

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG, SELBSTVERLETZUNG UND ESSSTÖRUNG

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, DELIBERATE SELF-HARM AND EATING DISORDERS

Valerija Sipos, Ulrich Schweiger

Zusammenfassung

Borderline-Persönlichkeitsstörung, Selbstverletzungen und Essstörungen treten komorbid auf und kennzeichnen eine Gruppe von Patientinnen mit hoher Krankheitsschwere und ausgeprägter Einschränkung der psychosozialen Funktionsfähigkeit. In den letzten Jahren wurden Behandlungskonzepte entwickelt, die sich gezielt nach Bedürfnissen dieser Zielgruppe richten. Der Artikel gibt einen Überblick über die Programme und Interventionen. Erste noch unveröffentlichte Ergebnisse sprechen für eine gute Akzeptanz der Therapie und mittlere Effektstärken bei der Reduktion der Symptombelastung. Es besteht allerdings weiterhin erheblicher Bedarf an empirischer Evaluation der langfristigen Behandlungsergebnisse dieser Patientinnen.

Schlüsselwörter Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Essstörung - Borderline-Persönlichkeitsstörung - selbstverletzendes Verhalten - Verhaltenstherapie

Summary

Borderline personality disorder, self-harm and eating disorders may occur as comorbid conditions and characterize a group of patients with high illness severity and low level of psychosocial function. During the last years specialized treatment programs have been developed that target the specific needs of this group. Unpublished data point to a good acceptance of the interventions and medium effect size reduction of symptoms. The article gives an overview of the programs and interventions and emphasizes the need for more empiric evaluation of therapy outcomes in patients with high psychiatric comorbidity.

Keywords anorexia nervosa - bulimia nervosa - eating disorder - borderline personality disorder - self-injurious behavior - behavior therapy

Einführung

Trotz der hohen klinischen Bedeutung der durch das Konzept beschriebenen Phänomene stößt der Begriff der Persönlichkeitsstörung in der Fachwelt auch auf Skepsis. Zu Recht wird bemängelt, dass die Diagnose regelmäßig aufgrund von Selbstschilderungen teilweise viele Jahre zurückliegender Verhaltensweisen gestellt wird. Dabei ist das menschliche Gedächtnis trügerisch, und gerade Veränderungen von Einstellungen und typischen Verhaltensweisen im Laufe der Zeit werden eher untertrieben als übertrieben. Menschen sehen sich gern als kontinuierlich bestehendes Ganzes. Akute psychische Störungen wie Essstörungen, depressive oder manische Episoden verändern die Selbstschilderung des aktuellen Verhaltens, aber auch weit zurückliegender Verhaltenstendenzen beträchtlich. Hieraus ergibt sich eine große diagnostische Unschärfe.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) galt lange als seltene und nur schwer zu behandelnde Erkrankung. Erst seit etwa 1985 ist sie Gegenstand intensiverer epidemiologischer Forschung, der Therapieentwicklung und kontrollierter Evaluation dieser Therapien. Dadurch verändert sich die Wahr-

nehmung der BPS in der Fachwelt erheblich. Zum einen entsteht ein Bewusstsein dafür, welcher hoher Anteil der in Psychiatrie und Psychotherapie behandelten Patientinnen die Kriterien der BPS erfüllt. Zum anderen entwickelt sich ein therapeutischer Optimismus, da Möglichkeiten zu effektivem therapeutischem Handeln verfügbar sind. Auch in der breiteren Öffentlichkeit gewinnt die BPS zunehmend den Status einer akzeptierten Erkrankung.

Die BPS ist nur selten eine für sich stehende Erkrankung. Im klinischen Kontext ist sie ein Marker für psychiatrische Multimorbidität bei jungen Erwachsenen. Selbstverletzungen sind charakteristisch für Patientinnen mit BPS, aber in keiner Weise diagnostisch spezifisch. Patientinnen mit BPS leiden weit überzufällig an Essstörungen, affektiven Störungen, Angststörungen und substanzbezogenen Störungen. Die genaue Bedeutung dieser Komorbidität für Therapie und Prognose muss aber noch definiert werden. Der vorliegende Artikel hat das Ziel, das gegenwärtige Wissen und Erfahrungen zur Komorbidität zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörungen zusammenzufassen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Allgemeine Voraussetzungen für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Voraussetzung ist eine chronische, seit der Adoleszenz bestehende Störung der seelischen Gesundheit, die mehrere Funktionsbereiche (Kognition, emotionales Erleben, zwischenmenschliche Beziehungen, Impulskontrolle) der betroffenen Patientin wesentlich beeinträchtigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass günstige Umweltbedingungen die Symptomausprägung abschwächen und Belastungen sie verstärken können.

Die Symptomatik darf nicht besser durch eine andere psychiatrische, neurologische oder medizinische Störung zu erklären sein. Diese Überlegungen sind besonders wichtig bei der bipolaren Störung, wenn impulsives Verhalten hauptsächlich während manischer oder hypomanischer Phasen auftritt, bei Substanzabhängigkeit, wenn impulsives Verhalten regelmäßig im Kontext von Intoxikationen steht oder beim so genannten Frontalhirnsyndrom, wenn die inhibitorische Verhaltenskontrolle infolge einer strukturellen Läsion des Gehirns beeinträchtigt ist.

Wegen der Wechselwirkung zwischen essgestörtem Verhalten und Affektregulation ist bei der gleichzeitigen Diagnose einer Essstörung und einer BPS zu beachten, dass die affektive Instabilität nicht ausschließlich aus dem Wechsel zwischen Mangelernährung und Übernährung zu erklären sein darf und die Diagnose auch dann Bestand haben sollte, wenn die Essanfälle nicht als impulsives selbstschädigendes Verhalten bewertet werden.

Sind die allgemeinen Voraussetzungen für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gegeben, muss überprüft werden, ob eine ausreichende Zahl von Kriterien vorliegt, welche die Diagnose einer BPS stützen, oder ob die Hypothese einer BPS verworfen werden sollte. Im DSM-IV müssen für die Diagnose 5 der folgenden 9 Kriterien vorliegen.

Kriterium 1 - Verzweifelte Bemühen, Verlassenwerden zu verhindern

Die Besorgnis, verlassen zu werden, ist allgemein menschlich und bei vielen psychischen Störungen zu finden. Die Besonderheit der BPS ist die Ausprägung dieser Angst, die zugehörigen Überzeugungen, innere Bewältigungsstrategien und Verhaltensweisen, die eingesetzt werden, um Verlassenwerden zu verhindern. Patientinnen mit BPS sind von der Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen zutiefst überzeugt. Sie gehen davon aus, dass sie „früher oder später sowieso verlassen werden“. Und dass aufgrund der eigenen Unzulänglichkeit „jeder, der sie wirklich kennen lernt, sowieso wegläuft“. Weiterhin sind sie überzeugt, dass sie „Verlassenwerden nicht aushalten können“. Sie halten sich selbst für außerordentlich verwundbar durch Zurückweisung oder Allein-gelassen-Werden. Die Patientinnen versuchen zum einen, ihre Partner und Bezugspersonen an sich zu binden. Die dazu angewandten Strategien sind meistens emotionale Zugewandtheit, Bereitschaft zuzuhören, Bereitschaft zu helfen,

Bereitschaft, sich auch an ungewöhnlichen oder riskanten Unternehmungen zu beteiligen oder in Paarbeziehungen Bereitschaft zu sexueller Aktivität. Manchmal besteht die Strategie darin, dramatische, Mitgefühl oder Spannung erregende Ereignisse zu berichten, Wutausbrüche zu zeigen, an Schuldgefühle des Partners zu appellieren, Drohungen auszusprechen, selbstschädigende oder suizidale Verhaltensweisen zu zeigen. Zum anderen wird die Angst, verlassen zu werden, dadurch kontrolliert, dass Situationen des Verlassenwerdens antizipiert und durch frühzeitigen Beziehungsabbruch vermieden werden.

