

Stationäre Therapie von Borderline-Patienten

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung, stationäre Psychotherapie, psychodynamisches Konzept, Spezialisierung, Fokussierung, Ethik, Gesundheitsökonomie

Zusammenfassung

Qualifizierte Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist Langzeitpsychotherapie. Sie arbeitet in und an der Beziehung mit dem Ziel intrapsychischer (struktureller) und entsprechender interpersoneller Veränderungen. Stationäre Psychotherapie kann dies entweder in einem Langzeitsetting erreichen, das besonders für die Patienten geeignet ist, die nicht oder noch nicht stabil genug für ambulante Therapie sind. Oder sie leistet ihren Beitrag zu solchen Veränderungen als Kurz- und Akutpsychotherapie im Verbund mit anderen tagesklinischen und ambulanten Langzeitangeboten für Kriseninterventionen bei etwas stabileren Patienten. Beide Vorgehensweisen werden am Beispiel zweier psychodynamisch orientierter Einrichtungen vorgestellt. Entsprechende qualifizierte Angebote werden zukünftig im gesellschaftlich-gesundheitsökonomischen Kontext eine besondere Bedeutung für die zukunftsorientierte Krankenhausbedarfsplanung spielen.

Keywords

Borderline personality disorder, in-patient treatment, psychodynamic concept, specialising, focussing, ethics, economics

Summary

Qualified treatment of borderline personality disorder is long-term psychotherapy. Usually conceptualised as relational work it goals at intrapsychic and interpersonal changes. In-patient treatment can achieve this either by means of a long-term setting specialised on those patients who are not or not yet stable enough for outpatient psychotherapy. Or in-patient treatment has its role as short-term psychotherapy integrated into a community network in conjunction with qualified and long-term psychotherapeutic services, especially for crisis intervention of some healthier patients. Two psychodynamic orientated psychiatric institutions are introduced in order to exemplify these concepts. Qualified services like these are going to play an important role within public health system and its fitness for prospective ethical and economical tasks.

In-patient treatment of borderline personality disorder

Persönlichkeitsstörungen 2002; 1: 4–16

Die Behandlung der Gruppe der Borderline-Patienten ist *lege artis* eine psychotherapeutische (Kernberg et al. 2000; Leitlinien 1998), wobei sich unterschiedliche Borderline-Therapieverfahren in wesentlichen Bereichen sehr ähneln (Makowski u. Pachnicke 2000): Aus unserer Sicht stellt die Gestaltung der therapeutischen Beziehung den entscheidenden Faktor für das Gelingen der Therapie dar. Dazu haben wir es mit einer Patientengruppe zu tun, die vor der Einführung spezifischer Psychotherapiemethoden bei

vielen Psychiatern als unbehandelbar galt. Auch der Sozialpsychiater Finzen (1985, S. 48 f.) drängte bereits vor Jahren auf eine Spezialisierung: »Die Differenzierung der Behandlungsfelder ermöglicht es, die begrenzten therapeutischen Mittel leichter an die Kranken heranzutragen und führt so unmittelbar zu besseren therapeutischen Erfolgen«, und es »ist richtig, die Differenzierung bis zu einem gewissen Grade voranzutreiben.«

Heutzutage sind Borderline-Störungen erfolgreich zu behandeln (zu Therapiestudien s. Dammann et al. 2000) und gelten auch nicht mehr als »verkappte«, »latente« Psychosen (zur Differenzialdiagnose s. Dulz 2000; Mentzos 2000). Borderline-Störungen sind eindeutig zu diagnostizieren

Thomas Bolm, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg

(Überblick bei Kernberg et al. 2000) und kommen etwa doppelt so häufig vor wie die Erkrankungen aus der Gruppe der schizophrenen Psychosen (Dulz u. Schneider 1995, 1996). Die Daten einer eigenen Untersuchung (Dulz et al. 1998) belegen, dass in 30% aller deutschen psychiatrischen Kliniken mindestens 15% der Patienten eine diagnostizierte Borderline-Störung haben (für die USA gehen Widinger und Weissman [1991] ebenfalls von einem 15%-Borderline-Anteil in den psychiatrischen Kliniken aus) und in jeder Zehnten dieser Kliniken jetzt schon mehr als 25% der Patienten an einer Borderline-Störung leiden. Stone (2000) prognostiziert nach einer Analyse der vorhandenen epidemiologischen Daten, dass Borderline-Störungen im Begriff sind, sich zu einem Massenphänomen zu entwickeln. Prägte im vergangenen Jahrhundert die Schizophrenie fast alle psychiatrischen Kliniken konzeptionell und auch atmosphärisch, so werden dies im kommenden Jahrhundert die Persönlichkeitsstörungen – und hierunter besonders die Borderline-Störungen – sein.

Heutzutage sind die therapeutischen Konzepte deutschsprachiger psychiatrischer Kliniken immer noch fast ausschließlich auf die Behandlung psychotischer Störungen bezogen und somit nicht auf künftige Entwicklungen hinsichtlich der therapeutischen Versorgung der Bevölkerung vorbereitet.

Indikationen für eine stationäre Borderline-Therapie

Bei Borderline-Patienten lassen sich je nach Ausprägung der Ich-strukturellen Mängel und der daraus folgenden Symptomatik **fünf Gruppen** mit jeweils speziellen **Behandlungserfordernissen** unterscheiden:

- ambulant psychotherapierbare Patienten mit hierfür ausreichender Stabilität und Beziehungsfähigkeit sowie über längere Zeit andauerndem geringem Impulskontrollverlust: bei Bedarf eine stationäre Krisenintervention auf einer offenen oder geschlossenen Station (s. weiter unten den Abschnitt über die stationäre Kurzzeitpsychotherapie);
 - beziehungsgestörtere und Impulsdurchbruch-gefährdetere Patienten als in der ersten Gruppe, die aber von einer strukturell verändernden aufdeckenden Psychotherapie profitieren: Behandlung auf einer geschlossenen oder offenen Station mit Übergang zur ambulanten Therapie, idealerweise über eine spezialisierte Tagesklinik (s. den folgenden Abschnitt, vgl. auch den Beitrag von Küchenhoff in diesem Heft);
 - besonders Ich-schwache Patienten mit wenig Reflexionsfähigkeit: primär stützende und strukturierende Therapie im stationären Rahmen;
 - schwer delinquente Patienten: Behandlung in Einrichtungen mit speziellem Setting;
 - (noch) nicht psychotherapiefähige Patienten (z. B. ohne Motivation bzw. Introspektionsfähigkeit). Sie sollten im stationären Rahmen die Erfahrung machen können, dass Psychotherapie eine auch für sie denkbare Behandlung darstellt.
- Auf der deskriptiven Ebene erachten wir als wichtige **Indikatoren** für die **Notwendigkeit** einer **stationären Therapie**:
- ausgesprochen geringe Angsttoleranz
 - Suizidalität, schwere Autoaggressivität (selbstverletzendes Verhalten)
 - schwere Essstörungen
 - innere Konfusion einschließlich (pseudo)-psychotischer Symptome
 - schwere dissoziative Symptome (einschließlich multiple Persönlichkeit bzw. dissoziative Identitätsstörung)
 - stark eingeschränkte Impulskontrolle (z. B. auch Drogenkonsum)
 - stark selbstschädigend-chaotische Beziehungsmuster oder Verlust der sozialen Integration (gerade Borderline-Beziehungsmuster lassen sich besser stationär als ambulant erkennen und bearbeiten)
 - schweres antisoziales Verhalten einschließlich Delinquenz (bei schwerer Delinquenz bedürfte es allerdings eines strukturierteren Settings in kontrollierbarerem Rahmen)

