

Nervenarzt 2007 · 78:1069–1081
 DOI 10.1007/s00115-007-2341-x
 Online publiziert: 24. August 2007
 © Springer Medizin Verlag 2007



CME.springer.de – Zertifizierte Fortbildung für Kliniker und niedergelassene Ärzte

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME.Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME.Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

Registrierung/Anmeldung

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

M. Bohus · C. Schmahl

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Mannheim

Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zusammenfassung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild. Suizidalität, Selbstverletzungen und hochgradige Einschränkungen des Selbstwertes führen zu starkem Leidensdruck bei Betroffenen und deren sozialem Umfeld. Mit einer Prävalenz von ca. 1,5% ist die BPS häufiger als schizophrene Erkrankungen und verursacht etwa 30% der Gesamtkosten für stationäre psychiatrische Behandlungen in der BRD. In den letzten Jahren hat sich der Kenntnisstand zu Psychopathologie, Ätiopathogenese und Behandlungsmöglichkeiten der BPS deutlich verbessert. Die meisten Wissenschaftler sehen heute eine generalisierte Störung der Affektregulation im Zentrum der Störung, deren Ursachen wiederum in Wechselwirkungen zwischen genetischen Faktoren, traumatischen biographischen Erfahrungen und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien liegen. Störungsspezifische Therapieverfahren, insbesondere die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan, flankiert von psychopharmakologischer Behandlung, zeigen gute Behandlungsergebnisse sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Die flächendeckende Versorgung mit ausgebildeten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten steht aber noch in den Anfängen, so dass häufig auf spezialisierte Zentren zurückgegriffen werden muss.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung · Dialektisch Behaviorale Therapie · Affektregulation

Psychopathology and treatment of borderline personality disorder

Summary

Borderline personality disorder (BPD) is a severe psychiatric disorder accounting for about 30% of the total cost for psychiatric inpatient care in the Federal Republic of Germany. Suicidality, self-harm, and severe deterioration of self-esteem lead to chronic suffering for patients and the social environment. With a prevalence rate of 1.5%, BPD is more frequent than schizophrenic disorders. Within the last years, empirically based knowledge concerning the psychopathology, etiopathogenesis, and treatment of BPD have significantly improved. Today most researchers postulate pervasive affective dysregulation at the core of borderline symptomatology and see it as the consequence of an interplay between genetic vulnerability, sociobiographic experience, and dysfunctional behavior. Disorder-specific psychotherapeutic treatments, especially dialectical behavior therapy, show significant improvements in both in- and outpatient settings. Studies on psychopharmacological treatment with promising results have also recently been published. Sufficient outpatient treatment by trained psychotherapists is underdeveloped. Hence, specialized inpatient centers assume this task.

Keywords

Borderline personality disorder · Dialectical behavior therapy · Affective dysregulation

Noch vor wenigen Jahren galt die BPS als eine schwierig zu behandelnde Störung mit hohen Suizid- und geringen Remissionsraten

Die Behandlungskompetenz hat sich deutlich erweitert

► International Personality Disorder Examination

► Quantifizierung der Symptomatik

► Borderline-Symptom-Liste

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) manifestiert sich als eine schwerwiegende generalisierte Störung der Emotionsregulation und der Impulskontrolle, begleitet von tief greifenden Störungen des Selbstbildes und der zwischenmenschlichen Interaktion. Das Leitsymptom sind einschließende Zustände von intensiver emotionaler Erregung, häufig gekoppelt mit dissoziativer Symptomatik, sowie passageren Einschränkungen der Kognitionen und der Planungsfähigkeit. Dysfunktionale Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten, oder bulimische Attacken werden intentional eingesetzt, um diese heftigen aversiven Emotionen zu lindern. Ätiologisch werden Wechselwirkungen zwischen genetischer Prädisposition, traumatischen Erfahrungen und dysfunktionalen Verhaltensmustern diskutiert. Therapie der Wahl ist eine störungsspezifische Psychotherapie, wobei die „Dialektisch Behaviorale Therapie“ (DBT) nach M. Linehan derzeit wissenschaftlich am besten abgesichert ist.

Nach Lektüre des Beitrages sollte der Leser den derzeitigen Stand der Wissenschaft grob überblicken und Sicherheit gewinnen in der Diagnostik und Indikationsstellung für eine störungsspezifische Behandlung.

Klinische Einführung

Kaum ein psychiatrisches Störungsbild verdeutlicht so klar die Wirkung von datengestütztem Wissen auf Konzeptionalisierung und Behandlung psychischer Störungen wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Noch vor wenigen Jahren galt diese als eine chronisch verlaufende und schwierig zu behandelnde Störung mit hohen Suizid- und geringen Remissionsraten. Die Diagnostik war unscharf und abhängig davon, welcher therapeutischen Schule der jeweils Behandelnde angehörte. Die neurobiologische Grundlagenforschung machte folgerichtig einen weiten Bogen um dieses undifferenzierte Konvolut, aber auch die pharmakologische und psychotherapeutische Forschung beschränkte sich auf einige wenige Untersuchungen mit kleinen Fallzahlen und daher kaum interpretierbaren Ergebnissen. In den letzten Jahren jedoch hat eine sprunghafte Entwicklung eingesetzt, die unser Wissen über die BPS, aber auch unsere Behandlungskompetenz deutlich erweitert (Übersicht: [15]).

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Diagnostik und Psychopathologie der BPS gegeben, um im Anschluss die Grundzüge der psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung darzustellen.

Diagnostik

Derzeit gilt, wie für alle Persönlichkeitsstörungen, das IPDE (► **International Personality Disorder Examination**) [25], ein von der WHO entwickeltes strukturiertes Interview, als diagnostisches Instrument der Wahl. Es integriert die Kriterien des DSM-IV und der ICD-10. Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität des IPDEs ist deutlich höher als für unstrukturierte klinische Interviews (z. B. $k=0,68-0,96$ für Interraterreliabilität). Eine Alternative ist das von M. Zanarini entwickelte „Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) [26] oder das SKID II (Structured Interview for DSM-VI Personality) [51].

Diese Instrumente wurden primär zur kategorialen Diagnostik der BPD entwickelt. Instrumente zur ► **Quantifizierung der Symptomatik**, das heißt zur Schweregradbestimmung, kamen erst in jüngster Zeit auf den Markt: M. Zanarini publizierte eine DSM-basierte Fremdratingskala (ZAN-SCALE) [23]. Arntz und Mitarbeiter entwickelten den „Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) [1] und veröffentlichten erste Prä-post-Messungen. Bohus und Mitarbeiter entwickelten die ► **Borderline-Symptom-Liste** (BSL) [4] als 90-Item-Selbstrating-Instrument. Die psychometrischen Kennwerte sind sehr gut, dies betrifft auch die Veränderungssensitivität. Das Instrument liegt mittlerweile auch als 23-Item-Kurzfassung vor.

