

Neue Leitlinie empfiehlt: Borderline spezifisch behandeln

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde erstmals eine evidenzbasierte Behandlungsleitlinie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung erarbeitet. Eine interdisziplinäre Leitliniengruppe empfiehlt spezielle, an die Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung angepasste Psychotherapien, die auch das soziale Umfeld einbeziehen. Die zentrale Behandlungsempfehlung der neuen Leitlinie: Borderline-Persönlichkeitsstörungen sollen mit Hilfe spezifischer, strukturierter Psychotherapien von speziell weitergebildeten Therapeuten behandelt werden. Empfohlen werden Programme, die auf klassischen therapeutischen Verfahren aufbauen, aber insbesondere in Bezug auf Beziehungsgestaltung und selbstschädigendes Verhalten die Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung adressieren. Speziell für die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und die Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) liegen gute Nachweise der Wirksamkeit vor, wenn Symptome wie

selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität im Vordergrund stehen.

Eine medikamentöse Behandlung wird ausdrücklich nicht als primäre Therapie empfohlen. Sofern sie sich in akuten Krisen als nötig erweist, soll sie nach deren Abklingen möglichst schnell wieder beendet werden. Auch stationäre Aufenthalte sollten, wenn überhaupt, nur im akuten Krisenfall zum Einsatz kommen und dann möglichst kurzgehalten werden.

Während man früher annahm, dass es besser sei, das ohnehin leicht erschütterbare Selbstbild der Borderline-Betroffenen nicht noch mit einer psychiatrischen Diagnose zu belasten, rät die neue Leitlinie zu Offenheit den Betroffenen gegenüber. Wie bei anderen Erkrankungen auch, sollen Aufklärung über die Diagnose und Psychoedukation das Krankheitsverständnis der Patienten verbessern und Behandlungen effektiver machen. Die neue Leitlinie gibt zudem erstmals Empfehlungen für die Arbeit mit Angehörigen und thematisiert auch explizit die Situation von Betroffenen mit Kindern.

Neu ist auch die Empfehlung für frühe Interventionen: Zwar wird die Erkrankung meist erstmalig im frühen Erwachsenenalter diagnostiziert, Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen zeigen sich aber häufig schon viel früher. Wartet man mit der Behandlung ab, kann es sein, dass Probleme sich verfestigen. Die Leitliniengruppe ist sich deshalb einig, dass die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einer fachgerechten Diagnostik bereits ab einem Alter von 12 Jahren vergeben werden soll, damit die Betroffenen frühzeitig Unterstützung und Borderline-spezifische Behandlungsangebote in Anspruch nehmen können.

Quelle: Pressemitteilung DGPPN/vh

QR-Link: rosenfluh.ch/qr/s3-borderline



Vermehrt Komorbiditäten bei Cluster-Kopfschmerzen

Patienten mit Clusterkopfschmerzen scheinen neben der massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität auch ein 3-mal höheres Risiko für Komorbiditäten wie Herzerkrankungen, psychische und neurologische Erkrankungen zu haben. Das zeigte eine schwedische Studie mit 3240 Clusterkopfschmerz-Patienten zwischen 16 und 64 Jahren, die mit 16200 gematchten Personen ohne Clusterkopfschmerzen verglichen wur-

den. Unter den Kopfschmerzgeplagten hatten fast alle (92%) mindestens eine weitere Erkrankung, bei den Kopfschmerzlosen litten 78 Prozent an mindestens 2 Erkrankungen. Im Durchschnitt fehlten Clusterkopfschmerz-Patienten doppelt so lange am Arbeitsplatz (63 vs. 34 Tage pro Jahr), und ihr Risiko für eine Langzeitausenz ist erhöht. Im Weiteren zeigte sich, dass die Clusterkopfs-

schmerz-Patienten mit mindestens einer weiteren Erkrankung 4-mal so oft am Arbeitsplatz fehlten wie jene ohne zusätzliche Erkrankung; ihre Absenzen dauerten im Durchschnitt 63 Tage (vs. 34 Tage). vh ●

Quelle: Ran C et al: Multimorbidity and sickness absence/disability pension in cluster headache Patients and matched references: a swedish register-based study. *Neurology*. 2022;10.1212/WNL.0000000000201685. doi:10.1212/WNL.0000000000201685.

