

Wöckel, Lars / Goth, Kirstin / Zepf, Florian Daniel / Matic, Nina / Holtmann, Martin / Herpertz-Dahlmann, Beate und Poustka, Fritz

Psychopharmakotherapie verbessert das psychosoziale Funktionsniveau bei adoleszenten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 4, S. 282-301

urn:nbn:de:bsz-psydok-49851

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Psychopharmakotherapie verbessert das psychosoziale Funktionsniveau bei adolescenten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Lars Wöckel, Kirstin Goth, Florian Daniel Zepf, Nina Matic, Martin Holtmann, Beate Herpertz-Dahlmann und Fritz Poustka

Summary

Psychopharmacotherapy Improves Psychosocial Functioning in Adolescents with Borderline Personality Disorder

Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) has undergone significant changes within the last decades. Although there is no specific pharmacological treatment approach for BPD per se, there is evidence for a beneficial effect of psychopharmacological treatment in adults. As there is a significant lack of data regarding such treatment in adolescents we aim to investigate the effects of psychopharmacological treatment retrospectively focusing on the first period of treatment. The study sample comprised 2,778 subjects (inpatients and outpatients) from a population on demand of psychiatric services referred to our department, with 39 patients (aged $16,2 \pm 1,7$ yrs.) having a diagnosis of BPD. Psychosocial functioning as indexed on axis VI was assessed within the BADO documentation algorithm before and after treatment. Effects of treatment in terms of improved psychosocial functioning under different medications as well as different risk variables were assessed. Moreover, medicated and un-medicated patients were compared as regards effects of treatment. Upon admission inpatients showed a significantly higher impairment in their psychosocial functioning compared with outpatients. There was no significant difference between medicated and un-medicated patients with respect to the different risk variables assessed. Psychosocial functioning improved under pharmacological treatment, with this effect being unrelated to in- or outpatient status. About 80 % of the prescribed medications were antidepressants and neuroleptics, with a combination of two drugs being the most frequent treatment approach to be observed. The data of the present study indicate that psychopharmacological treatment of adolescents with BPD can improve psychosocial functioning.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 282-301

Keywords

Borderline personality disorder – adolescents – psychopharmacotherapy – psychosocial functioning

Zusammenfassung

Die Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) unterlag in den letzten Jahrzehnten grundlegenden Veränderungen. Zwar gibt es keine spezifische medikamentöse Behandlung für die BPS, dennoch konnten für Erwachsene evidenzbasierte Behandlungserfolge durch Psychopharmaka erzielt werden. Da bei Adoleszenten mit BPS bisher keine ausreichenden Daten vorliegen, untersuchen wir in dieser Studie retrospektiv die Wirksamkeit von Psychopharmaka während einer Erstbehandlungsepisode. Die Inanspruchnahmepopulation während eines siebenjährigen Beobachtungszeitraums umfasste 2.778 ambulante und stationäre Patienten, von denen 39 Patienten ($16,2 \pm 1,7$ Jahre) die Diagnose einer BPS erhalten hatten und bei denen in der Basisdokumentation (BADO) das psychosoziale Funktionsniveau (pFn) gemäß der Achse VI des multiaxialen Klassifikationsschemas zum Behandlungsbeginn und -ende erfasst wurde. Die Stichprobe wurde hinsichtlich Medikation und verschiedener Risikovariablen untersucht und der Behandlungserfolg medizierter und nicht-medizierter Patienten anhand des pFn miteinander verglichen. Bezogen auf die untersuchten Risikovariablen unterschieden sich die Gruppen nicht. Stationäre Patienten waren gegenüber ambulanten Patienten in ihrem pFn signifikant stärker beeinträchtigt. Das pFn verbesserte sich unter medikamentöser Behandlung signifikant und dieser Effekt war vom Status einer ambulanten oder stationären Behandlung unabhängig. Ca. 80 % der verschriebenen Medikamente waren Antidepressiva bzw. Neuroleptika und am häufigsten wurden Zweifach-Kombinationen durchgeführt. Die Studie zeigt, dass durch Psychopharmakotherapie bei Jugendlichen mit BPS erfolgversprechende Ergebnisse erzielt werden können.

Schlagwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Adoleszenz – Psychopharmakotherapie – psychosoziales Funktionsniveau

1 Hintergründe

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Borderline-Konstrukt entwickelte sich zunächst aus der klinischen Beobachtung in den 30er Jahren, dass eine Untergruppe von Patienten nicht von einer üblichen psychoanalytischen Behandlung profitierte (Stern, 1938). Kernberg (1967) definierte den Begriff der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, um eine Abgrenzung gegenüber neurotischen und psychotischen Störungen vorzunehmen. Durch die erstmalige Aufstellung von Kriterien engten Grinker und Mitarbeiter (1968) das klinische Erscheinungsbild auf das Borderline Syndrom ein. Gunderson und Mitarbeiter (1975) grenzten die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gegenüber Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ab und beschrieben in der Folge eine Reihe diagnostisch relevanter Charakteristika für das Störungsbild (Gunderson et al., 1981; Pope et al., 1983). 1980 wurde die BPS als eigenständige Diagnose in das

DSM-III der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1980) und 1992 in die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) der WHO (World Health Organization, 1992) übernommen. Entgegen der weit verbreiteten Überzeugung, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung kaum oder nur wenig Veränderungspotenzial beinhaltet, konnten mehrere Autoren zeigen, dass Persönlichkeitsstörungen nur eine mäßige Stabilität aufweisen (u. a. Leichsenring u. Leibing, 2003; Skodol, 2005). Livesley und Mitarbeiter (1998) schlugen u. a. deshalb vor, Persönlichkeitsstörungen bei der multiaxialen Beurteilung nach DSM künftig nicht mehr auf der dafür vorgesehenen Achse II, sondern auf der Achse für klinische Störungen (Achse I) zu kodieren und stattdessen die phänotypischen Persönlichkeitseigenschaften auf der Achse II zu erfassen.

