

1 Rationale zur Früherkennung und -intervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Michael Kaess und Romuald Brunner

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den Bereichen der Affekte, des Selbstbildes und der zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Hinzu kommt ein hohes Maß an Impulsivität einhergehend mit autoaggressiven Symptomäquivalenten (Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Substanzmittelmissbrauch) und häufig unkontrollierbarer Wut (Falkai et al. 2014). Patienten pendeln in zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung des Gegenübers, häufig bemühen sie sich gleichzeitig verzweifelt, ein tatsächliches oder vermeintliches Verlassen werden zu vermeiden. Viele Patienten berichten über einerseits starke und häufig unerklärbare Gefühle des »Druckes« und der »Anspannung«, andererseits über ein »Gefühl der Leere«, welches häufig in engem Zusammenhang mit dem Phänomen der Dissoziation steht, das bei Borderline-Patienten ebenfalls gehäuft beobachtet wird (Brunner et al. 2001).

Bei der Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind immer auch die allgemeinen diagnostischen Kriterien zu Persönlichkeitsstörungen zu beachten. Nach der derzeit in Deutschland gültigen Klassifikation der World Health Organisation (WHO), der 10. Auflage der International Classification of Diseases (ICD-10), ist eine Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet durch rigide und wenig angepasste Verhaltensweisen, die eine hohe zeitliche Stabilität aufweisen, die situationsübergreifend auftreten und die zu persönlichem Leid und/oder gestörter sozialer Funktionsfähigkeit führen. Es handelt sich also um tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Betroffen sind Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Beziehungen zu anderen. Hierdurch können die Persönlichkeitsstörungen von vielen anderen psychischen Störungsbildern unterschieden werden (Dilling und Freyberger 2010).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird nach der 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) bei Erfüllung von 5 aus 9 Diagnosekriterien (► Kap. 3) diagnostiziert, die spezifischen und zeitlich überdauernde Merkmale (sog. »traits«) der Störung darstellen (Falkai et al. 2014). Nach ICD-10 stellt die Borderline-Persönlichkeitsstörung einen von zwei Subtypen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung dar. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ist hier gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle (analog zum impulsiven Typ). Zusätzlich kennzeichnet sich dieser Typ durch Störungen des

Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (Dilling und Freyberger 2010). Aus der phänomenologisch-psychologischen Forschung konnten in den letzten Jahren noch weitere wesentliche Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung herausgearbeitet werden. Hierzu gehören eine besondere Empfindlichkeit für Zurückweisung (sog. »rejection sensitivity«), Schwierigkeiten mit Vertrauen und Kooperativität, eine negative Selbst- und Körperwahrnehmung und intermittierende Feindseligkeit (Fonagy et al. 2015).

Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter

Heutzutage wird die Borderline-Störung zunehmend als sogenannte »Diagnose der Lebensspanne« bezeichnet (Tackett et al. 2009). Die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann und sollte daher heute auch im Jugendalter gestellt werden (Kaess et al. 2014). Dies wird inzwischen sowohl durch zahlreiche nationale Behandlungsrichtlinien (z. B. NICE-Guidelines in Großbritannien), durch die Sektion 3 des neuen DSM-5 (Falkai et al. 2014) sowie auch durch den Vorschlag für die noch dieses Jahr erwartete ICD-11 (Tyrer et al. 2011) unterstützt.

