

Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Martin Bohus, Christian Schmahl



ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung betrifft etwa zwei Prozent der Bevölkerung. Suizidversuche, Selbstverletzungen und hochgradige Einschränkungen des Selbstwerts führen zu starkem Leidensdruck bei Betroffenen und deren Familien. **Methoden:** Der Übersichtsartikel basiert auf Leitlinien und einer selektiven Literaturliteraturarbeit durch die Autoren. **Ergebnisse:** Heute sieht man eine generalisierte Störung der Affektregulation im Zentrum der Störung. Wechselwirkungen zwischen genetischen Faktoren, schweren traumatischen biographischen Erfahrungen und dysfunktionalen Verhaltensmustern sind die Ursache. Störungsspezifische Therapieverfahren, insbesondere die dialektisch behaviorale Therapie, flankiert von psychopharmakologischer Behandlung, zeigen gute Behandlungsergebnisse. **Diskussion:** Es drängt die Frage nach Prädiktoren für Therapieerfolg und die Umsetzung der wissenschaftlich evaluierten Therapieverfahren in die ambulante Versorgung. Auf psychopharmakologischer Ebene fehlen große Multicenterstudien und die Entwicklung von spezifischen, auf die Affektregulation zielenden Medikamenten. Dtsch Arztebl 2006; 103(49) A 3345–52. **Schlüsselwörter:** Borderline-Persönlichkeitsstörung, Dialektisch Behaviorale Therapie, Psychopharmakologie

SUMMARY

PSYCHOPATHOLOGY AND TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) is associated with suicide, self-destructive behaviour and substantially alleviated feeling of self-worth which leads to severe suffering in patients and the social environment. BPD is affecting about two per cent of the population. **Methods:** The review is based on guidelines and selective literature research. **Results:** Most researchers postulate pervasive affective dysregulation at the core of borderline symptomatology. Affective dysregulation in BPD is seen as a consequence of an interplay between genetic vulnerability, sociobiographic experience and dysfunctional behaviour. Disorder-specific psychotherapeutic treatments especially Dialectical Behaviour Therapy gain significant treatment effects under both, outpatient and inpatient conditions. **Discussion:** Regarding psychotherapy, elucidation of variables predicting treatment response needs to be done as well as further dissemination of evidence based psychotherapy in outpatient praxis. Concerning psychopharmacology, larger multi-centre studies are lacking as well as development of specific drugs targeting affective dysregulation.

Dtsch Arztebl 2006; 103(49) A 3345–52.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behaviour Therapy, psychopharmacology

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwerwiegende Störung der Affektregulation, begleitet von verzerrter Wahrnehmung des Selbstbildes und des zwischenmenschlichen Verhaltens. Meist entwickelt sich die Problematik in der frühen Adoleszenz: Starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche und schwere Selbstzweifel sind oft die ersten Anzeichen. Kommen Selbstverletzungen, Suizidversuche, Drogenprobleme und Essstörungen hinzu, dann liegt der klinische Verdacht auf das Vorliegen einer BPS nahe.

Neben diesen Auffälligkeiten des Verhaltens und Erlebens lassen sich heute auch strukturelle und funktionelle Veränderungen zentraler fronto-limbischer Regulationsmechanismen nachweisen (1). Die meisten klinischen Abweichungen sind demgemäß entweder als Folge einer gestörten Affektregulation zu verstehen oder als (dysfunktionaler) Versuch, diese zu bewältigen. So werden etwa Selbstverletzungen, oder auch Essanfälle oder Alkoholabusus häufig zur Milderung von intensiven Erregungszuständen eingesetzt. Langfristig manifestieren sich diese „Lösungsversuche“ jedoch als komorbide Störungen. Diese beeinflussen die Entwicklung der Symptomatik negativ und erschweren häufig die Therapie.

Epidemiologie und Verlauf

Die Häufigkeit der BPS kann auf etwa zwei Prozent geschätzt werden (2). Vergegenwärtigt man sich, dass die meisten Betroffenen weiblich und zwischen 15 und 45 Jahre alt sind, so kann man annehmen, dass über drei Prozent aller Frauen im jungen Erwachsenenalter und etwa ein Prozent aller Männer in Deutschland die Kriterien einer Borderlinesstörung erfüllen. Damit ist dieses schwerwiegende Störungsbild deutlich häufiger als zum Beispiel schizophrene Erkrankungen. Etwa 80 Prozent aller Betroffenen suchen psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, und etwa 15 Prozent aller Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen die Kriterien einer BPS – zumindest in der Sekundärdiagnose. Somit gehört die BPS zu den häufigsten Aufnah-

Teilnahme nur im Internet möglich:
www.aerzteblatt.de/cme

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim (Prof. Dr. med. Bohus, PD Dr. med. Schmahl)

Definition

- Störung der Affektregulation begleitet von verzerrter Wahrnehmung des Selbstbildes und des zwischenmenschlichen Verhaltens
- Erste Anzeichen sind starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche und schwere Selbstzweifel.