Eine **stationär-aufdeckende Psychotherapie** mit dem Ziel einer Ich-strukturellen Veränderung ist aus unserer Sicht und klinischen Erfahrung **indiziert**, wenn der Patient folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Er besitzt eine Motivation zum Eingehen einer therapeutischen Beziehung – bei anfangs oft ungenügender Fähigkeit hierzu – oder diese ist jedenfalls absehbar.
- Er weist ein gewisses Maß an Reflektionsvermögen sowie Introspektionsbereitschaft und -fähigkeit auf.
- Er ist zu instabil für eine ambulante Psychotherapie, aber genügend Ich-strukturiert für eine intensive Behandlung (einschließlich Bearbeitung der Realtraumata).
- Er zeigt im Rahmen der Traumabearbeitung bei ambulanter Therapie ein Exazerbieren von Symptomen (Dulz u. Schreyer 1997), wobei dieser Teil der Psychotherapie von schwerer gestörten Borderline-Patienten zumeist ohnehin unter stationären Bedingungen begonnen wird, insbesondere wegen der Notwendigkeit einer haltenden Umgebung, etwa zur Vermeidung eines Suizides.

Wenn die vorstehenden Voraussetzungen für eine solche Arbeit nicht gegeben sind, bedarf es einer stabilisierenden, strukturierten und milieuorientierten Arbeit ohne aufdeckende Bearbeitung eines Realtraumas, wodurch eine unbeherrschbare Exazerbation vermieden werden kann (Reddemann u. Sachse 1997). Notwendig sind also innerhalb eines übergeordneten Borderline-Settings unterschiedliche Sub-Settings. Zwei von ihnen, wie sie im Klinikum Nord Hamburg beziehungsweise im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf praktiziert und weiterentwickelt werden, sollen im Folgenden skizziert werden.

Stationäre Borderline-Therapie mit dem Ziel der besseren Ich-Strukturierung (Klinikum Nord Hamburg)

Als wesentliche **Bedingungen** für eine erfolgreiche stationäre Psychotherapie von Patienten mit einer

Borderline-Persönlichkeitsstörung haben sich herausgestellt:

- Formulieren der für jeden einzelnen Patienten individuellen Therapieziele als »Konzeptbestandteil«;
- hohe personelle Konstanz im Team, möglichst auch bei Verlegung innerhalb der Klinik, da Therapeutenwechsel aufgrund der mangelhaft ausgeprägten Fähigkeit der Patienten zur Objektkonstanz die typischen Ängste und Abwehrmechanismen beleben und die Störung »nähren«;
- Reduktion der Spaltung des Teams, unter anderem durch tägliche patientenbezogene Besprechungen;
- spezielle Fachkenntnisse bei allen Mitarbeitern, ohne die sich eine Spaltung des Teams nicht bearbeiten lässt und die durch ständige fallbezogene und theoretische Fortbildung gefestigt und erweitert werden müssen;
- neben systematischer Einzel- und Gruppentherapie auch die Möglichkeit von körpertherapeutischer Einzel- und Gruppenarbeit, da bei missbrauchten/misshandelten Borderline-Patienten regelmäßig schwere und schwerste Störungen des Körperschemas vorhanden sind (Dulz u. Schneider 1995, 1996).

Im Folgenden werden die für die Borderline-Therapie **wichtigen therapeutischen Prinzipien** aufgeführt, die sich umfassend bei Dulz et al. (2000) finden und auf der Pionierarbeit von Rohde-Dachser (1979, 1995) basieren. Sie unterscheiden sich zum Teil kontradiktorisch von den Behandlungsbedingungen, die schizophrene Patienten brauchen.

Erste Kategorie: allgemeines Setting

- Als oberstes Prinzip jeder Borderline-Therapie wird ein variables Setting angesehen, das den jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen des Patienten angepasst werden muss. – Bei der Behandlung Schizophrener ist hingegen ein stabiles, »alles überdauerndes«, also »unzer-

störbares« Setting angemessen, da selbst Veränderungen des Mobiliars bei diesen Patienten zu Irritationen führen können.

- Das Agieren des Patienten findet durch deutliche und eindeutige therapeutische Grenzsetzungen einen Weg ins therapeutische Gespräch. – Psychosebedingtes Agieren, etwa aufgrund imperativer Stimmen, kann auf diese Weise nicht bearbeitet werden, andere Bearbeitungswege sind nötig.
- Der Patient soll umfassend über die Art seiner Erkrankung und das gewählte Therapiesetting aufgeklärt sowie auf wesentliche psychodynamische Zusammenhänge aufmerksam gemacht werden. – Auch Letzteres lässt sich bei akutpsychotischen Patienten in der Regel nicht umsetzen, hier müssen andere Wege des therapeutischen Dialogs gefunden werden.
- Den (ohnehin oft wechselnden) Symptomen ist weniger Aufmerksamkeit zu schenken als der Ich-Struktur und dem aus ihr resultierenden Verhalten, insbesondere bezüglich der Gestaltung aller Beziehungen. – In diesem Zusammenhang sind Psychotiker deutlich weniger in der Lage, Spannungen zu tolerieren, und ziehen sich zum Beispiel in eine Wahnwelt oder Minussymptomatik zurück.

Zweite Kategorie: psychotherapeutisches Setting

- Die am wenigsten konflikthaften Persönlichkeitsbereiche des Patienten werden eruiert, und auf diese erstreckt sich die therapeutische Arbeit in der ersten Therapiephase, um der Selbstentwertung entgegenzuwirken. Erst nach Ausbildung einer tragfähigen Beziehung und bereits fortgeschrittener Ich-Strukturierung werden die stärker mit Angst verbundenen Konfliktbereiche untersucht und bearbeitet. Dies betrifft insbesondere die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Eltern, aber auch einen sexuellen Missbrauch und eine körperliche Misshandlung. – Konflikte von Psychotikern lassen sich hingegen oft

erst nach einer Entaktualisierung aufzeigen und mit ihnen klären; zuvor wäre ein konfliktzentriertes Arbeiten unter Umständen psychoseanschubend. Bei psychotischen Patienten ist, selbst wenn sie realtraumatisiert sein sollten, traumazentrierte Therapie grundsätzlich kontraindiziert, da imaginative Techniken Psychosen triggern können.