Jedoch war die Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem Erreichen der Volljährigkeit bis vor einigen Jahren noch wissenschaftlich hoch umstritten (Chanen und McCutcheon 2008), obwohl sowohl DSM-5 als auch ICD-10 klar anerkennen, dass die Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen und in der Regel bis ins Erwachsenenalter andauern. Es galt lange Zeit die Maxime, dass das Stellen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren wahrscheinlich unangemessen ist. Noch heute besteht in der klinischen Praxis eine große Zurückhaltung bei der Diagnosestellung dieser Störung, da sich bestimmte Vorbehalte und zum Teil längst widerlegte Grundannahmen hartnäckig halten (Kaess et al. 2014). Diese Vorbehalte sind:

Mangelnde Validität der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter: Die Lebensphase der Adoleszenz, beginnend mit dem Eintritt in die Pubertät, geht allgemein mit einem erhöhten Maß an Stimmungsschwankungen und einer vermehrten Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Identität einher (Brunner und Resch 2008). Zusätzlich zeigen viele Jugendliche auch ein erhöhtes Maß an Impulsivität mit einer deutlichen Neigung zu riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen (Kaess et al. 2014). Daher entsteht bis heute oftmals der Irrglaube, dass solche »angeblichen« Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter »normativ« sind und sich im Laufe der Adoleszenz wieder verwachsen. Bei den klinisch auffälligen und behandlungsbedürftigen Jugendlichen werden die psychologisch-psychiatrischen Probleme dann oftmals

über andere Störungsbilder, klassischerweise die kombinierte Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0 nach ICD-10) erklärt.

Mangelnde Stabilität der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter: Da die Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern- und Jugendlichen noch nicht ausgereift ist, sondern sich im Fluss befindet, werden im Kindes- und Jugendalter eine mangelnde Stabilität der Persönlichkeit und somit auch eine mangelnde Stabilität von Persönlichkeitsstörungen postuliert. In den letzten Jahren gab es zunehmend den Trend, dem Dilemma (Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Kindheit und Jugend, aber »Verbot« der Diagnosestellung in diesem Alter) mit dem Begriff der Borderline-Persönlichkeits(entwicklungs)störung zu begegnen.

Nicht-Therapierbarkeit und resultierendes Stigma der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung galt lange Zeit als kaum oder nur äußerst schwer therapierbar. Zusätzlich gelten Betroffene, vor allem innerhalb der professionellen Helfersysteme, noch heute als besonders anstrengend und schwierig. Um Jugendliche vor einer ubiquitär stigmatisierten Diagnose, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, zu schützen, verzichteten die meisten Kliniker im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bis heute mit wohlwollender Intention auf die Diagnosestellung.

Evidenz zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter

Im vergangenen Jahrzehnt gelang es, oben genannte Vorbehalte nach langer Zeit auch empirisch zu überprüfen. Die Ergebnisse dieser empirischen Überprüfung führten zu interessanten Erkenntnissen und sollen im Folgenden dargestellt werden.

Befunde zur mangelnden Validität der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter: Inzwischen existieren auch für das Jugendalter Untersuchungen zum Stellenwert der Borderline-Persönlichkeitsstörung und zur Untermauerung deren Validität. Nach neuesten Untersuchungen erfüllen im Alter von 16 Jahren etwa 1-1,5 % der Jugendlichen die Kriterien für das Vollbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Johnson et al. 2008). Damit ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine häufige und wichtige psychische Erkrankung, und dies gilt vor allem für klinische, kinder- und jugendpsychiatrische Settings. Hier besteht eine geschätzte Prävalenz von 11 % im ambulanten (Chanen et al. 2008) und bis zu 50 % im stationären Setting (Grilo et al. 1996).

Bisherige Daten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter zeigen, dass diese deutlich mit einem hohen Maß an Risikoverhalten und Selbstschädigung einhergeht (Kaess et al. 2014), und zwar weit über das normative Maß im Rahmen der Adoleszenz hinaus. So ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung

nicht nur in hohem Maße mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (Wilcox et al. 2012) und Suizidversuchen (Yen et al. 2013) im Jugendalter assoziiert, es besteht auch ein deutlich erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch (Kaess et al. 2013) und sexuelles Risikoverhalten (Chanen et al. 2007).