KASTEN 1

Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV

- Um die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV stellen zu können, müssen mindestens fünf der neun Kriterien erfüllt sein:

Affektivität

1. Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (zum Beispiel häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
2. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist
3. Chronisches Gefühl der Leere

Impulsivität

4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen beispielsweise Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder Fressanfälle
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

Kognition

6. Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
7. Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.

Interpersoneller Bereich

8. Verzweifeltes Bemühen, reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern
9. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

KASTEN 2

Klinische Diagnostik der Borderline-Störung

Leitsymptom

Einschießende intensive aversive Anspannung, Selbstverletzung

Operationalisierte Diagnostik

Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (SKID II) oder IPDE („International Personality Disorder Examination, Borderline-modul“)

Schweregradeinschätzung

mithilfe der BSL (Borderline-Symptom-Liste)

Komorbidität

SKID I (strukturiertes klinisches Interview für Achse-I-Störungen, nach DSM-IV)

erfolgt die erste stationäre psychiatrische Behandlung erstmals im Alter von etwa 24 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt beträgt die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zehn Jahren eine jährliche Wiederaufnahme in psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, etwa 80 Prozent (3). Neuere Studien aus den USA konnten zeigen, dass der Langzeitverlauf der BPS deutlich besser erscheint als bislang vermutet. So fanden Zanarini et al. (4) in einer groß angelegten Katamnese-Studie an 290 psychotherapeutisch behandelten Borderline-Patientinnen, dass die Psychopathologie im Laufe der Jahre deutlich abnimmt. Eine zweite Langzeit-Verlaufsstudie, die CLPS-Studie, (5) bestätigte weitgehend diese Ergebnisse. Die Generalisierbarkeit dieser Daten auf die Bedingungen in Deutschland wird jedoch sehr kontrovers diskutiert. Vergleichbare Daten für den europäischen oder deutschen Bereich wären dringend nötig, liegen derzeit jedoch nicht vor.

Diagnostik

Die Diagnosekriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV), eines international anerkannten Kriterienkatalogs, sind in *Kasten 1* zusammengefasst. Zur Diagnosestellung müssen fünf von neun Kriterien sowie die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung über einen längeren Zeitraum erfüllt sein.

mediagnosen in psychiatrischen Kliniken. Das starke Inanspruchnahmeverhalten dieser Patientengruppe fordert die Versorgungsstrukturen in besonderem Maße. Die jährlichen Behandlungskosten belaufen sich in Deutschland auf etwa drei Milliarden Euro, das entspricht etwa 15 Prozent der Gesamtkosten, die für psychische Störungen ausgegeben werden (3). 90 Prozent dieser Kosten entstehen durch stationäre Behandlungen. Die durchschnittliche Liegezeit beträgt derzeit in Deutschland etwa 68 Tage pro Jahr. Wie oben beschrieben, liegt der Beginn der Störung meist in der frühen Adoleszenz. Im Durchschnitt jedoch

Epidemiologie und Verlauf

- Die Häufigkeit wird auf zwei Prozent geschätzt.
- 80 Prozent aller Betroffenen suchen psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, etwa 15 Prozent aller Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen die Kriterien einer BPS.

Diagnostik

- Neben der Diagnose sollte auch der Schweregrad der jeweiligen Symptomatik bestimmt werden.
- komorbide Störungen oder affektive Störungen sollten mithilfe eines operationalisierten Instrumentes (SKID 1) vollständig erfasst werden.

Für die wissenschaftliche, und klinische Diagnostik hat es sich als sinnvoll erwiesen, neben der Diagnose auch den Schweregrad der jeweiligen Symptomatik zu bestimmen. Für Ersteres empfiehlt sich das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen“ (SKID II; 6) oder das IPDE (International Personality Disorder Examination; 7). Beide Instrumente liegen als deutschsprachige Versionen vor. Für die Schweregradbestimmung wurden drei Instrumente entwickelt, von denen im deutschsprachigen Raum derzeit lediglich die von Bohus et al. publizierte „Borderline-Symptom-Liste“ (BSL; 8) als Fragebogen vorliegt.

Da komorbide Störungen wie Suchterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder affektive Störungen Verlauf und Prognose und damit auch die Therapieplanung erheblich beeinflussen, hat es sich auch im klinischen Alltag bestätigt, diese möglichst mithilfe eines operationalisierten Instrumentes (SKID I) vollständig zu erfassen.

Differenzialdiagnostisch erscheint es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Borderline-typischen Erlebens- und Verhaltensmuster nicht ausschließlich während depressiver Episoden auftreten.

Die klinische Diagnostik in der Praxis sollte sich an folgendem Entscheidungsalgorithmus orientieren (*Kasten 2*).

