Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Implikationen für die Psychiatrische Pflege Betroffene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen oft multiple gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigungen auf. Viele der Betroffenen lassen sich wegen der komplexen Unterstützungsbedarfe schwer in die bestehenden Hilfesysteme integrieren. Neben der Vernetzung unterschiedlicher Versorgungsangebote sind störungsspezifische Interventionen notwendig, um die Betroffenen im psychiatrischen Hilfesystem angemessene Unterstützung entgegenzubringen. ✍ Karsten Giertz

ZUSAMMENFASSUNG

In den ambulanten, komplementären und stationären Angeboten der psychiatrischen Versorgung zählen Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer häufig anzutreffenden Patientengruppe. Viele Betroffene weisen neben der eigentlichen Symptomatik komplexe gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen auf, die sich zumeist als sekundäre Krankheitsfolgen darstellen und das psychiatrische Versorgungssystem vor erheblichen Herausforderungen stellen. Um die Versorgungssituation in der psychiatrisch pflegenden Arbeit zu optimieren, bedarf es vor allem im außerklinischen Bereich, neben dem Ausbau von therapeutischen Kapazitäten, einer stärkeren Vernetzung zwischen den Angeboten sowie personenzentrierten und störungsspezifischen Interventionen.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychiatrische Versorgung, Beziehungsarbeit

In der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung zählen Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zu einer häufig anzutreffenden Gruppe. Bei vielen geht die Störung mit großem Leid und einem komplexen Behandlungsbedarf einher. In der aktuellen Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung wird die BPS definiert als ein „tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (APA 2013, S. 908). Daneben wer-

den neun Kriterien angegeben, von denen mindesten fünf vorhanden sein müssen, damit die BPS diagnostiziert werden darf (s. **Kasten „Kriterien der BPS“**).

Neben der eigentlichen Borderline-Symptomatik weist jedoch ein Großteil der Betroffenen zusätzliche psychische Störungen wie Substanz- und Alkoholmissbrauchsstörungen, Depression, Angststörungen, Essstörungen, Traumafolgestörungen oder andere Persönlichkeitsstörungen auf (Borkum et al. 2019; Grant et al. 2008, Samuels et al. 2002). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung berichten Borderline-Patienten auch überdurchschnittlich häufig über körperliche Symptome und somatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Migräne oder Rückenschmerzen (Heath et al. 2018). In einer Studie mit über 250 stationär aufgenommenen Patienten litten 28% an Fettleibigkeit, 10% an Arthrose, 4% an Diabetes, 3% an Bluthochdruck, 44% an chronischen Rückenschmerzen und 8% an Inkontinenz (Frankenburg & Zanarini 2004). Weitere 33% berichteten über andere nicht weiter spezifizierte medikamentöse Behandlungsbedarfe. Viele dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen scheinen mit dem Lebensstil der Betroffenen im Zusammenhang zu stehen. So wies der Großteil eine riskante gesundheitliche Lebensart durch täglichen Tabakkonsum (45%), Alkoholkonsum (30%), Mangel an regelmäßiger Bewegung (52%), tägliche Einnahme von Schlafmedikamenten (31%), hohe Dosen von Schmerzmedikamenten (30%) oder weiteren nicht spezifizierten Gesundheitsrisiken (58%) auf.

Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Aktuelle Bevölkerungsstudien legen nahe, dass die Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung bei 1–2% liegt (Fiedler 2018). Entgegen der häufig berichteten Wahrnehmung aus der Praxis, dass überwiegend weibliche Personen an einer BPS leiden, weisen die Bevölkerungsstudien auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis hin. In der außerklinischen psychiatrischen Versorgung lässt sich

der Anteil von Patienten mit einer BPS auf 12% und im stationären Bereich auf 22% schätzen (Ellison et al. 2018).

Zahlreiche Studien legen nahe, dass im Vergleich zu anderen psychiatrischen Störungen, Borderline-Patienten in Bereichen wie Psychotherapie, medikamentöse Therapie, Gruppentherapie, stationäre psychiatrische und medizinische Behandlungen oder psychosoziale Versorgungsangebote eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme aufweisen (Übersicht in Grabe & Giertz 2020). Vor allem Betroffene mit hohen Ausprägungen von Suizidalität, Angststörungen, psychotischen Symptomen oder sexuellem Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Kindheit nehmen wiederholt stationär psychiatrische Hilfen in Anspruch. Hinsichtlich der

Suizidalität verweisen Verlaufsstudien bei der BPS auf eine Häufigkeit von 3–13% (Soloff & Chiappetta 2019; Zanarini et al. 2012). Dagegen ist die Häufigkeit von Suizidversuchen mit 70–80% bei dieser Patientengruppe deutlich überrepräsentiert (Teismann et al. 2016). Bei der Betrachtung der suizidalen Risikofaktoren (**s. Kasten**) wird deutlich, dass vor allem Personen mit einer langen Krankheitsgeschichte, vielen Behandlungserfahrungen und psychosozialen Einschränkungen einem hohen Suizidrisiko ausgesetzt sind.