Eine eigene Studie, die jugendliche Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer gesunden sowie einer klinischen Kontrollstichprobe verglich, zeigte ganz klar, dass Jugendliche mit einer Borderline-Störung ein höheres Maß an komorbiden psychiatrischen Erkrankungen sowie ein schlechteres psychosoziales Funktionsniveau zeigen, auch im Vergleich mit anderen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Kaess et al. 2013). Das hohe Ausmaß an psychiatrischer Komorbidität besteht hier analog zum Erwachsenenalter, wo Komorbidität bei Borderline-Patienten eher als Folge der Persönlichkeitsstörung gesehen wird. Die wenigen bisherigen Längsschnittstudien zeigen auch, dass zumindest dimensional erhobene Borderline-Persönlichkeitspathologie im Kindes- und Jugendalter noch bis zu 20 Jahre später eine deutliche Assoziation mit verschiedensten psychischen Erkrankungen sowie auch einem schlechten Funktionsniveau und reduzierter Lebensqualität aufzeigt (Crawford et al. 2008; Winograd et al. 2008).

Eine Besonderheit der Borderline-Störung im Jugendalter ist auch der deutliche Zusammenhang zu negativen Kindheitserlebnissen, rangierend vom schweren sexuellen Missbrauch bis zum schwierigen und feindseligen Familienklima. In einer eigenen Studie wurde dieser Zusammenhang kürzlich auf seine Spezifität hinsichtlich der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen untersucht. Im Vergleich mit einer klinischen Kontrollgruppe von kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen zeigte sich bei denen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ein signifikant höheres Maß an sexuellen Missbrauchserlebnissen, aber auch elterlicher Vernachlässigung und Antipathie, sowie eines reduzierten familiären Funktionsniveaus (Infurna et al. 2015). Auch diese Befunde bestehen analog zum Erwachsenenalter.

Zusammenfassend gibt es inzwischen ausreichend Daten, die die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter als eine schwere Erkrankung mit einer meist positiven Anamnese für schwerwiegende negative Kindheitserlebnisse, einem hohen Risiko für riskantes und selbstschädigendes Verhalten, einer stark ausgeprägten psychiatrischen Komorbidität, sowie einem besonders reduzierten psychosozialen Funktionsniveau mit ausgeprägten Langzeitfolgen stützen.

Befunde zur mangelnden Stabilität der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter: Die Arbeitsgruppe um Professor Jennifer Roberts untersuchte bei 205 Kindern aus der Normalbevölkerung (Alter bei Studienbeginn war 8–12 Jahre) die Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen während der Transition ins junge Erwachsenenalter (Beobachtungszeitraum war bis zu 20 Jahre). Sie fanden kohärente Persönlichkeitsmuster mit deutlicher Stabilität über die Zeit, sowie eine durchgehende Assoziation von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen mit erfolgreicher psychosozialer Adaptation (Shiner et al. 2003). Dieselbe Arbeitsgruppe untersuchte in einer Metaanalyse von 92 Studien die Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen (u. a. emotionale Stabilität, Extraversion, Offen-

heit für Erfahrung, Verträglichkeit) über die gesamte Lebensspanne mit äußerst interessanten Ergebnissen (Roberts et al. 2006):

Von den sechs untersuchten übergeordneten Persönlichkeitskategorien zeigte sich bei vier Kategorien die deutlichste Veränderung im jungen bis mittleren Erwachsenenalter (Alter 20–40 Jahre). Hierbei waren auch die Faktoren emotionale Stabilität und Extraversion, zwei Faktoren die oftmals mit der Borderline-Pathologie in Verbindung gebracht werden. Der Persönlichkeitsfaktor Verträglichkeit veränderte sich erst maßgeblich im höheren Alter. Diese Befunde illustrieren zwei Sachverhalte sehr deutlich: Erstens, Persönlichkeit ist über die gesamte Lebensspanne gewissen Veränderungen unterworfen. Zweitens, das Jugendalter stellt keine Phase der besonderen Veränderbarkeit von Persönlichkeit dar.