- Zur freien Assoziation wird nicht aufgefordert. Vielmehr werden die Mitteilungen und Assoziationen des Patienten in Richtung eines verbesserten Realitätsbezuges gesteuert. Statt der freien Assoziation, die bei Neurotikern in einer klassischen Analyse zu bearbeiten sind, steht das oft von verzerrten Wahrnehmungen bestimmte Verhalten des Patienten bezüglich Mitpatienten und Teammitgliedern im Zentrum der Therapie. Gegebenenfalls muss der Patient mit verleugneten Inhalten und Gefahren nachdrücklich konfrontiert werden.
- Abgespaltene und inner- wie außerhalb der Therapie inszenierte negative Übertragungen müssen aufgespiürt und thematisiert werden, wobei diese in der ersten Therapiephase oft toleriert, das heißt, auch nicht thematisiert werden, um dem Patienten bei abruptem Verlust der »bewährten« Abwehrstrategie und vor Ausbildung von Kompensationsmöglichkeiten das dann zwangsläufig erfolgende Anfluten der Angst zu ersparen.
- Die Bilder der frühen Bezugspersonen müssen entzerrt werden mit dem Ziel, dass diese dem Patienten nunmehr als Menschen mit Vorzügen und Schwächen erscheinen (Entdämonisierung und Entidealisierung).
- Dem Patienten muss immer wieder der Glaube daran bestätigt werden, dass er liebesfähig ist. Die Verzerrungen, in denen sich seine Liebesbedürfnisse manifestieren, müssen gedeutet werden, und es müssen befriedigendere Möglichkeiten für die Verwirklichung dieser Bedürfnisse erarbeitet werden.

- Gegenübertragungsgefühle sollten dem Patienten in angemessener und therapieförderlicher Weise mitgeteilt, verzerrte Wahrnehmungen der Person des Therapeuten korrigiert werden (Heigl-Evers u. Ott 1994). Der Therapeut sollte sich, so Singer (1994, S. 834), als »reale Person« präsentieren. Zwischen seinem Verhalten dem Patienten gegenüber sowie seinem Denken und Fühlen muss Kongruenz bestehen.
- Die unbewusste Identifikationsphantasie, nach der ein Patient letztlich viele seiner Beziehungen gestaltet, muss immer wieder herausgearbeitet werden mit dem Ziel, die Fremdbestimmung schrittweise durch eine sichere eigene Identität zu ersetzen; gelingt das, verlieren Abwehrmechanismen wie projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung und Omnipotenzgefühl zunehmend an Bedeutung.
- Bei der Bearbeitung realtraumatischer Erlebnisse ist ein Investigieren zu vermeiden. Stattdessen sollte stets das, was der Patient berichtet, ernst genommen werden. Das wesentliche Kriterium sind die subjektiven Erinnerungen des Patienten und die damit verbundenen Gefühle. Auch abstrus erscheinende Berichte über Traumatisierungen sollten nicht zu Widerlegungsversuchen und Argumentationen auf dem Boden eigener Anschauungen Anlass geben, repräsentieren sie doch auf der Symbol-ebene das frühere Erleben. – Das Bearbeiten von Realtraumata ist bei psychotischen Patienten wegen des hohen Risikos einer Exazerbation oft kontraindiziert.

Zwischen dem Setting der Borderline-Therapie und der Schizophreniebehandlung bestehen also sowohl auf der allgemeinen wie der spezifisch psychotherapeutischen Ebene erhebliche Diskrepanzen, ja: Oft ist bei der einen Patientengruppe ein Vorgehen angezeigt, das bei der anderen sogar kontraindiziert ist.

Wollte man beide **Patientengruppierungen auf derselben Station** behandeln, müssten die Voraussetzungen für die Umsetzung beider Kon-

zepte geschaffen werden. Die dazu erforderlichen personellen Ressourcen sind auf psychiatrischen Stationen schlicht nicht vorhanden. Daneben würde das Personal aufgrund der konträren Konzeptionen erheblich gefordert, besser: überfordert, müsste es doch in der einen Minute so, in der anderen entgegengesetzt vorgehen. Zudem tauschen sich Patienten einer Station gewöhnlich intensiv darüber aus, was in den psychotherapeutischen Sitzungen beziehungsweise in Einzelgesprächen passiert ist; somit müsste ständig das jeweils unterschiedliche Vorgehen bei Psychotikern beziehungsweise Borderline-Patienten erläutert werden, und dennoch würden sich zwei Patientengruppen herausbilden, die miteinander bezüglich Art und Umfang der therapeutischen Zuwendung in Konkurrenz träten – auch durch Symptomverstärkungen.

Ein besonderer und therapeutisch besonders brisanter Aspekt ist der Umgang mit dem als Opfer von Missbrauch beziehungsweise Misshandlung in die Therapie gekommenen Borderline-Patienten, wenn sich während der Behandlung herausstellt, dass aus dem Opfer bereits ein Täter geworden ist. Die Anforderungen an den Therapeuten gehen dann weit über die üblichen hinaus (s. Dulz et al. 2000) und entsprechen eigentlich denen an einen Spezial-Spezialisten. Und auch der Umgang mit Psychopharmaka – also die Berücksichtigung psychodynamischer Aspekte bei Verordnung und Verabreichung, aber auch der Einschätzung von Wirkung und Nebenwirkung – ist bei Borderline-Patienten deutlich anders als bei schizophrenen Patienten (Dulz 1997; Dulz u. Makowski 1999). Ein für Borderline-Patienten und Schizophrene auf derselben Station gleichzeitiges Durchsetzen der jeweils unterschiedlichen äußeren »Regeln« ist erfahrungsgemäß nicht möglich. Hierzu zwei Beispiele:

Regressionen muss bei Schizophrenen deutlich entgegengewirkt werden. Bei Borderline-Patienten kann es hingegen sehr sinnvoll sein, dass diese sich – etwa in Phasen großer Angst – in eine sichere Umgebung zurückziehen dürfen. Diese kann auch das Bett sein. Manche Patienten sind so sehr ihrem rigiden Über-Ich ausgeliefert, dass es ein großer Fortschritt ist, wenn sie sich eine »Auszeit« gestatten und – anders als in Kindheit und Jugend –

einmal nicht »funktionieren« müssen. Die Erfahrungen auf der Spezialstation für Borderline-Patienten im Hamburger Klinikum Nord bestätigen, dass die »Erlaubnis zur Regression« für Borderline-Patienten meist förderlich ist und die gefürchteten malignen Regressionen in aller Regel ausbleiben.

Drogenkonsum – auch Cannabis – ist bei Schizophrenen wegen der exazerbierenden Wirkung sehr problematisch. Bei Borderline-Patienten, die Cannabis nicht selten als anxiolytisch wirksamer als alle Psychopharmaka empfinden, ist **Drogenkonsum** natürlich auch nicht wünschenswert. Drogenkonsum¹ ist nun aber eines der Borderline-typischen Symptome, und solche kann man bekanntlich nicht einfach verbieten. Wenn ein Borderline-Patient Drogen konsumiert, wird er nicht entlassen (wir kämen ja auch nicht auf die Idee, einen Schizophrenen zu entlassen, weil er wieder paranoid geworden ist), sondern es wird Wert darauf gelegt, vom Patienten zu erfahren, warum es ihm so schlecht gegangen ist, dass er wieder Drogen konsumieren »musste«, das heißt, es wird versucht, die Gründe für sein symptomatisches Verhalten zu verstehen. Dieses Vorgehen hat nichts mit Liberalisierung von Drogenkonsum zu tun, sondern ist ein auf die Störung abgestelltes therapeutisches Vorgehen mit dem Ziel, schließlich eine Drogenabstinenz zu erreichen. Bei Fortschreiten der Stabilisierung hört der Drogenkonsum dann auch meistens völlig auf; selbst fast alle jene Patienten, die mit Methadon-Substituierung kommen, verlassen die Station nach Abschluss der Therapie drogenfrei. Einem gleichzeitig mitbehandelten Schizophrenen dürfte es allerdings kaum einleuchten, dass er Drogen nicht nehmen darf, weil sein Rezidivrisiko damit viel größer ist als das seines Borderline-»Kollegen«.