1.2 Psychotherapeutische Verfahren

Das Konzept der BPS unterlag in den letzten Jahrzehnten somit grundlegenden Veränderungen, und die Entwicklung ist weiterhin im Fluss. Entsprechend ergaben sich auch Perspektivenwechsel für die therapeutischen Prozesse und Behandlungsverfahren bei der BPS (Gunderson, 2005). Von den psychoanalytischen Langzeittherapien der 70er Jahre wurde sich mehr und mehr abgewandt. Mit der Entwicklung diagnostischer Messinstrumente und neuer Behandlungsansätze wurden auch Behandlungsstandards eingeführt. Evidenzbasierte störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungskonzepte gewinnen immer mehr an Bedeutung (Remmel u. Bohus, 2006). Kontrollierte Psychotherapiestudien liegen inzwischen für mehrere Therapieverfahren vor: Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (u. a. Linehan et al., 1991, 1993), Mentalization Based Therapy (MBT) nach Bateman und Fonagy (1999, 2001), Transference Focussed Psychotherapy (TFP) nach Kernberg (Clarkin et al., 2007), Schema Focussed Therapy nach Young (Giesen-Bloo et al., 2006). Für Jugendliche konnte die Wirksamkeit adaptierter Manuale für die DBT in ersten Studien nachgewiesen werden (Fleischhaker et al., 2005; Katz et al., 2004). Allerdings sprechen nur ungefähr 50 % der behandelten Patienten auf die manualisierten Verfahren an (Bohus u. Schmahl, 2007).

1.3 Psychopharmakotherapie

Obwohl die psychotherapeutischen Verfahren den wesentlichen Bestandteil bei der Behandlung der BPS ausmachen, finden in der klinischen Praxis Psychopharmaka eine breite und häufige Anwendung. Für die Psychopharmakotherapie haben sich ebenfalls wesentliche Veränderungen und Neuerungen seit den Siebzigern ergeben. Zwar gibt es keine spezifische medikamentöse Behandlung für die BPS und der Einsatz von Psychopharmaka für dieses Störungsbild unterliegt auch bei Erwachsenen dem Off-label-Gebrauch, dennoch zeigte sich in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme medikamentöser Verschreibungen (Gunderson, 2005). Nach Untersuchungen

von Zanarini und Mitarbeitern (2004a) werden in den USA 84 % der Patienten mit BPS psychopharmakologisch behandelt, und fast die Hälfte erhält drei oder mehr unterschiedliche Substanzklassen gleichzeitig. Auch für die Bundesrepublik liegen ähnliche Zahlen vor (Heinze et al., 2005; Rimmel u. Bohus 2006). Für Jugendliche mit BPS einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik konnten wir zeigen, dass ungefähr 60 % mit Psychopharmaka behandelt werden (Wöckel et al., 2010). Diese Zahlen beziehen sich allerdings nur auf die Untersuchungen einer Klinik. International gibt es aufgrund fehlender Studien keine Kenntnisse über die Häufigkeit der Psychopharmakotherapie bei Jugendlichen mit BPS. Dennoch sehen wir diese ersten Daten als einen Hinweis dafür, dass die Verschreibungshäufigkeit bei Jugendlichen ebenfalls hoch ist. Der Nachweis der Wirksamkeit von Psychopharmaka bei BPS konnte in randomisierten und plazebokontrollierten Studien für Erwachsene für unterschiedliche Wirkstoffklassen erbracht werden (Übersicht u. a. Herpertz, 2008; Herpertz et al., 2007). Für Jugendliche hingegen ist die Datenlage nach wie vor sehr gering. Lediglich in einer offenen Studie konnte mit niedrig dosiertem Flupentixol über einen Beobachtungszeitraum von acht Wochen eine signifikante Verbesserung der Impulsivität, der Dysphorie, der allgemeinen Psychopathologie und des allgemeinen Funktionsniveaus beobachtet werden (Kutcher et al., 1995). In einer weiteren offenen Studie wurden weibliche Jugendliche mit BPS und einer komorbiden Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit kurz- und/oder langwirksamen Methylphenidat über die Dauer von 12 Wochen behandelt. Es verbesserten sich sowohl die Symptomatik der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung als auch die der BPS und das aggressive Verhalten (Golubchik et al., 2008). Randomisierte klinische Studien mit Jugendlichen stehen jedoch weiterhin aus.

1.4 Psychosoziales Funktionsniveau

Ein weiterer Fokus richtete sich die letzten Jahrzehnte auf die sozialen Funktionen bei Patienten mit BPS. Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen und insbesondere Betroffene mit BPS haben neben einer verminderten Lebensqualität (u. a. Cramer et al., 2006) ein z. T. erheblich reduziertes psychosoziales Funktionsniveau (pFn) im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen oder mit psychiatrischen Störungen, wie z. B. mit Zwangsstörungen oder depressiven Störungen, oder gegenüber gesunden Probanden (Ansell et al., 2007; Chanen et al., 2007; Jackson u. Burgess, 2004; Levy et al., 1999; Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2005). Bei Jugendlichen mit BPS konnten Bernstein und Mitarbeiter (1993) im Vergleich zu anderen Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen eine stärkere Beeinträchtigung des Funktionsniveaus feststellen. Je ausgeprägter sich die BPS-Symptomatik bei Jugendlichen zeigte, umso schlechter waren die soziale Anpassung und der Berufserfolg und umso niedriger die Lebenszufriedenheit (Winograd et al., 2008) bzw. war insgesamt von einer schlechteren Prognose im Erwachsenenalter auszugehen (Paris, 2005a). Brunner und Mitarbeiter (2003) empfehlen daher, zur Abschätzung des Schwere-

grades der BPS und der einzuleitenden psychiatrischen und institutionellen Hilfen u. a. die psychosozialen Umstände bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen besonders zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund, dass keine evidenzbasierten Untersuchungen über die Wirksamkeit einer Psychopharmakotherapie bei Jugendlichen mit BPS vorliegen, ist es das Ziel dieser retrospektiven Studie, diese Fragestellung unter Berücksichtigung des pFn zu beleuchten. Hypothese dieser Untersuchung ist, dass eine psychopharmakologische Behandlung im Vergleich zu einer nicht-medikamentösen Behandlung zu einer Verbesserung des pFn führt. Eine weitere Hypothese ist, dass der psychopharmakologische Behandlungserfolg unabhängig vom Behandlungssetting ist.

2 Methodik

Retrospektiv wurden die in den Krankenakten und die in der Basisdokumentation (BADO) erhobenen Daten einschließlich des pFn, der Medikation und verschiedener Risikovariablen aller Patienten einer Inanspruchnahmepopulation erfasst, die während des Zeitraums von 1998 bis 2004 stationär oder ambulant in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Frankfurt/Main behandelt und in der BADO nach den Kriterien der ICD-10 mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) kodiert wurden. Am Behandlungsende, im Rahmen einer Klassifikationskonferenz, erfolgte die Kodierung. Auf den Begriff „Diagnose“ bzw. das Problem der Diagnosestellung bei Adoleszenten wird in der Diskussion eingegangen. In die Studie wurden nur die Erstbehandlungsepisoden einbezogen. Mehrfachbehandlungen wurden ausgeschlossen. Die Behandlung erfolgte als „treatment as usual“. Spezifische Psychotherapiemanuale wurden nicht angewendet. Zum psychotherapeutischen Behandlungskonzept gehörten Einzeltherapien und Gruppentherapien mit verhaltenstherapeutischen Elementen unter Einbeziehung der Familie. Stationär behandelte Patienten waren außerdem in dem strukturierten Tagesablauf der Klinik integriert, einschließlich des Besuchs der Klinikschule. Für weitere Details zur Methodik verweisen wir auf den epidemiologischen Teil unserer Studie (Wöckel et al., 2010).