Überträgt man diese Befunde auf die Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung, so müsste man eigentlich empfehlen, mindestens das 40. Lebensjahr abzuwarten, bevor man eine hohe Stabilität der Persönlichkeit mit ausreichender Sicherheit gewährleisten kann. Besonders Vorsichtige sollten dann allerdings lieber bis zur siebten Lebensdekade warten, da sich hier die Veränderung bei den Persönlichkeitseigenschaften wirklich deutlich verringerte.

Natürlich geht es bei den berichteten Befunden nicht um Persönlichkeitspathologie, sondern um Persönlichkeitseigenschaften im Allgemeinen. Daher führte die Arbeitsgruppe um Professor Andrew Chanen, einem der Pioniere auf dem Gebiet der Früherkennung und Frühintervention von Persönlichkeitsstörungen, eine Studie zur Stabilität von Persönlichkeitsstörungsmerkmalen bei Jugendlichen Patienten durch (Chanen et al. 2004). Diese Studie zeigte, dass sowohl die Zweijahres-Stabilität der kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen als auch die der dimensionalen Persönlichkeitspathologie mit Befunden des Erwachsenenalters vergleichbar war. Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung lagen die Werte bezüglich der Stabilität im oberen Drittel unter den Persönlichkeitsstörungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter nicht mehr oder weniger stabil ist als im Erwachsenenalter. Grundsätzlich wissen wir heute, dass Persönlichkeit – und vor allem auch Persönlichkeitsstörung – kein komplett stabiles und unveränderbares Konstrukt ist. Dies gilt jedoch für alle Lebensphasen und ebnet dadurch gerade den Weg für Behandlung und auch Frühintervention.

Befunde zur Hypothese der Nicht-Therapierbarkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Es ist inzwischen sehr klar erwiesen, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung behandelbar ist. Im Fokus der Therapie steht bei der Therapie die störungsspezifische Psychotherapie, für die es im Erwachsenenalter schon einen hohen Grad an Evidenz gibt (Stoffers et al. 2012). Hierdurch ergeben sich letztlich auch die Perspektive der möglichen Frühintervention (Chanen et al. 2013), und erste Ergebnisse von Interventionsstudien bei Jugendlichen zeigen ebenfalls vielversprechende Ergebnisse ► Kap. 4).

Zusätzlich zur den ersten Wirksamkeitsnachweisen für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, geben auch Langzeituntersuchungen von Ko-

horten erwachsener Borderline-Patienten Anlass zur Hoffnung. In einer Langzeitnachverfolgung von ehemaligen erwachsenen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten 85 % der Studienteilnehmer nach zehn Jahren nicht mehr die Diagnosekriterien (Gunderson et al. 2011), und diese Prozentzahl stieg nach 16 Jahren auf 99 % an (Zanarini et al. 2012). Leider geben diese Zahlen keinen Anlass zu übertriebener Euphorie, denn viele dieser Patienten litten weiterhin unter einer Vielzahl psychiatrischer Erkrankungen und zeigten zum Teil ein besorgniserregend niedriges Funktionsniveau und eine stark reduzierte Lebensqualität. Dennoch sprechen diese Befunde ganz klar für eine Veränderbarkeit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und weisen zusätzlich darauf hin, dass die vorhandenen Spätschäden einer langjährigen Persönlichkeitsstörung vielleicht durch Frühintervention vermindert werden können.

Warum Früherkennung und Frühintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen?

