

# 5 Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mary C. Zanarini, Susanne Hörz

---

<b>Einleitung</b> . . . . .	44	<b>Umfangreiche retrospektive Langzeitstudien zum Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> . . . . .	48
<b>Kleinere prospektive Kurzzeitstudien über den Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> . . . . .	44	Fazit . . . . .	50
Frühe Studien, die vor der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien durchgeführt wurden: 1960er–1970er Jahre . . . . .	44	<b>Umfangreiche prospektive Langzeitstudien zum Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> . . . . .	50
Studien, die nach der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien durchgeführt wurden: 1980er Jahre . . . . .	45	McLean Study of Adult Development . . . . .	51
Kleine Studien während der 1990er Jahre . . . . .	47	Ergebnisse aus sechs Jahren prospektivem Follow-up	51
Fazit . . . . .	48	Ergebnisse zum prospektiven Follow-up nach zehn Jahren . . . . .	54
		Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study . . . . .	56
		Fazit . . . . .	56

---

## Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine häufig auftretende psychiatrische Störung. In sieben sorgfältig durchgeführten epidemiologischen Studien zur Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Erwachsenen wurden relativ hohe Auftretenshäufigkeiten, besonders in den USA, gefunden (Coid, Yang et al. 2006; Crawford, Cohen et al. 2005; Grant, Chou et al. 2008; Lenzenweger, Lane et al. 2007; Samuels, Eaton et al. 2002; Swartz, Blazer et al. 1990; Torgersen, Kringlen u. Cramer 2001). Die Prävalenzrate der Borderline-Persönlichkeitsstörung lag in den beiden europäischen Studien bei 0,7 % (Coid, Yang et al. 2006; Torgersen, Kringlen u. Cramer 2001), bei den fünf amerikanischen Studien wurden Raten von 0,5–5,9 % (Median = 2,8 %) gefunden (Crawford, Cohen et al. 2005; Grant, Chou et al. 2008; Lenzenweger, Lane et al. 2007; Samuels, Eaton et al. 2002; Swartz, Blazer et al. 1990).

Dennoch liegen Borderline-Patienten, ihren Familien und den sie behandelnden Fachleuten nur wenige wichtige Angaben über den Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor, um realistische Zukunftspläne machen zu können. Bis vor Kurzem gab es keine solchen Informationen. Die einzigen Mitteilungen über den Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung stammten aus einer Reihe ein-

flussreicher, aber methodologisch schwacher Studien, und zwar aus 17 kleineren prospektiven Kurzzeitstudien sowie aus vier umfangreicheren retrospektiven Langzeitstudien. Die Hauptergebnisse dieser beiden Arten von Studien sollen im Folgenden genauer dargestellt werden. Anschließend werden die relevanten Ergebnisse von zwei methodologisch sorgfältig durchgeführten umfangreichen prospektiven Studien über den Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt, die in den 1990er Jahren begonnen wurden.

## Kleinere prospektive Kurzzeitstudien über den Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

### Frühe Studien, die vor der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien durchgeführt wurden: 1960er–1970er Jahre

In der ersten dieser frühen Studien haben Grinker, Werble und Drye (1968) 41 Patienten durchschnittlich zweieinhalb Jahre nach einer stationären Behandlung untersucht und

festgestellt, dass zwei Drittel der Patienten angaben, dass es ihnen seit ihrer stationären Behandlung schlechter, gleich oder nur geringfügig besser ging. Obwohl ein Drittel der Patienten innerhalb des Follow-up-Zeitraums nochmals stationär aufgenommen werden musste, ging die Mehrheit einer festen Arbeit nach, wenn auch auf einem niedrigen Niveau. Ihr soziales Funktionsniveau hatte sich im Vergleich noch verschlimmert, die meisten hatten nur wenige Freizeitaktivitäten und lediglich sporadischen Kontakt mit anderen Menschen. Bei fast der Hälfte der Patienten existierten konflikthafte oder auf ein Minimum an Kontakt reduzierte Beziehungen mit ihren Familien. Werble (1970) führte nach sechs bis sieben Jahren mit 28 Patienten aus derselben Stichprobe eine Folgeuntersuchung durch und stellte fest, dass die meisten in der Gemeinde lebten; ungefähr die Hälfte wurde nochmals stationär behandelt, aber nur für kurze Zeit. Sie arbeiteten weiterhin, waren aber sozial isoliert und hatten wenig Kontakt mit Familie und Freunden.

Gunderson, Carpenter und Strauss (1975) verglichen den Zwei-Jahres-Verlauf von 24 Patienten mit Borderline-Diagnose mit dem von 29 schizophrenen Patienten, die nach Alter, Geschlecht, Rasse und sozioökonomischem Status parallelisiert waren. Sie berichteten, dass diese Patienten im Durchschnitt einen Großteil des Jahres vor der Folgeuntersuchung in Teilzeit oder Vollzeit gearbeitet hatten, ungefähr alle zwei Wochen soziale Kontakte hatten und weniger als drei Monate im vorangegangenen Jahr in stationärer Behandlung waren. Ihre Krankheitsanzeichen und -symptome wurden als mittelschwer und intermittierend beschrieben. Die Borderline-Patienten verblieben in allen Bereichen funktionell vergleichbar eingeschränkt wie die schizophrene Vergleichsgruppe.

Carpenter und Gunderson (1977) untersuchten 14 der ursprünglichen 24 Patienten fünf Jahre nach der Diagnostikstellung. Sie glichen im Funktionsniveau immer noch der schizophrenen Gruppe – bis auf den Befund, dass bei den Borderline-Patienten die Qualität ihrer sozialen Kontakte gleich blieb, während sie bei den schizophrenen Patienten abnahm. Vergleichsweise wenige mussten stationär behandelt werden. Obwohl einige »Einzelgänger« waren, trafen sich die meisten regelmäßig mit Freunden. Fast alle Patienten waren die meiste Zeit angestellt, auch wenn einige unter ihrem Niveau oder unregelmäßig arbeiteten. Insgesamt hatte sich ihr Funktionsniveau nicht signifikant seit dem Zwei-Jahres-Follow-up verändert.