Zur Verweildauer

Borderline-Patienten werden in deutschen Kliniken durchschnittlich 1/2 Jahr behandelt, wobei bei einer Spezialisierung in der jeweiligen Klinik die Behandlungsdauer – sowohl bei systematischer Therapie wie bei Krisenintervention – kürzer ist als in Kliniken ohne ein Borderline-Spezialangebot (Dulz et al. 1998). Mit anderen Worten: Eine Spezialisierung führt nicht zu einer Verlängerung der Ver-

weildauer, sondern zu deren Verkürzung. Auch international dauern stationäre Therapien von Borderline-Patienten durchschnittlich bis zu einem Jahr (s. hierzu Dulz et al. 2000). Eine kurze Borderline-Psychotherapie gibt es – nach allgemeiner Lehrmeinung und unabhängig von der Schule – nicht, sie ist immer eine langfristige (Leitlinien 1998) oder eben keine. Aus Vorhaltungen etwa nach der Art: »In New York werden Borderline-Patienten im Schnitt neun Tage behandelt!«, lässt sich nur folgern: Dann findet dort also eine Behandlung nicht statt. Eine unter Außerachtlassung wissenschaftlicher Kenntnisse stattfindende **Verkürzung der Verweildauer**² hinsichtlich der Therapie von Borderline-Patienten kann also Folgendes darstellen:

- einen Verstoß gegen geltendes Sozialrecht (Behandlungsanspruch gemäß SGB V);
- einen Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung (Behandlung gemäß dem Stand der Wissenschaft);
- betreffend sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung sowie Vernachlässigung von Kindern: Straftatbestand durch Unterlassen der einzigen echten Prophylaxe (s. weiter unten) und somit Verstoß gegen die Garantenstellung (StGB);
- Straftatbestand im Zusammenhang mit Straftaten von Patienten – von Drogen-delikten über Sachbeschädigung bis zu Tötungsdelikten – durch Unterlassung der möglichen Prävention, also Verstoß gegen die Garantenstellung (StGB).
- Mittelfristig gesehen ist Therapieverkürzung bei Borderline-Störungen Kostentreiber

¹ Dealen und »Anfixen« ist für uns Körperverletzung und führt sofort zur Entlassung.

² In manchen Kliniken werden Borderline-Patienten »fraktioniert« behandelt, also in mehreren Aufenthalten. Teilweise ist dies wohl überlegter Bestandteil des Konzeptes, aber meistens eine Maßnahme zur Vernebelung der wahren Verweildauer des Patienten. Ein solches Vorgehen nützt der Sache nicht, muss es doch nur zu immer neuen Versuchen der Kostenträger führen, eine immer kürzere Verweildauer durchzusetzen. Therapeutisch gesehen birgt jede Unterbrechung der therapeutischen Beziehung die Gefahr ihrer vorzeitigen Beendigung. Zweitoberstes Ziel (das oberste ist die Verhinderung eines Suizides) jeder Behandlung von Borderline-Patienten ist es, die therapeutische Beziehung unbedingt aufrechtzuerhalten. Wie schwer dies ist, belegen die hohen Drop-out-Raten (siehe Dammann et al. 2000).

(unsinnige Ausgaben für kurze »Nicht-Behandlungen« statt suffizienter Therapie). Die Gesamtbehandlungskosten für zumeist immer noch unspezifische, damit aber insuffiziente Borderline-Therapien betragen pro Jahr 6,2 Mrd. DM, fast so viel wie für die (oft suffizienten) Schizophreniebehandlungen (6,99 Mrd. DM [Daten bei Jerschke et al. 1998]);

- einen Verstoß gegen den Versorgungsauftrag der Klinik, denn Versorgung meint ja eigentlich: Behandlungsauftrag im Sinne einer Therapie, dem Stand der Wissenschaft entsprechend, bezüglich der gesamten Bevölkerung des Sektors, also auch der rund 2% Borderline-Persönlichkeiten (zur Prävalenz s. Stone 2000).

Wichtig ist es, zu betonen, dass das Verschwinden einer Symptomatik bei Borderline-Patienten nicht per se als Indikator für das Anschlagen der Therapie und somit für die Entlassungsfähigkeit gesehen werden kann. Das Sanktionieren von selbstverletzendem Verhalten etwa mag auch bei insuffizienter Therapie zunächst zur Aufgabe dieses Verhaltens führen, um dann nach der Entlassung alsbald wieder zu beginnen; eine solche »Bestrafung«, als »Strukturierung« beschönigt, kann aber auch (nach patientenseitiger unbewusster Aufforderung zur Retraumatisierung, jetzt durch das Team) genau zum Gegenteil, also zur Verstärkung eines pathologischen Verhaltens (wie Selbstverletzungen), führen. Gerade bei Borderline-Patienten kann ein **rigide-strafendes Setting** zunächst stabilisierend wirken, weil der Patient nun doch weiß, wer gut und wer böse ist. Das bewirkt Entängstigung durch Kalkulierbarkeit (des Teams) und ermöglicht häufig eine Symptomreduzierung, ohne dass sich aber an der Störung selbst irgendetwas geändert hätte: In einer solchen sanktionierenden oder auch »nur« vernachlässigenden Umgebung, wie sie der Patient zumeist seit der Kindheit nur zu gut kennt, sind dann für kurze Zeit bestimmte Symptome in der »vertrauten« Atmosphäre eben nur nicht mehr »nötig«.

Umgekehrt kann das vorübergehende Auftreten auch gravierender Symptome gerade ein Hin-

weis dafür sein, dass die Therapie anschlägt (Dulz u. Schreyer 1997). Selbst hinsichtlich der Beurteilung eines Verlaufes sind also andere Kriterien anzulegen als bei Psychotikern, bei denen Symptomfreiheit immer ein gutes Zeichen ist. Borderline-Patienten lachen hingegen oft am lautesten, wenn es ihnen am schlechtesten geht.

