelle Arbeitsatmosphäre zu kreieren. Das heißt in erster Linie ein Umfeld zu schaffen, das funktionales Verhalten verstärkt und dysfunktionales Verhalten löscht oder negativ sanktioniert.

Die Regeln der DBT gelten in gleichem Maße für Patientinnen wie für das Team. Wir bringen den Patientinnen bei, auch affektiv belastende Situationen nicht zu bewerten, sondern zu be-

schreiben, 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 in der DBT grundsätzlich nicht benutzt. Genaue Beobachtungen der Verhaltensebene beinhalten wesentlich mehr Information und schützen vor Machtgefälle. Wann immer möglich, werden strukturelle Entscheidungen für die Patientinnen transparent gemacht.

Hierarchische Gliederung der Behandlungsziele im stationären und teilstationären Setting

- I. Aufbau von Überlebensstrategien zur Bewältigung suizidaler Verhaltensmuster
- II. Aufbau von Therapiecompliance an Stelle von therapieschädigenden Verhaltensmustern
- III. Befähigung zur ambulanten Therapie
 - a.) Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von akutem ambulanten Problemverhalten
 - b.) Aufbau von Fertigkeiten, um Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung zu verhindern
 - c.) Aufbau von Fertigkeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme zu verringern

I. Aufbau von Überlebensstrategien zur Bewältigung suizidaler Verhaltensmuster

Die vordringlichste Aufgabe im stationären Bereich ist sicherlich die Bewältigung suizidaler Krisen. Wann immer suizidale Handlungsimpulse auftreten, sind diese also vorrangig zu behandeln. Die therapeutischen Interventionen orientieren sich an den Vorgaben, wie sie für die ambulante Einzeltherapie geschildert wurden.

Die Bearbeitung suizidaler Krisen im stationären Setting im Besonderen birgt große Vorteile und große Nachteile: Die Vorteile lassen sich weitgehend unter dem Aspekt der Sicherheit zusammenfassen: Natürlich ist das Risiko, einen Suizidversuch zu unternehmen oder zu vollenden unter stationären Bedingungen geringer als wenn die Patientin alleine zu Hause ist. Der Zugang zu Medikamenten oder Waffen ist schwieriger, es gibt Ansprechpartner und Beobachter, die rasch reagieren können.

Andererseits besteht die erhebliche Gefahr, durch Aufmerksamkeit, Zuwendung oder auch durch „Einsperren“ suizidale Krisen zu verstärken und damit Teufelskreise zu initiieren, die schlecht zu durchbrechen sind, zu langen Liegezeiten und Hospitalisierung führen. Den Ausweg aus diesem Dilemma bieten genaue Verhaltensanalysen. Nur so kann man klären, ob die Suizidgedanken unmittelbar an Auslöser

gekoppelt sind oder ob sie durch Konsequenzen aufrechterhalten werden. Aktive Hilfestellung bei der Vermeidung der Auslöser bzw. bei der Problemlösung ist in ersterem Fall anzuraten, Entkoppelung von verstärkenden Konsequenzen und dysfunktionalem Verhalten in letzterem.

II. Aufbau von Therapiecompliance an Stelle von therapieschädigenden Verhaltensmustern

Zu den therapiegefährdenden Verhaltensweisen, wie sie auch im ambulanten Setting auftreten können, kommen unter stationären Bedingungen zwei Kategorien hinzu:

1. Verhaltensweisen, die Mitpatientinnen daran hindern, von der Therapie zu profitieren
2. Verhaltensweisen, die die Grenzen der Institution überschreiten

1. Mitpatientinnen störende Verhaltensweisen:
Zunächst sei nochmals darauf hingewiesen, dass entgegen weit verbreiteter Vorurteile Borderline-Patientinnen sich häufig gegenseitig sehr gut verstehen und sich ausgesprochen gut und kompetent unterstützen können. Kommt es zu Schwierigkeiten oder Streitigkeiten, so ist es sicherlich nicht erstes Ziel, diese Konflikte zu vermeiden, sondern die Fähigkeit, mit Konflikten umzugehen, zu verbessern. Die Problemzonen im Umgang mit Mitpatientinnen gliedern sich wieder in zwei Kategorien: Probleme, die aus zu engen und zu dichten Beziehungen entstehen und Probleme, die aus Streitigkeiten und Feindseligkeiten entstehen.