Im klinischen Alltag kann der Praktiker zunächst das Leitsymptom der intensiven aversiven Anspannung erfragen. Wird dieses bejaht und zudem angegeben, dass Maßnahmen wie Selbstverletzungen, Erbrechen, intensive körperliche Anstrengung oder Alkoholabusus zur kurzfristigen Entlastung eingesetzt werden, empfiehlt es sich, die Items des IPDE zur kurzen klinischen Diagnostik heranzuziehen.

Die klinische Diagnostik in der Praxis sollte sich dem in ■ **Tab. 1** skizzierten Entscheidungsalgorithmus orientieren.

Tab. 1 Klinischer Diagnosealgorithmus der Borderline-Störung

1. Leitsymptom	Einschießende intensive aversive Anspannung, Selbstverletzungen
2. Operationalisierte Diagnostik	IPDE (International Personality Disorder Examination, Borderline-Modul) oder Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (SKID II) oder „Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders“ (DIPD-IV)
3. Schweregradeinschätzung	BSL (Borderline-Symptom-Liste)
4. Komorbidität	SKID I (strukturiertes klinisches Interview für Achse-I-Störungen, nach DSM-IV)

Tab. 2 Phänomenologische Gliederung der DSM-IV-Kriterien^a

Phänomenologie	DSM-IV-Kriterien
Affektivität	Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien) Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist Chronisches Gefühl der Leere
Impulsivität	Impulsivität in mindestens 2 potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle) Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten
Kognition	Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome Identitätsstörungen: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst
Interpersoneller Bereich	Verzweifelter Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

^aUm die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen zu können, müssen mindestens 5 der 9 DSM-IV-Kriterien erfüllt sein.

Die Erfahrung von rasch einschießender, manchmal lange anhaltender, äußerst unangenehmer innerer Anspannung ist pathognomonisch für das Störungsbild der BPD [20]. (Zur Illustration s. **Abb. 1**).

Da diese Symptomatik auch relativ trennscharf von anderen psychiatrischen Störungen unterscheidet, kann dieses Phänomen als Indikator für **affektive Instabilität und Irritabilität** im Sinne eines Leitsymptoms herangezogen werden. Die häufig sehr belastenden Komorbiditäten bei der Borderline-Störung (s. unten) beeinflussen Verlauf und Prognose, damit aber auch die Therapieplanung erheblich. Daher ist deren vollständige Erfassung mit Hilfe eines operationalisierenden Instrumentes dringend anzuraten.

Nach den Kriterien des DSM-IV kann die Diagnose gestellt werden, wenn mindestens 5 der 9 Kriterien erfüllt sind. Da die Grenze zwischen 4 und 5 erfüllten Items arbiträr ist, wird der Kliniker sich auch bei nur 4 Kriterien nicht von einer störungsspezifischen Behandlung abhalten lassen. In **Tab. 2** sind die DSM-IV-Kriterien nach psychopathologischen Dimensionen gegliedert.

Es erscheint wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Borderline-typischen Erlebens- und Verhaltensmuster nicht ausschließlich während depressiver Episoden auftreten sollten. Neuere klinische Beobachtungen weisen darauf hin, dass insbesondere jüngere depressive Patienten sich Selbstverletzungen zufügen, um kurzfristigen Stimmungsaufhellungen zu erzielen.

Epidemiologische Daten

Die Punktprävalenz der Borderline-Störung, also die Häufigkeit der Störung zu einem definierten Zeitpunkt in der Allgemeinbevölkerung, wird mit Zahlen zwischen 0,8% und 2% angegeben [15]. Eine Untersuchung von Maier et al. [17], die in der BRD auf DSM-III-R-Basis durchgeführt wurde, erfasste eine Stichprobe von 447 Personen und ihren Verwandten aus zufällig ausgewählten Familien und fand eine Prävalenzrate für BPS von 1,2%. Eine aktuelle, groß angelegte epidemiologische Feldstudie in Großbritannien findet eine Punktprävalenz von 0,8% [52]. Nur etwa 50% dieser Betroffenen befinden sich in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung. Der überwiegende Anteil von Patienten, welche psychotherapeutische Behandlung suchen, ist weiblich (ca. 70%). Da männliche Borderline-Patienten eher zur Fremdaggression als zu Selbstverletzungen tendieren, dürfte der

Die Erfahrung von rasch einschießender, manchmal lange anhaltender, äußerst unangenehmer innerer Anspannung ist pathognomonisch für das Störungsbild der BPD

► Affektive Instabilität und Irritabilität

Borderline-typische Erlebens- und Verhaltensmuster treten nicht ausschließlich während depressiver Episoden auf

Etwa 50% der Betroffenen befinden sich in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung

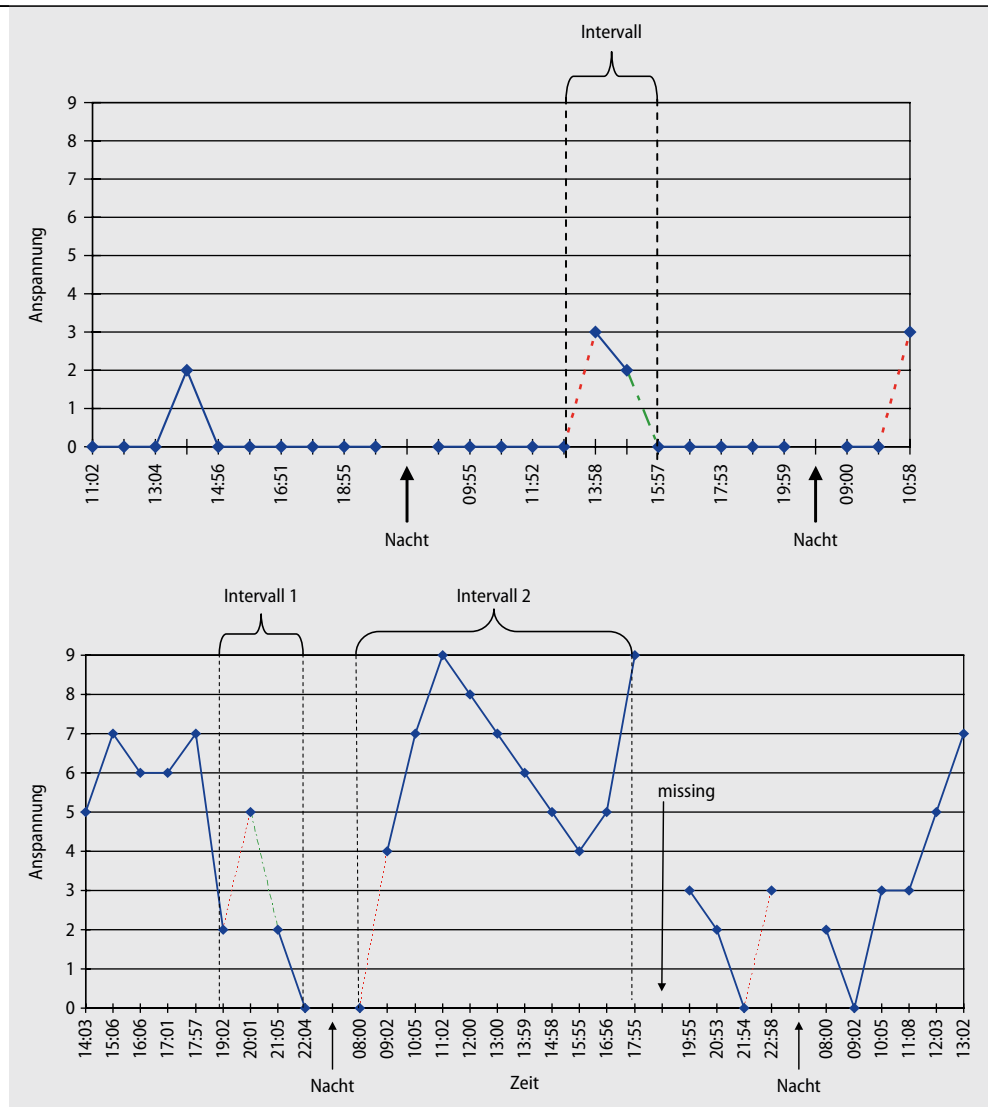


Abb. 1 ▲ Ambulantes Monitoring: typische Anspannungsprofile von gesunden Frauen und Borderline-Patientinnen. Die subjektiv erlebte Anspannung skaliert zwischen 0 und 9. Ab Spannungswerten von 7 ist die kognitive Steuerungsfähigkeit erheblich eingeschränkt. (Stiglmayr et al. [20])

überwiegende Anteil der männlichen Borderline-Patienten eher mit forensischen Abteilungen oder der Justiz in Berührung kommen.

Differenzialdiagnose und Komorbidität

Gegenwärtig liegen 15 Studien vor, die zeitgleich Achse-I- und Achse-II-Störungen des DSM-III-R mittels operationalisierter Messinstrumente erfassten. Die methodisch sorgfältigsten, nach DSM-III-R diagnostizierten Studien fanden retrospektiv im Langzeitverlauf bei 96% der untersuchten Borderline-Patienten komorbide **▶ depressive Erkrankungen:**

- 88,5% litten an Angststörung,
- 64% an Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit und
- 53% an einer zusätzlichen Essstörung [15].

Auch **▶ Schlafstörungen** erweisen sich häufig als schwierig zu behandeln. Zumeist klagen die Betroffenen über Einschlafstörungen und Alpträume. Dies ist insbesondere bei Patienten mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) zu erwarten. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass viele Borderline-Patientinnen ausgeprägte **▶ Trinkstörungen** aufweisen. Manche Patienten haben ihre Flüssigkeitszufuhr auf ½ l/Tag reduziert. Ähnlich wie bei anorektischem Verhalten wird di-

▶ Depressive Erkrankungen

▶ Schlafstörungen

▶ Trinkstörungen

ese Problematik selten von den Patienten angesprochen und bedarf einer genauen Exploration. Dies ist umso wichtiger, als unsere Arbeitsgruppe zeigen konnte, dass die Trinkstörungen mit psychopathologischen Auffälligkeiten (Dissoziation, Pseudohalluzinationen etc.) hoch korrelieren.

Im Langzeitverlauf zeigt sich, dass mit Remission der Borderline-Störung sich auch die komorbide Achse-I-Symptomatik deutlich zurückbildet [22]. Eine Ausnahme bilden die dysthymen Störungen. Die Bedeutung komorbider Achse-I-Diagnosen lässt sich daraus ermessen, dass sich Alkohol- und Drogenmissbrauch als wichtigste Prädiktoren für die Chronifizierung der BPS errechnen lassen, gefolgt von komorbider PTBS, depressiven Störungen und Essstörungen.

Die Komorbidität von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit 1% äußerst selten. Wie die meisten spezifischen Persönlichkeitsstörungen auch, erfüllen Borderline-Patienten häufig zeitgleich die Kriterien für andere Persönlichkeitsstörungen. Im Vordergrund stehen dabei die:

- „dependenten Persönlichkeitsstörungen“ (50%),
- „ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörungen“ (40%),
- „paranoide Persönlichkeitsstörungen“ (ca. 40%) und
- „antisoziale Persönlichkeitsstörungen“ (25%).

Deutliche Geschlechterunterschiede zeigen sich vor allem bei der komorbiden paranoiden Persönlichkeitsstörung (signifikant häufiger bei Männern).

Von hoher klinischer Relevanz sind die relativ häufig auftretenden ► **Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität** (ADHD). Eigene Untersuchungen unserer Arbeitsgruppe fanden, dass etwa die Hälfte aller Borderline-Patientinnen berichtet, in ihrer Jugend unter gravierenden Störungen der Aufmerksamkeit gelitten zu haben, bei etwa 15% der stationär behandelten Patientinnen persistieren diese Symptome auch im Erwachsenenalter [53].

Verlauf und Prognose

Umstritten ist das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation. Untersuchungen von Jerschke et al. [14] fanden eine ► **bimodale Verteilung**:

- eine große Gruppe zeigte bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten (Essstörung, Selbstschädigung, Suizidversuche, Auffälligkeiten des Sozialverhaltens, affektive Störung), die einer stationären Behandlung bedurften,
- eine zweite Gruppe wurde im Mittel mit 24 Jahren erstmals stationär behandelt.