Interaktionen zwischen Patienten

Im Klinikum Nord wurde die Erfahrung gemacht, dass die Arbeit bei einer Diagnosehomogenität nicht nur effektiver ist, sondern auch einfacher. Wo auf einer allgemeinspsychiatrischen Station das Team regelnd eingreifen muss, regeln die Patienten einer Borderline-Station vieles untereinander. Sie begrenzen das Agieren anderer, helfen einander – und fördern durch intensive Gespräche untereinander die Psychotherapie der Mitpatienten. Eine Patientin nannte es einmal »Zusammenleb-Therapie«: Erst durch das Miteinander der Patienten wird deren Beziehungspathologie oft deutlich und dadurch deren Bearbeitung erst möglich. Die gefürchteten Effekte der Behandlung von ausschließlich Borderline-Patienten auf einer Station werden nicht beobachtet: Es kommt fast keine Bedrohung anderer vor, es entstehen nur ausnahmsweise heftige Wutausbrüche, und nur selten gibt es zerschlagenes Porzellan³. Die Patienten müssen sich nicht »aufblähen«, denn sie können einander wenig vormachen, jedenfalls weniger als Nicht-Borderline-Patienten. Weiterhin spricht für eine **diagnostisch homogene Station**, dass sich Borderline-Patienten von »ihresgleichen« lange nicht so bedroht fühlen wie von anderen Patienten, beispielsweise schizophrenen. Und das genau ist ein zentrales Problem auf diagnosegemischten Stationen. Dort – wie auf jeder psychiatrischen Station – gibt es unter den Patienten stets eine Hierarchie. In dieser müssen

³ Das Zerstören von Gegenständen kann Zeichen eines therapeutischen Fortschrittes sein, wenn autoaggressive Handlungen nun in fremdaggressive umschlagen. Es wäre dann erreicht worden, dass das Inzestopfer nunmehr in der Lage ist, Aggression nicht allein an sich selbst abzulassen, Selbstentwertung wie Suizidalität hätte abgenommen. Wut auf den Täter würde die inzestypische Selbstbeschuldigung ersetzen. Pathologische Affekte (aufgrund der typischen Annahme, am Inzest selbst schuld zu sein) wären durch »gesündere« ersetzt worden (aufgrund der in der Therapie erlangten Erkenntnis, selbst nicht schuld gewesen zu sein).

Borderline-Persönlichkeiten zur Rettung ihres Omnipotenzgefühles ganz oben stehen, vor allem über Personen, die subjektiv eine Bedrohung darstellen. Für diese Positionierung ihrer selbst beschreiten sie – unbewusst intendiert – jeden nur möglichen Weg, beispielsweise den der Entwertung und Traumatisierung.

Für Borderline-Patienten stellt vor allem die Ich-Schwäche Schizophrener eine erhebliche Bedrohung dar. Diese **Ich-Schwäche** ist bei Schizophrenen bekanntermaßen noch größer als bei Borderline-Patienten, die sehr oft Angst davor haben, »verrückt« zu werden, also so »verrückt« wie die schizophrenen Mitpatienten. Wenn ein Borderline-Patient nun einen Schizophrenen – auf welche Weise auch immer – durch Misshandlung oder Missbrauch »vernichtet«, so wird das eigene Verrückte vernichtet. Dies ist ein Grund dafür, warum Borderline-Patienten sich auf allgemeinpsychiatrischen Stationen gegen die dann auch noch zahlenmäßig überlegenen Psychotiker zusammenrotten (müssen) – und nicht immer nur gegen jene Psychotiker, die dem Team als besonders »stark« erscheinen, sondern oft gerade gegen jene mit besonders ausgeprägter Ich-Schwäche. Die Behandlung der Borderline-Patienten auf einer eigenen Station stellt also einen Schutz der Schizophrenen (vor den Borderline-Patienten) dar, ebenso aber einen Schutz der Borderline-Patienten (vor der belastenden Konfrontation mit ihrer Ich-Schwäche und der auf Traumatisierungstendenzen regelhaft erfolgenden Selbstentwertung).

Spezialisierung versus Ortsnähe – oder: von der Chance, eine Chance zu vergeben

Politiker und Psychiatrieplaner gehen immer noch davon aus, dass die bald dreißig Jahre alten Forderungen der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) unverändert Gültigkeit haben. Damit wird der wissenschaftliche Fortschritt in unserer Disziplin gründlich ignoriert: Wir verfügen mittlerweile über eine Vielzahl spezifischer Behandlungstechniken – vergleichbar mit der Entwicklung in der somatischen Medizin, für die immer neue Subspezialisierungen erforderlich und auch offiziell anerkannt wurden. Kein Spezialist für Persönlichkeitsstörungen ist in der Lage, in seinem Spezial-

gebiet alle dazugehörigen Techniken zu beherrschen. In Bezug auf eine adäquate Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ist festzustellen: Ohne **Spezialisierung** ist eine Anwendung der jetzt bereits bekannten Techniken, deren Zahl künftig noch rascher zunehmen wird, unmöglich. Bei Planungen auf politischer Ebene – offiziell basierend auf der (hinsichtlich der Berücksichtigung mittlerweile entwickelter Behandlungstechniken zwangsläufig antiquarischen, aber hinsichtlich übergeordneter Aspekte immer noch vorausschauenden) Psychiatrie-Enquete – wird weiterhin primär davon ausgegangen, dass zur Herstellung einer größeren Ortsnähe sektoriert werden muss. Die Folge sind psychiatrische Abteilungen mit oft deutlich unter 100 Betten. Spezialisierungen innerhalb einer so kleinen Klinik sind nicht oder fast nicht möglich, mit der Folge, dass spezielle Therapiemethoden nicht oder nur unzulänglich durchgeführt werden können; dies steht (siehe Fußnoten 4 und 5) eindeutig im Widerspruch zur Psychiatrie-Enquete. Es hat sich folgendes Dilemma entwickelt: Die Ortsnähe, die für viele Patienten, vor allem psychotisch erkrankte, ein angemessenes Behandlungsprinzip darstellt, führt dazu, dass andere Patienten, vor allem die persönlichkeitsgestörten, nicht adäquat versorgt werden können.

Ein nahe liegender Ausweg aus diesem Dilemma wäre die Schaffung von Zentren für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Wird dieses nicht aktiv von den politisch Verantwortlichen berücksichtigt, sind gesundheitliche, soziale, politische und wirtschaftliche Folgen zu gewärtigen, die

⁴ In der Psychiatrie-Enquete wird davon ausgegangen, dass Borderline-Patienten in psychotherapeutisch/psychosomatischen (d. h. nicht psychiatrischen) Abteilungen behandelt werden und Therapieformen »vor allem averbaler und halb-verbaler Art« (Deutscher Bundestag 1975, S. 303) und insbesondere einer »Kombination mehrerer Psychotherapieformen« (Deutscher Bundestag 1975, S. 307) bedürfen, wobei spezifische Techniken nicht erwähnt werden (die damals ja nicht bekannt waren). Empfohlen werden (Deutscher Bundestag 1975, S. 308) entsprechende Kliniken mit bis zu 50 Betten, »da sie als Spezialkliniken besonderer ausgesuchter Krankheitsbilder dienen«.

⁵ Die derzeitigen Entwicklungen auf politischer Ebene (psychiatrische Mikroabteilungen) ignorieren die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete in Form einer übertriebenen Umsetzung. Denn in der Enquete (Deutscher Bundestag 1975, S. 216) heißt es: »Als Richtgröße (Anm.: für die Bettenkapazität psychiatrischer Abteilungen) empfiehlt die Sachverständigen-Kommission rund 200 Betten, um in der Regel eine ausreichende Differenzierung im stationären Bereich ... und für Subspezialitäten zu gewährleisten.«

bei ausreichender sozial- und gesundheitspolitischer Weitsicht zumindest teilweise vermeidbar wären. Um noch deutlicher zu werden: Werden derartige spezialisierte Zentren nicht geschaffen, werden die Folgen für die betroffenen Individuen, für deren Familien und Bekannten, für die Schule und andere gesellschaftliche Substrukturen, aber auch für die Etats der Regierungen und Krankenkassen, das heißt für uns alle, gravierend sein.