Ätiologie und Symptomatik

Die meisten Wissenschaftler favorisieren heute ein ätiologisches Modell, das Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Variablen sowie dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern annimmt.

Die einzige Zwillingsstudie, die Konkordanzraten von monozygoten mit dizygoten Zwillingen vergleicht, von denen ein Zwilling manifest eine nach DSM-IV diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweist, wurde im November 2000 veröffentlicht (9). Sie zeigt eine erhebliche genetische Bedeutung für die Entstehung der Borderline-Störung. Ein weiterer, indirekter Hinweis auf genetische Beteiligung ist, dass etwa 50 Prozent der Betroffenen retrospektiv über ein manifestes Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) in der Kindheit berichten, bei dem eine klare genetische Prädisposition gesichert ist. An biographisch relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren lassen sich sexuelle Gewalterfahrung (etwa 65 Prozent), körperliche Gewalterfahrungen (etwa 60 Prozent) und schwere Vernachlässigung (etwa 40 Prozent) identifizieren (10). Bei der sexuellen Gewalt handelt es sich zum Teil um sehr frühe, langwierige Traumatisie-

FALLVIGNETTE

Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Kollege aus der chirurgischen Intensivstation ersuchte um ein sofortiges psychiatrisches Konsil: Eine etwa 24-jährige Patientin sei gestern nach einem Suizidversuch von drei Freundinnen in die Klinik gebracht worden. Sie hatte sich Schnittverletzungen an den Unterarmen zugefügt und zudem wohl etwa 500 mL Blut abgenommen. Der Hb war auf 5,3 gesunken. Da Fluchtgefahr bestünde, wäre sie nun fixiert.

Die untergewichtige, anämische junge Frau berichtet nach anfänglichem Zögern, dass Sie gestern erfahren habe, dass Ihre Freundin sich von ihr trennen und ins Ausland gehen wolle. Sie könne sich nicht vorstellen, ohne sie zu leben. Völlig verzweifelt hätte sie sich dann betrunken und Blut abgenommen. Dies täte sie öfter, das helfe ihr, sich nicht mehr so intensiv zu spüren. Kurz vor Bewusstseinsverlust hätte sie zum Abschied die Freundin noch einmal angerufen. Auf Nachfrage gibt sie an, seit Jahren unter starken Stimmungsschwankungen zu leiden und sich regelmäßig zu schneiden, um hohe Anspannungen zu mildern. Sie wünsche nun sofort heimzugehen, da die Freundin eingewilligt hätte, die Beziehung doch fortzusetzen.

rungen, und es zeigt sich, dass Borderline-Patienten diese Erfahrungen eher in der Familie machen (10). Dennoch erscheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass sexuelle Traumatisierung weder eine notwendige noch hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung einer BPS darstellt. Die unter Klinikern stark verbreitete Annahme, dass es sich bei der BPS um ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom handelt, findet auf wissenschaftlicher Ebene keine Evidenz.

Das pathogenetische Modell würde sicherlich zu kurz greifen, wenn die destabilisierende Wirkung dysfunktionaler Verhaltensmuster nicht berücksichtigt würde: Auf der symptomatischen Ebene beängstigen zunächst die häufigen Suizidversuche. Etwa 80 Prozent aller Borderline-Patienten berichten zumindest über einen, die meisten über mehrere Versuche, sich gezielt das Leben zu nehmen. Etwa acht Prozent der Betroffenen sind in dieser Hinsicht leider „erfolgreich“. Ein wichtiger Risikofaktor für Suizid ist selbstschädigendes Verhalten wie Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen, das wiederum bei etwa 85 Prozent der Borderline-Patienten zumindest während einiger Zeitabschnitte zu beobachten ist. Etwa die Hälfte der Betroffenen berichtet, dass diese Verhaltensmuster bereits im Grundschulalter begonnen hätten. Das wichtigste Motiv für selbstschädigendes Verhalten ist, die Absicht,

Ätiologie

- Borderline-Störungen haben eine genetische Komponente.
- Es besteht keine Evidenz, dass es sich bei der Borderline-Störung primär um ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom handelt.

Symptomatik

- 80 Prozent aller Borderline-Patienten berichten zumindest über einen Suizidversuch, acht Prozent suizidieren sich tatsächlich.
- Wichtigstes Motiv für Selbstschädigung ist die Absicht, Spannungszustände zu mindern.

heftige negative Emotionen oder Spannungszustände zu mindern. Die meisten Betroffenen sind während dieser Phasen weitgehend unempfindlich gegen Schmerzen. Etwa 20 Prozent hingegen schneiden sich trotz oder wegen intensiver Schmerzempfindung.