Zur ersten Kategorie gehören das Erzählen von traumatischen Ereignissen, Inhalten von Flashbacks oder Alpträumen. Da gleichfalls traumatisierte Patientinnen durch diese Inhalte häufig stark labilisiert werden, jedoch in den Anfangsphasen häufig Schwierigkeiten haben, sich gegen Erzählungen dieser Art zu verwehren, ist während des stationären Aufenthaltes jede Kommunikation über traumatische Inhalte untersagt. Ein klassischer, weil unauflösbarer Konflikt ergibt sich auch aus der vertrauensvollen Mitteilung, "du, ich vertraue dir jetzt an, dass ich mich nach Entlassung töten werde, und ich vertraue auf deine Freundschaft und darauf, dass du dies niemandem mitteilen wirst." Was immer die ins Vertrauen gezogene Mitpatientin auch unternehmen wird, sie wird von Schuldgefühlen geplagt sein. Die Stationsregel lautet daher: "Wann immer Sie von einer Patientin erfahren, dass sie konkrete Suizidabsichten mit sich trägt, so sind Sie verpflichtet, dies dem Team zu melden." Die adäquate Antwort auf diese Mitteilung wäre also: "Nachdem du mir dies mitteilst und du weißt, dass ich es melden muss, gehe ich davon aus, dass du genau diese Meldung beabsichtigst."

2. Verhaltensweisen, die die Grenzen der Institution überschreiten

Jede Institution, die psychotherapeutische Behandlung anbietet, organisiert sich in Regeln. Diese dienen primär dazu, den reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und komplexe Kommunikationsabläufe zu vereinfachen. In der DBT gilt: „Jede Regel ist dazu da, um Ausnahmen zu begründen.“ Das heißt, es gilt, eine Balance zwischen rigider Einhaltung der Strukturen und individueller Flexibilität zu wahren. Verhaltensweisen, welche diese Balance stören, können sowohl vom Team, als auch vom Patienten als auch von den Mitpatienten ausgehen. Je nach Stil des Hauses besteht die primäre Gefahr in zu rigiden und starren Strukturen, die den Patienten auch noch „zu deren Wohl“ verkauft werden, oder in zu flexiblen, weichen Strukturen, die wenig Klarheit geben und Gelegenheit zu unnötigen, pseudodemokratischen langfädigen Diskussionen anreichern. Jede Station sollte sich jedoch klare und transparente „Grundregeln“ geben. Diese beinhalten den Umgang mit Drogen und Alkohol auf Station, den Umgang mit Fremdaggressivität, sowie den Umgang mit suizidaler Kommunikation.

III. Befähigung zur ambulanten Therapie:

a.) Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von akutem ambulanten Problemverhalten

Die Schlüsselfrage, die sich jeder Mitarbeiter und die Patientin vergegenwärtigen müssen lautet: „Weshalb wird die Patientin gegenwärtig stationär behandelt und nicht ambulant?“

Die Klärung dieser so einfachen Frage ist häufig schwierig und komplex. Sie steht am Beginn jeder Therapie (Stufe I). Als akutes ambulantes Problemverhalten werden alle Bedingungen beschrieben, die eine effektive ambulante Behandlung derzeit verunmöglichen. Dies kann etwa daran liegen, dass die Patientin in ihrem Umkreis keinen kompetenten Therapeuten findet oder dass der jeweilige Therapeut sich nicht mehr in der Lage sieht, mit ihr weiter zu arbeiten. Bisweilen sind die selbstschädigenden Verhaltensmuster so schwerwiegend (z.B. Blutentnahmen bei niedrigen Hämoglobin-Werten), dass behördliche Auflagen eine stationäre Behandlung erzwingen, manchmal wird das Verhalten der Patientin von ihrer Wohngruppe nicht mehr toleriert. Eine Vielzahl unterschiedlicher Gründe also, die eine Vielzahl unterschiedlichster Lösungen bedingen. Immer aber sollte der primäre Behandlungsfokus so gewählt werden, dass nach Beendigung der Therapie die ambulante Behandlung entweder eingeleitet oder fortgesetzt werden kann. Es erscheint also wenig hilfreich, mit einer Patientin, die in ihrer Umgebung keinen ambulanten Therapeuten findet,

der bereit und kompetent ist, mit Borderline - Patientinnen zu arbeiten, unter stationären Bedingungen die Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen einzuleiten oder an Selbstschädigungen zu arbeiten.