## Studien, die nach der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien durchgeführt wurden: 1980er Jahre

Pope, Jonas et al. (1983) setzten als Erste die DSM-III-Kriterien in einer Studie über den Kurzzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein. Sie untersuchten 27 von 33 Patienten, die anhand der Patientenakten nach den DSM-III-*Borderline-Persönlichkeitsstörung*-Kriterien diagnostiziert wurden, über einen Zeitraum von vier bis sieben Jahren nach ihrer ersten stationären Aufnahme. Von den Borderline-Patienten entwickelte keiner während des Follow-up-Zeitraums eine Schizophrenie und die Borderline-Diagnose zeigte sich über die Zeit als relativ stabil. 18 der 27 Patienten (67 %) erfüllten beim Follow-up-Termin noch sehr wahrscheinlich oder eindeutig die Borderline-Diagnose. Zwar zeigte sich die Diagnose stabil, jedoch nicht spezifisch, denn 85 % der ursprünglichen Gruppe erfüllten auch die DSM-III-Kriterien für eine andere Persönlichkeitsstörung aus dem »dramatischen« Cluster (*Histrionische, Narzisstische oder Antisoziale Persönlichkeitsstörung*) und bei 67 % trafen die DSM-III-Kriterien für eine Störung durch Substanzkonsum zu.

Pope, Jonas et al. (1983) waren auch die Ersten, die komorbide Diagnosen bei Borderline-Patienten und deren Einfluss auf Therapieergebnisse erforschten. 13 der Patienten, die sie untersuchten, hatten eine »reine« Borderline-Persönlichkeitsstörung, hingegen trat bei 14 der Patienten zusätzlich zur Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Affektive Störung auf (»major affective disorders«, MAD). Beim Follow-up hatten die Borderline-Patienten mit Major Affektiver Störung ein signifikant besseres Funktionsniveau, gemessen anhand von zwei Indikatoren: soziales Funktionsniveau und Abwesenheit von Symptomen. Die Autoren führten das bessere Funktionieren der Borderline-Patienten mit Major Affektiver Störung darauf zurück, dass diese Gruppe vermutlich besser auf die pharmakologische Behandlung angesprochen hatte.

Akiskal, Chen et al. (1985) untersuchten über den Zeitraum von sechs Monaten bis drei Jahren den Verlauf von 100 ambulanten Borderline-Patienten, die in einem klinischen Interview die DSM-III-Kriterien erfüllt hatten. Sie stellten fest, dass bei 52 % der Borderline-Patienten Episoden einer affektiven Erkrankung innerhalb des Folgezeitraums auftraten: 29 Patienten hatten eine Major Depressive Episode, vier eine manische Episode, elf eine hypomanische Episode und acht Patienten hatten eine gemischte Episode. Viele dieser Patienten (45 %) hatten zu Beginn der Studie eine komorbide Affektive Störung – insbesondere Dysthymie, Zykllothymie oder Bipolare Störungen. Aber sogar in der Gruppe, die anfangs nicht die Diagnose einer Affektiven Störung erfüllten, hatten im Follow-up-Zeitraum elf (20 %)

eine Major Depressive Episode und vier (7 %) begingen Suizid. Akiskal, Chen et al. (1985) stellten die Hypothese auf, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine atypische subaffektive Form der bipolaren Erkrankung handeln könnte (s. Kap. 32).

Barasch, Frances et al. führten 1985 eine dreijährige Verlaufsstudie mit zehn Patienten, bei denen nach DSM-III eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, und einer Vergleichsgruppe von 20 Patienten mit anderen DSM-III-Persönlichkeitsstörungen durch. Sie stellten fest, dass beide Gruppen ähnliche Ergebnisse hinsichtlich ihres Funktionsniveaus und einer leichten Verbesserung im Laufe der Folgeuntersuchung aufwiesen. Jeweils 40 % entwickelten eine Major Depressive Episode innerhalb des Follow-up-Zeitraums. Somit unterschieden sich die beiden Gruppen weder im Funktionsniveau noch hinsichtlich der affektiven Symptomatik. Zusätzlich untersuchte diese Forschergruppe die Stabilität der Borderline-Diagnose im Verlauf der Zeit. 60 % der Gruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung noch die DSM-III-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung, 30 % erfüllten vier (statt fünf) DSM-III-Kriterien. Nur drei der 20 Nicht-Borderline-Patienten erfüllten die Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien nach DSM-III bei der Folgeuntersuchung. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine zeitlich stabile Diagnose sei und dass es sich weder um eine Variante der Major Depression handele noch die Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein unspezifisches Label für schwere Persönlichkeitsstörungen dienen könne.

Perry und Cooper (1985) verglichen eine Gruppe von 30 Borderline-Patienten (aus einer ursprünglichen Kohorte von 53 Patienten) ein bis drei Jahre nach ihrer ersten Untersuchung mit einer Gruppe von Patienten, bei denen eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung nach DSM-III diagnostiziert war, und einer Gruppe von Patienten mit einer Bipolar-II-Störung. Sie setzten ein halbstrukturiertes Interview zur Diagnostik einer DSM-III-Borderline-Persönlichkeitsstörung ein. Perry und Cooper (1985) fanden im Lauf des Untersuchungszeitraums einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Borderline-Diagnose (bei Patienten ohne antisoziale Störung) und Angst- und Depressionssymptomen.

Nace, Saxon und Shore (1986) untersuchten 59 stationäre Patienten mit Alkoholabhängigkeit nach den Kriterien des ursprünglichen »Diagnostischen Interviews für das Borderlinesyndrom« (DIB; Gunderson, Kolb u. Austin 1981). 13 der Patienten erfüllten die Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, 46 nicht. Nach einem Jahr antworteten 82 % dieser Teilnehmer auf postalische und telefonische Kontakte. Diejenigen Patienten, bei denen die Borderline-Kriterien erfüllt waren, zeigten nach einem Jahr eine sig-

nifikante Abnahme des Alkoholkonsums, einen Anstieg der Zufriedenheit mit ihrer familiären Situation und ihrer Freizeit sowie eine signifikante Abnahme der stationären Behandlungen. Im Vergleich zu den Alkoholabhängigen ohne Borderline-Störung gab es bei den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Folgejahr Drogen (aber nicht Alkohol) zu konsumieren. Die Wahrscheinlichkeit war ebenfalls höher, dass sie arbeiteten, und niedriger, dass sie eine gute Beziehung zu ihren Eltern hatten.