2.1 Psychosoziales Funktionsniveau (Achse VI)

Das pFn gemäß dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10/MAS (Achse VI) wurde zum Aufnahme- und wenn möglich auch zum Entlassungszeitpunkt von den jeweiligen behandelnden Therapeuten erhoben. Beurteilt wurde die schwerste Beeinträchtigung des pFn, jeweils für den Zeitraum der vergangenen drei Monate. Wenn die Behandlungsdauer kürzer als drei Monate war, umfasste die Einschätzung zum Behandlungsende die gesamte Behandlungsdauer. Die Kodierung erfolgte auf einer neunstufigen Skala. Das höchste

pFn wurde auf Stufe 0 (herausragende/gute soziale Funktionen) und das niedrigste auf Stufe 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung) kodiert. Die Kodierung auf Stufe 9 steht für fehlende oder nicht einschätzbare Einstufungen, beispielsweise in den Fällen, in denen die Behandlung vorzeitig abgebrochen oder nach kurzem Intervall beendet wurde und eine Einschätzung des pFn nicht vorgenommen werden konnte. Die Globalbeurteilung des pFn auf der Achse VI ist eine von sechs Achsen oder Dimensionen, die in die Gesamtbewertung des Kindes oder Jugendlichen im multiaxialen Diagnoseschema eingehen. Die Kodierung auf der Achse VI soll die psychologische, soziale und schul-berufliche Funktion für den Untersuchungszeitraum widerspiegeln. Auf den verwendeten Skalen werden Beziehungen zu spezifischen Symptomen explizit ausgeschlossen und die Beurteilung erfolgt nicht defizit-, sondern kompetenzbezogen. Eine detaillierte Beschreibung zur Einstufung des pFn findet sich in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, 2001).

2.2 Psychopharmakotherapie

Zwei Drittel (67 %) der Patienten, von denen das psychosoziale Funktionsniveau bei Behandlungsbeginn und -ende beurteilt wurde, wurden mit psychotropen Medikamenten behandelt. Die am häufigsten verschriebenen Substanzklassen waren in absteigender Reihenfolge die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Citalopram und Sertralin (21 %), die atypischen Neuroleptika Olanzapin und Quetiapin (18,6 %), das noradrenerg/spezifisch serotonerge Antidepressivum (NaSSA) Mirtazapin (16,3 %), die niedrigpotenten Neuroleptika Chlorprothixen und Promethazin (11,6 %), die trizyklischen Antidepressiva Doxepin, Trimipramin und Amitriptylin (11,6 %) und das Benzodiazepin Lorazepam (9,3 %). Für selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), mittelpotente Neuroleptika, Mood stabilizer und Stimulanzien lag die Verschreibungshäufigkeit zwischen 2 und 4 % und war somit statistisch ohne klinische Bedeutung. Unter den medizierten Patienten wurden am häufigsten Zweifach-Kombinationsbehandlungen durchgeführt (46,2 %), gefolgt von Monotherapien (38,4 %), Dreifach- (11,5 %) und Vierfachkombinationen (3,9 %). Unter den Mehrfachbehandlungen wurden am häufigsten Kombinationen zwischen einem Antidepressivum und einem Neuroleptikum eingesetzt (in 56 % der Fälle).

2.3 Statistik

Berechnet wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentanteile. Mittelwertsunterschiede wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft. Die Signifikanz der Häufigkeitsunterschiede wurde mit dem Vier-Felder- χ^2 -Test bestimmt. Zudem wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholungen (MANOVA-RP) gerechnet. Das Alpha betrug bei allen Fragestellungen 0,05 (zweiseitige Testung). Für einzelne Fragestellungen wurden die Effektgrößen d nach

Cohen berechnet, um die Bedeutsamkeit der Unterschiede abzuschätzen. Die statistischen Berechnungen wurden mit SPSS 15.0 durchgeführt (SPSS Inc., Chicago, IL).

3 Ergebnisse

Die Inanspruchnahmepopulation umfasste 2.778 Patienten, die in der BADO dokumentiert waren. 58 Patienten hatten die Diagnose einer BPS erhalten. Der Anteil weiblicher Patientinnen in dieser BPS-Stichprobe betrug 86 %.

3.1 Psychosoziales Funktionsniveau (Achse VI)

Das pFn wurde gemäß Achse VI des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (ICD-10, 2001) bei allen 58 Patienten zum Behandlungsbeginn und bei 43 Patienten zum Behandlungsende eingestuft. In Tabelle 1 ist die Häufigkeit und die prozentuale Verteilung für die Kodierung der unterschiedlichen Ausprägungen der Achse VI dargestellt. Patienten mit fehlenden oder nicht einschätzbaren Beurteilungen zum Behandlungsende wurden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Von den 15 ausgeschlossenen Patienten wurden 12 ambulant und 3 stationär behandelt, 5 erhielten eine regelmäßige Psychopharmakotherapie und 10 erhielten keine Medikation. Außerdem mussten 4 weitere Patienten ausgeschlossen werden, da Angaben darüber fehlten, ob eine Medikation durchgeführt wurde oder nicht. Diese Patienten wurden stationär behandelt.

Tabelle 1: Psychosoziales Funktionsniveau bei Patienten mit BPS zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt

Achse VI		Behandlungsbeginn		Behandlungsende	
Stufe	Ausprägung	n	%	n	%
0	Gute soziale Funktionen	2	3,4	1	1,7
1	Mäßige soziale Funktionen	3	5,2	6	10,3
2	Leichte soziale Beeinträchtigung	8	13,8	6	10,3
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung	16	27,6	13	22,4
4	Ernsthafte soziale Beeinträchtigung	18	31,0	11	19,0
5	Ernsthafte u. durchgängige soz. Beeinträchtigung	10	17,2	6	10,3
6	Funktionsunfähigkeit in den meisten Bereichen	1	1,7	0	0,0
7	Schwere u. durchgängige soz. Beeinträchtigung	0	0,0	0	0,0
8	Tiefe u. durchgängige soziale Beeinträchtigung	0	0,0	0	0,0
9	Nicht zutreffend / nicht einschätzbar	0	0,0	15	25,9

Das psychosoziale Funktionsniveau wurde bei 58 Patienten zum Aufnahmezeitpunkt und bei 43 Patienten zum Entlassungszeitpunkt eingestuft. Bei 15 Patienten lag die Einstufung zum Entlassungszeitpunkt nicht vor oder war nicht einschätzbar. Diese Patienten wurden aus weiteren Analysen ausgeschlossen.