Stationäre Kurzzeit- und Akutpsychotherapie (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Für Behandlungen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden, wie erwähnt, heutzutage schulenübergreifend lange Zeiträume veranschlagt. Dem widerspricht keinesfalls die Vorgehensweise mit wohnortnaher stationärer Kurzzeit- und Akutpsychotherapie, wie zum Beispiel im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, denn sie ist schon konzeptuell in einem anderen Kontext angesiedelt. Sie befindet sich **im engen Verbund mit anderen teilstationären** (Bateman u. Fonagy 1999; 2001) **und ambulanten** (Stevenson u. Meares 1992) **Therapieangeboten**, wobei nicht der einzelne Stationsaufenthalt, sondern der Verbund der Ort langfristiger therapeutischer Arbeit ist. Dieses Vorgehen verzeichnet ausgezeichnete Behandlungserfolge (Chiesa u. Fonagy 2000) und macht die große Bedeutung wohnortnaher stationärer Kurzzeit- und Akutpsychotherapie augenfällig, richtet sich aber an jene Gruppe von Borderline-Patienten, deren Ich-Struktur stabiler ist als die jener, die eine Ich-strukturierende Therapie mit dem Ziel der Schaffung einer ambulanten Therapiefähigkeit benötigen (s. oben). In einem für Patienten über etliche Jahre zuständigen ambulanten-stationären Gesamtbehandlungssystem erfüllen **Kurzzeitpsychotherapiestationen** also begrenzte **therapeutische Aufgaben** (Pfitzer et al. 1990). Sie dienen:

- der Behandlung akut auftretender schwerer Krankheitskomplikationen
- der Klärung aktueller sozialer Probleme
- der Motivation zu einer langfristigen Psychotherapie

- der Absicherung langer ambulanter Psychotherapieverläufe
- der Klärungshilfe bei ambulanten Therapiekrisen (Simmich u. Milch 2001)

Angebot stationärer Kurzzeittherapiestationen

Um den vorgenannten Aufgaben gerecht zu werden, stellen Kurzzeitpsychotherapiestationen spezifische Leistungen bereit, an denen ihre Qualität zu messen ist:

Die Möglichkeit der schnellen Aufnahme beziehungsweise Übernahme von psychiatrischen Aufnahmestationen

Wenn Borderline-Patienten in schwer erträgliche Zustände kommen, entfalten sie alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel, um sich zu stabilisieren. Weil die Möglichkeiten des alltäglichen psychosozialen Umfelds, diesem eigentlich reparativ motivierten Verhalten angemessen zu begegnen, in der Regel bereits erschöpft sind, kommt es zur Eskalation mit dramatischen interpersonellen Inszenierungen, häufig von sadomasochistischem Charakter. Kommen diese Patienten deshalb auf eine akutpsychiatrische Aufnahmestation, dann setzt sich häufig dasselbe Muster fort, so dass die Aufnahme allein noch keine Gewähr für Deeskalation ist, sondern sogar maligne regressive Prozesse begünstigen kann. **Symptomreduktion kann dann nicht gelingen, wenn die Symptome in ihrer kommunikativen und das Selbst des Patienten stabilisierenden Funktion nicht verstanden werden.** Eine schnelle Aufnahme auf eine psychotherapeutische Spezialstation ermöglicht dagegen ein besseres Verstehen seiner Inszenierungen und die Übersetzung in einen spezifischen Behandlungsauftrag. Damit wird die Behandlung nicht einfach, aber das Risiko weiterer Eskalationen sinkt.

Ein variables, individuell auf den Patienten abstimmbares Setting

Die therapeutische Ausrichtung erfolgt dabei sowohl an den spezifischen Erfordernissen einer speziellen Patientengruppe, in diesem Fall der Borderline-Patienten, als auch an den Notwendigkeiten der speziellen Krisensituation und an dem vorbestehenden therapeutischen Kontext des jewei-

ligen Patienten. Dennoch entsteht auf der Kurzzeitstation bezüglich der Behandlung eine andere Schwerpunktsetzung als auf Langzeitspezialstationen. Die erkrankungsspezifischen, langfristigen Anforderungen an eine Station treten umso mehr in den Hintergrund, je mehr Bedeutung die aktuelle Krise für die Behandlungsplanung hat. Situations- und zustandsspezifische Maßnahmen sind gefragt. Dafür ist die **Spezialisierung** einer Kurzzeitpsychotherapiestation auf reine Borderline-Behandlung **nicht erforderlich**. Kurzzeitstationen arbeiten mit verschiedensten explorativ-konfliktbearbeitenden, stützenden, übenden, verbal oder überwiegend nonverbal ausgerichteten Psychotherapiemethoden und sozialarbeiterischer Unterstützung, wie sie alle auch von Langzeitpsychotherapiestationen bekannt sind. Sie können individuell auf die jeweilige Problematik abgestimmt eingesetzt werden.

Eine stringente,
antiregressiv wirksame Fokussierung

Auch stationäre Langzeitbehandlungen struktureller Störungen können ausgezeichnet als Fokalbehandlungen konzeptualisiert werden (Streeck 1991), aber für Kurzzeitkonzepte ist die **Begrenzung der Ziele** essenziell. Diese (s. o.) können sehr variabel sein. Die Arbeit beschränkt sich nur auf den Anteil des (Er)lebens des Patienten, der momentan stationärer Unterstützung bedarf, damit der Patient danach in einem alltagsnäheren Setting wieder Fuß fasst. Je mehr Verantwortung der Patient für die Gestaltung der übrigen Lebensbereiche behält, umso weniger anfällig ist er für maligne regressive Tendenzen. Die Fokussierung sollte aber nicht nur die Therapieziele, sondern auch die **angewandten Mittel** (s. o.) umfassen. Im Unterschied zur Langzeitbehandlung hat der gezielte Einsatz einiger weniger Verfahren Vorteile. Die Einschränkung der Fülle von Übertragungsangeboten ist auf Kurzzeitstationen sinnvoll, denn hier ist im Hinblick auf die zur Verfügung stehende Zeit die Arbeit in sich entfaltenden multiplen Übertragungsbeziehungen nicht gefragt.

Antiregressive Fokussierung umfasst also nicht nur Zielsetzung, sondern auch Konzentration der Mittel. Deshalb erfolgen sehr **frühe Weichen-**

stellungen, zum Beispiel ob ein Patient überwiegend einen psychotherapeutischen oder einen sozialarbeiterischen Auftrag mitbringt oder ob er gruppen- oder einzelpsychotherapeutisch (vgl. den Beitrag von Mattke und Eckert in diesem Heft) behandelt wird.