Tucker, Bauer et al. (1987) untersuchten 40 Patienten mit Borderline-Störungen – nicht DSM-III-Borderline-Persönlichkeitsstörung –, die in einer spezialisierten Langzeit-Station in Behandlung waren. Zwei Jahre nach der Entlassung zeigten diese Patienten weniger Suizidgedanken und -verhalten, waren eher in regelmäßiger Psychotherapie und hatten mehr enge Freundschaften und positive Beziehungen als eingangs. Für diejenigen, die länger als zwölf Monate in stationärer Behandlung waren, ergab sich eine niedrigere Wahrscheinlichkeit, wieder stationär aufgenommen zu werden, und eine höhere Wahrscheinlichkeit, im ersten Jahr nach Entlassung regelmäßig Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Diese Unterschiede verschwanden jedoch nach dem ersten Jahr. Der Durchschnittswert auf der »Global Assessment Scale« (GAS), einer kontinuierlich gestuften Fremdeinschätzung des klinischen Funktionsniveaus auf einer Skala zwischen 1 und 100 nach Endicott, Spitzer et al. (1976), lag eingangs bei 29,7, bei Entlassung bei 41,6, ein Jahr nach Entlassung bei 50,3 und zwei Jahre nach Entlassung bei 56,5. Dies bedeutet, dass sich diese Patienten von einem sehr schwer eingeschränkten zu einem moderat eingeschränkten Funktionsniveau bewegten.

Modestin und Villiger verglichen 1989 Schweizer Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Schweizer Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Modestin u. Villiger 1989). Nachdem sie 18 nach DSM-III diagnostizierte Borderline-Patienten und 17 Patienten mit heterogenen Persönlichkeitsstörungen (ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung) viereinhalb Jahre nach Entlassung untersuchten, stellten sie fest, dass Borderline-Patienten relativ schwer beeinträchtigt waren; ungefähr 70 % arbeiteten nur Teilzeit oder erhielten Sozialhilfe. Dennoch befanden sich diese Patienten ungefähr auf der gleichen beruflichen und sozialen Ebene wie die Vergleichsgruppe – mit der Ausnahme, dass sie signifikant häufiger unverheiratet waren. Die Forschergruppe stellte auch fest, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger wieder in stationäre Behandlung aufgenommen wurden, aber dass diese Aufenthalte von kürzerer Dauer waren. Dennoch zeigten beide Gruppen vergleichbar schwere depressive Symptome und Angstsymptome.

## Kleine Studien während der 1990er Jahre

Links, Mitton und Steiner (1990) untersuchten 88 kanadische Patienten in stationärer Behandlung, die anhand des »Diagnostischen Interviews für das Borderlinesyndrom« (DIB) mit Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert waren und stellten fest, dass 40 % der 65 Teilnehmer, die zwei Jahre nach ihrer ersten Aufnahme interviewt wurden, nicht mehr die Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien erfüllte. Sie kamen auch zu dem Ergebnis, dass 20 % der Borderline-Patienten während des gesamten Follow-up-Zeitraums in Vollzeit arbeiteten, 83 % wöchentlichen Kontakt mit Freunden hatten, 60 % weniger als 5 % des Follow-up-Zeitraums in stationärer Behandlung waren und 69 % für ungefähr ein Jahr in regelmäßiger ambulanter Behandlung waren. Links, Heslegrave und van Reekum (1998) sowie Links, Heslegrave et al. (1995b) untersuchten diese Stichprobe nochmals fünf bzw. sieben Jahre nach ihrer ersten Aufnahme. 53 % der 57 Teilnehmer, die nochmals interviewt wurden, erfüllten nicht mehr die Borderline-Persönlichkeitsstörung-Kriterien. Die Forscher fanden auch heraus, dass diejenigen Patienten aus der untersuchten Stichprobe, bei denen die Kriterien noch erfüllt waren, eine höhere Wahrscheinlichkeit als die remittierten Patienten hatten, an Major Depression, Dysthymie und anderen Achse-II-Störungen (hierbei insbesondere an Störungen aus dem »ängstlichen Cluster«) zu leiden. Zusätzlich hatten sie signifikant mehr Episoden von Substanzmissbrauch/-abhängigkeit und waren häufiger Sozialhilfe-Empfänger als die remittierte Gruppe.

Mehlum, Friis et al. (1991) beforchten 34 Patienten in einer norwegischen Tagesklinik, die klinisch mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert waren. Als 25 dieser Patienten nach zwei bis fünf Jahren erneut untersucht wurden, war ihr durchschnittlicher Gesamtwert auf der »Health Sickness Rating Scale« (HSRS; Luborsky 1962) von 39 auf 49 gestiegen – eine signifikante Verbesserung, wenn auch nur am Randbereich eines akzeptablen Funktionsniveaus. Mehr als die Hälfte war angestellt, 39 % konnten sich selbst finanzieren und 48 % waren erneut in stationärer Behandlung gewesen (für einen Zeitraum von durchschnittlich 11 % des Follow-up-Zeitraums). Zusätzlich waren diese 25 Patienten 41 % der Zeit des Folgezeitraums in psychotherapeutischer und 32 % der Zeit in medikamentöser Behandlung gewesen.

In einer australischen Studie untersuchten Stevenson und Meares (1992) 30 ambulante Patienten über die Zeit, die sie eine intensive Behandlung standardisierter Psychotherapie erhalten hatten. Alle 30 Patienten erfüllten eingangs die DSM-III-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörungen, aber bei 30 % kam es zum Ende des zwölfmonatigen Behandlungsprogramms zu einer Remission. Bei den 30 Teilnehmern konnte auch eine signifikante Abnahme

an gewalttätigem Verhalten, Selbstverletzung und Drogenmissbrauch verzeichnet werden.