Die letzte Gruppe erfährt durch die Selbstverletzungen „Kicks“, also Euphorisierung, Verbesserung der Kognition und der Leistungsfähigkeit. Häufig unterschätzt wird der prägende Einfluss von Drogen- und Alkoholmissbrauch auf die Affektregulation während der Adoleszenz. Das gleiche gilt für Ess- und Trinkstörungen, die sich in fast jeder Borderline-Anamnese nachweisen lassen.

Emotionale Dysregulation

Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen heute eine Störung der Affektregulation (1): Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau ausgesprochen hoch. Nur verzögert erreichen die Betroffenen wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenommen, sondern als äußerst quälende, diffuse Spannungszustände erlebt. Häufig sind diese so stark, dass die Betroffenen ein ausgeprägtes Gefühl der Unwirklichkeit erleben und wesentliche Anteile der zentralen sensorischen Reizverarbeitung, wie etwa die Schmerz Wahrnehmung, gestört sind (Dissoziation). Die beschriebenen selbstschädigenden Verhaltensmuster können diese aversiven Spannungszustände reduzieren, was im Sinne der Lerntheorie als negative Verstärkung bezeichnet werden kann.

Auch die auffälligen Verhaltensmuster im zwischenmenschlichen Bereich können mit Störungen der Emotionsregulation erklärt werden: Hier dominieren insbesondere Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. Beherrscht von einer intensiven Angst vor dem Alleinsein und einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Verankerung wichtiger Bezugspersonen, verwechseln sie häufig Abwesenheit mit manifester Verlassenheit. Sie versuchen daher, wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden. Andererseits bewirkt die Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit oft ein hohes Maß an Angst, Schuld oder Scham.

Die Folge: langwierige, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen. Für Außenstehende wirken diese interaktionellen Manöver

häufig unerklärlich und „manipulativ“. Viele Ärzte und auch Psychotherapeuten, die keine Zusatzausbildung erfahren haben, fühlen sich dann überfordert und schwanken zwischen übermäßiger Sorge und schroffer Ablehnung. Selbst unter Studienbedingungen wird etwa die Hälfte aller unspezifischen Psychotherapien vorzeitig abgebrochen.

Ein weiteres Symptom gestörter Affektregulation sind die ausgeprägten dissoziativen Phänomene. Unter hoher Anspannung kommt es zu Störungen der senso-motorischen Integration, was subjektiv als Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, als ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem als Verlust der Kontrolle über die Realität erlebt wird. Hinzu kommen häufig „Flashbacks“, das heißt szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse, die zwar kognitiv der Vergangenheit zugeordnet werden, emotional jedoch als real erlebt werden. Oft werden diese Flashbacks, die über Stunden und Tage anhalten können, vom klinisch Unerfahrenen als psychotisches Erleben fehlagnostiziert.

Auch Alpträume sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden und destabilisieren emotional. Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen, Vernachlässigung von körperlicher Bewegung sowie nachlässige Behandlung eventueller somatischer Erkrankungen verursachen schließlich auch soziale Probleme wie schlechte Ausbildung und Arbeitslosigkeit.

Psychotherapie der BPS

Das Bestreben, störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte für psychische Störungen zu entwickeln, hat sich auch im Bereich der BPS durchgesetzt. Neben der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT; 11), einem verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept, liegen mittlerweile auch manualisierte Behandlungskonzepte aus anderen therapeutischen Schulen vor: O. Kernberg entwickelte die „transference focussed therapy“, TFT, (12), Bateman und Fonagy die „mentalization based treatment“, MBT, (13,14) und J. Young die „schema focussed therapy for BPD“ (15). Bevor auf die jeweilige Studienlage eingegangen wird, sollen zunächst die Gemeinsamkeiten dieser störungsspezifischen Behandlungsformen skizziert werden:

Diagnostik

Grundvoraussetzung für die Durchführung einer störungsspezifischen Psychotherapie ist eine Diagnostik, die auf definierten Kriterien beruht, und die dem Patienten offen gelegt wird.

Emotionale Dysregulation

- Typisch sind auffällige Verhaltensmuster im zwischenmenschlichen Bereich.
- Ausgeprägte dissoziative Phänomene sind ein weiteres Symptom gestörter Affektregulation.

Psychotherapie der BPS

- Grundvoraussetzung ist eine Diagnostik, die auf definierten Kriterien beruht.
- Klare Regeln und Vereinbarungen zwischen Arzt und Patient, „Therapieverträge“, sind Pflicht.
- Suizidversuche oder drängende Suizidideen werden vorrangig behandelt.

Zeitlicher Rahmen

Es hat sich durchgesetzt, bereits zu Beginn der Therapie zeitlich klare Begrenzungen zu vereinbaren und diese auch einzuhalten. Die meisten Therapien belaufen sich auf einen Zeitrahmen von bis zu drei Jahren.

Therapievereinbarungen

Allen Therapieformen gemeinsam sind klare Regeln und Vereinbarungen bezüglich des Umgangs mit Suizidalität, Kriseninterventionen und Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen. Diese werden zu Beginn der Therapie in sogenannten „Therapieverträgen“ vereinbart.