Verlauf und aktuelle Herausforderungen der BPS in der Versorgung

Während noch vor einigen Jahren die BPS mit einem chronischen Krankheitsverlauf assoziiert wurde, weisen zahlreiche Langzeitstudien darauf hin, dass der Verlauf zumindest auf der Symptomebene als relativ günstig eingeschätzt werden kann (Übersicht Fiedler 2018). In der Regel liegt der Störungsbeginn in der Adoleszenz und manifestiert sich im frühen Erwachsenenalter. Bei vielen Patienten nehmen vor allem die akuten Symptome – welche oft mit stationären Kriseninterventionen einhergehen – wie Impulsivität, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität im Verlaufe des Lebens deutlich ab. So konnte zum Beispiel eine Arbeitsgruppe um Zanarini bei 290 stationär aufgenommenen Borderline-Patienten eine ansteigende Remissionsrate (vollständige Abnahme der diagnostischen Kriterien) nach vier Jahren von 55%, nach acht Jahren von 88%, nach zwölf Jahren von 95% und nach 16 Jahren sogar von 99% feststellen. Allerdings wies ein Großteil auch nach über zehn Jahren langfristige Beeinträchtigungen in Bereichen wie psychosoziales Funktionsniveau, somatische Gesundheit, Bildung, berufliche Situation oder soziale Beziehungen auf.

Ein maßgeblicher Faktor für diese Entwicklung kann die prekäre Versorgungssituation von Patienten mit einer BPS im ambulanten und komplementären psychiatrischen Bereich in Deutschland sein. Die Behandlung von Borderline-Patienten findet überwiegend im Rahmen von kurzfristigen und kostenintensiven stationären Kriseninterventionen statt (Grabe & Giertz 2020). Im außerklinischen Bereich ist es in Deutschland bisher nicht gelungen, diese Patientengruppe angemessen zu versorgen. Eine kontinuierliche ambulante Psychotherapie wird nur von einem geringen Teil in Anspruch genommen. Dies hängt einerseits mit einem erheblichen Mangel an störungsspezifisch ausgebildeten Psychotherapeuten zusammen (Iliakis et al. 2019), andererseits wird die ambulante Psychotherapie von schweren Persönlichkeitsstörung aufgrund der komplexen und multiplen Problemlagen von vielen Psychotherapeuten allgemein als schwierig eingeschätzt (Melchinger 2009). Zudem werden viele Betroffenen durch gemeindepsychiatrische Angebote wie ambulant betreutes Einzelwohnen, stationär betreute Wohnformen, Tagesstätten oder auch Krisendienste unterstützt. In diesem Versorgungssektor liegen bis heute keine störungsspezifischen Konzepte oder differenzierte Angebote vor, wodurch wiederum Chronifizierungsprozesse oder stationäre Kriseninterventionen zunehmen können (Dammann 2007).

Implikationen für die Psychiatrische Pflege

Anhand der aktuellen Erkenntnisse zur Gesundheits- und Versorgungssituation der BPS wird deutlich, dass viele der Betroffenen komplexe und multiple Problemlagen sowie einen Bedarf an the-

➤ KRITERIEN DER BPS IM DSM-5

1. Verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmorddeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmung gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einen Tag andauert).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

(APA 2013)

+ ERHÖHTES SUIZIDRISIKO?

Diese Faktoren weisen auf ein erhöhtes Suizidrisiko:

- Männliches Geschlecht, mittleres Lebensalter (30 bis 37 Jahre), allein lebend
- Lange Krankheitsgeschichte mit unwirksamen Behandlungserfahrungen
- Hoffnungslosigkeit
- Substanzmissbrauch
- Impulsivität
- Komorbide Depression
- Häufige stationäre Aufnahmen in der Vergangenheit
- Frühere Suizidversuche
- Fehlende Anbindung an ambulante therapeutische Behandlungsformen
- Mangelnde soziale Einbindung
- Geringes Einkommen
- Niedriges psychosoziales Funktionsniveau

(Pérez et al. 2014; Soloff & Chiapetta 2017; 2019):

raeputischen, psychosozialen, psychiatrischen und medizinischen Hilfen aufweisen. Aufgrund der schlechten Versorgungssituation bleibt den Betroffenen vor allem in Krisensituationen oftmals keine andere Wahl als auf das kostenintensive und komplexe Leistungsspektrum von stationären Angeboten zurückzugreifen. Für eine adäquate Versorgung ist aber eine sektorenübergreifende Vernetzung und flexible Ausrichtung der einzelnen Unterstützungsangebote neben dem Ausbau von störungsspezifischen therapeutischen Kapazitäten im ambulanten Bereich nötig.