Linehan, Heard und Armstrong (1993) beforchten den Verlauf von 39 mittels des DIB diagnostizierten Borderline-Patienten (aus einer ursprünglichen Stichprobe von  $N = 47$ ) ein Jahr, nachdem sie eine einjährige randomisierte Behandlung mit Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) ( $N = 19$ ) oder »treatment as usual« (TAU) ( $N = 20$ ) abgeschlossen hatten. Es zeigte sich, dass die DBT-Gruppe nach 18 Monaten signifikant weniger parasuizidales Verhalten zeigte als die TAU-Gruppe, diese Überlegenheit aber nach 24 Monaten nicht mehr bestand.

Sandell, Alfredsson et al. (1993) untersuchten 132 grob kategorisierte Borderline-Patienten, die in einer Tagesklinik in Schweden in Behandlung waren. Sie untersuchten den Verlauf von 86 Patienten nach drei bis zehn Jahren anhand eines zugesandten Fragebogens und stellten fest, dass 26 % in Vollzeit arbeiteten, 34 % Sozialhilfe erhielten, 26 % verheiratet waren oder mit ihrem Partner zusammenlebten und 47 % alleine lebten. Sie fanden ebenfalls heraus, dass 12 % Anxiolytika, 29 % Neuroleptika und 6 % Antidepressiva verschrieben bekommen hatten.

Antikainen, Hintikka et al. (1995) beforchten 62 breiter definierte Borderline-Patienten, die in Finnland in einer speziell für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelten Station in Langzeitbehandlung waren. 42 Patienten nahmen an den Follow-up-Interviews nach drei Jahren teil. 64 % waren mindestens ein Jahr arbeitsunfähig gewesen und 33 % waren derzeit verheiratet. 45 % hatten sich in stationärer Behandlung befunden, 52 % waren in ambulanter Therapie, 67 % hatten Anxiolytika, 40 % Neuroleptika und 52 % Antidepressiva verschrieben bekommen.

Najavits und Gunderson (1995) untersuchten den Verlauf von 37 Patientinnen in stationärer Behandlung, die anhand des DIB diagnostiziert waren und eine neue Psychotherapie begannen. 33 Patientinnen wurden ein Jahr nach ihrer Teilnahme an der Studie erneut interviewt, 23 zwei und 20 Patientinnen drei Jahre später. Ihr GAS-Wert war im Laufe von drei Jahren von einem Wert von 40 bei Studienbeginn auf 57 gestiegen, was zeigt, dass sich die verbleibenden Teilnehmerinnen von einem sehr schwer eingeschränkten zu einem moderat eingeschränkten Funktionsniveau bewegt hatten. Auch affektive Symptome und impulsives Verhalten, erfasst anhand des DIB, hatten mit der Zeit signifikant abgenommen.

Senol, Dereboy und Yuksel (1997) beforchten 61 klinisch diagnostizierte Borderline-Patienten in stationärer Behandlung in der Türkei, von denen 45 an einem Folgeinterview zwei bis vier Jahre nach der Erstaufnahme teilnahmen. Ihr durchschnittlicher GAS-Wert stieg von 41 auf 46, was einen statistisch signifikanten, aber klinisch geringfügig relevanten Anstieg darstellt. Es zeigte sich weiterhin, dass



sich nur bei 4 % eine Remission von der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung einstellte, dass aber 54 % innerhalb des Untersuchungszeitraums eine Episode einer Affektiven Störung und 56 % ein Problem mit Suchtmitteln hatten.

## Fazit

Die Ergebnisse dieser Studien lassen sich aufgrund einer Reihe methodologischer Einschränkungen nicht ohne Weiteres verallgemeinern. Zu diesen Einschränkungen zählen:

- kleine Stichprobengrößen
- hohe Schrumpfraten
- das Fehlen von Vergleichsgruppen oder der Einsatz von Vergleichsgruppen mit psychotischen Störungen
- keine Verwendung expliziter Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung
- der Einsatz von nicht strukturierten diagnostischen Methoden
- keine Verblindung bei Outcome-Untersuchungen
- nur eingeschränkte Erfassung des Funktionsniveaus bei den Folgeuntersuchungen
- variierende Follow-up-Zeiträume innerhalb derselben Studie
- nicht mehr als eine Follow-up-Untersuchung in den meisten dieser Studien

Trotz dieser Einschränkungen gehen vier wesentliche Ergebnisse bezüglich des Kurzzeit-Verlaufs der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus diesen Studien hervor:

- Erstens erfüllten 60–96 % der teilnehmenden Personen an den fünf Studien, in denen die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung an einem Follow-up-Zeitpunkt erneut untersucht wurden, noch die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Ergebnisse wurden so verstanden, dass bei den meisten Borderline-Patienten die Diagnose auf kurze Sicht »stabil« blieb.
- Zweitens waren Borderline-Patienten noch sechs Monate bis sieben Jahre nach ihrer Erstuntersuchung in ihrem Funktionsniveau wesentlich eingeschränkt, insbesondere in ihrem sozialen Funktionsniveau und bezüglich nötiger regelmäßiger psychiatrischer Versorgung.
- Drittens entwickelten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Lauf der Zeit keine Schizophrenie – ein Befund, der heute selbstverständlich erscheint, aber der in den 1960er Jahren bis Mitte der 1980er Jahre ein kontroverses Thema darstellte.
- Viertens zeigte sich, dass komorbide Störungen, insbesondere Major Depression und Substanzmissbrauch,

in den Monaten und Jahren der Folgeuntersuchungen häufig auftraten.