Hierarchisierung der Behandlungsziele

Alle störungsspezifischen Verfahren zur Behandlung der BPS verfügen über eine Hierarchisierung der Behandlungsziele: Suizidversuche oder drängende Suizidideen werden stets vorrangig behandelt. Auch therapiegefährdende Verhaltensmuster sollten Priorität haben, beziehungsweise solche, die den Therapeuten oder die Mitpatienten stark belasten. Schließlich müssen körperliche Folgen von psychischen Störungen vorrangig behandelt werden, die emotionale Lernprozesse verhindern würden (schwere Anorexie, Benzodiazepin-Abhängigkeiten, Drogen- und Alkoholabhängigkeit).

Multimodaler Ansatz

Die meisten Verfahren kombinieren verschiedene therapeutische Module wie Einzeltherapie, Gruppentherapie, Pharmakotherapie und insbesondere Telefonberatung zur Krisenintervention.

Supervision

Unter allen Fachleuten herrscht Übereinstimmung, dass die Supervision der behandelnden Therapeuten Bestandteil der Therapie sein sollte. Streng genommen wurden alle wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise nur unter supervidierten Bedingungen erbracht.

Evidenzbasierte Psychotherapie

Die Cochrane Collaboration veröffentlichte 2006 eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren in der Behandlung der BPD (17) und kommt zu dem Schluss, dass „einige der wichtigsten Borderline-typischen Probleme durch Gesprächs- oder Verhaltenstherapie verbessert werden können“, die Datenlage sei jedoch noch zu schwach, um gesicherte Aussagen treffen zu können. Mittlerweile wurden zwei weitere kontrolliert-randomisierte Studien veröffentlicht,

die die Wirksamkeit von störungsspezifischer Psychotherapie untermauern (18, 19)

Bisher wurde für drei Psychotherapieformen ein Wirksamkeitsnachweis erbracht (*Tabelle e1 im Internet*). Für die dialektische behaviorale Therapie (DBT) im ambulanten und stationären Bereich, für die MBT als teilstationäre Langzeittherapie sowie für die „Schema-fokussierte Therapie“ als dreijährige ambulante Therapie. Die Wirksamkeit der DBT konnte von vier unabhängigen Arbeitsgruppen in sieben randomisierten kontrollierten Therapiestudien gezeigt werden, zu anderen Therapieformen liegen weniger randomisiert kontrollierte Studien vor (2). Zudem belegt eine kontrollierte Studie aus Deutschland die Wirksamkeit eines dreimonatigen stationären DBT-Behandlungskonzeptes (20). Der Wirksamkeitsnachweis für MBT erstreckt sich bislang auf teilstationäre Behandlung (13, 14): bei geringen Abbruchquoten finden sich signifikante Verbesserungen erst nach zwölf Monaten, deutliche Effekte hingegen zeigen sich nach drei Jahren Behandlung, wobei die Therapie während dieses Zeitrahmens als kontinuierliche ambulante Gruppentherapie fortgesetzt wurde. Die Überlegenheit der Schema-fokussierten Therapie nach Young (drei Jahre ambulante Behandlung) gegenüber der von Kernberg entwickelten „transference focussed treatment“, TFT, konnte in einer kontrolliert randomisierten Studie gezeigt werden (18). Aussagen zur generellen Wirksamkeit der TFT können derzeit nicht getroffen werden, da noch keine publizierten Wirksamkeitsnachweise vorliegen.

Trotz dieser insgesamt viel versprechenden Ergebnisse zeigt sich bei allen Studien, dass nur etwa 50 Prozent der behandelten Patienten auf die angebotenen Verfahren ansprechen. Untersuchungen zu generellen oder behandlungsspezifischen Prädiktorvariablen liegen noch nicht vor. Es bleibt also zunächst unklar, welche Patienten überhaupt auf Psychotherapie und welche auf spezifische Behandlungsangebote reagieren. Unklar ist auch, ob eine Wiederholung (zunächst) erfolgloser Behandlungen sinnvoll ist oder ob die Verfahren gewechselt werden sollten. Eine große Belastung für die Patienten stellen komorbide Angststörungen dar, wie zum Beispiel posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), soziale Phobien und generalisierte Angsterkrankungen. Diese dauern häufig an, auch wenn die schweren Störungen auf der Verhaltensebene, wie Suizidalität und Selbstverletzungen, zeitweilig nachlassen. Die gängigen, etablierten, expositionsbasierten und kognitiven psychotherapeutischen Verfahren greifen bei Borderli-

Evidenzbasierte Psychotherapie

- Einige der wichtigsten Borderline-typischen Probleme können durch Gesprächs- oder Verhaltenstherapie verbessert werden.