Zur Erfassung des pFn im Behandlungsverlauf unter Berücksichtigung der Variable „Medikation“ konnten insgesamt 39 Patienten einbezogen werden. Die Stichprobe umfasste Jugendliche im Alter von 13,7 bis 18,6 Jahren (Mittelwert (\pm Standardabweichung) 16,2 (\pm 1,7) Jahre). Medizierte (n = 26) und nicht-medizierte Patienten (n = 13) unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter bei Behandlungsbeginn (16,3 (\pm 1,9) vs. 15,9 (\pm 1,3) Jahre; $F[1,39] = 1,562$; $p = 0,552$), Alter bei Erstdiagnose (15,6 (\pm 1,8) vs. 15,6 (\pm 1,1) Jahre; $F[1,39] = 2,368$; $p = 0,900$) und Behandlungsdauer (75,5 (\pm 80,1) vs. 44,8 (\pm 43,9) Tage; $F[1,39] = 5,117$; $p = 0,131$). Ebenso fanden sich zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Angabe über Suizidversuche in der Vorgeschichte, Auftreten von selbstverletzendem Verhalten während der Behandlung und Häufigkeit und Verteilung komorbider Störungen. Depressive Episoden waren in der Gruppe der medizierten Patienten und Störungen des Sozialverhaltens in der Gruppe der nicht-medizierten Patienten häufiger als in der jeweils anderen Gruppe, jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant (Tab. 2). Die Anzahl aller psychiatrischen Diagnosen betrug bei medizierten Patienten 1,85 (\pm 0,73) pro Patient und bei nicht-medizierten Patienten 1,46 (\pm 0,66) pro Patient ($F[1,39] = 0,018$; $p = 0,119$). Zwar waren auch diese Unterschiede nicht signifikant, es deutet sich aber an, dass die medizierten Patienten durch komorbide Störungen stärker belastet sind.

Tabelle 2: Häufigste komorbide Störungen und Symptome bei BPS mit und ohne Pharmakotherapie

Komorbide Störungen und Symptome	BPS-Patienten n = 39	Medikation n = 26	keine Medikation n = 13	χ^2	p
Suizidversuche in der Anamnese	10 (25,6 %)	5 (19,2 %)	5 (38,5 %)	1,681	0,195
SV während der Behandlung	19 (48,7 %)	12 (46,2 %)	7 (53,8 %)	0,205	0,651
Komorbide Störungen (ICD-10)	27 (69,2 %)	19 (73,1 %)	8 (61,5 %)	0,542	0,462
davon:					
Depressive Episode	8 (20,5 %)	7 (26,9 %)	1 (7,7 %)	1,966	0,161
Störung des Sozialverhaltens	5 (12,8 %)	2 (7,7 %)	3 (23,1 %)	1,835	0,176
Bulimia nervosa	3 (7,7 %)	2 (7,7 %)	1 (7,7 %)	0,0	1,0
Multipler Substanzmissbrauch	2 (5,1 %)	2 (7,7 %)	0 (0 %)	1,054	0,305
PTSD	1 (2,6 %)	1 (3,8 %)	0 (0 %)	0,513	0,474
HKS	1 (2,6 %)	1 (3,8 %)	0 (0 %)	0,513	0,474
HKSSV	1 (2,6 %)	1 (3,8 %)	0 (0 %)	0,513	0,474

SV = Selbstverletzendes Verhalten, PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung, HKS = Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, HKSSV = Hyperkinet. Störung des Sozialverhaltens. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf alle Patienten mit BPS, die medizierte oder die nicht medizierte Stichprobe

Der Mittelwert (\pm Standardabweichung) des pFn für alle Patienten betrug bei Behandlungsbeginn 3,36 (\pm 1,31) und bei Behandlungsende 3,05 (\pm 1,33) und lag somit zu beiden Untersuchungszeitpunkten im Bereich der mäßigen sozialen Beeinträchtigung. Die psychosoziale Beeinträchtigung ist bei allen stationären Patienten mit 3,68 (\pm 1,20) im Vergleich zu allen ambulanten Patienten mit 2,81 (\pm 1,33) zum

Zeitpunkt des Behandlungsbeginns signifikant stärker ausgeprägt ($F[1,58] = 0,53$; $p = 0,014$) (ohne Tabelle). Wird nur die Gruppe der Patienten betrachtet, die bei Behandlungsbeginn und -ende eingestuft wurden, bleibt das pFn für ambulante Patienten im Behandlungsverlauf mit $2,8 (\pm 1,69)$ unverändert. Bei stationären Patienten verbessert sich die Einstufung auf der Achse VI auf $3,1 (\pm 1,18)$ (Tab. 3a). Das pFn unterscheidet sich bei Behandlungsende nicht mehr signifikant bei stationären und ambulanten Patienten ($F[1,39] = 4,06$; $p = 0,534$). Nach Ausschluss von Patienten mit fehlenden oder nicht einschätzbaren Beurteilungen der Achse VI zum Behandlungsende sowie fehlenden Angaben zur Medikation war im Rahmen der MANOVA-RP keine signifikante Verbesserung für ambulante oder stationäre Patienten zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt nachweisbar. Allerdings zeigte sich auf dem 5 %-Niveau ein signifikanter Wechselwirkungseffekt des Faktors „Medikation“ ($F[1,39] = 5,18$; $p = 0,029$). Die Patienten, die während der ambulanten bzw. stationären Behandlungsepisode eine regelmäßige psychotrope Medikation erhielten, zeigten eine signifikante Verbesserung der Einschätzung des pFn von $3,58 (\pm 1,3)$ bei Behandlungsbeginn auf $2,77 (\pm 1,21)$ zum Behandlungsende. Die Effektgröße Cohens d liegt mit $0,72$ nur knapp unterhalb eines starken Effekts. Nicht-medizierte Patienten unterschieden sich nicht signifikant in der Ausprägung der Achse VI für beide Messzeitpunkte (Tab. 3a und b).