In retrospektive Analysen unserer Arbeitsgruppe gaben etwa 30% der untersuchten erwachsenen Borderline-Patientinnen an, sich bereits im Grundschulalter intendierte Selbstverletzungen zugefügt zu haben. Diese erschreckende Zahl spiegelt sich auch in den neuen Ergebnissen der Heidelberger Schulstudie wieder, welche zeigen konnte, dass ca. 6% der 15-jährigen Mädchen sich regelhaft Selbstverletzungen zufügen und ca. 8% mindestens einen Suizidversuch hinter sich haben [8]. So zeigt sich auch eine Prävalenz von 20% Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einer klinischen Population von Kindern und Jugendlichen, wobei 5–11% in der Normalpopulation von Jugendlichen angegeben werden [9]. Die Suizidrate der BPS liegt bei 5–10% [15]. Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie frühkindlicher Missbrauch benannt. Auch Selbstverletzungen gelten als Risikofaktor für vollendete Suizide.

Zwei neuere Studien [23, 13] konnte zeigen, dass 6- und 8-Jahres-Katamnesen (bzw. 2-Jahres-Katamnesen bei Grilo et al. [10]) überraschend ► **hohe Remissionsraten** (basierend auf DSM-IV-Kriterien) aufweisen. So erfüllen 2 Jahre nach Diagnose nur noch 60% der Betroffenen die DSM-IV-Kriterien, nach 4 Jahren 50%, nach 6 Jahren noch 33% und nach 8 Jahre noch 20%. Die Rückfallraten sind mit jeweils 6% sehr gering. Während die affektive Instabilität persistiert, scheinen sich insbesondere dysfunktionale Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen und Suizidversuche deutlich zu reduzieren. Wie oben bereits angegeben, erhöht Drogen- und Alkoholabusus das Risiko für Chronifizierung erheblich. Weitere Risikofaktoren sind komorbide PTBS und ängstlich-unsichere Persönlichkeitsstörungen.

Die Übertragbarkeit dieser Daten wird sehr kontrovers diskutiert. Vergleichbare Daten für den europäischen oder deutschen Bereich wären dringlich nötig, liegen aber derzeit nicht vor.

Alkohol- und Drogenmissbrauch sind die wichtigsten Prädiktoren für die Chronifizierung der BPS

Borderline-Patienten erfüllen häufig zeitgleich die Kriterien für andere Persönlichkeitsstörungen

► **Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität**

► **Bimodale Verteilung**

Etwa 30% der erwachsenen Borderline-Patientinnen fügen sich bereits im Grundschulalter intendierte Selbstverletzungen zu

Die Suizidrate der BPS liegt bei 5–10%

► **Hohe Remissionsraten**

Die affektive Instabilität persistiert

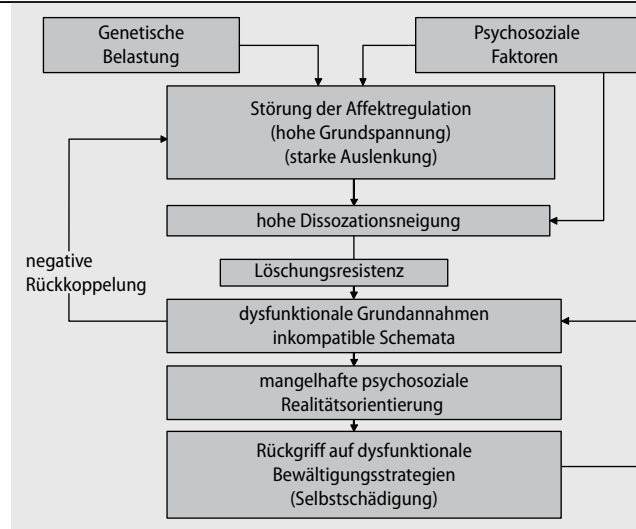


Abb. 2 ◀ Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline-Störung

Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline-Störung

Die meisten Forschergruppen favorisieren derzeit ein Entstehungsmodell, welches genetische Komponenten, traumatische Erfahrungen sowie dysfunktionalen Lernprozesse und Verhaltensmuster berücksichtigt. ■ **Abb. 2** skizziert die wesentlichen Faktoren des neurobehavioralen Entstehungskonzeptes der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Die einzige Zwillingsstudie, welche Konkordanzraten von monozygoten mit biziogoten Zwillingen vergleicht, von denen ein Zwilling manifest eine nach DSM-IV-diagnostizierte Persönlichkeitsstörung aufweist, wurde im November 2000 veröffentlicht [21]. Sie zeigt eine erhebliche genetische Bedeutung bei allen nach DSM-IV-diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Für BPS erklären ► **genetische Faktoren** ca. 69% der Varianz. Die Validität dieser Daten wird jedoch in Fachkreisen sehr kontrovers diskutiert.

An biographisch relevanten ► **psychosozialen Belastungsfaktoren** lassen sich sexuelle Gewalterfahrung (ca. 65%), körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60%), Vernachlässigung (ca. 40%) identifizieren. Bei der sexuellen Gewalt handelt es sich zum Teil um sehr frühe Erfahrungen und es scheint sich anzudeuten, dass Borderline-Patienten diese Erfahrungen eher im Binnenraum der Familie machen. Dennoch ist wichtig darauf hinzuweisen, dass sexuelle Traumatisierung weder eine notwendige noch hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung einer BPS darstellt. Die 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 phänomenologischen Ebene sticht das ► **selbstschädigende Verhalten** (Schneiden, Schlagen, Brennen, Verätzen u. a.) ins Auge. Bei ca. 85% der Borderline-Patienten ist dieses Symptom zu eruieren. Etwa 80% der Betroffenen schneiden sich in dissoziativen, analgetischen Zuständen meist mit der Absicht, aversive Anspannung zu reduzieren.

Störungen der Affektregulation

Im Zentrum der Borderline-Problematik sehen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen heute eine Störung der Affektregulation [11]. Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau hoch. Nur verzögert erreicht der Patient wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenommen, sondern, wie oben bereits beschrieben, als äußerst quälende, ► **diffuse Spannungszustände** mit Hypalgesie und dissoziativer Symptomatik erlebt.

Die oben beschriebenen selbstschädigenden Verhaltensmuster können die aversiven Spannungszustände reduzieren, was im Sinne der Lerntheorie als ► **negative Verstärkung** bezeichnet werden

► Genetische Faktoren

► Psychosoziale Belastungsfaktoren

Bei der BPS handelt es sich nicht um ein chronisches PTBS

► Selbstschädigendes Verhalten

► Diffuse Spannungszustände

► Negative Verstärkung

kann. In den letzten Jahren sind einige Arbeiten veröffentlicht worden, die diese, zunächst rein klinische Hypothese empirisch untermauert (Übersicht: [6]).

