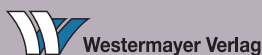


neuro aktuell



Therapie der Multiplen Sklerose

Jetzt bestellen auf www.westermayer-verlag.de oder auf Seite 29



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2016



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Aus für die Bürgerversicherung? 3

neuro forschung

Bei schweren Depressionen EKT am erfolgreichsten 6

Neurobiologische Bedeutung des Spurenelements: Hilft Zink auch beim Lernen? 7

Autismus durch „Fehler bei der vorgeburtlichen Verdrahtung“? 8

Parkinson-Therapie: Schlaf-Wach-Rhythmus bei Patienten durch Lichttherapie verbessern 8

Magersucht bei Jugendlichen 10

Neuro Quiz

Arbeitsunfähig und trotzdem verreisen, passt das zusammen? 12

Kommentare

DGPPN sieht strukturelle Systemveränderungen kritisch: Reform des Psychologie-Studiums gefährdet Patientensicherheit 12

Apropos TSS – Terminbuchungen über die Servicestellen der KVen 14

Medizinrecht

Patient führt elektronische Patientenakte selbst: spricht etwas dagegen? 14

Parkinson-Krankheit

Die Rolle des Magen-Darm-Traktes in der Pathogenese und Therapie des Morbus Parkinson 16

Neurologie

Kognitives Training: Verbesserte Gedächtnisleistung durch Aufmerksamkeitstraining 19

Polyneuropathie

Sinnvoll oder nicht? Quantifizierung des Nervenultraschalls zur Unterscheidung von erworbenen und erblichen Polyneuropathien 22

Kurz berichtet

Multiple Sklerose-Therapie: EU-Zulassung für Ocrelizumab 26

Mehr als 900 Masern-Fälle in 2017 26

Cannabis auf Rezept: Barmer zieht Bilanz 27

Schwächt das Antibiotikum Doxycyclin traumatische Erinnerungen ab? 27

Erhöhen psychiatrische Erkrankungen in jungen Jahren das Demenzrisiko? 28

Endogene Opiode dämpfen die Angst 28

Für Sie gelesen

30

News

32

Forum

Hyperthyreose und Psychotherapie 41

Okkupation der Gebührenziffer 800 GOÄ durch Orthopäden 42

Zuletzt

Schlaf-Wach-Rhythmus – wie wir auf den Winter reagieren 42

Impressum

43

Trauma und Persönlichkeitsstörung in der Suchtmedizin

Marc Walter, Basel

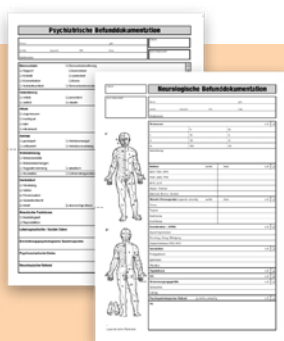
Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen treten bei Patienten mit Suchterkrankungen häufig auf. Eine besonders häufige Assoziation wurde zwischen den Cluster B-Persönlichkeitsstörungen und komorbiden Suchterkrankungen gefunden (insbesondere für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung). Patienten mit dieser Persönlichkeitsstörung sind besonders häufig bereits im Kindesalter traumatisiert worden und berichten von körperlichen und sexuellen Traumatisierungen. In der Behandlung der Persönlichkeitsstörungen werden insbesondere störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen mit gutem Erfolg angewandt. Die Therapie posttraumatischer Symptome kann in den Behandlungsplan integriert werden, zum Teil als Anpassung der störungsspezifischen Psychotherapie. In der Behandlung der Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung gilt allgemein der Grundsatz, dass beide Störungsbilder gemeinsam behandelt werden sollten.

Fortsetzung auf Seite 3

Schnell, einfach und sicher dokumentieren

Dokumentationsblöcke für Neurologie und Psychiatrie.

Siehe Seite 34



Quantifizierung des Nervenultraschalls zur Unterscheidung von erworbenen und erblichen Polyneuropathien
Seite 22 bis 25

Aus für die Bürgerversicherung?