Tabelle 3a: Psychosoziales Funktionsniveau bei Patienten mit BPS zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt bei unterschiedlichen Behandlungsmodi (stationär vs. ambulant bzw. mit vs. ohne Psychopharmakotherapie während der Behandlungsepisode)

Achse VI	n	MW _A	S _D	MW _E	S _D
Ambulante Behandlung	10	2,80	1,23	2,80	1,69
Stationäre Behandlung	29	3,72	1,13	3,10	1,18
Medikamentöse Behandlung	26	3,58	1,30	2,77	1,21
Keine Medikation	13	3,31	1,03	3,54	1,39
Subgruppen					
Ambulante Behandlung mit Med.	4	2,75	1,50	2,25	1,50
Ambulante Behandlung ohne Med.	6	2,83	1,17	3,17	1,84
Stationäre Behandlung mit Med.	22	3,73	1,24	2,86	1,17
Stationäre Behandlung ohne Med.	7	3,71	0,76	3,86	0,90

MW_A = Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt, MW_E = Mittelwert zum Entlassungszeitpunkt, S_D = Standardabweichung. Bei 4 Patienten lagen keine Angaben zur Medikation vor, so dass insgesamt 39 Patienten in die Analyse einbezogen wurden

Tabelle 3b: MANOVA-RP für Haupt- und Interaktionseffekte des psychosozialen Funktionsniveaus für die stationäre vs. ambulante bzw. medikamentöse vs. nicht-medikamentöse Behandlung

Achse VI	F	df	p	Cohens d
Haupteffekte				
Behandlungsmodus (amb./stat.)	0,47	1	0,497	-
Medikation (ja/nein)	5,18	1	0,029	0,72
Interaktionseffekte				
Behandlungsmodus x Medikation	0,05	1	0,832	-

Die Teilgruppe der Patienten, die Medikamente erhielt, zeigte eine signifikante Verbesserung in der Einschätzung der Achse VI. Die Effektgröße Cohens *d* liegt knapp unterhalb des Grenzwerts für einen starken Effekt

4 Diskussion

Bei medizierten Patienten mit BPS verbesserte sich das pFn während der Erstbehandlungsepisode signifikant, obwohl die medizierten Patienten im Schnitt sogar eine höhere psychiatrische Komorbidität aufwiesen. Hingegen zeigten nicht-medizierte Patienten eine geringe, allerdings nicht signifikante Verschlechterung des pFn. Somit bestätigte sich unsere erste Hypothese. Erwartungsgemäß waren stationäre Patienten zum Behandlungsbeginn stärker in ihrem pFn beeinträchtigt als ambulante Patienten. Stationäre Patienten verbesserten sich hinsichtlich des pFn ebenfalls während der Erstbehandlungsepisode, so dass bei Behandlungsende beim pFn keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen ambulanten und stationären Patienten bestanden. Da ca. drei Viertel der stationären Patienten auch medikamentös behandelt wurden, wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholungen für Haupt- und Interaktionseffekte des pFn berechnet. Für die Variable „Medikation/keine Medikation“ konnten wir einen signifikanten Haupteffekt nachweisen, nicht jedoch für die Variable „ambulante/stationäre Behandlung“ und auch nicht für die Interaktion von Medikation mit dem Behandlungsstatus. Somit bestätigt sich auch unsere zweite Hypothese, dass der psychopharmakologische Behandlungserfolg unabhängig von einer ambulanten oder stationären Behandlung ist. Einschränkend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass außer der Subgruppe der stationär behandelten und medizierten Patienten die anderen Subgruppen nur eine kleine Gruppengröße aufwiesen. Die stationär behandelten Patienten konnten darüber hinaus zu der Einzeltherapie auch gruppentherapeutische Verfahren und das gut strukturierte Setting im Klinikalltag in Anspruch nehmen. In der Gruppe der nicht-medizierten Patienten war der Anteil ambulanter und stationärer Patienten ungefähr gleich verteilt. Hingegen überwog in der medizierten Gruppe deutlich der Anteil der stationär behandelten Patienten. Daher können zur Verbesserung des pFn während des Behandlungsverlaufs zusätzlich zur psychopharmakologischen Behandlung auch noch andere mögliche Variablen beigetragen haben. Dieser mögliche Effekt bzw. die Wirksamkeit von Psychotherapie und strukturierender Maßnahmen im Tagesablauf lässt sich in dieser retrospektiven Studie jedoch nicht abgrenzen.

Von den Patienten, die in der Ausgangsstichprobe die Diagnose einer BPS erhielten, konnten über zwei Drittel (67 %) mit vollständigen Daten in unsere retrospektive Studie einbezogen werden, so dass durch die Größe der Untersuchungsstichprobe ausreichend valide Ergebnisse erzielt werden konnten. Bei den Patienten, die aus der Studie ausgeschlossen wurden, weil das pFn zum Behandlungsende nicht erhoben wurde, handelte es sich überwiegend um ambulante Patienten, die nicht mediziert wurden. Diese Patienten-Gruppe war durch eine niedrige Compliance und hohe Abbruchquote gekennzeichnet, so dass für diese Patienten keine wesentlichen Verbesserungen des pFn im Verlauf zu erwarten gewesen wären. Dementsprechend hat dieser mögliche Bias das Ergebnis der Studie sehr wahrscheinlich nicht zu Gunsten der medizierten Gruppe verschoben.

4.1 Psychopharmakotherapie

Psychopharmakologische Behandlungsstrategien bei BPS zielen zum einen darauf, klinisch relevante Symptomgruppen zu beeinflussen. Das betrifft die drei Symptomkomplexe der affektiven Instabilität einschließlich einer erhöhten Angstbereitschaft, die Störung der Impulskontrolle und die Beeinträchtigung der Kognition, Wahrnehmung einschließlich dissoziativer und pseudopsychotischer Phänomene (Herpertz, 2008). Die American Psychiatric Association (APA) hat hierfür Behandlungsalgorithmen entwickelt (APA, 2001), die jedoch nicht evidenzbasiert sind, sondern auf praktisch-klinischen Gesichtspunkten beruhen und die Gefahr einer Polypharmazie mit sich bringen (Paris, 2005b). In den Guidelines der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (Herpertz et al., 2007) sind evidenzbasierte Empfehlungen für die pharmakologische Behandlung der BPS zusammengestellt. Andererseits ist die Psychopharmakotherapie für die Behandlung komorbider Störungen und gegebenenfalls von Verhaltensauffälligkeiten relevant, wie z. B. Fremdaggressivität und Selbstverletzungen. Der Grund für den Beginn einer medikamentösen Behandlung oder für die Auswahl bestimmter Wirkstoffklassen ließ sich für unsere retrospektiv untersuchte Stichprobe im Einzelnen nicht rekonstruieren. Die unterschiedlichen Symptomgruppen waren in den Krankenakten nicht systematisch beschrieben. Die Häufigkeiten von Suizidversuchen in der Vorgeschichte, Selbstverletzungen während der Behandlung und komorbiden Störungen unterschieden sich zwar nicht signifikant zwischen der medizierten und nicht-medizierten Gruppe, die prozentualen Verteilungen zeigen jedoch, dass die medizierte Gruppe stärker mit komorbiden Störungen, insbesondere depressiven Episoden, belastet war und die Häufigkeit suizidaler Handlungen in der Vorgeschichte seltener berichtet worden ist. Andererseits waren in der nicht-medizierten Gruppe die Störungen des Sozialverhaltens häufiger vertreten. Vermutlich nur aufgrund der kleinen Stichprobengröße sind diese Unterschiede nicht signifikant. Das Auftreten psychopharmakologisch beeinflussbarer komorbider Störungen einerseits und das mögliche Risiko erneuter suizidaler Handlungen durch Tablettenintoxikationen andererseits sind zwei von mehreren möglichen Variablen, die sehr wahrscheinlich zur Entscheidung für oder gegen eine psychopharmakologische Behandlung beigetragen haben. Weitere Variablen