b) Aufbau von Fertigkeiten, um Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung zu verhindern
Tendenzen, die stationäre Behandlung zu verlängern, sind verständlich und eher die Regel als die Ausnahme. Der stationäre Rahmen bildet für Borderline-Patientinnen (leider) häufig ideale Bedingungen: Professionelle Helfer, die auch auf schwierige interaktionelle Muster nicht mit Beziehungsabbruch drohen, Schutz vor Alleinsein, verständnisvolle Mitpatientinnen, Schutz vor Leistungs-Anforderungen, häufig die Bestätigung negativer Selbsteinschätzung „Ich bin der letzte Dreck, ich bin anders als alle anderen, ich bin völlig verrückt.“; Gerade weil diese Bedingungen so ideal sind, muss diese Gefahr von Anfang an benannt werden. Die Patientin muss über Lerngesetze, Verstärker und Kontingenzmanagement aufgeklärt werden, um so frühzeitig mit ihr zusammen dieser Tendenz gegen zu steuern. Bisweilen erscheint es sinnvoll, die Behandlung zu verlängern: Immer dann und nur dann, wenn die Patientin sich stark bemüht, ihre Entlassung vorzubereiten. Als Beispiele wären Arbeitsbelastungsversuche anzuführen oder die stufenweise Erprobung des nächtlichen Aufenthaltes zu Hause oder in Hotels. Sicherlich kontraindiziert (aber leider sehr häufig), sind Behandlungsverlängerungen, die an eine Verschlechterung der Symptomatik gekoppelt werden.

c) Aufbau von Fertigkeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme zu verringern
Wie bereits ausgeführt, liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Borderline-Patientin, nach stationärer Behandlung im nächsten Jahr erneut aufgenommen zu werden, im Schnitt bei 80%. Eine Analyse der jeweiligen Umstände, die zu den stationären Aufenthalten geführt haben, gehört daher bereits in die Stufe I der Therapieplanung und sollte die Wahl des Behandlungsfokus spätestens in Stufe III der stationären Behandlung, also während der Vorbereitung auf die Entlassung, prägen.

Stand der Forschung

Die Wirksamkeit dieses stationären DBT-Behandlungskonzeptes wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Freiburg im Rahmen einer kontrollierten Studie überprüft. Verglichen mit Patientinnen in einer Wartegruppe zeigten die behandelten Patientinnen vier Wochen nach Entlassung signifikante Verbes-

serungen in allen psychopathologisch relevanten Dimensionen. Die mittleren Effektstärken lagen bei 0.8, was für einen starken Effekt spricht.

Zwei Jahre nach Entlassung zeigten sich diese Effekte als weitgehend stabil. So hoffnungsfroh dies klingen mag, muss man jedoch anmerken, dass lediglich etwas mehr als die Hälfte der behandelten Patientinnen von dieser (ersten) stationären Behandlungsphase profitiert. Derzeit wissen wir noch wenig über Prädiktorvariablen für den Therapieerfolg. Es ist eine der Forschungsaufgaben, die sich unser Team am ZI gestellt hat, diese Prädiktorvariablen zu erfassen und die Behandlung insbesondere für die Non-Responder zu verbessern.

Martin Bohus

Prof. Dr. Martin Bohus

ist seit Oktober 2003 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Er tritt damit die Nachfolge von Prof. Dr. Dr. Heinz Schepank an, der 1998 emeritiert wurde.



Er ist Ordinarius für Psychosomatische Medizin an der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg. Prof. Bohus kommt aus Freiburg, wo er an der Klinik von Prof. Dr. Berger seit 1992 als Oberarzt tätig war. Seine Forschungsschwerpunkte sind u.a. die Psychotherapieforschung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Seit 1997 leitete er mehrere DFG-Projekte, 2002 wurde Freiburg in Kooperation mit dem Biozentrum der Universität Basel von der Borderline Personality Research Foundation (BPDRF) unter Leitung von Eric Kandel als einziges europäisches „Center of Excellence“ zur Erforschung von Pathologie und Behandlung der Borderline-Störung ausgewählt. Die Forschung zielt auf die Integration klinischer und neurobiologischer sowie neurophysiologischer Untersuchungen zur Affektregulation.