Kriterium 2 - Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen

Bei Patientinnen mit BPS besteht eine hohe Emotionalität in Beziehungen. Dies wird von Partnern und Bezugspersonen sehr geschätzt, als interessant, emotional lebendig und aufregend bewertet und führt dazu, dass Patientinnen mit BPS nur selten Schwierigkeiten haben, Freundschaften und Partnerschaften herzustellen. Die Instabilität dieser Beziehungen wird aus verschiedenen Quellen gespeist. Das ausgeprägte dichotome Denken der Patientinnen bedingt, dass bereits kleine Regelwidrigkeiten zum Beziehungsabbruch führen („Wer die Verabredung ins Kino nicht einhält, kann nie mehr mein Freund sein“). Mangelnde soziale Geschicklichkeit und emotionale Instabilität belasten auch die Beziehung mit gutwilligen, gefestigten Partnern. Häufig wählen Patientinnen mit BPS Partner aus, die selbst emotional instabil sind, zu impulsivem oder gewalttätigem Verhalten neigen („Nur so jemand kann mich verstehen. Nur jemand, der selbst ganz unten ist, wird mich wertschätzen“). Diese Verhaltensweisen und Einstellungen sind eine wesentliche Bedingung der „Dauerkrise“ mit der es viele Patientinnen mit BPS zu tun haben. Schwerwiegende Lebensereignisse sind wesentlich häufiger als in gesunden und verschiedenen psychiatrischen Vergleichsgruppen.

Kriterium 3 - Impulsivität in potenziell selbstschädigenden Bereichen

Ein breites Spektrum von Verhaltensweisen wird von Patientinnen mit BPS eingesetzt: schnelles Fahren von Autos und Motorrädern, Risikosportarten, kriminelles Verhalten, wirtschaftliches Risikoverhalten, Missbrauch psychotroper Substanzen, sexuelles Risikoverhalten, Essanfälle, Hungern, Schneiden oder Verbrennen der Haut, subkutane oder intramuskuläre Injektion von toxischen oder infektiösen Substanzen oder Ablassen von Blut zur Erzielung einer Anämie. Die meisten Patientinnen üben mehrere dieser Verhaltensweisen aus. Die Präferenzen sind teilweise geschlechtsabhängig. Männer mit BPS bevorzugen schnelles Fahren, Risikosportarten, kriminelles Verhalten, wirtschaftliches Risikoverhalten und Substanzmissbrauch. Frauen schneiden sich häufiger und zeigen mehr essgestörtes Verhalten. Alle genannten Verhaltensweisen haben eine ähnliche Funktion in der Spannungsreduktion. Alle lenken von unangenehmen oder intrusiven Gedanken ab. Manchmal werden sie auch eingesetzt, um dissoziative Zustände zu unterbrechen. Seltener führen sie – wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß – zu einem Gefühl von Kontrolle, Meisterschaft, Überlegenheit oder Stolz. Aus

dem Verhalten resultierende Verletzungen führen erst mit erheblicher Verzögerung zur Schmerz Wahrnehmung. Deshalb wird auch die kurzfristige, unmittelbar eintretende Konsequenz, Spannungsreduktion und Vermeidung unangenehmer Gedanken im Sinne einer negativen Verstärkung, zur wesentlichen aufrechterhaltenden Bedingung für das Verhalten, während die aversiven Konsequenzen eher in den Hintergrund treten. Bei Patientinnen, die komorbid auch die Kriterien einer Anorexia, Bulimia nervosa oder Binge-Eating-Störung erfüllen, ergibt sich eine Konvergenz zwischen der für BPS typischen Funktion von Essanfällen und Erbrechen, um die innere Spannung zu regulieren, und der eher aus perfektionistischem Gedankengut gespeisten Funktion, Übergewicht zu vermeiden. Selbstverletzungen sind charakteristisch für die BPS, dürfen aber in keiner Weise als spezifisch angesehen werden. Selbstverletzungen können als Symptom bei einer Vielzahl von psychischen Störungen, wie beispielsweise Depression, Substanzabhängigkeit, Angststörungen, Dissoziativen Störungen oder somatoformen Störungen, beobachtet werden. Selbstverletzungen finden sich bei Patientinnen mit Essstörungen, auch ohne dass ausreichend weitere Elemente einer BPS vorliegen, die zur Diagnosestellung ausreichen.

Kriterium 4 - Suizidale Handlungen und Selbstverletzungen

Frauen im Alter von 15 bis 40 Jahren in der Allgemeinbevölkerung haben eine eher niedrige Rate von Todesfällen durch Suizid. Wenn wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine stationäre Behandlung erforderlich war, dann beträgt die Wahrscheinlichkeit, durch Suizid zu sterben, bis zu 10 %. Das höchste Suizidrisiko besteht, wenn komorbid eine schwere depressive Episode und/oder eine Substanzabhängigkeit vorhanden sind (Isometsä et al., 1996). Viele Patientinnen haben chronische Suizidgedanken: „Wenn ich das nicht bewältige, bringe ich mich um. Ich kann mich jederzeit töten, dann habe ich Frieden.“ Die Fantasie von Frieden, Ruhe, Entspannung und endgültiger Problemlösung durch den Tod hat vor dem Hintergrund der ausgeprägten psychosozialen Schwierigkeiten der Patientinnen eine hohe Attraktivität. Die Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit dieser Fantasie sind durch wiederholte Suizidversuche mit eskalierender Gefährlichkeit noch zu steigern. Chronische Suizidalität kann als ein durch negative Verstärkung (Spannungsreduktion) und positive Verstärkung (verbesserte subjektive Situationskontrolle) operant aufrechterhaltenes Verhalten konzeptionalisiert werden. Als langfristige negative Konsequenz geht Lebensqualität durch die beständige Todesnähe verloren, und langfristige Lebensplanung wird erschwert.

Kriterium 5 - Affektive Instabilität

Die Patientinnen zeigen eine emotionale Dysregulation mit depressiven, dysphorischen, wütenden und euphorischen Zuständen. Die Stimmungsschwankungen ereignen sich innerhalb von Minuten bis Stunden. Meist werden pro Tag mehrere Zyklen von dysphorischer Stimmung durchlaufen. Dies steht im klaren Unterschied zu depressiven Erkrankungen, bei denen eine circadiane Schwankung der Symptomatik und ansonsten langsame Veränderungen über Wochen zu beob-

achten sind. Eine häufig von Patientinnen gebrauchte Metapher ist: „Meine Stimmung fährt Achterbahn.“ Die dysphorischen Zustände sind von einem starken Gefühl innerer Spannung begleitet. Komorbide schwere depressive Episoden können bedingen, dass euphorische und wütende Zustände auf Zeit ausbleiben und Schwankungen ausschließlich im depressiven Bereich stattfinden. Es ist strittig ob dieses Symptom eher eine biologische, im Temperament der Patientinnen begründete Basis hat oder ob die Besonderheiten der Informationsverarbeitung mit dichotomen Schemata eine besondere Rolle spielen. Für die Informationsverarbeitungshypothese spricht, dass den emotionalen Schwankungen häufig äußere oder innere Ereignisse vorausgehen und eine ausgeprägte Reaktivität der Stimmung auf Alltagsereignisse besteht. Bei der Komorbidität mit Essstörungen muss berücksichtigt werden, dass Fastenexperimente durch das restriktive Essverhalten bereits eine ausreichende Bedingung sind, um affektive Instabilität zu erzeugen (Keys et al., 1950; Laessle et al., 1996).