## Umfangreiche retrospektive Langzeitstudien zum Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der ersten dieser größeren Studien führten Plakun, Burkhardt und Muller (1985) eine retrospektive Studie mit 237 Patienten durch, die zwischen 1950 und 1976 in Austin Riggs, einer privaten psychiatrischen Klinik im westlichen Teil von Massachusetts, stationär behandelt worden waren. Ursprünglich hatten sie einen Fragebogen mit 50 Fragen an die 878 Patienten gesandt, die mindestens zwei Monate in Behandlung waren, und erreichten eine Rücklaufquote von 27 %. Anhand der Patientenakten wurden die Patienten nach den Kriterien des DSM-III diagnostiziert und es ergaben sich folgende Gruppen: 61 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, 19 schizophrene Patienten, 24 Patienten mit affektiven Erkrankungen, 13 Patienten mit Schizotyper Persönlichkeitsstörung und 19 Patienten mit Schizoider Persönlichkeitsstörung. Nach einem Follow-up-Zeitraum von durchschnittlich 15 Jahren erreichten die Borderline-Patienten einen mittleren GAS-Wert von 67, einen Wert im »guten« Funktionsbereich. Sowohl die 54 »gemischten« Borderline-Patienten (alle bis auf diejenigen mit komorbider affektiver Erkrankung) als auch die Borderline-Patienten mit einer komorbiden Schizotypen Persönlichkeitsstörung erhielten im Durchschnitt einen höheren Wert auf der GAS-Skala als die schizophrenen Patienten. Weiterhin hatten Borderline-Patienten ohne komorbide affektive Erkrankung ein signifikant besseres Funktionsniveau als diejenigen mit einer komorbiden Affektiven Störung.

In der zweiten großen Studie untersuchte McGlashan (1986) alle Patienten, die zwischen 1950 und 1975 in Chestnut Lodge behandelt wurden und folgende Kriterien erfüllten:

- Erstaufenthalt von mindestens 90 Tagen
- Alter zwischen 16 und 55 Jahren
- keine hirnanorganische Erkrankung

Von 446 Patienten (was einer Quote von 72 % entspricht) konnten Informationen zum Verlauf eingeholt werden. Die Daten wurden anhand eines halbstrukturierten klinischen Interviews mit dem Patienten oder einem Informanten erhoben. Die meisten Gruppenvergleiche konzentrierten sich auf die Gruppen von 81 Patienten, bei denen ausschließlich die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt waren, 163 Patienten, bei denen die Kriterien einer

Schizophrenie vorlagen, und 44 Patienten, welche die Kriterien einer Major Depression erfüllten. Die Diagnosen wurden durch retrospektive Beurteilung der Krankenakten vergeben.

McGlashan stellte fest, dass die Borderline-Patienten durchschnittlich 15 Jahre nach ihrer ersten Aufnahme (mit einer Spanne von zwei bis 32 Jahren) einen Gesamtwert von 64 auf der Health Sickness Rating Scale (HSRS) erhielten. Dieser Durchschnittswert stellt ein gutes Funktionsniveau dar, ist vergleichbar mit dem Wert depressiver Vergleichspersonen und signifikant höher als der von schizophrenen Patienten. Allerdings zeigt sich bei genauerer Analyse, dass das Funktionsniveau der Hälfte der Borderline-Patienten (53 %) zwar im gut wiederhergestellten Bereich lag, sich bei der anderen Hälfte (47 %) jedoch im moderaten bis arbeitsunfähigen Bereich befand. Des Weiteren hatten 3 % der untersuchten Borderline-Patienten Suizid begangen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit zeigte sich, dass diejenigen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ungefähr die Hälfte der Zeit mit relativ komplexen Arbeitstätigkeiten beschäftigt waren. Sie trafen sich etwa alle zwei Wochen mit Freunden. Ungefähr die Hälfte der Borderline-Patienten war verheiratet oder lebte mit einem Partner zusammen und annähernd die Hälfte ging intimen Beziehungen vollständig aus dem Weg. Hinsichtlich weiterer Behandlungen zeigte sich, dass der durchschnittliche Borderline-Patient ein- oder zweimal erneut in stationärer Behandlung gewesen war und somit circa 8 % des Zeitraums der Folgeuntersuchung in stationärer Behandlung verbrachte. Die Patienten waren etwa ein Drittel der Zeit in psychosozialer (35 %) und ungefähr ein Viertel der Zeit in psychopharmakologischer (22 %) Behandlung. Fast die Hälfte (46 %) befanden sich zum Zeitpunkt des Follow-up-Interviews in irgendeiner Form der psychiatrischen Behandlung. Diese Ergebnisse sind denen, die bei den depressiven Kontrollpersonen gefunden wurden, sehr ähnlich. Dennoch zeigten die Borderline-Patienten ein signifikant besseres Funktionsniveau im Bereich der Arbeit als die schizophrenen Patienten und waren signifikant weniger in psychiatrischer Behandlung als diese Vergleichsgruppe.

McGlashan fand heraus, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Funktionsniveau und der Dauer des Folgezeitraums bestand. Er stellte fest, dass Patienten, die über einen Zeitraum von zehn bis 19 Jahren untersucht wurden, ein signifikant besseres allgemeines Funktionsniveau hatten als diejenigen, die nach neun oder weniger Jahren untersucht wurden, und ein vergleichbares Niveau wie diejenigen, die nach 20 oder mehr Jahren untersucht wurden. Er erkannte weiterhin, dass das allgemeine Funktionsniveau dieser Patienten im zeitlichen Verlauf die Form eines umgekehrten U annahm, das heißt, dass sich das Funktionsniveau im Lauf des 20. und 30. Lebensjahres verbesserte, ein Maximum im 40. Lebensjahr erreichte und

im 50. Lebensjahr wieder abnahm. Zu diesem Phänomen vermerkt Abrams (2000, S. 805), dass »auf symptomatischer Ebene bei der narzißtischen und der Borderline-Psychopathologie nach dem sechzigsten Lebensjahr wieder eine leichte Verschlechterung zu beobachten ist, nachdem es zuvor zu einer kontinuierlichen Symptomreduktion kam« (Reich, Nduaguba u. Yates 1988). Als Ursache dieser Beobachtung wurde ein im hohen Alter zunehmender Verlust an Möglichkeiten, »narzißtische Bestätigung/Zufuhr« zu erfahren, postuliert (Dulz 1998, persönliche Mitteilung).