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hat sich das Thema Bürgerversicherung nun also erledigt? Im Sondierungspapier zu den Verhandlungen einer Wiederauflage der großen Koalition von Union und SPD tauchte die Forderung der Sozialdemokraten nach der gesetzlichen Krankenversicherung für alle zwar nicht mehr auf. Die Sozialdemokraten sehen ihr Heil aber nach wie vor darin, alles auf die „soziale“ Karte zu setzen: Sie verlangten daher lange Zeit auch für ihren widerwilligen Eintritt in eine erneute große Koalition die Einführung der „Bürgerversicherung“. Damit sollte einer „2-Klassen-Medizin“, wie sie laut Prof. Dr. med. Lauterbach – „Gesundheitsexperte“ der SPD und maßgeblicher Promoter der „Bürgerversicherung“ – in der Bundesrepublik grassieren, der Garaus gemacht werden. Zu den Folgen einer solchen Zerschlagung unseres seit vielen Jahren bewährten, bei dem größten Teil der Bevölkerung gewünschten und beliebten Gesundheitssystems, war übrigens in den meisten großen deutschen Zeitungen und Periodika einschlägig, und zwar überwiegend zustimmend, berichtet worden.



Nun wird aber immer wieder und gerade zu Zeiten des Brexit eindrucksvoll aus Großbritannien berichtet, zu welchen Zuständen eine solche angeblich gerechte Volksversicherung führen kann. Man muss nur regelmäßig eine der großen Tageszeitungen lesen, um zu erfahren, dass der NHS (steuerfinanzierte „Bürgerversicherung“ auf der Insel) neuerdings über 50.000 fällige Operationen aus dem Januar nach hinten verschiebt, da weder Betten noch Geld noch Personal vorhanden sind. Gleichzeitig wird in Mittelengland die Versorgung von Krebskranken mit Medikamenten heruntergefahren, da herrschen leider ebenfalls Engpässe. Wie meinte schon die Ärzte-Zeitung: „Sicher sind nur die vollen Wartesäle im NHS“. Seit den BREXIT-Verhandlungen verschärft sich das

Problem derzeit noch durch die zunehmende Abwanderung des eigentlich unverzichtbaren ausländischen Personals.

Ich habe aber so meine Zweifel, ob das Thema Bürgerversicherung tatsächlich der Vernunft gewichen ist: Bei den kolportierten Diskussionen an der SPD-Basis ist ja noch nicht einmal sicher, ob die Groko tatsächlich kommt. Vielleicht gibt es für die Obsession, mit der Lauterbach immer wieder eine „Bürgerversicherung“ voranzutreiben versucht, eine ganz einfache Erklärung: Er hat keine Ahnung von der täglichen kassenärztlichen Tätigkeit: Geboren 1963, erhielt er 1991 seine Dissertation an der Universität Düsseldorf, beantragte aber erst 2010 die ärztliche Approbation. Nach verschiedenen Auslandsaufenthalten wurde er 1998 Direktor des eigens gegründeten und mit einer Professur verbundenen Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln, ist dort allerdings seit 1999 wegen seines Bundestagsmandats beurlaubt. Zunächst war er in der CDU, ist aber seit 2001 SPD-Mitglied, nun in der 17. Legislaturperiode Sprecher der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion. Vor Jahren wurde er schon in dieser Zeitschrift „Facharzt für bürokratische Medizin“ genannt. Es dürfte davon auszugehen sein, dass er eine allgemeinärztliche oder fachärztliche Praxis in der Bundesrepublik nie von innen sah.

Seit 2008 war der Systemwechsel in der Krankenversicherung übrigens Thema in jedem Wahlkampf und auch bei der nächsten Wahl dürften SPD, Grüne und Linke die Einheitsversicherung wieder fordern. Gerade wir Ärzte können nur hoffen, dass sie nicht Realität werden wird, zumal die Bürgerversicherung keines der drängenden Probleme in der Krankenversicherung lösen würde.

Mit freundlichem kollegialem Gruß

Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Trauma und Persönlichkeitsstörung in der Suchtmedizin

Was ist eine Persönlichkeitsstörung?