Zukünftige Aufgaben der Akut- und
Kurzzeitpsychotherapie

Weiter **entwicklungsfähig** sind aus der Perspektive eigener ambulant-stationärer Langzeitbeobachtungen:

- die vorausschauende Arbeit an der Alltagsverankerung der Behandlungsergebnisse
- die Arbeit am Übergang zur ambulanten Behandlung
- die Vernetzung beider Bereiche

Das ist deshalb so wichtig, weil der ambulant-stationäre Austausch noch schwieriger ist als die Kommunikation innerhalb derselben Institution. Deshalb bietet die Institutionsgrenze, der **Kontext** von **Aufnahme** und **Entlassung**, sich häufig für Spaltungsprozesse an. Vernetzung von ambulanter Langzeit- mit stationärer Kurzzeitpsychotherapie bedeutet unter guten institutionellen Bedingungen die Beteiligung beider Bereiche an einem, zum Beispiel **psychodynamisch orientierten Case-Management** im Sinne einer **Fokalbehandlung auf multiinstitutioneller Ebene** (Bolm 1997; 1998), in dem zum Beispiel solche Spaltungsprozesse bearbeitet werden können.

Qualitativ sehr unterschiedliche Entlassungsvorbereitungen tragen mit dazu bei, dass ambulante Behandler ein breites Spektrum von poststationären Reaktionen bei ihren Patienten beobachten können, von völlig rückläufigen Veränderungen bis zu sehr dauerhaften oder noch zunehmenden Behandlungserfolgen (Bolm u. Piegler 2001). Neben allen methodenbedingten Einflüssen auf dieses Phänomen stellt dies wahrscheinlich deshalb eine besondere Herausforderung für jede vollstationäre Therapie dar, weil es eine gute Repräsentation des anderen Settings, der nichtstationären Lebens- und Behandlungsbedingungen des Patienten, bei den Mitarbeitern des stationären Teams voraussetzt.

Allgemeinpsychiatrische Möglichkeiten

Systematische Borderline-Therapie auf allgemeinpsychiatrischen Stationen, bei rasch wechselnder Patientenschaft und dazu noch bei einem Rotieren der Mitarbeiter kommt der Arbeit des Sisyphos gleich. Dennoch werden, selbst bei Fortschreiten der Spezialisierung, allgemeinpsychiatrische Stationen auch für persönlichkeitsgestörte Patienten ihre Bedeutung behalten. Wenn die Mitarbeiter sich darauf einlassen, ihre diesbezügliche Bedeutung wertschätzen können und sich nicht unbewusst (im Vergleich zu den »elitären« Spezialisten) entwerten (was dann unbewusst an die Borderline-Patienten weitergegeben wird), dann werden allgemeinpsychiatrische Stationen in folgenden Fällen der geeignete Ort sein:

- für nicht psychotherapiefähige Borderline-Patienten (etwa bei Minderbegabung, Introspektionsunfähigkeit, schwerer und also auf Psychotherapiestationen aus personellen Gründen nicht beherrschbarer Auto- und Fremdaggressivität);
- für Patienten, bei denen eine Psychotherapie kontraindiziert ist. Psychotherapie ist keine nebenwirkungsfreie Methode (s. hierzu Hoffmann 1999); die schwerste »Nebenwirkung« ist der Tod des Patienten durch Suizid;
- zu Kriseninterventionen, wenn keine Kurzzeit- und Akutpsychotherapiestation vorhanden ist;
- für die nicht zu unterschätzende und schwierige Aufgabe, jene bislang therapieunmotivierten Patienten mit einer Borderline-Störung zur umfassenden Therapie zu bewegen und diese einzuleiten (auch durch Vorstellung bei spezialisierten Kollegen).

Mithin wachsen Allgemeinpsychiatern bei der Versorgung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen neue Rollen und andere Aufgaben zu: Sie sind in der Regel nicht die allein verantwortlichen Behandler, sondern zum Beispiel Krisenmanager mit zeitlich begrenztem Behandlungsauftrag. Sie sind häufig auch nicht primär als Behandler gefragt, sondern als Diagnostiker, die die Frage nach einer für den Patienten angemessenen Behandlung (differenzi-

elle Therapieindikation) nach Abklären der Akutsymptomatik klären, oder ihr Behandlungsbeitrag beschränkt sich darauf, einen Patienten für die für ihn adäquate Therapie zu motivieren. Manche Allgemeinpsychiatern erleben es als einen Verlust, die Verantwortung für die Behandlung mit anderen zu teilen, andere sehen in den neuen Aufgaben eine sinnvolle und anspruchsvolle psychiatrische Tätigkeit.

Folgen der Nichtbehandlung von Borderline-Patienten

Falls Borderline-Patienten keine suffiziente Behandlung erfahren, sind **Folgen** auf diversen Ebenen zu erwarten:

- Traumatisierungsperpetuierung: Rund 50% der Opfer von Realtraumatisierungen werden später ihrerseits zum Täter (Dulz u. Nadolny 1998). Findet eine solche therapeutische Arbeit nicht in ausreichendem Maße statt, ist eine Zunahme intrafamiliärer Traumatisierungen zu erwarten (Dulz u. Jensen 2000; Stone 2000).
- Zahlreiche insuffiziente Therapien führen zu lebenslang notwendigen ambulanten und stationären Behandlungen und sind somit kostenintensiver als eine umfassende und suffiziente Borderline-Therapie. Gute Psychotherapie ist auch für Krankenkassen ein Weg, Gesamtkosten zu sparen⁶.

⁶ Die Literatur hierzu ist – zumal auf Borderline-Patienten bezogen – spärlich, aber in ihrer Aussage eindeutig: Laut Frasch und Neumann (1999) hätten 14 von 16 überprüften Kosten-Nutzen-Analysen bezüglich einer ganzen Palette psychischer Erkrankungen ein ökonomisch positives Ergebnis für die Therapie erbracht. Nübling et al. (1995) belegen für die untersuchten Patienten, unter denen auch einige mit einer Persönlichkeitsstörung waren, nach stationärer Psychotherapie einen Rückgang von unter anderem Krankenhausbehandlungstagen sowie der Medikamenteneinnahme. Zu Borderline-Patienten: Stevenson und Meares (1999) berichten, dass die Kosten im Bereich des Gesundheitssystems nach (hier allerdings ambulanter) Borderline-Therapie pro Patient um 21431 \$ gesunken seien. Auch Lazar und Gabbard (1997) betonen die Kosteneffektivität der Borderline-Behandlung. Erwähnenswert ist ferner die Berechnung von Ross und Dua (1993), dass die kompetente Behandlung der Multiplen Persönlichkeitsstörung, die durchaus den Borderline-Störungen zugerechnet werden kann (Dulz u. Sachsse 2000), in zehn Jahren eine Einsparung von fast 85000 \$ pro Patient nach sich zieht. Die ökonomische Effektivität stationärer Entzugsbehandlung belegen Driessen et al. (1999), wobei etwa ein Drittel der Suchtmittelabhängigen Borderline-Patienten sind (Dulz u. Schneider 1995, 1996).

- **Borderline-Patienten verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten:** durch Drogenbeschaffungskriminalität, Sachbeschädigung, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Ausgaben für Polizei aufgrund gewaltbereiter »Borderline-Gruppierungen« usw. Eine suffiziente Behandlung reduziert diese Ausgaben⁷.