In einer weiteren Studie untersuchten Paris, Brown und Nowlis (1987) die Krankenakten aller Patienten, die im Jewish General Hospital in Montreal zwischen 1958 und 1978 psychiatrisch behandelt wurden. 322 Patienten erfüllten retrospektiv die DIB-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und 100 dieser Patienten (31,5 %) wurden durchschnittlich 15 Jahre nach ihrer Erstaufnahme erneut interviewt. Die Forschergruppe stellte fest, dass alle Aspekte ihrer Borderline-Störung, erfasst mit dem DIB, signifikant abgenommen hatten. Sie fanden ebenfalls heraus, dass nur noch 25 % dieser Patienten die DIB-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten. Hinsichtlich ihres allgemeinen Funktionsniveaus wurde für diese Borderline-Patienten ein Mittelwert von 63 auf der Health Sickness Rating Scale (HSRS) vergeben, was ein gutes allgemeines Funktionsniveau darstellt. Sie erreichten einen Mittelwert von 3,8 im Bereich der Arbeit, was häufige Arbeitswechsel ohne Arbeitslosigkeit bedeutet. Der Wert im Bereich der sozialen Aktivität lag bei 3,2, was fast auf einem durch eingeschränkte Freizeit und wechselnden sozialen Kontakten charakterisierten Niveau liegt. Bezüglich weiterer Behandlungen hatten sie im Durchschnitt 1,3 weitere stationäre Aufenthalte und im Mittel 1,9 Jahre weitere ambulante Therapien. Insgesamt gab es eine breite Streuung hinsichtlich der Menge der Behandlungen, aber die meisten der Behandlungsverläufe dieser Patienten waren chaotisch und wechselhaft. Von den 165 Patienten, die wieder aufgefunden werden konnten, hatten 14 (8,5 %) Suizid begangen.

Ein weiteres Mal untersuchten Paris und Zweig-Frank (2001) diese Gruppe von Borderline-Patienten durchschnittlich 27 Jahre nach ihrer Erstaufnahme. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass nur noch fünf der 64 (7,8 %) interviewten ehemaligen Borderline-Patienten die strengeren Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus dem »Revised Diagnostic Interview for Borderlines« (DIB-R; Zanarini, Gunderson et al. 1989) erfüllten. Zusätzlich erfüllten 22 % die DSM-IV-Kriterien für Dysthymie, 3 % für Major Depression und 5 % für Substanzmissbrauch. 83 % waren im Lauf der Zeit verheiratet gewesen oder hatten mit einem Partner zusammengelebt und 59 % hatten Kinder. Dennoch lag der Mittelwert dieser Gruppe auf der Global-Assessment-of-Functioning-(GAF)-Skala noch nicht im Bereich

der Genesung und 10,3 % der ursprünglichen Borderline-Gruppe hatte vor dieser zweiten Folgeuntersuchung Suizid begangen.

In der letzten dieser großen Studien untersuchte Stone (1990) 502 (91 %) der 550 Patienten, die zwischen 1963 und 1976 im New York State Psychiatric Institute in stationärer Behandlung gewesen waren und folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Aufenthalt von mindestens drei Monaten
- Alter unter 40 Jahren
- IQ von 90 oder höher

Die meisten dieser Patienten waren wegen der Einschätzung, dass sie von einer intensiven Psychotherapie profitieren würden, für die Behandlung ausgewählt worden. Dennoch wurde nur ein deutlich kleinerer Anteil wegen des »VIP-Status« ihrer Familien zugelassen. Stone vergab anhand der Krankenakte jedes Patienten retrospektive DSM-III-Diagnosen und versuchte anschließend, jeden aus dieser Gruppe von Patienten, welche er größtenteils während ihres ersten stationären Aufenthalts kennengelernt hatte, zu kontaktieren. Es gelang ihm, 193 (94 %) der 206 Patienten, bei denen die DSM-III-Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfüllt waren, zu treffen und interviewte Verwandte oder andere Informanten, wenn die Patienten nicht erreichbar waren. Stone berichtete, dass der durchschnittliche GAS-Wert dieser Patientengruppe durchschnittlich 16 Jahre nach ihrer Erstaufnahme bei 67 lag. Dieser Wert, der ein gutes Funktionsniveau widerspiegelt, war signifikant höher als bei der Vergleichsgruppe schizophrener Studienteilnehmer. Fast die Hälfte der überlebenden Borderline-Patienten erreichte einen GAS-Wert im Bereich der Genesung (41 %), 28 % erreichten einen GAS-Wert im guten Bereich, 18 % im mittelmäßigen Bereich und 13 % im grenzwertigen bis arbeitsunfähigen Bereich. Diese Verteilung unterschied sich signifikant von der Verteilung bei schizophrenen Studienteilnehmern, bei denen nur 6 % der Patienten einen GAS-Wert im Bereich der Genesung erhielt.

Zu spezifischeren Aspekten der Funktionsfähigkeit bei der Folgeuntersuchung: 53 % der Borderline-Patienten arbeiteten mindestens drei Viertel der Zeit, 17 % ungefähr die Hälfte und 30 % weniger als die Hälfte der Zeit oder überhaupt nicht. Weniger als die Hälfte (45 %) der Patienten war verheiratet gewesen und weniger als ein Viertel (23 %) hatte Kinder. Dennoch waren nur 28 % der Borderline-Patienten nochmals in stationärer Behandlung gewesen oder hatten Zeit in einer anderen Einrichtung verbracht. Die Borderline-Patienten zeigten auch in diesen Bereichen ein besseres Funktionsniveau als die schizophrenen Patienten. Trotz dieser eher optimistischen Ergebnisse ist es wichtig festzuhalten, dass 8,8 % der mittels DSM-III diagnostizierten Borderline-Patienten Suizid begangen hatten. Diese Quote ähnelt derjenigen der schizophrenen Patienten (9,4 %), ist

aber wesentlich niedriger als die bei Patienten mit Schizoaffektiver Störung (23 %).