Eine Persönlichkeitsstörung liegt grundsätzlich dann vor, wenn bei einer Person bestimmte Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster vorhanden sind, die deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen. Die charakteristischen Persönlichkeitszüge einer spezifischen Persönlichkeitsstörung sind überdauernd vorhanden, unflexibel und wenig angepasst und führen zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen Funktionsbereichen¹. ▶

Durch den Zusammenhang mit Suizidalität, Kriminalität und Suchtproblemen sowie intensiven psychiatrischen Behandlungen nehmen die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung eine Sonderstellung unter den Persönlichkeitsstörungen ein. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist durch ein Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch ein Muster von interpersoneller und affektiver Instabilität sowie Impulsivität gekennzeichnet. Neurobiologischen Befunden zufolge ist die antisoziale Persönlichkeitsstörung durch eine eingeschränkte emotionale Reagibilität, die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch ein negatives Selbstbild und eine erhöhte emotionale Reagibilität gekennzeichnet.

O. F. Kernberg fasst diese beiden Persönlichkeitsstörungen (und die anderen Cluster B-Persönlichkeitsstörungen) zusammen und spricht von sogenannten *schweren Persönlichkeitsstörungen* (oder auch *Borderline-Organisationsniveau der Persönlichkeit*). Diese sind insbesondere durch Identitätsstörungen und spezifische Abwehrformen wie Spaltung (in Gut und Böse) sowie Idealisierung und Entwertung anderer Menschen charakterisiert. Klinisch zeigen sich bei den Patienten häufig negative Affekte und Emotionen, auch starke Aggressionen, zum Teil auch widersprüchliche Wahrnehmungen von sich selbst und anderen sowie Gefühle von innerer Leere².

Traumatisierungen bei Persönlichkeitsstörungen

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde ein wiederholter schwerer sexueller Missbrauch bei über 50% der Borderline-Patientinnen beschrieben³. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass der Missbrauch in der Kindheit mit ungünstigem klinischem Verlauf bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammenhängt⁴. Borderline-Patienten sind besonders vulnerabel eine PTSD (*PostTraumatic Stress Disorder*) nach einem Trauma zu entwickeln. Insgesamt weisen etwa 30-40% der Borderline Patienten eine komorbide PTSD auf⁵. Missbrauch in der Kindheit ist auch mit Symptomen der antisozialen Persönlichkeitsstörung assoziiert. Es konnte nachgewiesen werden, dass Trauma-Scores mit antisozialem Verhalten in der Vorgeschichte zusammenhängen⁶. Allgemein zeigte sich, dass sexueller und/oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit ein Prädiktor für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung, nicht aber für andere Persönlichkeitsstörungen darstellt⁷.

Suchterkrankungen bei Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen treten häufig zusammen auf. Die Prävalenzraten schwanken zwischen 30% und 70% in klinischen Stichproben. Zusätzlich gibt es derzeit auch deutliche Hinweise dafür, dass, auch wenn sich die Art der Persönlichkeitsstörung zwischen Alkohol- und Drogenabhängigkeit nicht wesentlich unterscheidet, bei drogenab-

hängigen Patienten die Prävalenz für eine spezifische komorbide Persönlichkeitsstörung möglicherweise noch etwas höher ist als bei alkoholabhängigen Patienten⁸. Die Hypothesen für die häufig anzutreffende Komorbidität zwischen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen sind vielfältig und reichen von einer sekundären Suchterkrankung bei primärer Persönlichkeitsstörung und passageren Suchtproblemen in krisenhaften Zuständen über gemeinsame biologische Vulnerabilitätsfaktoren, wie etwa einer Impulskontrollstörung, bis hin zur Vermutung, dass auch Folgen einer Suchterkrankung, wie etwa wiederholte Traumatisierungen, zu Persönlichkeitsveränderungen führen, die mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung einhergehen können⁹.