Die Bewegung zur Früherkennung und Frühintervention bei psychiatrischen Erkrankungen orientiert sich stark an den Erfahrungen und der Empirie aus der modernen Krebsbehandlung. In den vergangenen Jahrzehnten sind für viele Krebserkrankungen sowohl die Heilungs- als auch die Überlebensraten dramatisch gestiegen (Allemani et al. 2014). Neben verbesserten Therapien stellt die Früherkennung und -intervention, wie zum Beispiel beim Brustkrebscreening, einen der wesentlichen Faktoren dieser Entwicklung dar. Nur durch eine frühe Erkennung von Krebserkrankungen, im günstigsten Fall vor einer sogenannten Streuung des Tumors mit anschließender Bildung von Metastasen, kann eine Heilung oftmals ermöglicht werden. Es steht daher inzwischen außer Frage, dass eine frühe Diagnosestellung einer Krebserkrankung notwendig ist, um eine Therapie einzuleiten, bevor es zu weiteren und oftmals irreversiblen Schädigungen durch die fortschreitende Erkrankung kommt. Das Prinzip der Früherkennung und -intervention hat sich derart bewährt, dass es inzwischen auch in den meisten anderen medizinischen Bereichen Anwendung findet.

Das Problem von schwerwiegenden Langzeitfolgen und irreversiblen Schädigungen besteht auch bei psychischen Erkrankungen. Es ist lange bekannt, dass eine Vielzahl der psychiatrischen Volkskrankheiten, wie z. B. der Depression oder der Schizophrenie, eine Neigung zur Chronifizierung haben und in vielen Fällen mit einer langfristig stark eingeschränkten Funktionsfähigkeit und verminderten Lebensqualität einhergehen. Neben der beeinträchtigenden Erkrankung selbst akquirieren die Betroffenen hierbei im Laufe der Erkrankung häufig zusätzliche Probleme, rangierend von zunehmenden neurokognitiven Defiziten bis hin zu massiven sozialen und gesellschaftlichen Beeinträchtigungen. Hinsichtlich einer möglichen langfristigen Schädigung kommt gerade der Phase der Adoleszenz eine besondere Bedeutung zu. Zum einen scheint diese Phase mit einer erhöhten Vulnerabilität für die Entstehung psychischer Erkrankungen einherzugehen, sodass das Erstauftreten psychischer Erkrankungen häufig in diese Lebensphase fällt und die Hälfte aller psychiatrischen Erkrankungen der gesam-

ten Lebensspanne ihren Ausgang im Pubertätszeitraum hat (Kessler et al. 2005). Zum anderen ist die Adoleszenz, neben ausgeprägten hormonellen und neuronalen Entwicklungen, ferner durch eine Vielzahl wesentlicher Entwicklungsaufgaben gekennzeichnet, die in der Transition zum Erwachsenwerden zu bewältigen sind. Zu diesen wesentlichen Aufgaben gehören die Identitätsentwicklung, die Selbstwertregulation und Selbstbehauptung, die Individuation und Autonomie, die Auseinandersetzung mit Intimität und Sexualität, die Ausbildung eines Körperselbst sowie eines sozialen Selbst und die Entwicklung von Lernfähigkeit und Emotionsregulation (Kaess und Resch, 2015). Somit wird schnell deutlich, dass eine manifeste und schwere psychische Erkrankung besonders im Jugendalter das Erreichen wesentlicher Entwicklungsziele gefährden und somit negative Auswirkungen auf den weiteren Lebens- und Krankheitsverlauf haben kann.

Während Früherkennung und Frühintervention bei den schizophrenen Erkrankungen bereits seit Jahren auch in Deutschland zunehmend etabliert werden (Häfner et al. 2012), scheinen die Persönlichkeitsstörungen von diesen »neuen« Entwicklungen der Psychiatrie noch weitgehend ausgenommen. Dabei handelt es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls um eine häufige und mit schwersten Langzeitfolgen einhergehende psychische Erkrankung. Anhand einer Langzeitstudie an betroffenen Erwachsenen konnte kürzlich nachgewiesen werden, dass die langfristigen Funktionseinschränkungen in dieser Patientengruppe sogar schwerer sind als bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen (Gunderson et al. 2011; Zanarini et al. 2010). Zu diesen Funktionseinschränkungen gehören neben einer Vielzahl von psychischen komorbiden Erkrankungen auch psychosoziale Probleme (z. B. Arbeitslosigkeit, fehlende Partnerschaft, fehlendes soziales Netz) sowie körperliche Erkrankungen. Auch suizidieren sich ca. 10 % aller Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Laufe ihres Lebens, und das zumeist erst im längeren Verlauf der Erkrankung (Pompili et al. 2005; Paris et al. 2001).