## Fazit

Trotz der übereinstimmenden Befunde aus diesen vier Studien lassen sich die Ergebnisse aufgrund einer Reihe methodologischer Einschränkungen nicht ohne Weiteres verallgemeinern. Zu diesen Einschränkungen gehören:

- Die Diagnosen wurden anhand von sehr variablem Material aus den Krankenakten gestellt.
- Bei drei der vier Studien wurde das Funktionsniveau nach der stationären Behandlung nur zu einem Zeitpunkt untersucht.
- Es fehlten detaillierte Informationen bezüglich des Funktionsniveaus bei den Folgeuntersuchungen.
- Es wurden zugesandte Fragebögen oder Telefoninterviews als einzige oder primäre Informationsquelle eingesetzt.
- Es wurden Stichproben stationärer Patienten aus der oberen Mittelklasse aus universitären klinischen Einrichtungen untersucht.
- Die Daten aus der Basis- und der Folgeuntersuchung waren nicht unabhängig.
- Vergleichsgruppen insgesamt oder Vergleichsgruppen mit verwandten Persönlichkeitsstörungen fehlten.
- Für die Folgeuntersuchung wurde in allen Studien ein breites Zeitspektrum eingesetzt.

Die Alterskohorten waren sehr verschieden. Die Ergebnisse dieser Studien sind im Allgemeinen so interpretiert worden, dass der Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung besser ist als der Kurzzeitverlauf. Dennoch ergibt sich bei sorgfältiger Untersuchung der Ergebnisse ein wesentlicher Schluss aus diesen Studien. Es zeigt sich, dass es große Unterschiede im Funktionsniveau von Borderline-Patienten im zeitlichen Verlauf gibt: Einige zeigen ein sehr gutes Funktionsniveau, viele haben weiterhin grundlegende Schwierigkeiten in einigen Lebensbereichen und 3–10 % begehen Suizid.

## Umfangreiche prospektive Langzeitstudien zum Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das National Institute for Mental Health (NIMH) hat zwei umfangreiche prospektive Studien über den Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung gefördert. Eine dieser Studien, die McLean Study of Adult Development

(MSAD), begann vor 18 Jahren. Eine zweite Studie, die Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS), hat vor kurzem die Zehn-Jahres-Follow-up-Untersuchung abgeschlossen.

## McLean Study of Adult Development

Die McLean Study of Adult Development (MSAD) von Zanarini, Frankenburg et al. (2003) untersuchte eine Stichprobe von 362 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Alle diese Frauen und Männer waren ursprünglich in stationärer Behandlung im McLean-Krankenhaus in Belmont, Massachusetts, und wurden über einen Drei-Jahres-Zeitraum aufgenommen (1992–1995). Jeder Patient wurde anfangs einem Screening unterzogen, um sicherzustellen, dass er oder sie:

- zwischen 18 und 35 Jahre alt war,
- einen bekannten oder geschätzten IQ von 71 oder höher hatte,
- weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart Symptome einer Schizophrenie, Schizoaffektiven Störung oder Bipolaren Störung I oder einer körperlichen Erkrankung zeigte, die psychiatrische Symptome verursachen konnte,
- flüssiges Englisch sprach.

Nach einer sorgfältigen diagnostischen Untersuchung anhand von drei halbstrukturierten Interviews mit nachgewiesener Reliabilität zeigte sich, dass 290 Patienten sowohl die Kriterien des DIB-R als auch des DSM-III-R der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten. Bei den restlichen 72 Patienten konnten die Kriterien für andere Persönlichkeitsstörungen (aber nicht für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, weder anhand der DIB-R- noch der DSM-III-R-Kriterien) als erfüllt angesehen werden.

## Ergebnisse aus sechs Jahren prospektivem Follow-up

Die meisten nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf die ersten sechs Jahre im prospektiven Follow-up. Im darauffolgenden Kapitel werden die Ergebnisse einiger Studien zum Zehn-Jahres-Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der dazugehörigen Symptome beschrieben.

### Der Verlauf der Borderline-Psychopathologie: Remission und Wiederauftreten

Als Remission wurde definiert, dass die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung eines der hier eingesetzten Instrumente (DIB-R und DSM-III-R) während mindestens eines Zwei-Jahres-Follow-up-Zeitraums nicht mehr erfüllt waren. Als Wiederauftreten wurde definiert,

dass die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung in beiden Instrumenten während mindestens eines Follow-up-Zeitraums von zwei Jahren erfüllt waren, *nachdem* die Studienkriterien für eine Remission im davorliegenden Follow-up-Zeitraum erfüllt waren.

Ungefähr ein Drittel unserer Borderline-Patienten (34,6 %) erfüllte nach dem ersten Zwei-Jahres-Follow-up die Kriterien für eine Remission der Borderline-Persönlichkeitsstörung, etwa die Hälfte (49,4 %) nach vier Jahren, annähernd zwei Drittel (68,6 %) nach sechs Jahren und ungefähr drei Viertel (73,5 %) im Verlauf des gesamten Follow-up-Zeitraums über sechs Jahre (Zanarini, Frankenburg et al. 2003). Von den 202 Borderline-Patienten, bei denen die Diagnose remittierte, zeigten 47,0 % (N = 95) eine Remission in den ersten zwei Jahren des Follow-ups, 26,7 % (N = 54) bis zum Vier-Jahres-Follow-up und 26,3 % (N = 53) erst beim Sechs-Jahres-Follow-up.

Bei etwas weniger als 6 % der Borderline-Patienten aus der MSAD-Studie trat die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung wieder auf (nach den definierten Kriterien des Wiederauftretens), nachdem sie in dem oder den vorherigen Follow-up-Zeitraum bzw. -Zeiträumen remittiert war. Bei sechs dieser zwölf Patienten trat die Diagnose das erste Mal beim Vier-Jahres-Follow-up wieder auf, bei den restlichen sechs Patienten beim Sechs-Jahres-Follow-up. Nur elf der Borderline-Patienten (3,8 %) begingen Suizid – fünf innerhalb des ersten, vier während des zweiten und zwei während des dritten Follow-up-Zeitraums. Des Weiteren erfüllte kein einziger Teilnehmer der Achse-II-Vergleichsgruppe im Verlauf des Sechs-Jahres-Follow-up die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Alles in allem deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass sich der Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung stark vom Verlauf der Affektiven Störungen unterscheidet. Major Depression und Bipolare Störungen remittieren relativ schnell und treten häufig wieder auf. Im Gegensatz dazu braucht die Remission bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung relativ lange, aber das Wiederauftreten ist selten.