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der antisozialen Persönlichkeitsstörung und auch der narzisstischen Persönlichkeitsstörung wird vor allem die Selbstmedikationshypothese erweitert um die Selbstregulation der Emotionen durch Substanzeinnahme als Erklärung zugrunde gelegt. Hier können krisenhafte Zustände, die sich durch unerträgliche Emotionen wie Angst und Aggressionen, und durch Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht äußern, durch den Substanzkonsum situativ behoben werden. Die Substanzwirkung dient damit der Stressdämpfung und Regulierung negativer und schmerzhafter Emotionen¹⁰.

Psychotherapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit Suchterkrankungen

Die Patienten, die unter einer schweren Persönlichkeitsstörung mit Traumatisierungen in der Kindheit und einer komorbiden Suchterkrankung leiden, stellen für jeden Therapeuten eine große Herausforderung dar. Von Therapeuten wird häufig beklagt, dass die Patienten unzuverlässig seien, was die Einhaltung der Termine und die Therapivereinbarungen betrifft, oder dass sie intoxikiert seien und nicht in der Lage, die erforderliche Konzentration und Aufmerksamkeit in der Therapie aufzubringen; häufig lassen sie sich aufgrund ihrer Affektstürme und Aggressionen auch nur schwer eingrenzen oder erst gar nicht behandeln. Das Problem für den Psychotherapeuten sind häufig die massiven Affekte dieser Patienten, die während der Therapiesitzungen direkt (Hilflosigkeit, Angst, Insuffizienzgefühle) oder indirekt (Müdigkeit, Langleweiligkeit, Nicht-Verstehen) als emotionale Reaktion des Therapeuten zum Ausdruck kommen. Dies führt oft zu einer Belastung der therapeutischen Beziehung und in der Folge nicht selten zu Therapieabbrüchen. Wichtig ist es an dieser Stelle festzuhalten, dass die Patienten zum Teil mit sehr gutem Erfolg behandelt werden könnten, wenn sie einmal in Therapie gehalten werden können.

Verschiedene störungsspezifische Psychotherapien haben sich für die Behandlung der schweren Persönlichkeitsstörungen als wirksam erwiesen. Hier vor allem die Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT mit

Elektrokonvulsionstherapie

Bei schweren Depressionen
EKT am erfolgreichsten

Obwohl die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in den vergangenen dreißig Jahren soweit verbessert werden konnte, dass es kaum noch zu kognitiven Beeinträchtigungen kommt und sich die Patienten nach einer Sitzung rasch wieder erholen, wird sie immer seltener angewandt, wie Eric Slade et al. von der Universität in Baltimore feststellen (*JAMA Psychiatry* 2017). Viele Ärzte und Patienten würden noch immer bleibende Schäden oder schwere Nebenwirkungen fürchten, auch gebe es kaum Kliniken, die EKT-Geräte vorhalten und über Ärzte verfügen, die damit umgehen können. Zudem schreckten Aufwand und Kosten viele Kliniken ab. Mit der EKT gibt es aber, wie die Auswertung von Angaben zu rund einer halben Million Patienten aus den *State Inpatient Databases* (SID) ergab, deutlich weniger erneute Klinikeinweisungen. Was die relativ alte psychiatrische Erfahrung bestätigt, dass die EKT noch immer als das wirksamste Verfahren gegen schwere affektive Störungen gilt und oft auch noch den 30 Prozent der Patienten hilft, die auf Medikamente kaum oder gar nicht ansprechen.