Bei welcher Erkrankung mit derart weitreichenden Folgen und hoher Neigung zur *Chronifizierung* würde man also ernsthaft für eine späte Intervention argumentieren?

Eigentlich liegt die Antwort »Bei keiner!« aus unserer Sicht auf der Hand! Interessanterweise sieht die gängige Praxis bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, besonders im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, immer noch ganz anders aus, wie das folgende klassische Fallbeispiel verdeutlicht.

Tamara stellte sich im Alter von 13 Jahren, zusammen mit ihrer Mutter, erstmals bei einer psychologischen Beratungsstelle vor. Sie war im letzten Jahr zunehmend schlechter in der Schule geworden. Auch gäbe es zuhause nur noch Streit zwischen ihr und ihrer Mutter, sodass die beiden inzwischen kaum noch miteinander redeten. Tamara berichtete, dass sie oftmals traurig sei, v. a. weil ihr Vater sich nach der Scheidung der Eltern vor einigen Jahren kaum noch um sie kümmere und weil ihre Mutter sie nur kritisiere und nie zufrieden sei. Bis vor kurzem sei sie dann noch in ihrer vorherigen Schule gemobbt worden, was nun kürzlich zu einem Schulwechsel geführt habe. Hier

habe sie jetzt viele Freunde gefunden, daher gehe es auch etwas besser. Vor ca. 12 Monaten habe sie angefangen sich selbst zu verletzen, seitdem ihre Mutter sie vor einigen Wochen dabei erwischt habe, sei die Stimmung zuhause noch schwieriger. Die Mutter berichtete, dass sie gar nicht mehr an Tamara rankomme. Bis vor einigen Monaten sei Tamara sehr belastet durch Mobbing in ihrer alten Schule gewesen. Auf der neuen Schule habe sie nun allerdings die »falschen« Freunde gefunden. Seitdem komme sie ständig zu spät nach Hause, sei auch schon betrunken gewesen und habe sogar begonnen, sich selbst zu verletzen. Besonders ihre neue beste Freundin, Sophie, sei ein sehr instabiles Mädchen aus einer problematischen Familie und damit kein geeigneter Umgang für Tamara.

Tamara und ihre Mutter wurden nach einigen Terminen bei der psychologischen Beratungsstelle letztlich an eine ambulante Psychotherapeutin verwiesen. Diese diagnostizierte bei Tamara zunächst eine Anpassungsstörung und begann mit ihr eine ambulante Gesprächstherapie, zu der Tamara allerdings nur unregelmäßig erschien, sodass diese nach wenigen Wochen mit der Empfehlung einer Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater endete.

Nach drei Monaten Wartezeit bekamen Tamara und ihre Mutter dort endlich ihren ersten Termin. Die Lage hatte sich inzwischen weiter zugespitzt. Tamara war in den vergangenen Wochen mehrmals einfach über Nacht weggeblieben. Aufgrund von schlechtem Benehmen und Schule schwänzen habe sie gerade auch einen zweiwöchigen Schulausschluss und liege seither nur noch im Bett. Der Kinder- und Jugendpsychiater diagnostizierte bei Tamara eine mittelgradige depressive Episode und empfahl die Einstellung auf Fluoxetin. Aufgrund der zunehmenden familiären Problematik wurde der Familie ebenfalls eine Vorstellung beim zuständigen Jugendamt empfohlen. Eine ambulante Psychotherapie, so der Arzt, mache derzeit keinen Sinn, da Tamara nicht veränderungsmotiviert sei. Tamara und ihr Mutter verließen die Praxis mit einem Rezept für Fluoxetin und einem Wiedervorstellungstermin in zwei Wochen.