Kriterium 6 - Chronisches Gefühl von Leere und Sinnlosigkeit

Ähnlich wie bei Patientinnen mit depressiven Störungen besteht eine negative Sicht der eigenen Person, der eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungsweisen, der Umwelt und der Zukunft. Im Gegensatz zu depressiven Patientinnen werden diese Bewertungen aber häufig mit hoher Aggressivität vorgetragen. Die Patientinnen bewerten sich als schlecht, böse, verdorben, hoffnungslos unterlegen oder unfähig. Im Selbstgespräch dominieren grobe bis obszöne Selbstbeschimpfungen („Du fette Schlampe bist selbst schuld, dass es dir so dreckig geht, du hast nichts Besseres verdient, als Scheiße zu fresen“). Das Gefühl von Leere und Sinnlosigkeit wird zusätzlich durch die fehlende Handlungsorientierung und die ausgeprägte Lageorientierung gespeist. Die Patientinnen haben die Erfahrung gemacht, dass eigene Anstrengungen zu einer grundsätzlichen Veränderung der Lebenssituation nur zu Energieverlust führen und keine Verbesserung der Situation bringen. Sie richten deshalb ihr Handeln auf kurzfristige Vermeidung weiterer Stimmungsverschlechterung aus. In der Wechselwirkung mit Essstörungen und anderen komorbiden psychischen Störungen ist zu beachten, dass allein die Tatsache einer chronischen psychischen Erkrankung geeignet ist, Handlungsorientierung erheblich zu beeinträchtigen.

Kriterium 7 - Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren

Patientinnen mit BPS haben ausgeprägte Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Bei entsprechenden Stimuli sind sie schnell bei intensiven Emotionen. Es bestehen dann Schwierigkeiten, selbst- oder fremdgefährdende Handlungsimpulse abzublocken und durch Selbstberuhigung die Intensität der emotionalen Erregung abzuschwächen. Besonders augenfällig ist dies bei Gefühlen von Wut oder Scham. Offen aggressive Verhaltensweisen mit Fremdschädigung sind häufiger bei Männern mit BPS zu beobachten. Bei Frauen mit BPS können in Situationen mit Wut subtile Racheaktionen im Vordergrund stehen. Wichtige Beiträge zur beeinträchtigten Emotionskontrolle sind unzureichende Fertigkeiten im Be-

reich Spannungsregulation und Selbstberuhigung, Substanz-einfluss (am häufigsten Alkohol), ausgeprägtes dichotomes Denken, fehlende Kontrollüberzeugungen und Gedanken, in denen sich die Patientinnen die Erlaubnis zu aggressiven Verhaltensweisen geben.

Kriterium 8 - Identitätsstörung

Es besteht ein rascher Wechsel von Lebenszielen, Lebensplänen und Wertvorstellungen. Betroffen sind die Bereiche Beruf (z.B. Abbruch von Ausbildungen), Sexualität (Experimentieren mit homosexuellen, heterosexuellen und transsexuellen Verhaltensweisen), Konfession und Politik. Langfristige Ziele werden dabei häufig wie kurzfristige behandelt und aufgegeben, wenn ein schneller Erfolg ausbleibt. Die Notwendigkeit von langfristigen Lernprozessen und von gestuftem Verhaltensaufbau ist den Patientinnen unbekannt. Auch vorher als wichtig definierte Ziele und Verhaltensweisen werden bei Frustrationen und kurzfristigen Rückschlägen aufgegeben, so dass identitätsstiftende Erfolgserlebnisse ausbleiben und Zugehörigkeitsgefühle nicht entwickelt werden können. Die BPS kann dann in paradoxer Weise zu einem identitätsstiftenden Verhalten werden und eine Gruppenzugehörigkeit ergeben.

Kriterium 9 - Dissoziative Symptome

Neben den dissoziativen Störungen selbst ist die BPS die einzige psychische Störung, bei der dissoziative Symptome Bestandteil der diagnostischen Kriterien sind. Es besteht ein Spektrum von qualitativen Bewusstseinsveränderungen. Die Patientinnen berichten über Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, Amnesien sowie Fugue-Episoden. Etwa die Hälfte klagt über dissoziatives Stimmenhören. Dieses unterscheidet sich von psychotischem Stimmenhören in einer Reihe von qualitativen Merkmalen. Es wird meist als "von innen" kommend wahrgenommen, nur selten als von außen, und dann meist im Rahmen von Flash-back-Erlebnissen. Es kann von den Betroffenen als Produkt der eigenen seelischen Aktivität entweder unmittelbar oder nach einer kurzen Verzögerung bemerkt werden und wird nicht als von außen „gemacht“ erlebt. Dennoch kann von den Stimmen (z.B. „Mach endlich Schluss“) ein erheblicher Handlungsdruck ausgehen. Patientinnen wissen, dass Stimmenhören ein Krankheitszeichen ist, und bewerten es als sicheres Zeichen, verrückt oder "abartig" zu sein. Dissoziation hat häufig eine Schutzfunktion vor innerer Spannung, intensiven Emotionen oder intrusiven Erinnerungen. Anhaltende dissoziative Zustände werden aber als quälend erlebt ("Ich kann mich nicht mehr spüren"). Die Rolle von gestörtem Essverhalten bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Dissoziation wird kontrovers diskutiert.

Epidemiologie von Borderline-Persönlichkeitsstörung, Selbstverletzungen und Essstörungen

Die Lebenszeitprävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung beträgt etwa 0,5 bis 1 % (Torgersen et al., 2001), die der Essstörungen etwa 0,3 % bei Männern und 1,3 % bei Frauen (Jacobi et al., 2004). In der Victoria Burden of Disease Study (Public Health Division, 1999) standen die Essstörungen

bei Frauen in der Altersgruppe von 15 bis 35 Jahren auf Platz 4, die BPS auf Platz 11 aller Erkrankungen. Etwa 5 % der durch Erkrankung verlorenen Lebensjahre sind den Essstörungen, etwa 3 % der BPS zuzuordnen. Zur Einordnung: Die einzigen in der Rangfolge höher liegenden „nicht-psychischen“ Erkrankungen, nämlich Asthma und Verkehrsunfälle, erklärten jeweils etwa 4 %. Auf der Ebene der Allgemeinbevölkerung handelt es sich also keineswegs um seltene Erkrankungen, sondern durchaus um eine erhebliche gesundheitspolitische Herausforderung mittlerer Größe. Deshalb gehört die BPS auch aus der Sicht psychiatrischer Kliniken in der Akutversorgung zu den großen Erkrankungen: Etwa 20 % der Frauen, die wegen einer psychischen Störung zur Aufnahme kommen, erfüllen die Kriterien der BPS (Widiger und Weissman, 1991).

Intentionale Selbstverletzungen als Einzelsymptom finden sich mit erheblich größerer Häufigkeit als voll ausgeprägte Syndrome, welche die Kriterien der BPS erfüllen. Etwa 11 % aller Schülerinnen im Alter von 15 bis 16 Jahren berichten über mindestens eine selbstschädigende Handlung im vergangenen Jahr (Hawton et al., 2002). Etwa 6 % verletzten sich mehrfach. 65 % der Handlungen waren Schneiden, 31 % Intoxikationen. 13 % der selbstschädigenden Verhaltensweisen führten zu einer Krankenhausbehandlung. Assoziierte Faktoren waren Scheidung der Eltern, Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, Schikanen durch Gleichaltrige, körperliche oder sexuelle Misshandlung, Unsicherheit der sexuellen Identität, Selbstverletzungen bei Freunden oder Familienmitgliedern, depressive Symptome, Angstsymptome, Impulsivität und niedriges Selbstwertgefühl. Patienten, die sich wegen einer Selbstverletzung in einem Krankenhaus vorstellen, haben eine Punktprävalenz von 92 % für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung (Haw et al., 2001). Dabei dominieren die affektiven Störungen mit 72 % und Substanzmissbrauch mit 27 %. Bei 11 % findet sich eine Essstörung. Bei 46 % liegt eine Persönlichkeitsstörung vor, davon die Mehrheit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen). Etwa 35 % aller Patientinnen mit einer Essstörung berichten über selbstverletzendes Verhalten (Paul et al., 2002).