Slade und Mitarbeiter untersuchten, wie häufig die EKT in Kliniken von neun US-Staaten zur Anwendung kommt. Sie konnten die Daten aller Patienten auswerten, die zwischen August 2015 und März 2017 stationär psychiatrisch behandelt worden waren. Die Datenbank erfasst sämtliche privaten und öffentlichen Kliniken und so fast alle stationär aufgenommenen Patienten. Annähernd 163.000 hatten eine schwere affektive Störung, davon ein Drittel eine unipolare Depression, 40 Prozent eine bipolare und 28 Prozent eine schizoaffektive Störung. Eine EKT erhielten nur knapp 2.500 oder 1,5 Prozent der Patienten mit schweren affektiven Störungen, die im Untersuchungszeitraum erstmals in eine Klinik mussten. Häufiger waren es Frauen, Ältere, Weiße und Latinos, zudem waren sie öfter privat versichert, wohnten eher in urbanen Regionen und hatten mehr Begleiterkrankungen als Patienten ohne EKT. 6,6 Prozent mit EKT mussten innerhalb eines Monats erneut aufgrund einer affektiven Problematik in eine Klinik, bei solchen ohne EKT waren es 12,3 Prozent. Bei Berücksichtigung sämtlicher bekannter Unterschiede der Patienten und auch der Wahrscheinlichkeit, in einer bestimmten Klinik eine EKT zu erhalten (basierend auf EKT-Raten in vergangenen Jahren), war die Wiederaufnahmerate nach einer EKT um 46 Prozent geringer als ohne. Männer – obwohl seltener mit elektrischer Hirndurchflutung behandelt – sprachen offenbar besser an als Frauen; sie mussten in den 30 Tagen nach der EKT zu 56 Pro-

dem derzeit höchsten Evidenzgrad. Weiterhin gibt es gute Evidenz für die übertragungsfokussierte Psychotherapie TFP (*Transference-Focused Psychotherapy*), die Mentalisierungs-basierte Therapie MBT und die Schematherapie. Die psychodynamisch orientierte TFP geht davon aus, dass bei schweren Persönlichkeitsstörungen gute und böse Objektanteile klar voneinander getrennt sind und aufgrund unkontrollierbarer Aggressionen nicht integriert werden können. Das Therapieziel ist deshalb die Integration der affektiv hoch besetzten Repräsentationen in die Komplexität eines differenzierten Selbst und Objekts mit sowohl guten als auch bösen Anteilen¹¹.

Die Therapie posttraumatischer Symptome wird nach psychischer Stabilisierung im Behandlungsplan der störungsspezifischen Psychotherapie integriert. Sollten intrusive oder dissoziative Symptome ganz im Vordergrund stehen, empfiehlt es sich zudem, eine Behandlung nach dem Konzept der komplexen Traumafolgestörung unter modifiziertem Einsatz von Methoden, die sich in der Traumatherapie bewährt haben, anzubieten¹².

Wenn immer möglich, sollte – trotz aller Schwierigkeiten – der Versuch unternommen werden, die Patienten in einem ambulanten psychotherapeutischen Setting zu behandeln, um den klinischen Verlauf zu verbessern und eine positive Entwicklung zu ermöglichen.

Literatur

- 1 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Huber, Bern.
- 2 Kernberg OF (2013) Schwere Persönlichkeitsstörungen. 8. Auflage. Klett-Cotta, Stuttgart.
- 3 Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 190: 381-387.
- 4 Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Yen S, Sanislow CA, Bender DS, Dyck IR, Morey LC, Stout RL (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 163: 822-826.
- 5 Gunderson JG, Links PS (2008). Borderline personality disorder. A clinical guide. 2. Auflage. American Psychiatric Press, Washington DC.
- 6 Sher L, Siever LJ, Goodman M, McNamara M, Hazlett EA, Koenigsberg HW, New AS (2015). *Psychiatry Res* 229: 685-689.
- 7 Berenz EC, Amstadter AB, Aggen SH, Knudsen GP, Reichborn-Kjennerud T, Gardner CO, Kendler KS (2013). Childhood trauma and personality disorder criterion counts: a co-twin control analysis. *J Abnorm Psychol* 122: 1070-1076.
- 8 Walter M, Sollberger D, Euler E (2016). Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Kohlhammer, Stuttgart.
- 9 Moggi F (2007) Doppeldiagnosen. Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht. 2. Auflage. Huber, Bern.
- 10 Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E (2014). Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. Kohlhammer, Stuttgart.
- 11 Dammann G, Janssen PL (2007) Psychotherapie der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart.
- 12 Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (2011). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Marc Walter, Chefarzt
 Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
 Wilhelm Klein-Strasse 27 · CH-4002 Basel
 Tel: +41 (0)61 325 5036 · Fax: +41 (0)61 325 5582
 E-Mail: marc.walter@upkbs.ch