Etwa zehn Tage später hörte die Mutter Tamara im Bad nach ihr rufen. Als sie ins Badezimmer kam, saß Tamara stark blutend auf der Toilette, neben ihr lag die leere Schachtel Fluoxetin. Die Mutter rief sofort Notarzt und Krankenwagen, Tamara wurde in die nächstgelegene Klinik gebracht und dort für 24 Stunden intensivmedizinisch überwacht. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil am nächsten Morgen zeigte sich Tamara reuig hinsichtlich ihres Suizidversuchs und klar absprachefähig. Tamara und ihre Mutter hatten ebenfalls ein langes Gespräch und Tamara versprach, sich nun aufgrund ihrer Selbstverletzung und Suizidgedanken doch in ambulante Behandlung zu begeben. Das Fluoxetin wolle sie aber nicht weiterhin nehmen.

Noch während der Wartezeit auf den ersten Termin bei der neuen ambulanten Therapeutin, Tamara war inzwischen 14 Jahre alt, spitzte sich die Lage zuhause erneut zu. Zunächst hatte es mit einer Diät begonnen, doch inzwischen hatte Tamara ganze 10 kg abgenommen. Als ihre Mutter sie dann noch beim Erbrechen auf dem Klo erwischt hatte, war die Situation so eskaliert, dass Tamara von zuhause weggelaufen war. In ihrer Verzweiflung in-

formierte die Mutter die Polizei und ließ nach Tamara fahnden. Nach etwa drei Tagen, Tamara war in letzter Zeit auch kaum noch in der Schule gewesen, wurde sie von der Polizei im Stadtpark aufgegriffen und in die versorgende Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gebracht.

Die aufnehmende Dienstärtzin empfahl Tamara, zunächst einmal einige Tage auf der Station zu bleiben, was Tamara aber trotzig ablehnte. Im Gegenzug drohte sie der Dienstärtzin, dass sie sich umbringen werde, wenn man sie versuchen würde, hier in der Klapsmühle festzuhalten. Aufgrund von unklarer Suizidalität entschied die zuständige Oberärztin schließlich, dass Tamara vorsorglich zurückgehalten würde. Tamara wehrte sich während der Akutaufnahme heftig und musste schließlich auf der Akutstation 5-Punkt fixiert werden.

In den folgenden Tagen beruhigte sich Tamara und begann zunehmend mit der behandelnden Ärztin über ihre Probleme zu sprechen. Allerdings verweigerte sie sich bei anderen Personen des Teams selektiv und fing immer wieder Diskussionen mit dem Pflegepersonal an. Es wurde bei Tamara eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung diagnostiziert, obwohl die Begriffe »ganz schön borderlinig«, »emotional instabil« und »spaltend« bereits im Stationszimmer die Runde machten. Da Tamara neben ihren Anspannungszuständen und Schlafstörungen auch über regelmäßiges »Hören von Stimmen« berichtete, wurde bei ihr eine antipsychotische Therapie mit Quetiapin eindosiert. Nach einigen Tagen wurde Tamara freiwillig auf die Psychotherapiestation der Klinik verlegt, wo sie die Therapie aber recht kurzfristig aufgrund eines heftigen Streits mit ihrer Zimmernachbarin gegen ärztlichen Rat abbrach und wieder nach Hause entlassen wurde.

In den folgenden Jahren hatte Tamara noch fünf weitere akutpsychiatrische Aufenthalte in der Klinik, zwei davon nach Suizidversuchen, die anderen drei nach schweren Alkoholintoxikationen. Tamara war nach einigen Monaten in die Jugendhilfenotaufnahme gezogen und hatte seitdem mehrfach zwischen Jugendhilfe und Mutter hin- und hergewechselt. Bis zum Alter von 17 Jahren hatte Tamara noch drei weitere Psychopharmaka (Mirtazapin, Venlafaxin und Lithium) ausprobiert, alle ohne durchschlagenden Erfolg. Auch hatte sie noch zwei weitere therapeutische Aufenthalte in einer psychotherapeutischen Klinik sowie einer psychosomatischen Rehaklinik nach kurzer Zeit abgebrochen.