Krankheitsschwere und Beeinträchtigung

Frauen und Männer mit BPS leiden nicht nur subjektiv unter ihrer Störung, auch die psychosoziale Funktionsfähigkeit ist erheblich beeinträchtigt. Im Mittel sind Patientinnen mit BPS stärker psychosozial beeinträchtigt als die mit rezidivierenden depressiven Störungen (Skodol et al., 2002). Die Erkrankung kann zu vorzeitigem Tod durch Suizid und Unfälle führen. Auch die körperliche Gesundheit ist bei BPS bedroht durch Unfälle, Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch, gestörtes Essverhalten sowie die durch chronische Stressbelastung und psychoendokrinologische Veränderungen erhöhte Neigung zu einem metabolischen Syndrom mit Übergewicht, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen und Folgeerkrankungen (eigene unveröffentlichte Daten). Die Erkrankung interferiert mit der Möglichkeit, eine Berufsausbildung abzuschließen, einen Beruf auszuüben und stabile interpersonelle Beziehungen aufrechtzuerhalten. Patientinnen

mit Essstörungen leiden zum Teil ebenfalls unter erheblichen psychosozialen Funktionseinschränkungen, hinzu treten körperliche Funktionseinschränkungen aufgrund von Mangelernährung, Untergewicht oder Übergewicht. Die Mortalität ist bei Anorexia nervosa deutlich erhöht (Fichter und Quadflieg, 1999). Die Funktionsbeeinträchtigung bei Selbstverletzungen als Einzelsymptom ist sehr variabel.

Komorbidität

Bei etwa 65 % der Patientinnen mit Essstörungen bestehen weitere psychische Störungen (Jacobi et al., 2004). In Stichproben stationär behandelte Patientinnen leiden etwa 11 % der Patientinnen mit Anorexia nervosa an dem Vollbild der BPS, weitere 20 % verfehlen die diagnostischen Kriterien nur knapp. Bei der Bulimia nervosa besteht bei 25 % das Vollbild einer BPS, weitere 35 % erfüllen einzelne Symptome der BPS (Braun et al., 1994). Etwa 80% der Patienten mit BPS leiden an einem schweren, komplexen Krankheitsbild, das durch ausgeprägte Komorbidität und erhebliche Einschränkung der psychosozialen Funktionsfähigkeit gekennzeichnet ist. Selten ist nur die Komorbidität mit psychotischen Störungen. Etwa 62 % der Patientinnen leiden unter irgendeiner Essstörung (Marino und Zanarini, 2001). Bei 25 % besteht eine Anorexia nervosa, bei 27 % eine Bulimia nervosa, bei 33 % eine Binge-Eating-Störung oder eine andere nicht näher bezeichnete Essstörung. Stationär behandelte Patientinnen mit BPS erfüllen im Mittel die Kriterien für 5 weitere Achse-I-Erkrankungen und für eine weitere Persönlichkeitsstörung.

Verlauf

Der Verlauf von Essstörungen und der BPS im Lebenszyklus ist weitgehend parallel. Essgestörtes Verhalten tritt häufig erstmals um den Pubertätsbeginn auf. Die impulsiven Verhaltensweisen und die emotionale Instabilität der BPS manifestieren sich ebenfalls meist erstmals in der frühen Adoleszenz. Die Symptomatik erreicht ihren Höhepunkt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr und nimmt danach langsam ab. Dabei geht hauptsächlich die Impulsivität zurück, emotionale Instabilität und interpersonelle Schwierigkeiten sind weniger betroffen. Etwa ab dem 45. Lebensjahr werden die Kriterien der BPS nur mehr selten erfüllt. Patientinnen, welche die Erkrankung ohne nachhaltige Folgen (wie körperliche Behinderungen nach Unfällen oder Intoxikationen im Rahmen des impulsiven Verhaltens) überstehen, können mit der nachlassenden Symptomatik, meist im 4. Lebensjahrzehnt, einen „Neustart“ mit wesentlich gesteigerter psychosozialer Funktionsfähigkeit erreichen. Aus der Sicht von Klinikern weist die Diagnose BPS bei schwer kranken Patienten eine hohe Stabilität auf. Bei Frauen mit BPS in der Allgemeinbevölkerung findet sich eine hohe Anzahl von Remissionen im mittelfristigen Verlauf. Nur mehr 30 % der Patientinnen erfüllten bei der 6-Jahres-Katamnese erneut die Kriterien (Zanarini et al., 2003). Bei den Patientinnen mit Anorexia nervosa erfüllen nach 6 Jahren etwa 55 % nicht mehr die Kriterien einer Essstörung, bei der Bulimia nervosa 71 % (Fichter und Quadflieg, 1997,1999). Diese günstig wirkenden Zahlen dürfen nicht darüber hinweg täuschen, dass eine erhebliche Untergruppe essgestörter Patientinnen dauerhaft in ihrer Funkti-

onsfähigkeit eingeschränkt ist und die Anorexia nervosa langfristig mit einer Mortalität von 10 bis 20 % belastet ist.

Grundlagen der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Essstörung

Grundannahmen

Patientinnen sowohl mit BPS wie mit Essstörungen sind schwer krank. Es liegt eine massive Beeinträchtigung ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit vor, die ähnlich sein kann wie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Der subjektive Leidensdruck ist ebenfalls sehr hoch, vergleichbar dem von Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen. Ausgeprägte Symptome können trotz intensiver Therapie lange bestehen bleiben. Symptome wie Untergewicht, chronische Suizidgedanken oder Selbstverletzungen stellen eine Belastung für Therapeuten dar. Akzeptanz ist in dieser Situation eine wesentliche Grundlage für eine gute Zusammenarbeit und Veränderungsprozesse. Fehlende Akzeptanz kann zur Beschuldigung der Patientin als manipulativ, unmotiviert oder „spaltend“ führen. Trotz der Akzeptanz der Situation ist es unverzichtbar, die persönliche Verantwortung jeder Patientin zu betonen. Sie hat zwar in der Regel ihre Erkrankung nicht verursacht, aber sie ist diejenige, welche die Verantwortung für ihr Leben übernehmen, ihre eigene Anstrengung und Leidensbereitschaft in die Behandlung einbringen muss. Die für BPS typischen Verhaltensweisen können als Überlebensstrategien in einer aus Sicht der Patientinnen feindseligen Welt verstanden werden. Kontingenzfallen dürfen nicht als fehlende Motivation missverstanden werden. Die Patientinnen wollen ein besseres Leben haben, sind aber häufig verzweifelt wegen des Scheiterns bisheriger Selbsthilfeversuche.