So können auf neurobiologischer Ebene inzwischen die folgenden Fakten als gesichert angenommen werden:

- Morphologisch finden sich Volumenverkleinerungen von Hippokampus und Amygdala.
- Funktionelle Bildgebungsstudien konnten Störungen im frontolimbischen Regelkreis nachweisen.
- Unter emotionaler Stimulation, z. B. mit aversiven Bildern, zeigt sich eine Hyperaktivität der Amygdala, wahrscheinlich gekoppelt mit einer verringerten Aktivität in medialen präfrontalen Hirnarealen, insbesondere dem anterioren zingulären Kortex.
- Gesteigerte Impulsivität bei Borderline-Patienten geht mit einer serotonergen Unterfunktion im präfrontalen Kortex, insbesondere dem orbitofrontalen Kortex, einher.
- Eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse erscheint wahrscheinlich, allerdings ist die exakte Ausprägung dieser Störung noch unklar.

Als weiterer gut abgesicherter Befund ist eine ► **reduzierte Schmerzsensitivität** bei Borderline-Patienten anzusehen [19]. Die Reduktion der Schmerzwahrnehmung ist dabei eng mit dem Stresslevel sowie dem Ausmaß an dissoziativer Symptomatik korreliert. Auf neuronaler Ebene finden sich entsprechende Aktivitätsänderungen im anterioren zingulären Kortex sowie der Amygdala.

Im zwischenmenschlichen Bereich dominieren Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz. Beherrscht von einer intensiven ► **Angst vor dem Alleinsein** und einer schlecht ausgeprägten intrapsychischen Repräsentanz 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 ein hohes Maß an Angst, Schuld oder Scham. Die Folge: langwierige, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen. Die ausgeprägten dissoziativen Phänomene sind oft nicht mehr an konkrete Auslöser gekoppelt, sondern generalisiert. Die mangelhafte Wahrnehmung der eigenen Emotionen, Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, ein ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem der Verlust der Kontrolle über die Realität charakterisieren diese Phasen. Hinzu kommen häufig ► **Intrusionen**, d. h. szenisches Wiedererleben traumatisierender Ereignisse, die zwar kognitiv der Vergangenheit zugeordnet werden, emotional jedoch als real erlebt werden. Nicht selten werden diese Intrusionen, die über Stunden und Tage anhalten können, vom klinisch Unerfahrenen als psychotisches Erleben fehlinterpretiert.

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

Psychotherapie der BPS

Das Bestreben, störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte für psychische Störungen zu entwickeln, hat sich auch im Bereich der BPS durchgesetzt. Derzeit liegen 4 manualisierte störungsspezifische Verfahren vor, deren Wirksamkeit z. T. empirisch belegt ist, z. T. noch untersucht wird: die von M. Linehan entwickelte „► **Dialektisch Behaviorale Therapie**“ (DBT), ein primär verhaltenstherapeutisch orientiertes Konzept, die von A. Bateman und P. Fonagy konzipierte „Mentalization Based Therapy“ (MBT), die von J. Young entwickelte „Schema Focused Therapy“ und die von O. Kernberg entwickelte „► **Transference Focussed Psychotherapy**“ (TFP). 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 Diagnostik, die auf definierten Kriterien beruht und die dem Patienten offen gelegt wird.
- **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.

► Reduzierte Schmerzsensitivität

► Angst vor dem Alleinsein

Die dissoziativen Phänomene sind nicht an konkrete Auslöser gekoppelt, sondern generalisiert

► Intrusionen

► Alpträume

► Dialektisch Behaviorale Therapie

► Transference Focussed Psychotherapy

► Therapievertrag

Suizidversuche oder drängende Suizidideen werden vorrangig behandelt

Die Wirksamkeit der DBT konnte von 4 unabhängigen Arbeitsgruppen in 7 randomisierten kontrollierten Therapiestudien gezeigt werden

Der Wirksamkeitsnachweis für MBT erstreckt sich bislang auf die teilstationäre Behandlung

Nur etwa 50% der behandelten Patienten sprechen auf die angebotenen Verfahren an

► Prädiktorvariablen

► Komorbide Angststörungen

- **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 sog. ► „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, Verhaltensmuster oder -ideen, welche die Aufrechterhaltung der Therapie gefährden oder den Therapeuten oder Mitpatienten stark belasten, gelten ebenfalls als vorrangig. Schließlich müssen körperliche Folgen von psychischen Störungen vorrangig behandelt werden, welche emotionale Lernprozesse verhindern würden (schwere Anorexie, Benzodiazepinabhängigkeiten, 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 kollegiale Supervision oder Intervention der behandelnden Therapeuten integraler 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 [3] 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 [16, 10].

Wie in ► **Tab. 3** zusammengefasst, wurde, im streng wissenschaftlichen Sinn, bisher für zwei Psychotherapieformen ein Wirksamkeitsnachweis erbracht: Für die DBT im ambulanten und stationären Bereich und für die MBT als teilstationäre Langzeittherapie. Die Wirksamkeit der DBT konnte von 4 unabhängigen Arbeitsgruppen in 7 randomisierten kontrollierten Therapiestudien gezeigt werden (Übersicht in [15]). Zudem liegt eine kontrollierte Studie aus Deutschland vor, welche den Wirksamkeitsnachweis eines 3-monatigen stationären DBT-Behandlungskonzeptes erbringt [7]. Der Wirksamkeitsnachweis für MBT erstreckt sich bislang auf die teilstationäre Behandlung. Bei geringen Abbruchquoten finden sich signifikante Verbesserungen nach 12 Monaten, deutliche Effekte hingegen zeigen sich nach 3 Jahren Behandlung, wobei die Therapie während dieses Zeitrahmens als kontinuierliche ambulante Gruppentherapie fortgesetzt wurde [2]. Die Überlegenheit der schemafokussierten Therapie nach J. Young (3 Jahre ambulante Behandlung) gegenüber der von O. Kernberg entwickelten TFP konnte in einer kontrolliert randomisierten Studie nachgewiesen werden [12], wobei streng genommen daraus keine Schlüsse auf die Wirksamkeit der schemafokussierten Therapie gezogen werden können, da für die TFP auch in der jüngst veröffentlichten kontrolliert randomisierten Studie keine Überlegenheit gegenüber unspezifischer Behandlung erbracht werden konnte [10].

Trotz dieser insgesamt viel versprechenden Ergebnisse zeigt sich bei allen Studien, dass nur etwa 50% 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 z. B. PTBS, soziale Phobien und generalisierte Angsterkrankungen. Diese persistieren häufig, auch wenn die schweren Störungen auf der Verhaltensebene, wie Suizidalität und Selbstverletzungen, remittiert sind. Die gängigen, etablierten, expositions-basierten und kognitiven psychotherapeutischen Verfahren zur PTBS greifen bei Borderline-Patienten zu kurz. Bislang liegen noch keine kontrolliert randomisierten Studien zur Wirksamkeit von Traumatherapie bei Borderline-Patienten vor.