Das Diagnosespektrum in den Arztbriefen von Tamara (17,5 Jahre alt) war beeindruckend: Anpassungsstörung, Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, rezidivierende depressive Störung, bipolare Störung, prodromale Schizophrenie, Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, Anorexie vom Purging-Typ, Bulimie, Alkoholabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörung, Generalisierte Angststörung. Während viele der längeren Briefe in Nebensätzen auch die emotionale Instabilität, Identitätsstörung, Beziehungsstörung etc. thematisierten, wurde die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ niemals erwähnt.

Im Erstgespräch in unserer Spezialambulanz sagte Tamara: »Ich weiß einfach nicht, was mit mir los ist. Wieso geht mein Leben so den Bach runter? Ich verstehe mich selbst nicht und offensichtlich tut es auch niemand anders. Ich glaube, man kann mir nicht helfen, ich bin einfach nur irgendwie voll gestört!«

Wie auch im Fall von Tamara, haben die meisten professionellen Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie natürlich ihre Gründe, die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht zu vergeben. Sie sind nicht etwa gleichgültig oder wollen den Patienten schaden. Vielmehr handeln Kliniker bis heute in der guten Intention, etwas Schädliches und Bedrohliches von ihren jugendlichen Patienten abzuwenden: das Stigma der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Das Stigma der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Leider ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einem hohen Maß an Stigma behaftet. Dieses Stigma existiert jedoch weniger in der Allgemeinbevölkerung, da die Diagnose der Borderline-Störung hier oftmals gar nicht ausreichend bekannt ist. Das Stigma existiert bei den Patienten selbst (Rüsch et al. 2006), vor allem aber ist die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb der professionellen Helfersysteme massiv stigmatisiert (Aviram et al. 2006). Es ist unsere eigene Berufsgruppe, die diesen Patienten eine Vielzahl schlechter Eigenschaften zuschreibt. Borderline-Patienten gelten allgemein als schwer zu therapieren, wenig veränderungsmotiviert und ungemein anstrengend. Zudem »spalten« sie therapeutische Teams (ein Begriff, der das Zusammenspiel von Identitäts- und Beziehungsstörung auf Patientenseite und Kommunikationsproblemen eines großen Teams auf der anderen Seite auf absurde Weise zu einem aktiv, schädlichen Verhalten der Patienten umformuliert), zeigen eine mangelnde Compliance (und machen uns damit hilflos) und bereiten uns durch ihre chronische und intermittierende Eigengefährdung oftmals schlaflose Nächste. Es ist daher nicht verwunderlich, dass gerade die Wohlwollenden unter uns es gerne vermeiden möchten, ihren Patienten dieses Stigma zuzumuten.

Aber können wir das überhaupt auf diese Art und Weise erreichen? Auch wenn wir die Diagnose nicht aufs Papier bringen und auch wenn wir die Diagnose den Patienten gegenüber nicht kommunizieren, so wird in der Praxis doch eine große Anzahl der Diagnosen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Stationszimmer oder in den Pausenräumen gestellt. Im Mindesten existiert die Diagnose samt ihres Stigmas häufig schnell in unseren Köpfen. Wer hat nicht schon einmal erlebt, dass besonders schwierige oder anstrengende Jugendliche ohne adäquate Diagnostik inoffiziell mit dem Label »Borderline« versehen wurden? In welchem Team muss dieses Label nicht bisweilen zur Erklärung desolater Verläufe herhalten? Können wir das wirklich ändern, indem wir die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung einfach offiziell nicht vergeben? Oder machen wir es damit vielleicht noch schlimmer?