Die Behandlung sowohl von Patientinnen mit Essstörungen wie mit BPS stützt sich auf eine Vielzahl von gut bewährten und wissenschaftlich abgesicherten Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie: Informationsvermittlung, Tagebuchtechniken, Situationsanalysen, Selbstverpflichtungs- und Selbstinstruktionstechniken, Problemlösetechniken, Training sozialer Kompetenz. Die Anwendung dieser Techniken, die ursprünglich für selektierte Patientengruppen mit ausschließlich einer Erkrankung entwickelt wurden, erfordert bei Patientinnen mit komplexen Erkrankungen und hoher Komorbidität besondere Modifikationen. Ein „lineares“ Veränderungskonzept, das den gesamten gegenwärtigen Zustand als dysfunktional beschreibt, rasche Aufgabe bisheriger zentraler Überzeugungen und kontinuierliche Übernahme vorgegebener Verhaltensweisen fordert, stößt bei den Betroffenen häufig auf geringe Akzeptanz. Es wird als unrealistisch und unangemessen bewertet. Im Rahmen der Entwicklung der dialektischen Verhaltenstherapie entstand deshalb ein Konzept nichtlinearer Veränderung der Patientin im Therapieprozess im Sinne eines dialektischen Prozesses von These, Antithese und Synthese. Es wurden Validierungsstrategien entwickelt, welche die Sinnhaftigkeit der Verhaltensweisen der Patientinnen in ihrem subjektiven Lebenskontext betonen. Eine weitere innovative Strategie in der Therapie sind aus dem Buddhismus importierte Konzepte von Achtsamkeit.

Sie sollen die Patientinnen unterstützen, ein neues Modell ihres Lebens zu entwickeln, das den Umgang mit als störend empfundenen Gedanken und Gefühlen verbessert.

Die Behandlung von Patientinnen mit BPS und Essstörungen erfolgt modular und durch Prinzipien geleitet. Das heißt, der auf die Behandlung dieser Patientengruppe spezialisierte Therapeut verfügt über ein Repertoire von geeigneten Strategien und Behandlungselementen, aus denen er in Abstimmung mit der individuellen Situation der Patientin diejenigen auswählt, die aktuell vordringlich sind.

Gestaltung der Rahmenbedingungen der Therapie

Die Aufgabe des erstbehandelnden Arztes oder Psychologen ist es, eine evtl. vorhandene akute Gefährdung abzuwenden. Dann geht es um Diagnostik und Informationsvermittlung. Die Behandlungsaussichten sind am besten, wenn die Patientin sich aufgrund einer eigenen informierten Entscheidung in Behandlung begibt und ein angemessenes Modell davon hat, wie Therapie für sie aussehen könnte. Die Therapieziele der Patientin können sehr heterogen sein. Das Spektrum reicht von einer umfassenden Behandlung zu einer nur auf einzelne Symptome beschränkte Therapie. Die Aufgabe des Therapeuten ist es hier, die Wünsche und Erwartungen der Patientin genau zu prüfen, mit ihr durchzugehen und ehrliche Informationen darüber zu geben, was unter welchen Umständen möglich erscheint und was nicht. Wichtig ist eine stabile, vertrauensvolle Anbindung der Patientin an die vorhandenen Therapieangebote.

Patientinnen mit BPS sind häufig im Rahmen eines festen zeitlichen Schemas (z.B. eine Einzeltherapie pro Woche) nicht ausreichend therapeutisch zu versorgen. Sie benötigen gelegentlich zusätzliche Termine zur Unterstützung bei der Spannungsreduktion in Krisensituationen. Es ist adaptiv an die Bedürfnisse dieser speziellen Gruppe von Patientinnen, ihnen die Möglichkeit zu Kurzkontakten per Telefon einzuräumen. Gleichzeitig ist es ratsam, die Grenzen und Bedingungen dieser Möglichkeit klar darzustellen: Wann kann man telefonisch erreicht werden, was sind die möglichen Inhalte dieser Kurzkontakte und wie lange können Sie dauern. Nicht empfehlenswert ist es, in Krisensituationen großzügig zusätzliche Einzeltherapiestunden durchzuführen. Schwierigkeiten der Patientin, mit persönlichen Grenzen des Therapeuten umzugehen, sollten in validierender Weise zum Gegenstand der Therapie gemacht werden. Ziel ist es, die Patientin in der therapeutischen Beziehung und während des Aufenthaltes auf einer Station für Psychiatrie und Psychotherapie bei der Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit den Grenzen anderer Menschen anzuleiten und damit auf das Leben außerhalb der Klinik vorzubereiten. Besonders problematisch im Umgang mit Patientinnen mit BPS ist es, grenzüberschreitende Verhaltensweisen zunächst aus falschem Mitgefühl zu tolerieren und sie zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Team in einen Zustand von Überforderung gerät, von der weiteren Behandlung auszuschließen.

Patientinnen mit BPS benötigen eine wohlwollende und gleichmäßige Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation und beim Erwerb neuer, angemessener Fähigkeiten. Die Intensität der Therapie sollte deshalb gleichmäßig und von vornherein berechenbar (zeitkontingent) sein. Beschwerdeabhängige, variable Intensität von Psychotherapie ist in Gefahr, zu einem Verstärker von therapeutisch unerwünschten Verhaltensweisen zu werden. Die Patientinnen können die Überzeugung entwickeln, nur wegen ihrer impulsiven Verhaltensweisen behandelt zu werden, und die Befürchtung, bei Reduktion dieser Verhaltensweisen ihr Unterstützungssystem zu verlieren. Bei der stationären Behandlung sollte das zeitkontingente Vorgehen alle Berufsgruppen mit einschließen. Problematische Konstellationen können beispielsweise durch suizidale Kommunikation geprägte lang dauernde Gespräche im Nachtdienst sein. Es ist sinnvoll, die stationäre Therapie in Abschnitte mit einer Dauer von maximal drei Monaten einzuteilen. Danach sollte jeweils eine Realitätserprobung von einem Monat bis zu einem Jahr eingehalten werden. Dieses Vorgehen verhindert, dass die Patientin die Überzeugung entwickelt, sich nur durch die ständige Unterstützung eines Therapeuten verbessert zu haben.

Patientinnen mit BPS haben ebenso wie ihre Angehörigen häufig die Vorstellung, dass ihr Verhalten hauptsächlich die Reaktion auf äußere Ereignisse und Umweltbedingungen darstellt und dass Verhaltensveränderungen hauptsächlich das Ergebnis einer intensiven Willensanstrengung, also Reaktionen auf einen inneren Stimulus sind. Die Möglichkeiten von aktiver Stimuluskontrolle, des operanten Lernens mit Belohnung und Bestrafung, Verhaltensaufbau und Verhaltensformung sind den Patientinnen kaum bekannt. Psychoedukation über die Prinzipien von Verhaltensänderung ist deshalb eine wichtige Basisintervention bei Patientinnen mit BPS und Essstörungen. Das Therapieangebot einer Klinik und die therapeutische Beziehung werden selbst Bestandteil der Verhaltensaufrechterhaltung und Verhaltensveränderung bei den Patientinnen. Von größter Bedeutung ist deshalb die Belohnung erwünschter Lernprozesse durch das therapeutische Umfeld. So wird sichergestellt, dass die Therapie sich nicht zu einem aufrechterhaltenden Faktor der Erkrankung entwickelt und keine Schädigung der Patientin durch die Therapie erfolgt. Am Anfang des therapeutischen Prozesses bei Patientinnen mit BPS und Essstörungen ist die Qualität der therapeutischen Beziehung ein wichtiger möglicher positiver Verstärker für angemessenes Verhalten. Die Selbstbelohnung ist dagegen noch nicht ausreichend ausgeprägt. Eine entscheidende Rolle im therapeutischen Prozess spielt negative Verstärkung (Vermeidungslernen). Wichtigstes Beispiel ist der zunehmende Einsatz von Fertigkeiten durch die Patientinnen, sobald die Erfahrung von effektiver Spannungsreduktion gemacht wurde. Vor einem lerntheoretischen Hintergrund spielt Bestrafung im Therapieprozess vor allem bei der Verhinderung von eher seltenen Verhaltens excessen eine Rolle. Es ist deshalb sinnvoll, innerhalb eines Therapieprogramms nur bestimmte unerwünschte, therapieverhindernde Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch, Gewalt oder Gewaltandrohungen mit aversiven Konsequenzen zu

belegen. Bewährt hat es sich, bei Selbstverletzungen ein Time-out von 24-Stunden für einzeltherapeutische Maßnahmen einzusetzen. Dies ist auch inhaltlich sinnvoll, da unmittelbar nach einer Selbstverletzung besonders schlechte Lernbedingungen für angemessene Methoden der Spannungsreduktion herrschen. Bei Substanzmissbrauch im stationären Bereich hat sich der Einsatz von Ausgangsbeschränkungen und längeres Time-out bewährt (z.B. eine Woche kein Ausgang außerhalb der Station beim ersten Verstoß gegen die Abstinenzregel, zwei Wochen Time-out beim zweiten Verstoß).