Wirksamkeitsnachweise liegen vor für:

- die Therapieformen der DBT im ambulanten und stationären Bereich
- MBT als teilstationäre Langzeittherapie
- die Schema-fokussierte Therapie als dreijährige ambulante Therapie

ne-Patienten zu kurz. Einige Kliniken in Deutschland bieten Borderline-spezifische Traumatherapien an, deren Wirksamkeit jedoch noch keiner wissenschaftlichen Überprüfung (im Sinne von randomisiert kontrollierten Studien) unterzogen wurden.

Pharmakotherapie der BPS

Die wenigen, randomisiert kontrollierten Pharma-Studien zur BPS basieren meist auf kleinen Fallzahlen und umfassen nur kurze Beobachtungszeiträume. Es gibt derzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung der BPS, vielmehr zeichnen sich die Medikamente durch eine mehr oder weniger charakteristische Wirksamkeit für bestimmte Bereiche der Psychopathologie aus (21). In den letzten zehn Jahren wurden mehrere placebokontrollierte Studien durchgeführt, die Wirksamkeitsnachweise für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), Stimmungsstabilisatoren wie Valproinsäure sowie atypische Neuroleptika erbrachten (Tabelle e2). Erste positive Befunde für Topiramamat müssen bestätigt werden. Gute Effekte hinsichtlich Affektregulation, Depressivität, Impulsivität und Ängstlichkeit zeigten sich auch für das atypische Neuroleptikum Olanzapin, das wegen der besseren Verträglichkeit klassischen Neuroleptika in der Regel vorzuziehen ist, wobei die häufige Gewichtszunahme gerade bei BPS-Patientinnen mit komorbiden Essstörungen problematisch sein kann. Alternativen sind Aripiprazol und Quetiapin (e2). Eine jüngste placebokontrollierte Studie konnte die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit DBT und Olanzapin versus DBT mit Placebo nachweisen (22).

Offene Studien zeigten positive Effekte für Risperidon und Clozapin. Die Wirksamkeit von Naltrexon bei dissoziativer Symptomatik konnte ebenfalls in einer offenen Studie gezeigt werden (23). Im akuten Erregungszustand hat sich der Einsatz von Catapresan häufig als sinnvoll erwiesen. Der Einsatz von Benzodiazepinen birgt bei Borderline-Patienten ein erhebliches Suchtpotenzial und sollte auf wenige begründete kurzfristige Einzelfälle beschränkt werden.

Zur Versorgungssituation in Deutschland

Ogleich sich störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte als wirksam erwiesen haben, muss betont werden, dass die gegenwärtige Versorgungssituation für Borderline-Patienten in Deutschland insbesondere im ambulanten Bereich völlig unzureichend ist. Der Großteil der hohen stationären Kosten könnte durch den Aufbau von Integrierter Versorgung

sicherlich drastisch reduziert werden. Bleibt noch auf eine Hochrisikogruppe hinzuweisen: Borderline-Patienten mit komorbider Alkohol- oder Drogenabhängigkeit haben das höchste Suizid- und Chronifizierungsrisiko – gerade für diese Patientengruppe ist das Behandlungsangebot in Deutschland noch am wenigsten entwickelt.

Fazit für die Praxis

Allgemeinmediziner, aber auch niedergelassene Pädiater, so sie mit Adoleszenten Kontakt haben, sollten bei auffälligen Schnittnarben und Brandwunden an die nahe liegende Möglichkeit einer Borderline-Störung denken. Man sollte Störungen der Affektregulation (intensive Anspannung, Stimmungsschwankungen, schwere Selbstzweifel) eruieren, sowie Suizidgedanken oder -Versuche erfragen. Bei begründetem Verdacht sollte der Betroffene über die Möglichkeit einer vorliegenden Borderline-Störung aufgeklärt werden. Mittlerweile gibt es eine Reihe von brauchbaren Patientenaufklärungen (24) sowie Betroffenenberichte (25), die eine fundierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik ermöglichen.

Lässt sich die Diagnose bestätigen, sollte man dringend darauf hinwirken, dass der Betroffene sich in fachpsychiatrische- oder psychotherapeutische Behandlung begibt, möglichst bei einem Kollegen mit störungsspezifischer Zusatzausbildung. Es ist zu beachten, dass Borderline-Patienten bisweilen die Tendenz haben, körperliche Erkrankungen zu verschleppen und nicht adäquat behandeln zu lassen. Dies liegt zum einen in einem oft ausgeprägten Hass auf den eigenen Körper begründet, zum anderen aber auch in traumatischen sexuellen Erfahrungen, die körperliche Nähe, wie sie die ärztliche Untersuchung erfordert, als stark angstbesetzt erleben lässt. Auf den Arzt kommt die schwierige Aufgabe zu, eine Balance zu finden zwischen zurückhaltender Sorgfalt und drängendem Beharren auf adäquate körperliche Versorgung. Dies betrifft insbesondere das Körpergewicht und drohende metabolische Syndrome (viele Borderline-Patienten sind entweder anorektisch oder schwer übergewichtig), auch Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet (in Folge des Übergewichts) sind zu beachten.