können z. B. der Schweregrad der Störung, eigen- oder fremdaggressives Verhalten oder die Compliance der Patienten bzw. der Sorgeberechtigten gewesen sein. Außerdem ist es denkbar, dass eine stationäre Behandlung nur zum Zweck der medikamentösen Einstellung veranlasst wurde, um so eine ausreichende Kontrolle über den Beginn einer Medikation gewährleisten zu können. Die Beurteilung der letztgenannten Variablen war retrospektiv jedoch nicht mehr möglich. Die Häufung depressiver Episoden in der medizierten Gruppe erklärt zumindestens zum Teil den hohen Verschreibungsanteil von Antidepressiva, die bei über der Hälfte der medizierten Patienten eingesetzt wurden. Ähnlich wie bei der Behandlung Erwachsener mit BPS (u. a. Mobaracher et al., 2007) war die Verschreibung von Zweifach-Kombinationen, bestehend aus einem Antidepressivum und einem Neuroleptikum, besonders häufig. Trotzdem wurde bisher lediglich in einer kontrollierten Studie die Kombinationsbehandlung von Olanzapin und Fluoxetin mit der jeweiligen Monotherapie verglichen (Zanarini et al., 2004b). Die Kombinationsbehandlung war gleichwertig der Monotherapie mit Olanzapin, hingegen einer Monotherapie mit Fluoxetin überlegen. Allerdings war die mittlere Fluoxetindosis mit 12,7 mg/Tag sehr niedrig und daher nur fraglich wirksam. Herpertz (2008) warnt jedoch vor der bei BPS-Patienten häufig angewandten Polypharmazie und empfiehlt, bei Unwirksamkeit einer Substanz diese abzusetzen, bevor eine neue Substanz verabreicht wird.

4.2 Psychosoziales Funktionsniveau

Das Auftreten einer BPS während des Jugendalters geht oftmals mit deutlichen Beeinträchtigungen im sozialen Bereich einher. Gerade während des besonders vulnerablen Lebensabschnitts der Pubertät und der nachfolgenden Zeit der Adoleszenz – eine Zeit, in der Beziehungen zu Gleichaltrigen eine immer wichtigere Rolle erhalten, die Anpassung an die Eltern abnimmt, die Identitätsentwicklung, die Geschlechtsrollenidentität und die allgemeine Selbstständigkeit eine zunehmende Bedeutung erfahren und gleichzeitig die Anforderungen des sozialen und schulischen bzw. beruflichen Umfeldes steigen – können der Entwicklungsprozess und die soziale Adaptationsfähigkeit Jugendlicher durch die Folgen einer BPS auch langfristig erheblich beeinträchtigt werden. Schulabbrüche, schlechtere akademische Leistungen im Studium, Studienabbrüche, keine regelmäßige berufliche Tätigkeit, instabile Beziehungen, kurzdauernde Freundschaften, das Fehlen von Vertrauenspersonen, chronischer Stress und delinquentes Verhalten sind Beispiele für überdurchschnittlich häufig auftretende Begleiterscheinungen oder Folgen einer BPS bzw. einer Symptomatik, die einer BPS entspricht (Bagge et al., 2004; Bernstein et al., 1993; Daley et al., 2000; Lofgren et al., 1991; Trull et al., 1997; Zerkowitz et al., 2004). Winograd und Mitarbeiter (2008) konnten zeigen, dass die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus bei Jugendlichen mit BPS unabhängig von begleitenden komorbiden Störungen ist. Chanen et al. (2007) beobachteten sogar, dass das Auftreten einer BPS oder einer anderen Persönlichkeitsstörung während der Adoleszenz ein signifikanter Prädiktor für die Einschätzung des pFn ist. Hingegen konnte durch Störungen der Achse I das pFn nicht vorhergesagt werden.

Zanarini et al. (2005) fanden außerdem einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Beeinträchtigung im Funktionsniveau und der Anzahl zutreffender diagnostischer Kriterien für die BPS nach DSM-IV. Einzelne Autoren berichten, dass die Symptomatik der BPS mit steigendem Alter zwar abnimmt (Johnson et al., 2000; Lenzenweger et al., 2004) bzw. eine nur mäßige Stabilität zwischen dem 13. und 33. Lebensjahr besteht (Winograd et al., 2008), dennoch gibt es Hinweise dafür, dass die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus darüber hinaus bei vielen Persönlichkeitsstörungen im Langzeitverlauf eine höhere Stabilität hat als die diagnostischen Kriterien des Störungsbildes selbst (Rey et al., 1997; Skodol et al., 2002).

Dem pFn kommt im Erkrankungsverlauf der BPS deswegen eine besondere Bedeutung zu. Zum einen, um den Schweregrad der Störung abschätzen zu können und zum anderen zur Verlaufsbeobachtung. Da das Funktionsniveau eine höhere Stabilität aufzuweisen scheint, könnte dem pFn möglicherweise auch eine prognostische Bedeutung zukommen. Das pFn könnte gerade bei der BPS ein Kriterium für den Erfolg verschiedener therapeutischer Interventionen darstellen. Es eignet sich nicht nur zur Erfassung von Defiziten im sozialen Umfeld, sondern bietet auch die Möglichkeit, ressourcenorientiert mit den Patienten zu arbeiten, beispielsweise um an vorhandenen adaptiven Funktionen anzuknüpfen.