Wie alle Menschen profitieren Patientinnen mit BPS von einem sozialen Netz und von wohlwollenden unterstützenden Beziehungen. Da Beziehungen von den Patientinnen als prinzipiell instabil und unsicher wahrgenommen werden, ist die therapeutische Beziehung häufig nur wirksam, wenn der Therapeut physisch anwesend ist. Weiterhin unterliegt die Qualität der Beziehung ausgeprägten Schwankungen, so dass der Therapeut besondere Erfahrung benötigt, um sich nicht verunsichern zu lassen.

Neben den allgemeinen professionellen Basisfertigkeiten wie Empathie, Aufmerksamkeit, Sachkunde, Authentizität und Verlässlichkeit sind für die Behandlung von Patientinnen mit BPS einige Besonderheiten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Therapeutenrolle erforderlich. Einige dieser Rollenerwartungen stehen in einer dialektischen Spannung gegeneinander, müssen somit ständig angepasst werden und unterliegen Syntheseprozessen. Der Therapeut übernimmt eine aktive Rolle in der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten. Dabei steht nicht hauptsächlich die Bewältigung akuter Probleme oder die schnelle Reduktion von Leiden im Vordergrund, sondern vor allem die Befähigung der Patientin, zukünftig selbstständig Probleme zu lösen. Eine passive psychotherapeutische Rolle mit Abstinenz von Wissensvermittlung, Hinweisen und Empfehlungen, weit überwiegendem Redeanteil der Patientin oder Konzentration auf Deutung von Abwehrprozessen oder Übertragungsprozessen ist für Patientinnen mit BPS und Essstörungen eher nicht geeignet. Es ist nicht sinnvoll, passiv den Wünschen der Patientin bei der Reihenfolge der Problembearbeitung zu folgen. Dies kann dazu führen, dass immer die Krise der Woche behandelt oder die Problembearbeitung an einem emotionalen Brennpunkt begonnen wird, ohne dass hierfür ausreichende grundsätzliche Fertigkeiten vorhanden sind oder vermittelt werden. Der Therapeut übernimmt vielmehr eine aktive Rolle in der Beratung der Patientin über den Aufbau des Therapieprozesses.

Hierarchie der Therapieziele in der Einzeltherapie

Komplexe psychische Störungen wie die BPS erfordern eine Hierarchisierung von Therapiezielen in der Einzeltherapie, um die Patientin dabei anzuleiten, die für die Heilung erforderlichen Schritte in einer strategisch sinnvollen Reihenfolge zu absolvieren. Die Therapieziele können weder pauschal aus der Diagnose abgeleitet werden, noch führen individuelle Schwerpunktsetzungen durch die Patientin ("Ich möchte erst meine Depression und meine Flashbacks loswerden, an mei-

ner Essstörung möchte ich noch nichts ändern") automatisch zu einer strategisch günstigen Reihenfolge der Zielbearbeitung. Bewährt hat es sich, zunächst den Schwerpunkt auf Umstände zu richten, die das Leben der Patientin gefährden und geeignet sind, die Therapie der Patientin zu verhindern oder rasch scheitern zu lassen, dann Faktoren zu behandeln, welche die Therapie verlangsamen können. An dritter Stelle steht die Vermittlung von Fertigkeiten, dann folgt die ausführliche Behandlung von Komorbiditäten und die Unterstützung der Patientin bei individuellen Problemlösungen und dem Transfer des Erreichten in den Alltag.

Entscheidung über das Therapiesetting

Die dialektische Verhaltenstherapie ist bei der BPS das einzige Therapieverfahren, für das mehrere kontrollierte Studien vorliegen (Robins und Chapman, 2004). Das Therapieverfahren beinhaltet die Kombination einer Einzeltherapie pro Woche und einer mehrstündigen Gruppentherapie zur Vermittlung der Fertigkeiten-Module. In Deutschland bieten mehrere spezialisierte Abteilungen von Universitätskliniken und Fachkliniken diese Therapieform an. Dialektische Verhaltenstherapie als ambulante Therapie wird dagegen nur an wenigen Stellen angeboten. Für die verhaltenstherapeutische Behandlung von Essstörungen liegt eine breite Evidenzbasierung vor, wobei die Daten sich überwiegend auf Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung beziehen (Hay und Bacaltchuk, 2002)

Für eine stationäre Therapie spricht eine hohe Ausprägung der Symptombelastung, hohe Komorbidität und Bedingungen in der Umgebung der Patientin, die eine ambulante Therapie ungünstig beeinflussen. Patientinnen mit niedriger Krankheitsschwere, die sozial und beruflich relativ gut integriert sind, können auch sehr gut ambulant behandelt werden. Ungünstig für den Verlauf sind hochfrequente Aufnahmen auf psychiatrischen Notfallstationen oder geschlossenen Einrichtungen. Hier sollte die Entscheidung für eine stationäre Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung getroffen werden.

Inhalte des therapeutischen Vorgehens

Informationsvermittlung

Die Patientin sollte zu Beginn der Behandlung ein möglichst großes Wissen über die BPS und die Essstörungen erwerben, über Modellvorstellungen zu Mechanismen der Aufrechterhaltung der BPS und der Essstörung, die bei der Patientin vorliegenden weiteren komorbiden Erkrankungen, die Behandlungsmöglichkeiten und die der Behandlung zugrunde liegenden Prinzipien. Hierzu ist es hilfreich, der Patientin alle diagnostischen Kriterien der BPS, der Essstörung und der vorhandenen weiteren komorbiden Störungen zu erläutern und mit ihr zu diskutieren, welche Kriterien auf sie zutreffen. Weiterhin braucht die Patientin eine unvoreingenommene Beratung über die Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung, Informationen über den Zeitaufwand der Behandlung, die Behandlungsaussichten und die wesentlichen Prinzipien wie

Selbstverpflichtung (*commitment*), Nutzung von Lerngesetzmäßigkeiten, aktiver Erwerb von Fähigkeiten. Die Informationsvermittlung kann besonders ökonomisch in einer Gruppentherapie angeboten werden. Unterstützend sind Informationsmaterialien und Bücher hilfreich.

Commitment-Strategien

Verhaltensweisen, die durch negative Verstärkung stabilisiert werden, sind besonders schwer zu verändern. Sie sind relativ resistent gegen Stimuluskontrolle oder das Hinzufügen von aversiven Konsequenzen. Halbherzige Veränderungsversuche („Ich versuch’s mal anders“) werden typischerweise schnell abgebrochen, da durch den Wegfall der negativen Verstärkung jede Veränderung kurzfristig mit einer Zunahme der Symptombelastung verbunden ist. Die Patientin befindet sich in einer Kontingenzfalle (*contingency trap*). Veränderung ist nur möglich, wenn die Belastung, die durch den Veränderungsprozess entsteht, von der Patientin antizipiert und akzeptiert wird. Es ist nicht nur der Wunsch nach Veränderung erforderlich, sondern auch ein funktionales Modell der Veränderung. Außerordentlich hilfreich hierbei sind Selbstverpflichtungen und Entschlusstechniken. Selbstverpflichtungen können sich auf regelmäßige Teilnahme an der Therapie, Gewichtssteigerung, Non-Suizid-Entschluss und weitere Verhaltensweisen beziehen.