Bisweilen besteht bei Borderline-Patienten das Bestreben, mehrere medizinisch/therapeutisch tätige Personen zeitgleich zu aktivieren. Es sei empfohlen, sich im Zweifelsfall, nach Rücksprache mit dem Patienten, mit den Kollegen abzusprechen, und die Behandlung in

Pharmakotherapie

- Es gibt zurzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- Nachgewiesen ist eine Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit DBT und Olanzapin.

Fazit

- Bei auffälligen Schnittnarben und Brandwunden an eine Borderline-Störung denken
- bei Vorliegen von BPS, Patienten aufklären
- Kontrolle über automatisiertes krisenförderndes Verhalten vermitteln.

eine Hand zu geben. Häufig besteht die Tendenz, sich von der emotionalen Not der Betroffenen zu unprofessionellem Handeln hinreißen zu lassen. Es ist dabei ganz besonders wichtig, seine persönlichen, und ethischen Grenzen nicht zu überschreiten, sondern auf professionelle Distanz zu achten. Interventionen gehören in die Hand des Fachmannes. Sollte, wie zumeist der Fall, eine Überweisung zu einem Spezialisten nicht möglich sein, so kann man ein spezialisiertes stationäres Zentrum kontaktieren.

Psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung sollte primär darauf zielen, Kontrolle über automatisiertes krisenförderndes Verhalten zu vermitteln. Suizidalität, schwere Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und Drogeneinnahme stehen hierbei an erster Stelle. Erst im zweiten Schritt können Probleme auf der Ebene des emotionalen Erlebens (etwa die Folgen von sexuellen Traumata) angegangen werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 17. 5. 2006, revidierte Fassung angenommen: 21. 8. 2006

LITERATUR

1. Bohus M, Schmahl Ch, Lieb K: New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 43–50.
2. Lieb K, Linehan M, Schmahl Ch, Zanarini M, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–61.
3. Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M: Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1998; 66: 545–52.
4. Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Silk K: The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 274–83.
5. Grilo C, Sanislow C, Gunderson J et al.: Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 767–75.
6. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J: User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). Washington D.C.: American Psychiatric Press 1996.
7. Loranger A: International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM IV and ICD 10 modules. In: Odesse, FL: Psychological Assessment Resources 19.
8. Bohus M, Limberger M, Frank U et al.: Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology* (in press)
9. Torgersen S, Lygren S, Oien P et al.: A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41: 416–25.
10. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101–06.
11. Linehan M: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford 1993.
12. Clarkin J, Foelsch PA, Levy KN et al.: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001; 15: 487–95.
13. Bateman W, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563–69.

14. Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (1): 36–42.
15. Young JE: *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.), Sarasota, FL USA: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange 1999.
16. Bohus M: *Borderline-Störungen. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2002.
17. Binks C, Fenton M, McCarty L et al.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder (review). *The Cochrane database of systematic reviews* 2006; Issue 1.
18. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P et al.: Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (6): 649–58.
19. Linehan M, Comtois K, Murray A et al.: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(7): 757–66.
20. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger M et al.: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; 42: 487–99.
21. Remmel A, Bohus M: Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie* 2006; 54 (3): 185–97.
22. Soler J, Pascual JC, Campins J et al.: Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162(6): 1221–4.
23. Bohus M, Landwehrmeyer B, Stiglmayr Ch et al.: Naltrexone in the Treatment of Dissociative Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder: An Open-Label Trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60 (9): 598–603.
24. Sender I: *Ratgeber für Borderline-Syndrom – Wissenswertes für Betroffene und Angehörige*. München: CIP-Medien 2004.
25. Knuf A, Tilly Ch: *Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline*. Bonn: Psychiatrie Verlag 3. Aufl. 2006.

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. med. Martin Bohus
 PD Dr. med. Christian Schmahl
 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
 J5, 68117 Mannheim, E-Mail: martin_bohus@web.de



English version of this article is available online:
www.aerzteblatt.de/english

Weitere Informationen zu cme

Dieser Beitrag wurde von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zertifiziert.

Eine Kasuistik, die im Text erwähnten Tabellen mit einer Übersicht kontrollierter Psychotherapiestudien zur Behandlung der BPS sowie über placebokontrollierte pharmakologische Therapiestudien der letzten zehn Jahre zur Behandlung der BPS inklusive weiterführender Literatur stehen im Internet zur Verfügung: www.aerzteblatt.de/cme/0613

Die erworbenen Fortbildungspunkte können mithilfe der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) verwaltet werden. Unter www.aerzteblatt.de/cme muss hierfür in der Rubrik „Meine Daten“ oder bei der Registrierung die EFN in das entsprechende Eingabefeld eingegeben werden. Die 15-stellige EFN steht auf dem Fortbildungsausweis.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen für die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung. Pro Frage ist nur eine Antwort möglich. Bitte entscheiden Sie sich für die am ehesten zutreffende Antwort.

