

Empfehlung der GePs e.V. zur pharmakologischen Behandlung von Borderline- Persönlichkeitsstörungen

Die Besonderheiten der deutschen Gesetzgebung (off-label-use) machen es erforderlich, bei der Pharmakotherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen insbesondere gegenüber Krankenkassen kompetent argumentieren zu können. Deshalb werden im Folgenden die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse kurz zusammengefasst.

In der Regel **nicht** empfehlenswert sind:

- Trizyklische Antidepressiva: bei relativ hoher Toxizität ist der Nutzen sehr zweifelhaft („unwirksam“) und lag teilweise nur im Bereich von Placebo (APA 2005; Moleman et al. 2000).
- Konventionelle Neuroleptika: Vornehmlich die kognitiven Einschränkungen und die Gefahr zu meist irreversibler Spätdyskinesien (über die der Patient unbedingt aufgeklärt werden muss, was er auch durch Unterschrift zu bestätigen hat) sprechen gegen eine Medikation mit dieser Medikamentengruppe. Es ist davon auszugehen, dass Medikamente mit einer Tendenz zu extrapyramidalen Nebenwirkungen besonders häufig zu Spätdyskinesien führen (bei Behandlung über mindestens drei Monate [Schooler u. Kane 1982]). Kognitive Nebenwirkungen dürften die Wirksamkeit der kausalen Behandlung (spezifische Psychotherapie) reduzieren. Zudem ist die Wirksamkeit konventioneller Neuroleptika bei Borderline-Störungen überhaupt unsicher, denn die frühen Wirksamkeitsstudien differenzierten nicht zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Schizotypischer Persönlichkeitsstörung.
- Stimmungsstabilisatoren: Obwohl diese Gruppe von Psychopharmaka zunehmend Anwendung findet, kann eine Empfehlung nicht ausgespro-

chen werden, weil die vorliegenden Untersuchungen gekennzeichnet sind von extrem kleinen Fallzahlen, ungenügend homogenen Probandengruppen und sich (in erster Linie bezüglich Carbamazepin) widersprechenden Befunden.

In der Regel **empfehlenswert** sind:

- Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI): Sie werden vielfach als Mittel der Wahl bezeichnet (Gunderson 2005). Bezüglich Fluoxetin liegen randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudien vor (Übersicht in APA 2005). Da Angst ein zentrales Symptom bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen darstellt (Dulz u. Schneider 1995; Hoffmann 2000), dürfte auch die Zulassung bei Panikstörung/generalisierter Angststörung ein wichtiges Argument bei der Verordnung sein (betrifft z.B. Citalopram, Escitalopram, Paroxetin).
- Atypische Neuroleptika: Die Wirksamkeit von Olanzapin wurde in einigen plazebokontrollierten Doppelblindstudien nachgewiesen (u.a. Zanarini u. Frankenburg 2001), kürzlich auch im Sinne einer add-on Behandlung zur Psychotherapie (Soler et al. 2005). Systematische Behandlungsbeobachtungen ergaben zudem Hinweise auf eine Wirksamkeit von Quetiapin, Ziprasidon, Risperidon und Zotepin, jeweils in Kombination mit einer Anxiolyse (Dulz u. Welge 2003), wobei kontrollierte Doppelblindstudien erforderlich wären, um eine Wirksamkeit wissenschaftlich zu belegen. Auch die vorhandenen Leitlinien (APA 2005; Tress et al. 2002) betonen die Wirksamkeit atypischer Neuroleptika.

Die vielfach beschriebene Wirksamkeit von SSRI und atypischen Neuroleptika insbesondere bei Borderline-Störungen muss dringend zur Durchführung von Zulassungsstudien führen (nur bezüglich Olanzapin [Lilly Deutschland GmbH] wird eine Zulassungsstudie durchgeführt). Erst nach Zulassung werden die in Arztpraxen zunehmend vorgenommenen Umstellungen von einer in der Klinik begonnenen Medikation mit SSRI beziehungsweise atypischen Neurolep-



tika auf vorzugsweise trizyklische Antidepressiva beziehungsweise konventionelle Neuroleptika nicht mehr erfolgen. Solche Umstellungen sind zumeist allein durch die Befürchtung von Regressforderungen motiviert. Eine solche Umstellung ist therapeutisch nicht zu rechtfertigen und führt letztlich zu vermehrten Kosten (Abbruch der Behandlung wegen Nebenwirkungen bzw. Wirkungslosigkeit, Wiederaufnahme in einer Klinik).

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2005). Leitlinien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bern: Huber.
- Dulz B, Schneider A (1995). Borderline-Störungen – Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Dulz B, Welge A (2003). Zur medikamentösen Anxiolyse bei Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 7: 253–62.
- Gunderson JG (2005). *Borderline*. Bern: Huber.
- Hoffmann SO (2000). Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 227–36.
- Moleman P, van Dam K, Dings V (2000). Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung – aktueller Wissensstand und Behandlungskonzepte. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart: Schattauer; 655–72.
- Schooler NR, Kane JM (1982). Research diagnosis for tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 39: 486–7.
- Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, Pérez V (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 162: 1221–4.

Tress W, Wöller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (2002). Persönlichkeitsstörungen – Leitlinien und Quellentext. In Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften. Stuttgart: Schattauer.

Zanarini MC, Frankenburg FR (2001). Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: A double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 62: 849–54.

Der Geschäftsführende Vorstand:

Dr. Birger Dulz, Hamburg

Prof. Dr. Sabine Herpertz, Rostock

Dr. Mathias Lobmer, München

Dr. Wulf Bertram, Stuttgart

Dr. Rolf Dieter Trautmann, Windach

Persönlichkeitsstörungen 2005; 9: 178–9

Impressum

Redaktionelle Betreuung und Kontaktadresse der GePs e.V.:

Dr. Birger Dulz

Klinikum Nord / Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560

22419 Hamburg

Tel: 0 40/18 18 87-28 11

Fax: 0 40/18 18 87-23 28

E-Mail: bdulz@t-online.de

<http://www.geps.info>