Stimuluskontrolle

Insbesondere in der Initialphase der Therapie hat Stimuluskontrolle eine wichtige Rolle. Das Vermeiden von Stimuli und Personen, die gestörtes Essverhalten auslösen, an traumatische Situationen erinnern oder die erhebliche Versuchungssituationen darstellen, ermöglicht ein ruhiges, geordnetes Arbeiten in der Therapie. Hierzu gehört auch die Meidung von Personen, mit denen schwerwiegende Konflikte bestehen, die Meidung von Orten, die mit Substanzkonsum verbunden sind, der Verzicht auf Filme und Literatur mit gewalttätigem Inhalt und der Verzicht darauf, Utensilien zur Selbstverletzung oder Selbstintoxikation vorrätig zu halten sowie Vorräte für Essanfälle im Zimmer zu lagern. Der Therapeut befragt die Patientin am Beginn der Therapie systematisch nach dem Vorhandensein der aufgezählten problematischen Stimuli und trifft mit der Patientin Vereinbarungen zur Vermeidung oder Beseitigung. Ein weiterer wichtiger Beitrag zur Stimuluskontrolle sind Stationsregeln, die Kommunikation über selbstschädigende, suizidale Verhaltensweisen, Gedanken oder über traumatische Erlebnisse außerhalb der Therapiezeiten blockieren und einen demonstrativen Umgang mit Selbstverletzungen verhindern (z.B. mit langärmeliger Kleidung frische Selbstverletzungswunden bedecken).

Selbstmanagement

Der Selbstmanagement-Ansatz beinhaltet, dass die Patientin sich zu einer Expertin in eigener Sache entwickelt, Wissen über die Erkrankung erwirbt, sich selbst beobachtet, eigene Verhaltensmechanismen analysiert und vorhandene Möglichkeiten von Selbststeuerung nutzt. Um die Möglichkeiten des Selbstmanagements auszuschöpfen, werden Informationsvermittlung (siehe oben), die Vermittlung von Tagebuchtechniken und die Technik der Situationsanalyse eingesetzt.

Tagebuchtechniken

Engmaschige schriftliche Aufzeichnungen über Symptome und Verhaltensweisen, die zur Bewältigung einer Störung eingesetzt werden, unterstützen Prozesse der Selbstregulation und der Selbstkontrolle. Aufzeichnungen, die ein- bis dreimal täglich erfolgen, sind erheblich genauer als ein einmaliger Wochenrückblick in der Therapiestunde. Dies gilt besonders für Patientinnen, die eine erhebliche dissoziative Symptomatik aufweisen. Wichtig ist es, die Patientin zunächst langsam in die Tagebuchtechnik zu sozialisieren. Beispielsweise kann damit begonnen werden, die Intensität der inneren Anspannung, die Häufigkeit einer wichtigen impulsiven Verhaltensweise und das Essverhalten zu protokollieren. Später können komplexere Aufzeichnungen eingeführt werden. Mögliche Punkte sind weitere impulsive und potenziell selbstschädigende Verhaltensweisen, Schlaf, körperliche Betätigung, Medikamenteneinnahme, Substanzgebrauch, Anwendung von Fertigkeiten der Stresstoleranz. Um die Geschwindigkeit, Einfachheit und Machbarkeit der Aufzeichnungen zu erhöhen, ist ein einfaches Kodierungssystem zu wählen, z.B. Abstufungen von 1 (sehr gut bzw. sehr geringe Intensität) bis 10 (sehr schlecht bzw. sehr hohe Intensität). Wichtig ist es, zwischen Therapeut und Patientin eine Vereinbarung über die Auswertung der Tagebücher zu treffen. Anfangs ist es sinnvoll, die Auswertung gemeinsam vorzunehmen. Die Art der Aufzeichnungen soll so angepasst werden, dass ein plastischer Eindruck des Verlaufs von Symptomen und Verhalten für die Patientin und die Therapeutin entsteht. Bewertungen („Oh, ich sehe, die Woche war schlecht“) sollten zurückgestellt werden. Wichtig ist es, die Aufmerksamkeit der Patientin auf die Variabilität der Symptomatik und den Kontext dieser Variabilität zu richten („Am Anfang der Woche war die Anspannung jeweils morgens niedrig und abends sehr hoch. Am Wochenende war die Anspannung den ganzen Tag hoch. Können Sie mir etwas zu den Umständen sagen?“). Gut geführte Tagebücher haben für den Therapeuten den Vorteil einer schnellen Information über aktuelle Intensivierung von Problemverhalten. Zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie können bestimmte Intervalle vereinbart werden, die gemeinsam ausgewertet werden, oder die Auswertung kann in die Verantwortung der Patientin übergehen. Unausgewertete Tagebücher demotivieren die Patientin. Eine ausführliche Darstellung des Einsatzes von Tagebuchtechniken findet sich in (Schweiger et al., 2003; Sipos und Schweiger, 2003).

Ein häufiges Problem ist, dass Tagebucheintragungen zunächst einfach „vergessen“ werden. Hier ist nachzuforschen, ob blockierende Einstellungen vorliegen, die die Aufzeichnungen als „zu banal“ oder „sowieso nicht hilfreich“ abwerten. Manchmal schämen sich Patientinnen, ihr Verhalten oder ihre mangelhaften Kenntnisse in Rechtschreibung offen zu legen. Sind dissoziative Zustände ein wesentlicher Faktor, so empfiehlt es sich, in der Stunde das Ausfüllen des Tagebuchs (für den letzten Tag) zu üben, das Ausfüllen des Tagebuchs an andere tägliche Routinehandlungen zu koppeln und in der Stunde Imaginationsübungen durchzuführen, in denen das Ausfüllen des Tagebuchs vorgenommen wird.

Kognitive Techniken

Eine Grundlage des Selbstmanagements ist die Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln. Es ist sinnvoll, mit der Patientin zu erarbeiten, wie insbesondere in Situationen mit zwiespältiger Bedeutung die subjektive Bewertung der Situation einen wesentlichen Einfluss auf die erlebten Emotionen hat. Weiterhin werden Kriterien vermittelt, mit denen Bewertungen überprüft werden können. Die Simplifizierungen des so genannten positiven Denkens sind zu vermeiden. Sätze wie „Wenn Sie das so sehen, fühlen Sie sich sofort besser“ werden von den Patientinnen als invalidierend erlebt. Besser ist es, eher die Schwierigkeit des Umdenkens und die Notwendigkeit, wirklich überzeugt zu sein, zu betonen und zu vermitteln, dass automatische Gedanken überlernte Vorgänge sind, die auch dann bestehen bleiben können, wenn wir längst nicht mehr von ihnen überzeugt sind. Patientinnen haben häufig Mythen über kognitive Vorgänge: „Grübeln hilft, irgendwann doch eine Lösung zu finden“, „Selbstbeschimpfungen helfen mir, einen Rest von Disziplin zu bewahren“, „Wenn ich ein Gefühl oder eine Intuition habe, dann muss etwas dran sein“. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, Selbsthilfewissen zur Überprüfung von Annahmen zu vermitteln. Es ist nicht erforderlich, alle nicht hilfreichen Annahmen zu korrigieren.

Verhaltensanalysen, Situationsanalysen

Das subjektive Modell zum Verständnis des eigenen Verhaltens ist bei den Patientinnen häufig ein S-R-Modell. Das heißt, die eigenen Reaktionen werden überwiegend als respondent auf in der Umgebung vorhandene Stimuli konzeptionalisiert. Die systematischen Situationsanalysen helfen dieses reduzierte Modell zu erweitern und die Aufmerksamkeit insbesondere auf die Konsequenzen und Ergebnisse des eigenen Handelns sowie auf die Rolle von Bewertungen und Selbstinstruktionen zu lenken. Verhaltensanalysen können mit Hilfe verschiedener Schemata angefertigt werden. Beliebte ist das von Kanfer und Reinecker vorgeschlagene SORK-Modell (Kanfer et al., 1996).