4.3 Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mit der Volljährigkeit, d. h. dem Alter bei dem in den meisten Ländern eine Person juristisch als erwachsen gilt, finden bei entsprechenden Fragestellungen üblicherweise die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung Anwendung. Für Kinder und Heranwachsende gilt dies, wenn die unangepassten Persönlichkeitszüge tiefgreifend, andauernd und wahrscheinlich nicht auf eine bestimmte Entwicklungsphase oder eine Episode einer Achse-I-Störung begrenzt sind (DSM-IV, 1998). Nach Ansicht von Brunner und Mitarbeitern (2003) sind die Diagnosekriterien für eine Persönlichkeitsstörung nur eingeschränkt auf Jugendliche anwendbar bzw. übertragbar, da sie für das Erwachsenenalter entwickelt wurden. Die Diskussion darüber, ob und ab welchem Alter bei Kindern bzw. Jugendlichen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und insbesondere die einer BPS gestellt werden kann, ist weiterhin offen (Herpertz-Dahlmann u. Herpertz, 2008; Herpertz-Dahlmann u. Simons, im Druck; Schmid et al., 2008). BPS-Diagnosen im Jugendalter verfügen nur über eine ungenügende Stabilität (Becker et al., 1999; Bernstein et al., 1993; Mattanah et al., 1995). Dennoch bestehen keine Zweifel daran, dass die für die Diagnose einer BPS typischen Symptome bereits bei Jugendlichen oder auch Kindern auftreten können (Bernstein et al., 1993; Bondurant et al., 2004; Bradley et al., 2005; Crick et al., 2005; Westen u. Chang, 2000) und dass Jugendliche und Erwachsene mit BPS sehr viele Ähnlichkeiten im Störungsbild aufweisen (Becker et al., 2002; Segal-Trivitz et al., 2006). Darüber hinaus zeigen empirische Ergebnisse, dass sich die Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen von der Kindheit bis in das mittlere Erwachsenenalter

nicht wesentlich verändert und dass wiederum die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter derjenigen von Erwachsenen vergleichbar zu sein scheint (Übersicht bei Schmeck, 2008). Nach Ansicht von Bradley und Mitarbeitern (2005) ist das Auftreten BPS-typischer Symptome während der Adoleszenz auch nicht als eine nur vorübergehende Entwicklungsphase aufzufassen. Allerdings weisen Trull und Mitarbeiter (2003) und Brunner u. Resch (2008) sowohl auf die Schwierigkeit als auch auf die Relevanz hin, adoleszente von Borderline-Charakteristiken zu trennen. Brunner und Mitarbeiter (2003) empfehlen daher eine Redefinition der Diagnosekriterien für die Anwendung des Jugendalters (zur detaillierten Beschreibung siehe dort).

5 Ausblick

Die Behandlung der BPS gilt für Therapeuten allgemein als eine Herausforderung. Zum einen, weil die Betroffenen häufig sehr komplexe und vielschichtige Probleme aufweisen und sich oftmals nicht auf einen konsequenten Behandlungsprozess einlassen können. Zum anderen ist der Erfolg der Behandlung durch hohe Abbruchraten oder sogar durch eine Verschlechterung während des Therapieverlaufs gefährdet. In zahlreichen Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass sich durch eine Behandlung die Symptomatik und die Lebensqualität verbessern lassen. Nicht nur der kurzfristige, sondern auch der langfristige Behandlungserfolg bzw. die Prognose scheinen besser zu sein als lange Zeit angenommen. Wahrscheinlich ist dies in erster Linie den störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren zuzuschreiben. Allerdings kommt auch dem steigenden Evidenzgrad bei der Behandlung mit Psychopharmaka eine wichtige Bedeutung zu (Livesley, 2005). Sowohl bezüglich der Diagnosestellung und der Stabilität der BPS, der Effizienz therapeutischer Interventionen als auch für die Einschätzung von Verlauf und prognostischer Entwicklung sind gerade bei Jugendlichen noch viele Fragen offen. In dieser retrospektiven Studie können wir erstmals bei Jugendlichen mit Symptomen einer BPS die Effizienz einer Psychopharmakotherapie im Vergleich zu nicht-medizierten Patienten anhand des psychosozialen Funktionsniveaus feststellen. Für den Verlauf der BPS hat das eine hohe Relevanz, da ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Störung und der Beeinträchtigung im Funktionsniveau besteht. Durch eine medikamentös bedingte Abschwächung des Ausprägungsgrades der Symptome entwickelt sich im günstigsten Fall eine verbesserte Kompetenz bei der Bewältigung alltäglicher Funktionen. Randomisierte und kontrollierte Studien zur Anwendung von Psychopharmaka bei Jugendlichen mit BPS sind daher dringend zu fordern, um die wahrscheinlich weit verbreitete medikamentöse Behandlung mit ausreichender Evidenz abzusichern und eine symptombezogene Effizienz nachzuweisen.

6 Limitationen

Die Diagnostik der BPS erfolgte aufgrund klinischer Beurteilung. Strukturierte Interviews als diagnostische Instrumente wurden nicht eingesetzt. Der Schweregrad der Störung wurde nicht anhand spezifischer Instrumente untersucht, da entsprechende psychometrische Verfahren für den Beobachtungszeitraum noch nicht vorlagen, sondern anhand des pFn beurteilt. Das Funktionsniveau umfasst ein breites Spektrum sozialer Fähigkeiten und Ressourcen. Welche sozialen Funktionen im Einzelnen beeinträchtigt waren bzw. sich während der Behandlung verbesserten, wird in dieser Untersuchung nicht erfasst. Retrospektiv war es außerdem nicht möglich, die Anzahl vorhandener Kriterien, die zu der Diagnose einer BPS geführt haben, im Einzelnen zu untersuchen und einen möglichen Zusammenhang zum pFn herzustellen. Diese Untersuchung ist eine retrospektive Studie. Im Rahmen einer prospektiven Studie mit definierten Kriterien sollte diesen Fragen nachgegangen werden. Generell wirft die Beurteilung des pFn und dessen Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und -ende Probleme auf, da die Einschätzung zum Behandlungsbeginn in der Regel nur auf den anamnestischen Angaben der Betroffenen beruht, während die Beurteilung zum Behandlungsende durch die objektive Beobachtung des Therapeuten bzw. des Behandlungsteams wesentlich bestimmt wird. Es ist deswegen denkbar, dass das pFn zum Behandlungsbeginn bei einem Teil der Patienten von dem tatsächlichen und objektivierbaren pFn abweicht.

Die Gruppen der medizierten und nicht-medizierten Patienten zeigten zwar keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich selbstverletzenden und suizidalen Verhaltens und komorbider Störungen, konnten jedoch nicht symptomspezifisch untersucht und verglichen werden. Diese Frage ist für den Einsatz einer gezielten Psychopharmakotherapie und deren Erfolg von besonderem Interesse und sollte in künftigen Studien berücksichtigt werden. In der Gruppe der medizierten Patienten wurden zahlreiche und auch ganz unterschiedliche Substanzklassen eingesetzt. Die Studie erlaubt daher keine Aussage über die Effizienz einzelner Substanzklassen oder die Effizienz von Mono- bzw. Kombinationstherapien. Außerdem sind auch Placeboeffekte möglich, da die Medikamente nicht verblindet oder kontrolliert verabreicht wurden. Über die grundsätzliche Problematik zur Diagnosestellung einer BPS im Jugendalter und deren Abgrenzung zu Erwachsenen wird in der Diskussion eingegangen.