Tab. 3 Kontrollierte Psychotherapiestudien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Behandlung	Einschlusskriterien	Patientenzahl	Dauer	Haupteffekte	Literatur
DBT vs. TAU	BPS + Suizidversuch in den letzten 8 Wochen und einem weiteren in 5 Jahren; nur Patientinnen	24 vs. 22	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, weniger Therapieabbrüche und weniger stationäre Kriseninterventionen, Reduktion von Wut und Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al. [24, 27]
DBT vs. TAU	BPS + Drogenabhängigkeit; nur Patientinnen	12 vs. 16	1 Jahr	Senkung des Gebrauchs illegaler Drogen, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al. [28]
DBT + LAAM vs. TAU + LAAM	BPS + Opiatabhängigkeit; nur Patientinnen	11 vs. 12	1 Jahr	Senkung des Gebrauchs von Opiaten	Linehan et al. [29]
DBT vs. Gesprächstherapie	BPS + Überweisung nach akutem Suizidversuch	12 vs. 12	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, Reduktion von Impulsivität, Wut, Depressivität, weniger stationäre Kriseninterventionen, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Turner [30]
DBT vs. TAU	BPS; nur Patientinnen	10 vs. 10	6 Monate	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, Reduktion von Hoffnungslosigkeit, Depressivität, Wut	Koons et al. [31]
DBT vs. TAU	BPS; nur Patientinnen	31 vs. 33	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, weniger Therapieabbrüche und Impulsivität	Verheul et al. [32], van den Bosch et al. [33]
Stationäre DBT vs. Warteliste	BPS; nur Patientinnen	31 vs. 19	3 Monate	Signifikante Verbesserung der Selbstverletzungen und aller psychopathologischen Variablen	Bohus et al. [6]
DBT vs. Therapie von spezialisierten Psychotherapeuten für Suizidalität und BPS	BPS + parasuizidale Handlung in den letzten 8 Wochen und eine weitere in 5 Jahren; nur Patientinnen	52 vs. 51	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen, weniger Therapieabbrüche und weniger stationäre Kriseninterventionen	Linehan et al. [16]
Tiefenpsychologische Tagesklinikbehandlung vs. TAU (keine Psychotherapie)	BPS	19 vs. 19	1,5 Jahre	Weniger Selbstverletzungen und Suizidversuche, weniger stationäre Kriseninterventionen, Reduktion von Angst, Depression, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Bateman u. Fonagy [2, 34]
Schemafokussierte Therapie (Young) vs. TFP (Kernberg)	BPS	44 vs. 42	3 Jahre	Signifikant weniger „drop outs“ in der schemafokussierten Therapie; ITT-Analysen ergeben signifikante Überlegenheit der schemafokussierten Therapie in allen Bereichen	Giesen-Bloo et al. [12]
Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; Kernberg) vs. DBT vs. „supportive Psychotherapie“	BPS	30 vs. 30 vs. 30	2 Jahre	Schwache bis mittlere Effekte nach 2 Jahren Behandlung, keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen	Clarkin et al. [10]

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung, DBT Dialektisch Behaviorale Therapie, TAU "treatment as usual", TFP Transference Focussed Psychotherapy.

Pharmakotherapie der BPS

Die wenigen, randomisiert kontrollierten Pharmastudien zur BPS basieren meist auf kleinen Fallzahlen und umfassen nur kurze Beobachtungszeiträume. Es gibt derzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung der BPS per se, vielmehr zeichnen sich die Medikamente durch eine mehr oder weniger charakteristische Wirksamkeit auf bestimmte Bereiche der Psychopathologie aus (Übersicht: [18], **Tab. 4**). Wie in **Tab. 4** abgebildet, wurden in den letzten 10 Jahren mehrere plazebokontrollierte Studien durchgeführt, die Wirksamkeitsnachweise für selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs), Stimmungsstabilisatoren wie Valproinsäure sowie atypische Neuroleptika erbrachten. Erste positive Befunde für Topiramamat müssen bestätigt werden. Gute Effekte in allen vier Symptombereichen zeigten sich auch für das atypische Neuroleptikum Olanzapin, das wegen der besseren Verträglichkeit klassischen Neuroleptika i.d.R. vorzuziehen ist, wobei die häufige Gewichtszunahme gerade bei BPS-Patientinnen mit komorbiden Essstörungen problematisch sein kann. Eine

Es gibt derzeit kein zugelassenes Medikament zur Behandlung der BPS

Es gibt Wirksamkeitsnachweise für SSRIs, Stimmungsstabilisatoren und atypische Neuroleptika

Tab. 4 Plazebokontrollierte Therapiestudien der letzten 10 Jahre zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Medikament	Anzahl Patienten Verum/ Plazebo	Mittlere Dosis/Tag	Behandlungs- wochen	Haupteffekte	Literatur
Fluvoxamin, z. B. Fevarin®	38/19	166±27 mg	12	Schnelle Stimmungswechsel	Rinne et al. [35]
Fluoxetin, z. B. Fluctin®	9/8	20–60 mg	12	Globale Parameter Wut, Angst	Markovitz [36]
Fluoxetin, z. B. Fluctin®	13/9	40 mg	13	Wut	Salzman et al. [37]
Fluoxetin, z. B. Fluctin®	12/13 (alle zusätzlich DBT)	40 mg	12	Keine signifikanter Effekte bez. Depressivität, Angst, Ärger, Dissoziationen, Aggressivität	Simpson et al. [38]
Olanzapin, Zyprexa®	19/9	5,3±3,4 mg	26	Angst, Wut/Feindseligkeit, Misstrauen, interpersonelle Schwierigkeiten	Zanarini u. Frankenburg [39]
Olanzapin, Zyprexa®	20/20	2,5–20 mg	12	Allgemeines Funktionsniveau (CGI-BPD)	Bogenschutz u. Nurnberg [40]
Olanzapin, Zyprexa®	30/30 (alle zusätzlich DBT)	8,8±3,8 mg	12	Depressivität, Angst, Impulsivität/Aggressivität	Soler et al. [41]
Aripiprazol	26/26	15 mg	8	Psychische Belastung insgesamt (SCL-GSI); alle Unterskalen des SCL, insbesondere Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, paranoides Denken, Psychotizismus; Depressivität, Angst, Ärger	Nickel et al. [42]
Carbamazepin, z. B. Tegretal®	10/10	Plasmaspiegel, 4–7,1 µg/ml	4	–	De la Fuente u. Lotstra [43]
Valproinsäure, z. B. Orfiril®	12/4	?	10	Globale Parameter (CGI-I)	Hollander et al. [44]
Valproinsäure, z. B. Orfiril®	20/10 (alle zusätzlich Bipolar II-Störung)	850±249 mg	26	Interpersonelle Schwierigkeiten, Aggression, Wut/Feindseligkeit	Frankenburg u. Zanarini [45]
Topiramate, Topamax®	19/10 (nur Frauen)	250 mg	8	Wut	Nickel et al. [46]
Topiramate, Topamax®	22/10 (nur Männer)	250 mg	8	Wut	Nickel et al. [47]
Topiramate, Topamax®	28/28 (nur Frauen)	200 mg	10	Psychische Belastung insgesamt (SCL-GSI), Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, gesundheitsbezogene Lebensqualität, interpersonelle Probleme (IIP-Skalen)	Loew et al. [48]
Lamotrigin	18/9	200 mg	8	Ärger	Tritt et al. [49]
Omega-3-Fettsäuren	20/10	1000 mg	8	Aggression, Depression	Zanarini u. Frankenburg [50]