Neue S1-Leitlinie zu Therapie und Prophylaxe der Migräne

Die S1-Leitlinie zur Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne (1) wurde vollständig überarbeitet. Sie umfasst eine breite Palette an Optionen zur akuten und prophylaktischen Behandlung dieses weitverbreiteten Leidens. Besonders aktuell sind die Empfehlungen zur Dauer einer Migräneprophylaxe, zu den neuen Medikamentengruppen der Ditane und Gepante, den monoklonalen Antikörpern und zur nicht invasiven Neurostimulation. Die Leitlinie wird herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) unter Beteiligung der Österreichischen Kopf-

schmerzgesellschaft (ÖKSG) und der Schweizerischen Kopfwegesellschaft (SKG).

Für die Therapie der akuten Migräne im Erwachsenenalter wurden als Ergänzung zu den etablierten Triptanen Substanzen aus den neuen Substanzgruppen der Gepante (Rimegepant) und Ditane (Lasmiditan) zugelassen. Die Markteinführung beider Substanzen wird erwartet. Diese Substanzen greifen kausal in die spezifischen Pathomechanismen des Migränekopfschmerzes ein. Lasmiditan und Rimegepant dürfen bei einem akuten Migräneanfall eingesetzt werden, wenn klassische Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure und nicht steroidale Antirheumatika (NSAR, z. B. Ibuprofen,

Naproxen) oder Triptane nicht ausreichend wirken oder kontraindiziert sind.

In der Migräneprophylaxe gibt es eine neue Empfehlung, wonach die Dauer der prophylaktischen Therapie von der Schwere und der Dauer der Erkrankung sowie von den persönlichen Lebensumständen abhängig gemacht werden soll. Gerade Patienten mit einer chronischen Migräne oder Personen, die sich in einer besonders belastenden Lebensphase befinden, sind besonders schwer betroffen und verschlechtern sich oft, wenn die Therapie bereits nach einem Jahr beendet wird. Hier kann es gerechtfertigt sein, die Dauer einer Prophylaxe auf zwei Jahre auszuweiten.

Die Leitlinien empfehlen zur Prophylaxe des Weiteren nicht medikamentöse und verhaltenstherapeutische Massnahmen wie Ausdauer- und Entspannungstechniken. Bei der

akuten Therapie greift die Leitlinie die Möglichkeit der nicht invasiven Neurostimulation mit Klebeelektroden im Stirnbereich auf.

Quelle: Pressemitteilung der DGN/vh

Referenz:

1. Diener HC, Förderreuther S, Kropp P et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2022, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. www.dgn.org/leitlinien.

Buchtipps: «Higher Self – Psychedelika in der Psychotherapie»



Gregor Hasler
Higher Self – Psychedelika in der
Psychotherapie
Klett Cotta
ISBN: 978-3-608-98462-0

Warum spielen Psychedelika eine zunehmend wichtige Rolle in den Bereichen Medizin, Resilienz und Spiritualität? Sie verstärken die Neuroplastizität und ermöglichen dadurch, das Bewusstsein zu erweitern und das Selbst zugleich durchlässiger und widerstandsfähiger zu machen.

Während Psychopharmaka vorwiegend durch Veränderungen der Gehirnchemie wirken, be-

dienen Psychedelika dagegen einen der stärksten Wirkfaktoren von Psychotherapie: Sie ermöglichen Bewusstseinsweiterung durch direkte Erfahrung. Der Psychiater Prof. Dr. med. Gregor Hasler, Fribourg, erklärt, wie genau LSD, Psilocybin, MDMA (Ecstasy), Ketamin und Esketamin erlebte Einsicht fördern und wie sie die Neuroplastizität verstärken.