Achtsamkeits-Skills

Achtsamkeit ist ein Zustand intentional gerichteter Aufmerksamkeit. Sie ist auf einen Punkt gerichtet und gleichzeitig offen. Achtsamkeit beinhaltet eine unparteiliche, nicht von Konzepten getragene Aufmerksamkeit, die darauf gerichtet ist, was sich hier und jetzt tatsächlich ereignet. Im Zustand der Achtsamkeit ist der „innere Beobachter“ aktiviert. Der „innere Beobachter“, eine metakognitive Ebene, ermöglicht eine Distanz zu eigenen Gedanken und Gefühlen. Diese können so als innere Ereignisse beobachtet werden. Die Fusion zwischen Gedanken und Ereignissen wird dadurch aufgehoben. Es ergibt sich ein „dezentrierter“ (aber nicht dissoziierter) Blick auf die eigene Situation. Dabei erfolgt eine Annäherung an eigenes Erleben und Denken und keine Vermeidung. Diese Veränderung der Beziehung der Patientin zu ihren Gedanken und Gefühlen ist ein wichtiger Schritt in der Therapie. Achtsamkeitsfertigkeiten können eingeteilt werden in Was-Fertigkeiten (Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen) und Wie-Fertigkeiten (nicht-bewertend, konzentriert, wirkungsvoll).

Stresstoleranz-Skills

Stresstoleranz ist vorrangig in Situationen erforderlich, in denen es weder möglich ist, die konkrete Situation zu verändern noch zu wesentlich anderen Bewertungen und Emotionen über eine bestimmte Situation zu kommen. Es geht um die Fähigkeit, das Leben so anzunehmen, wie es im Moment eben ist, Krisen auszuhalten und zu überleben.

Um die Fähigkeit zur Krisenbewältigung zu fördern, wird den Patientinnen ein Spektrum von Fertigkeiten (Skills) vermittelt, die dazu dienen, in Krisensituationen innere Spannung zu reduzieren.

Emotionsmanagement

Das Modul Emotionsmanagement ist ein psychoedukatives Behandlungselement, das Wissen über Emotionen und Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen vermittelt. Es hat eine zentrale Bedeutung innerhalb der dialektischen Verhaltenstherapie und ist auch als Einzelkomponente effektiv. Die Anwendung der dialektischen Verhaltenstherapie bei Essstörungen setzte bisher hauptsächlich einen Schwerpunkt im Emotionsmanagement (Wiser und Telch, 1999; Palmer et al., 2003).

Patientinnen mit BPS haben ein intensives, labiles Gefühlsleben. Häufig stehen Bewertungen von Gefühlen oder sekundäre Gefühle im Vordergrund: „Es geht mir schlecht“, „Ich schäme mich, so viel Angst zu haben“. Die Patientinnen versuchen, den mit den primären Emotionen verbundenen Schmerz zu vermeiden. Eine Vielzahl dysfunktionaler Verhaltensweisen ist darauf ausgerichtet, belastende Emotionen auszuhalten zu können. Deshalb hat das Emotionsmanagement eine Schlüsselrolle in der Behandlung.

Die Vermittlung von Emotionsmanagement kann zunächst auf erheblichen Widerstand treffen. Die Patientinnen haben häufig die Erfahrung gemacht, dass ihre Gefühle in der Familie (mit guter Absicht oder auch nicht) invalidiert wurden: „Du empfindest das falsch, du solltest keine Wut auf deinen Vater haben, er hat es stets gut gemeint, du solltest Dankbarkeit empfinden!“ Auch Therapeuten und Freunde tun Ähnliches: „Du solltest anerkennen, was du alles im Beruf erreicht hast, dann bist du stolz und nicht depressiv.“ Patientinnen mit BPS ziehen daraus den Schluss: „Ich bin sogar zu blöd, das Richtige zu fühlen.“ Oder widersetzen sich dem Versuch, ihre Gefühle zu beeinflussen. Innere Achtsamkeit mit einer nicht bewertenden Beobachtung und Beschreibung der eigenen emotionalen Abläufe hat zunächst den Charakter einer Exposition und bedarf einer entsprechenden psychoedukativen Vorbereitung.

Training sozialer Kompetenz

Patientinnen mit BPS wirken häufig mutig, „gerissen“ oder frech in sozialen Situationen (Pseudokompetenz). Die Beobachtung der Patientinnen in naturalistischen Situationen oder Rollenspielen weist aber häufig auf eine erhebliche Einschränkung der sozialen Kompetenz hin. Von Bedeutung ist hier auch die häufige Komorbidität mit sozialer Phobie und/oder selbst-

unsicherer Persönlichkeitsstörung. Ein systematisches Training sozialer Kompetenzen ist eine Standardintervention im Rahmen der dialektischen Verhaltenstherapie.

Essgruppe – Kochgruppe

Patientinnen mit BPS und Essstörungen benötigen eine spezifische Informationsvermittlung zu den Folgen und aufrechterhaltenden Faktoren von gestörtem Essverhalten. Und sie benötigen Fertigkeiten in der Planung und Zubereitung von Mahlzeiten. Diese therapeutischen Interventionen erfolgen am besten in Form von Gruppentherapien. Essgruppen und Kochgruppen sind regelmäßige Bestandteile störungsspezifischer stationärer Therapie für Patientinnen mit Essstörungen.

Literatur

Braun DL, Sunday SR, Halmi KA (1994): Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 24:859-867

Fichter MM, Quadflieg N (1997): Six-year course of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 22:361-384

Fichter MM, Quadflieg N (1999): Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 26:359-385

Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E (2001): Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 178:48-54

Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R (2002): Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Br Med J* 325:1207-1211

Hay PJ, Bacaltchuk J (2002): Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane review). *Cochrane Library*, Issue 1

Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I. et al. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 153:667-673

Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597-611

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996): Selbstmanagementtherapie. 2nd ed. Berlin: Springer

Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HI (1950): The biology of human starvation. 1st ed. Minneapolis: University of Minnesota Press

Laessle RG, Platte P, Schweiger U, Pirke KM (1996): Biological and psychological correlates of intermittent dieting behavior in young women. A model for bulimia nervosa. *Physiol Behav* 60:1-5

Marino MF, Zanarini MC (2001): Relationship between EDNOS and its subtypes and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord* 29:349-353

Palmer RL, Birchall H, Damani S, Gatward N, McGrain L, Parker L (2003): A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder - description and outcome. *Int J Eat Disord* 33:281-286

Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO (2002): Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 159:408-411

Public Health Division, V. G. D. o. H. S. (1999): Victorian burden of disease study: morbidity. Melbourne: State of Victoria

Robins CJ, Chapman AL (2004): Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *J Pers Disord* 18:73-89

Schweiger U, Peters A, Sipos V (2003): Essstörungen. Stuttgart: Thieme

Sipos V, Schweiger U (2003): Psychologische Therapie von Essstörungen. Lengerich: Pabst-Verlag

Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, Grilo DM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM (2002): Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 159:276-283

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001): The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58:590-596

Widiger TA, Weissman MM (1991): Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 42:1015-1021

Wiser S, Telch CF (1999): Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *J Clin Psychol* 55:755-768

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR (2003): The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 160:274-283

Dr. phil. Dipl.-Psych. Valerija Sipos

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

E-Mail: Sipos.v@psychiatry.uni-luebeck.de

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

E-Mail: Schweiger.u@psychiatry.uni-luebeck.de