Für die Psychiatrische Pflege besteht hier eine wichtige Lotsenfunktion hinsichtlich der somatischen Gesundheitsaspekte unter der Berücksichtigung der psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen der Betroffenen. Neben der therapeutischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung sollten auch die somatischen Aspekte wie ungesundes Gesundheitsverhalten, körperliche Erkrankungen oder Folgeschäden durch komorbiden Substanz- und Alkoholmissbrauch als ein wichtiger Fokus in die Behandlung aufgenommen werden. Besonders im ambulanten und komplementären Versorgungsbereich ist festzustellen, dass die somatische Gesundheit der Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und zu stationär versorgten Patienten erheblich schlechter einzuschätzen ist (Steinhart 2018). Zudem scheint auch die Teilhabe und Lebenszufriedenheit der Betroffenen erheblich vom körperlichen Gesundheitszustand abhängig zu sein.

In der Praxis zählen Borderline-Patienten jedoch immer noch zu einer stigmatisierten Personengruppe, die vor allem durch Impulsivität, gestörtes Beziehungsverhalten und selbstverletzendes Verhalten auffällt. Psychiatrisch Pflegende benötigen daher ein hohes Maß an störungsspezifischen Fachkompetenzen, ein individu-

elles biografisches Verständnis, eine differenzierte Perspektive auf die individuelle Problemlage sowie eine transparente Priorisierung von Themen, welche im Rahmen der Unterstützung fokussiert werden sollen. Einer qualitativen Untersuchung zufolge ist für eine gelingende Beziehungsarbeit das wertschätzende und flexible Eingehen auf die aktuellen Bedarfe (die sich bei dieser Zielgruppe stetig ändern können), das Fördern von Ressourcen, die empathische Begleitung in Krisen, das Vermitteln von alltagspraktischen Fertigkeiten oder spezifischen Bewältigungsstrategien sowie psychoedukativen Inhalten und die Stärkung von selbstverantwortlichem Handeln entscheidend (Gahleitner et al. 2020).

Aufgrund der störungsspezifischen Symptome, gescheiterter oder auch traumatisierender zwischenmenschlicher Erfahrungen der Betroffenen kann die professionelle Beziehungsarbeit jedoch immer wieder durch interpersonelle Konflikte belastet werden. In diesen Situationen gilt es „auf der sachlichen Ebene den Betroffenen gegenüber zwar einerseits Grenzen zu kommunizieren und einzuhalten, im Anschluss muss die zugewandte Flexibilität vonseiten der Professionellen jedoch wiederhergestellt werden [...]“ (ebd. 102). Innerhalb eines stützenden Milieus kann so durch psychiatrisch pflegende Fachkräfte ein Prozess initiiert werden, der es den Betroffenen immer wieder ermöglicht, an Vertrauens- und Beziehungsprozesse anzuknüpfen, wodurch korrigierende Beziehungserfahrungen entstehen und die interpersonellen Konflikte in der direkten Arbeit abnehmen. Die Basis für diese Beziehungsgestaltung bilden ein hohes Maß an Fach- und Beziehungskompetenz sowie Stresstoleranz, Psychohygiene und Selbstreflexion. ►

! FAZIT

Betroffene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen neben der eigentlichen Symptomatik komplexe und multiple gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen auf.

Die wichtige Rolle der Psychiatrischen Pflege besteht neben der Berücksichtigung der psychischen und psychosozialen Problemlagen vor allem in einer Lotsenfunktion von somatischen Gesundheitsaspekten.

Die Beziehungsarbeit mit Borderline-Patienten setzt dabei ein hohes Maß an störungsspezifischem Fachwissen und Beziehungskompetenz voraus.

Die Literaturliste erhalten Sie im eMag der PflegeZeitschrift und auf springerpflege.de.

Autorenkontakt:

Karsten Giertz, M.A., Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

E-Mail: karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de