DBT Dialektisch Behaviorale Therapie.

Die Wirksamkeit von Naltrexon bei dissoziativer Symptomatik konnte in einer offenen Studie gezeigt werden

Die gegenwärtige Versorgungssituation für Borderline-Patienten in der BRD ist insbesondere im ambulanten Bereich völlig unzureichend

geprüfte Alternative ist Aripiprazol. Eine jüngste plazebokontrollierte Studie konnte die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit DBT und Olanzapin vs. DBT mit Plazebo nachweisen.

Offene Studien zeigten positive Effekte für Risperidon und Clozapin. Die Wirksamkeit von Naltrexon bei dissoziativer Symptomatik konnte ebenfalls in einer offenen Studie gezeigt werden [15]. Im akuten Erregungszustand hat sich der Einsatz von Catapresan häufig als sinnvoll erwiesen. Der Einsatz von Benzodiazepinen birgt bei Borderline-Patienten ein erhebliches Suchtpotential und sollte auf wenige begründete kurzfristige Einzelfälle beschränkt werden.

Zur Versorgungssituation in der BRD

Ogleich sich störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte als wirksam erwiesen haben, muss betont werden, dass die gegenwärtige Versorgungssituation für Borderline-Patienten in der BRD insbesondere im ambulanten Bereich völlig unzureichend ist. Der Großteil der hohen stationären Kosten könnte durch den Aufbau einer integrierten Versorgung sicherlich drastisch reduziert werden. Bleibt noch auf eine Hochrisikogruppe hinzuweisen: Borderline-Patienten mit komorbider Alkohol- oder Drogenabhängigkeit haben das höchste Suizid- und Chronifizierungsrisiko.

ko – gerade für diese Patientengruppe ist das Behandlungsangebot in Deutschland noch am wenigsten entwickelt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Bohus

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
J5, 68117 Mannheim
martin_bohus@zi-mannheim.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Arntz A, Hoorn M van den, Cornelis J et al. (2003) Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Personal Disord* 17: 45–59
2. Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563–1569
3. Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al. (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder (review). *Cochrane Database Syst Rev Issue* 1
4. Bohus M, Limberger M, Frank U et al. (2001) Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51: 201–211
5. Bohus M (Hrsg) (2002) Borderline-Störungen. *Fortschritte der Psychotherapie*. Hogrefe-Verlag, Göttingen
6. Bohus M, Schmahl CH, Lieb K (2004) New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 6: 43–50
7. Bohus M, Haaf B, Simms T et al. (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42: 487–499
8. Brunner R, Parzer P, Haffner J et al. (2007) Prevalence of occasional deliberate self-harm in adolescents: Results from an epidemiological sample. *Arch Pediatr Adolesc Health* (in press)
9. Brunner R, Parzer P, Resch F (2001) Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstör Theorie Prax* 5: 4–12
10. Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, Kernberg O (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder – A multiwave study. *Am J Psychiatry* 164: 922–928
11. Ebner-Priemer UW, Kuo J, Kleindienst N et al. (2007) State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychol Med* 4: 1–10
12. Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63: 649–658
13. Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG et al. (2004) Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 72: 767–775
14. Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M (1998) Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 66: 545–552
15. Lieb K, Linehan M, Schmahl CH et al. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453–461
16. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al. (2006) 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* 63: 757–766
17. Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R (1992) Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord* 6: 187–196
18. Remmel A, Bohus M (2006) Pharmakologische und Psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 54: 185–197
19. Schmahl CH, Bohus M, Esposito F et al. (2006) Neural correlates of anticipation in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63: 659–667
20. Stiglmayr C, Grathwohl T, Linehan M et al. (2005) Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand* 111: 372–379
21. Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al. (2000) A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41: 416–425
22. Zanarini MC, Frankenburg FR, Henken J, Silk KR (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 160: 274–283
23. Zanarini M (2003) Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Personal Disord* 17: 233–242
24. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060–1064
25. Loranger A (1999) International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM IV and ICD 10 modules. *Psychological Assessment Resources*. Odessa, FL
26. Zanarini M, Frankenburg F, Sickel A, Yong L (1996) The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders, McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development, Belmont, Mass
27. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993) Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 50(12): 971–974
28. Linehan MM, Schmidt HI, Dimeff LA (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 8: 279–292
29. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK et al. (2002) Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 67: 13–26
30. Turner RM (2000) Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cog Behav Practice* 7: 413–419
31. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL et al. (2001) Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 32: 371–390

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.