Frage Nr. 1

Welches psychophysiologische Problem sieht die Forschung derzeit im Zentrum der Borderline-Störung?

- a) Eine generalisierte Störung der Affektregulation
- b) Eine Angststörung
- c) Eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung
- d) Eine Anpassungsstörung
- e) Eine Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum

Frage Nr. 2

Wie hoch ist die Prävalenz der Borderline-Störung?

- a) Unter 1 Prozent
- b) Etwa 2 Prozent
- c) Etwa 5 Prozent
- d) Etwa 7 Prozent
- e) Unbekannt

Frage Nr. 3

Wie hoch ist die Suizidrate der Borderline-Störung einzuschätzen?

- a) 3 Prozent
- b) 8 Prozent
- c) 10 Prozent
- d) 15 Prozent
- e) 30 Prozent

Frage Nr. 4

Selbstschädigungen werden von Borderline-Patienten in erster Linie eingesetzt um

- a) Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erlangen
- b) Starke aversive Anspannung zu reduzieren
- c) Ohnmacht zu demonstrieren
- d) Autonomie von gesellschaftlichen Normen und Zwängen zu demonstrieren
- e) Symmetriezwängen zu gehorchen

Frage Nr. 5

Welche Symptome können dem Syndrom „Dissoziation“ zugeordnet werden?

- a) Subjektive Verzerrung der Raum- und Zeitwahrnehmung
- b) Reduktion der Schmerzwahrnehmung
- c) Ausgeprägtes Gefühl der Fremdheit
- d) Verlust der Kontrolle über die Realität
- e) Alle genannten Symptome

Frage Nr. 6

Welches Psychotherapeutische Verfahren wurde durch die meisten kontrolliert randomisierten Studien überprüft?

- a) Übertragungs-Fokussierte Psychotherapie (TFT)
- b) Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)
- c) Kognitive Therapie nach Young
- d) Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)
- e) Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Frage Nr. 7

Welches Problemfeld sollte, falls manifest vorhanden, vorrangig psychotherapeutische Behandlung erfahren?

- a) Trauma-assoziierte Intrusionen
- b) Sozialphobisches Meidungsverhalten
- c) Schwere Störungen des emotionalen Erlebens
- d) Suizidalität
- e) Störungen des Sexualverhaltens

Frage Nr. 8

Auf neurobiologischer Ebene konnten bei Borderline-Patienten Veränderungen in folgenden Arealen nachgewiesen werden:

- a) Kleinhirn
- b) Basalganglien
- c) Fronto-limbische Regulationsmechanismen
- d) Somato-sensorischer Kortexe
- e) Substantia nigra

Frage Nr. 9

Für die Behandlung der Borderline-Störung müssen etwa 15 Prozent der Gesamtkosten für psychische Störungen in Deutschland veranschlagt werden. Dies liegt primär an

- a) hohen ambulanten Kosten für Psychotherapie
- b) medikamentöser Polypragmasie
- c) langwierigen, wiederholten stationären Aufenthalten
- d) hohen Kosten für medizinische Notfallmaßnahmen
- e) hohen sekundären Krankheitskosten

Frage Nr. 10

„Flashbacks“ sind ein häufiges Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung. Was versteht man unter diesem Begriff?

- a) Die Angst des Patienten, sich noch einmal an das Trauma zu erinnern.
- b) Szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse.
- c) Die Reaktivierung von Halluzinationen.
- d) Die emotionale Reaktion des Therapeuten auf aggressive Impulse des Patienten.
- e) Die Zurückweisung der Betroffenen durch Familienangehörige oder Partner.

Wichtiger Hinweis

Die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist ausschließlich über das Internet möglich: www.aerzteblatt.de/cme. Einsendeschluss ist der 19. Januar 2007.

Einsendungen, die per Brief oder Fax erfolgen, können nicht berücksichtigt werden.

Die Lösungen zu dieser cme-Einheit werden in Heft 5/2007 veröffentlicht.

Die cme-Einheit „Differenzialdiagnose von Kopfschmerzen“ (Heft45/2006) kann noch bis zum 22. Dezember 2006 bearbeitet werden.

Für Heft 1–2/2007 ist das Thema „Somatisierungsstörungen“ vorgesehen.

Lösungen zur cme-Einheit in Heft 41/2006:

Baron R: Diagnostik und Therapie neuropathischer Schmerzen: 1/c, 2/e, 3/a 4/b, 5/c, 6/d, 7/e, 8/e, 9/d, 10/e