Ein inadäquater Umgang mit persönlichkeitsgestörten Menschen verursacht nicht nur volkswirtschaftlichen Schaden. Zu den gesellschaftlichen und politischen Folgen hat Volkan (2000a; 2000b; s. a. Kernberg 2000) beeindruckende Ausführungen gemacht. Vor diesem Hintergrund ist die Erforschung der Ursachen von Persönlichkeitsstörungen und die Entwicklung geeigneter Präventionen eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Abschließend sei noch der Hinweis auf eine bestehende Regelung erlaubt, die bei gesundheitspolitischen Diskussionen angesichts des alles dominierenden Sparzwanges oft vergessen wird: Jeder Mensch hat bei uns das gesetzlich verankerte Recht, nach den Regeln der Kunst behandelt zu werden. Das gilt auch bezogen auf Borderline-Patienten. Es ist die Aufgabe der Politiker, der Krankenhausträger, der gesundheitspolitischen Planer und der Therapeuten, hier tätig zu werden.

Literatur

- Bateman A, Fonagy P (1999). The effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563-9.
- Bateman A, Fonagy P (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36-42.
- Bolm T (1997). Gemeindeanahe Vollversorgungspsychiatrie als Fokalbehandlung. Vortrag a. d. 3. Workshop zur Psychotherapie von Psychosen im NLKH Tiefenbrunn.
- Bolm T (1998). Netzwerke in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung – eine einzel- und gruppenanalytische Annäherung an komplexe Beziehungsstrukturen. In: 3. Arbeitstagung der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychodynamische Psychiatrie (NAPP). Tagungsband. Lurz G (Hrsg.). Lüneburg: NAPP Eigenverlag.
- Bolm T, Piegler T (2001). Der Einsatz von Naltrexon bei dissoziativen Störungen. Überlegungen zu einem Gesamtkonzept von Borderlinebehandlungen. *Psychiatr Prax* 28: 214-8.
- Chiesa M, Fonagy P (2000). The Cassel personality disorder study: methodology and treatment effects. *Br J Psychiatry* 176: 485-91.
- Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 701-30.
- Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Drucksache 7/4200, 7. Wahlperiode.
- Driessen M, Veltrop C, Jughnans K, Przywara A, Dilling H (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme. *Nervenarzt* 70: 463-70.
- Dulz B (1997). Zur medikamentösen Behandlung von Borderline-Störungen. In: Psychotherapie und Psychopharmaka. Buchheim PC (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 169-85.
- Dulz B (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 57-74.
- Dulz B, Gümmer S, Hoffmann SO, Sachsse U (1998). Zum aktuellen Stand der Versorgung von Borderline-Patienten: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 201-8.
- Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 167-94.
- Dulz B, Makowski C (1999). Zur Pharmakotherapie und Pharmakaforschung bei Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 98-110.
- Dulz B, Nadolny A (1998). Opfer als Täter – Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 36-42.
- Dulz B, Sachsse U (2000). Dissoziative Phänomene: vom Tagtraum über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziativen Identitätsstörung. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 237-58.
- Dulz B, Schneider A (1995, 1996). Borderline-Störungen – Theorie und Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dulz B, Schreyer D (1997). Probleme bei der Bearbeitung von Inzesterlebnissen von Borderline-Patienten. *Psychiatr Prax* 24: 265-9.
- Dulz B, Schreyer D, Nadolny A (2000). Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 483-504.
- Finzen A (1985). Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Frasch K, Neumann NU (1999). Ökonomische Aspekte psychotherapeutischer Verfahren in Psychosomatik und Psychiatrie. *Nervenarzt* 70: 387-90.
- Heigl-Evers A, Ott J (Hrsg) (1994). Die psychoanalytisch-interaktionale Methode. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Hoffmann SO (1999). Indikation und Kontraindikation für Psychodynamische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 60-5.
- Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr* 66: 545-52.

⁷ Für andere (da nicht delinquent: volkswirtschaftlich deutlich »kostengünstigere«) Patienten liegen auch auf die Volkswirtschaft – insbesondere bezüglich der Arbeitsfähigkeitstage – bezogene Daten vor (Keller et al. 1999; Neumer u. Margraf 1996; Nübling et al. 1995).

- Keller W, Westhoff G, Dilg R, Rohner R, Studt HH (1999). Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Analyse ambulanter (jungianischer) Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie. Manuskript eines Vortrages, gehalten auf dem Kongreß »Psychoanalytische Langzeitbehandlungen. Eine Herausforderung für klinische und empirische Forscher«. Hamburg, 21. bis 24.10.1999.
- Kernberg OF (2000). Sanktionierte gesellschaftliche Gewalt: eine psychoanalytische Sichtweise. *Persönlichkeitsstörungen* 4: 4-25.
- Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Lazar SG, Gabbard GO (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 6: 307-14.
- Leitlinien »Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)« (1998). Konsensuskonferenz im Auftrag der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Unveröffentlicht (demnächst Schattauer).
- Makowski C, Pachnicke S (2000). Ein Vergleich der psychodynamischen, gesprächspsychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Behandlung von Borderline-Patienten. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 731-40.
- Mentzos S (2000). Die psychotischen Symptome bei Borderline-Störungen. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 413-26.
- Neumer S, Margraf J (1996). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse. In: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 1. Margraf J (Hrsg). Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 543-51.
- Nübling R, Puttendörfer J, Wittmann WW, Schmidt J, Wittich A (1995). Evaluation psychosomatischer Heilverfahren – Ergebnisse einer Katamnesestudie. *Rehabil* 34: 74-80.
- Pfitzer F, Rosen E, Esch E, Held T (1990). Stationäre psychiatrische Behandlung von Borderlinepatienten. *Nervenarzt* 61: 294-300.
- Reddemann L, Sachsse U (1997). Traumazentrierte Psychotherapie. Teil I: Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 113-47.
- Rohde-Dachser C (1979, 1995). *Das Borderline-Syndrom*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Ross CA, Dua V (1993). Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *Am J Psychother* 47: 103-12.
- Shengold L (1979). Child abuse and deprivation: Soul murder. *J Am Psychoanal Assoc* 27: 533-59.
- Simmich T, Milch W (2001). Behandlungskrisen ambulanter Psychotherapien aus der Sicht einer Krisenstation. *Psychotherapeut* 46: 252-8.
- Singer M (1994). A profile of specific psychotherapeutic actions for borderline pathology. *Psychiatr Clin North Am* 17: 827-37.
- Stevenson J, Mearns R (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 149: 358-62.
- Stevenson J, Mearns R (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Austr N Z J Psychiatry* 33: 473-7.
- Streeck U (1991). Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. *Psychosom Med Psychoanal* 37: 3-13.
- Stone MH (2000). Entwickeln sich die Borderline-Störungen zum Massenphänomen? Übersicht über epidemiologische Daten und Hypothesen. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 3-10.
- Volkan VD (2000a). Borderline-Psychopathologie und internationale Beziehungen. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 819-28.
- Volkan VD (2000b). Die Persönlichkeiten von Anführern und sozialpolitische Prozesse. *Persönlichkeitsstörungen* 4: 27-35.
- Widinger TA, Weissman MM (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 42: 1015-21.