32. Verheul R, van den Bosch LMC, Koe-
ter MWJ et al. (2003) Dialectical be-
haviour therapy for women with
borderline personality disorder: 12-
month, randomised clinical trial in
The Netherlands. *Br J Psychiatry* 182:
135–140

33. Van den Bosch LMC, Verheul R,
Schippers GM, van den Brink W
(2002) Dialectical Behavior Thera-
py of borderline patients with and
without substance use problems:
Implementation and long-term ef-
fects. *Addict Behav* 27: 911–923

34. Bateman AW, Fonagy P (2001) Treat-
ment of borderline personality disorder
with psychoanalytically oriented
partial hospitalization: An 18-month
follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36–
42

35. Rinne T, van den Brink W, Wouters
L, van Dyck R (2002) SSRI treatment
of borderline personality disorder: A
randomized, placebo-controlled clinical
trial for female patients with
borderline personality disorder. *Am J
Psychiatry* 159: 2048–2054

36. Markovitz PJ (1995) Pharmacothera-
py of impulsivity, aggression, and re-
lated disorders. In: Hollander E, Stein
DJ, Impulsivity and Aggression. John
Wiley & Sons Chichester, New York
Brisbane Toronto Singapore, pp 263–
287

37. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg
A et al. (1995) Effect of fluoxetine on
anger in symptomatic volunteers
with borderline personality disorder.
J Clin Psychopharmacol 15: 23–29

38. Simpson EB, Yen S, Costello E (2004)
Combined dialectical behavior
therapy and fluoxetine in the treat-
ment of borderline personality disorder,
J Clin Psychiatry 65: 379–385

39. Zanarini MC, Frankenburg FR (2001)
Olanzapine treatment of female bor-
derline personality disorder patients:
a double-blind, placebo-controlled
pilot study. *J Clin Psychiatry* 62: 849–
854

40. Bogenschütz MP, George Nurnberg
H (2004) Olanzapine versus placebo
in the treatment of borderline per-
sonality disorder. *J Clin Psychiatry* 65:
104–109

41. Soler J, Pascual JC, Campins J (2005)
Double-blind, placebo-controlled
study of dialectical behavior therapy
plus olanzapine for borderline per-
sonality disorder. *Am J Psychiatry*.
162(6): 1221–1224

42. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C
(2006) Aripiprazole in the treatment
of patients with borderline person-
ality disorder: a double-blind, place-
bo-controlled study. *Am J Psychiatry*
163: 833–838

43. De la Fuente JM, Lotstra F (1994) A
trial of carbamazepine in borderline
personality disorder. *Eur Neuropsy-
chopharmacol* 4: 479–486

44. Hollander E, Allen A, Lopez RP (2001)
A preliminary double-blind, place-
bo-controlled trial of divalproex so-
dium in borderline personality disorder.
J Clin Psychiatry 62: 199–203

45. Frankenburg FR, Zanarini MC (2002)
Divalproex sodium treatment of wo-
men with borderline personality dis-
order and bipolar II disorder: A dou-
ble-blind placebo-controlled pilot
study. *J Clin Psychiatry* 63: 442–446

46. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO
(2004) Topiramate treatment of ag-
gression in female borderline per-
sonality disorder patients: a double-
blind, placebo-controlled study. *J
Clin Psychiatry* 65:1515–1519

47. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P (2005)
Treatment of aggression with topi-
ramate in male borderline patients:
a double-blind, placebo-controlled
study. *Biol Psychiatry* 57:495–499

48. Loew, TH, Nickel MK, Muehlbacher M
(2006) Topiramate treatment for wo-
men with borderline personality dis-
order, *J Clin Psychopharmacol* 26:
61–66

49. Tritt K, Nickel C, Lahmann C (2005)
Lamotrigine treatment of aggressi-
on in female borderline-patients: a
randomized, double-blind, placebo-
controlled study. *J Psychopharmacol*
19: 287–291

50. Zanarini MC, Frankenburg FR (2003)
Omega-3 fatty acid treatment of wo-
men with borderline personality dis-
order: A double-blind, placebo-con-
trolled pilot study. *Am J Psychiatry*
160: 167–169

51. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich
T(1997) Strukturiertes Klinisches In-
terview für DSM-IV. Hogrefe, Göt-
tingen

52. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ull-
rich S (2006) Prevalence and corre-
lates of personality disorder in Great
Britain. *Br J Psychiatry* 188: 423–431

53. Philipsen A, Limberger M, Lieb K et
al. (2007) Attention deficit/hyperac-
tivity disorder as a potentially aggra-
vating factor in borderline personali-
ty disorder. *Br J Psychiatry* (in press)

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

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

- ☐ Eine generalisierte Störung der Affektregulation.
- ☐ Eine Angststörung.
- ☐ Eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung.
- ☐ Eine Anpassungsstörung.
- ☐ Eine Störung aus dem Schizophreniespektrum.

Wie hoch ist die Prävalenz der Borderline-Störung?

- ☐ Unter 0,8%.
- ☐ Ca. 2%.
- ☐ Ca 5%.
- ☐ Ca 7%.
- ☐ Unbekannt.

Wie hoch ist die Suizidrate der Borderline-Störung einzuschätzen?

- ☐ 3%.
- ☐ 8%.
- ☐ 15%.
- ☐ 20%.
- ☐ 30%.

Selbstschädigungen werden von Borderline-Patienten in erster Linie eingesetzt um:

- ☐ Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erlangen.
- ☐ Starke aversive Anspannung zu reduzieren.
- ☐ Ohnmacht zu demonstrieren.
- ☐ Autonomie von gesellschaftlichen Normen und Zwängen zu demonstrieren.
- ☐ Symmetriewängen zu gehorchen.

Welche Symptome können dem Syndrom „Dissoziation“ zugeordnet werden?

- ☐ Subjektive Verzerrung der Raum- und Zeitwahrnehmung.
- ☐ Reduktion der Schmerzwahrnehmung.
- ☐ Ausgeprägtes Gefühl der Fremdheit.
- ☐ Verlust der Kontrolle über die Realität.
- ☐ Alle genannten Symptome.

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

- ☐ Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP).
- ☐ Dialektisch behaviorale Therapie (DBT).
- ☐ Kognitive Therapie nach Young.
- ☐ Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT).
- ☐ Interpersonelle Psychotherapie (IPT).

Auf neurobiologischer Ebene konnten Veränderungen in folgenden Arealen nachgewiesen werden:

- ☐ Kleinhirn.
- ☐ Basalganglien.
- ☐ Frontolimbische Regelkreise.
- ☐ Somatosensorischer Kortex.
- ☐ Substantia nigra.

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

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

Für welche Psychopharmaka/Stoffgruppe/Klasse gibt es derzeit die besten evidenzbasierten Wirknachweise in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung?

- ☐ Typische Neuroleptika.
- ☐ SSRIs.
- ☐ Hypnotika.
- ☐ Trizyklische Antidepressiva.
- ☐ Anxiolytika.

Welche Problematik gilt derzeit als Hauptrisikofaktor für die Chronifizierung der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“?

- ☐ Komorbide posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).
- ☐ Komorbide Panikattacken.
- ☐ Frühes Alter bei Erstmanifestation.
- ☐ Komorbide Essstörungen.
- ☐ Komorbider Alkohol- und Drogenabusus.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf **CME.springer.de** verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter **CME.springer.de**