Literatur

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 10 Suppl, 1-52.
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personali-

- ty disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 329-336.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 279-288.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Morey, L. C., Walker, M. L., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 200-205.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Bohus, M., Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 78, 1069-1081.
- Bondurant, H., Greenfield, B., Tse, S.M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 53-57.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- Brunner, R., Ceumern-Lindensternstjerna, I.-A., Renneberg, B., Resch, F. (2003). Borderlinepersönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Klinische und klassifikatorische Probleme der Diagnosesicherung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 365-381.
- Brunner, R., Resch, F. (2008). Zur Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von schweren Adoleszenzkrise im Jugendalter. In R. Brunner & F. Resch (Hrsg), *Borderline-Störungen und Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter* (S. 134-148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Chanen, A. M., Jovev, M., Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 297-306.
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M., Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder – A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Cramer, V., Torgersen, S., Kringelen, E. (2006). Personality disorders and quality of life: a population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184.
- Crick, N., Murray-Close, D., Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.

- Daley, S. E., Burge, D., Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of four-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451-460.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig (Hrsg Deutsche Bearbeitung, 2. Auflage; S. 735-739). Göttingen: Hogrefe.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Schulz, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 112-127.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., Amtz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Golubchik, P., Sever, J., Zalsman, G., Weizman, A. (2008). Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 23, 228-231.
- Grinker, R., Werble, B., Drye, R. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego functions*. New York: Basic Books.
- Gunderson, J. G. (2005). Pharmakotherapie. In J. G. Gunderson (Hrsg), *Borderline. Diagnostik, Therapie, Forschung* (1. Auflage; S. 153-182). Bern: Hans Huber.
- Gunderson, J. G., Carpenter, W. T., Strauss, J. (1975). Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1257-1264.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Heinze, M., Andreae, D., Grohmann, R. (2005). Pharmacotherapy of personality disorders in german speaking countries: state and changes in the last decade. *Pharmacopsychiatry*, 38, 201-205.
- Herpertz, S. C. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In F. Holsboer, G. Gründer, O. Benkert (Hrsg), *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (S. 1007-1021). Heidelberg: Springer.
- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Möller, H.-L., WFSBP (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8, 212-244.
- Herpertz-Dahlmann, B., Herpertz, S.C. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, A. Warnke (Hrsg), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (2. Auflage, S. 1052-1077). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Herpertz-Dahlmann, B., Simons, S. (im Druck). Entwicklung und Differenzialdiagnose von Borderline-Symptomen im Kindes- und Jugendalter. In B. Dulz, S.C. Herpertz, O.F. Kernberg, U. Sachsse (Hrsg), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO. (2001). Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Adaptation/Beeinträchtigung). In H. Remschmidt, M.H. Schmidt, F. Poustka (Hrsg), *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters* (4. Auflage; S. 391-392). Bern: Hans Huber.
- Jackson, H. J., Burgess, P. M. (2004). Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being Part III. Relationships between speci-

- fic type of personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 765-776.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F., Brook, J. S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: A community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 265-275.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kutcher, S., Papatheodorou, G., Reiter, S., Gardner, D., Pharm, B. (1995). The successful pharmacological treatment of adolescents and young adults with borderline personality disorder: a preliminary open trial of flupenthixol. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 20, 113-118.
- Leichsenring, F., Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Lenzenweger, M. F., Johnson, M. D., Willett, J. B. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: Longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1015-1024.
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J., Garnet, K. E., Quinlan, D. M., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1522-1528.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Livesley, W. J. (2005). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 433-434.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., Venon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Lofgren, D. P., Bemporad, J., King, J., Lindem, K., O'Driscoll, G. (1991). A prospective follow-up study of so-called borderline children. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1541-1547.
- Mattanah, J. J. F., Becker, D. F., Kenneth, N. L., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 152, 889-894.
- Mobascher, A., Mobascher, J., Schmahl, C., Malevani, J. (2007). Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit atypischen Antipsychotika. *Nervenarzt*, 78, 1003-1013.
- Paris, J. (2005a). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1091-1104.
- Paris, J. (2005b). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 435-441.
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., Gunderson, J. G. (1983). The validity of borderline personality disorder: a phenomenologic, family history, treatment, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.

- Rommel, A., Bohus, M. (2006). Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 185-197.
- Rey, J. M., Singh, M., Morris-Yates, A., Andrews, G. (1997). Referred adolescents as young adults: The relationship between psychosocial functioning and personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 219-226.
- Schmeck, K. (2008). Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 625-640.
- Schmid, M., Schmeck, K., Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 190-202.
- Segal-Trivitz, Y., Bloch, Y., Goldburd, Y., Sobol-Havia, D., Levkovitch, Y., Ratzoni, G. (2006). Comparison of symptoms and treatments of adults and adolescents with borderline personality disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 215-220.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly* 7, 467-489.
- Trull, T. J., Stepp, S. D., Durrett, C. A. (2003). Research on borderline personality disorder: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 77-82.
- Trull, T. J., Useda, J. D., Conforti, K., Doan, B. (1997). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: Two-year outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 307-314.
- Westen, D., Chang, C. M. (2000). Adolescent personality pathology: A review. *Adolescent Psychiatry*, 25, 61-100.
- Winograd, G., Cohen, P., Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941.
- Wöckel, L., Goth, K., Matic, N., Zepf, F. D., Holtmann, M., Poustka, F. (2010). Psychopharmakotherapie einer ambulanten und stationären Inanspruchnahmepopulation adoleszenter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 37-49.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Silk, K. R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19, 19-29.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Silk, K. R. (2004a). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Clin Psychiatry*, 65, 28-36.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Parachini, E. A. (2004b). A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 903-909.

Korrespondenzanschrift: Dr. Lars Wöckel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Neuenhofer Weg 21, D-52074 Aachen; E-Mail: lwoeckel@ukaachen.de

Kirstin Goth, Nina Matic und Fritz Poustka, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Frankfurt am Main; Beate Herpertz-Dahlmann, Lars Wöckel und Florian Daniel Zepf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen; Martin Holtmann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der LWL-Universitätsklinik Hamm, Ruhr-Universität Bochum; Florian Daniel Zepf, JARA-BRAIN Translational Brain Medicine, Aachen.