Dieser Befund einer langsamen graduellen Genesung unterscheidet sich auch von der DSM-Definition, dass es sich bei einer Persönlichkeitsstörung um ein Muster maladaptiven Funktionierens handelt, das stabil und lang dauernd ist (s. Kap. 3). Aufgrund dieser Definition sind viele Kliniker und Theoretiker zu der Überzeugung gekommen, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine chronische Erkrankung mit einer geringen Wahrscheinlichkeit symptomatischer Besserung handelt. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung relativ stabil über die Zeit ist, beispielsweise im Vergleich zu den affektiven Erkrankungen, aber dass sie sich über einen längeren Zeitraum verändern kann.



### Die subsyndromale Phänomenologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Drei wichtige Befunde zur subsyndromalen Phänomenologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung haben sich im Verlauf des ersten Sechs-Jahres-Follow-ups ergeben (Zanarini, Frankenburg et al. 2003): Erstens nahm jeder der untersuchten 24 Symptombereiche bei allen Teilnehmern (Borderline-Patienten und Vergleichspersonen mit anderen Achse-II-Störungen) mit der Zeit signifikant ab, trat aber bei den Borderline-Patienten im Vergleich zu den Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen signifikant häufiger auf (22 dieser Symptome entstammen dem DIB-R und zwei sind DSM-III-R-Kriterien, die nicht im DIB-R erfasst werden – Launenhaftigkeit und schwere Identitätsstörungen).

Zweitens haben wir festgestellt, dass sich verschiedene Bereiche der Borderline-Psychopathologie unterschiedlich schnell auflösen. Affektive Symptome sind die stabilsten, impulsive Symptome gehen am schnellsten zurück und kognitive und interpersonelle Symptome liegen dazwischen.

Der dritte und vielleicht wichtigste Befund bezüglich der subsyndromalen Phänomenologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, dass einige der Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung eher als akute Symptome und andere vielmehr als Symptome des Temperaments gesehen werden können. Akute Symptome, ähnlich der Positivsymptomatik der Schizophrenie, gehen relativ schnell zurück, sind die besten Marker für die Störung (Zanarini, Gunderson et al. 1990) und sind oft der unmittelbare Grund für kostenintensive Behandlungsformen wie stationäre psychiatrische Behandlungen. Symptome des Temperaments, ähnlich der Negativsymptomatik der Schizophrenie, gehen langsamer zurück, sind nicht spezifisch für Borderline-Persönlichkeitsstörungen und hängen eng mit einer anhaltenden psychosozialen Beeinträchtigung zusammen.

Anhand dieser Ergebnisse haben wir ein »komplexes« Modell der Borderline-Störung entwickelt. Nach diesem Modell werden Borderline-Patienten mit einem verletzlichen oder »hyperbolischen« Temperament geboren (Zanarini u. Frankenburg 1994). Infolge irgendeiner »anfachen« Erfahrung oder eines Ereignisses entwickeln sich die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Einige dieser Symptome sind akuter Natur (z. B. Selbstverletzung, Hilfe suchende Suiziddrohungen oder -versuche, quasi-psychotische Gedanken, forderndes Verhalten oder Anspruchshaltung), andere sind eher Symptome des Temperaments (z. B. chronische Wut, Paranoia, episodische allgemeine Impulsivität, tiefe Angst, verlassen zu werden).

### Psychosoziales Funktionsniveau im zeitlichen Verlauf

Obwohl sich das psychosoziale Funktionsniveau der Borderline-Patienten mit der Zeit verbesserte, war es signifikant schwerer beeinträchtigt als das der Vergleichsgruppe mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Zanarini, Frankenburg et al. 2005b).

Das psychosoziale Funktionsniveau wurde zu Beginn der Studie und während des Follow-ups anhand von speziell entwickelten semistrukturierten Interviews erfasst. Hinsichtlich einzelner Aspekte des Funktionsniveaus hatten Borderline-Patienten und Vergleichspersonen im Bereich der sozialen und Freizeitaktivitäten ein ungefähr vergleichbares Funktionsniveau. Dennoch gab es Unterschiede im beruflichen Funktionsniveau. Genauer gesagt war es für die Borderline-Patienten signifikant weniger wahrscheinlich als für die Kontrollgruppe, in Arbeit und Ausbildung gute Leistungen zu erzielen. Ebenso war es für sie signifikant weniger wahrscheinlich, regelmäßig zu arbeiten oder ihre Ausbildung zu verfolgen. Weiterhin war es für sie ungefähr dreimal so wahrscheinlich, Sozialhilfe zu empfangen.

Wir stellten auch fest, dass der symptomatische Zustand von Borderline-Patienten einen starken Einfluss auf ihr psychosoziales Funktionieren ausübte. Während sich das soziale und berufliche Funktionsniveau von Borderline-Patienten, die an irgendeinem Zeitpunkt eine Remission zeigten, über die Zeit kontinuierlich besserte, blieb das der nie-remittierten Borderline-Patienten in den meisten Bereichen relativ stabil auf einem niedrigem Niveau. Auch hinsichtlich des allgemeinen Funktionsniveaus zeigten sich Unterschiede: Über 40 % der jemals-remittierten Borderline-Patienten erhielten zum Zeitpunkt des Sechs-Jahres-Follow-ups einen GAF-Wert im guten Bereich und über 65 % hatten ein gutes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau erreicht oder beibehalten (die Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus setzt sich in dieser Studie, anders als beim GAF, nicht aus einer kombinierten Beurteilung von Symptomen und psychosozialer Beeinträchtigung zusammen, sondern nur aus einer Beurteilung des Funktionsniveaus im Bereich von Beziehungen und Arbeit). Im Gegensatz dazu hatte keiner der nicht-remittierten Borderline-Patienten einen GAF-Wert im guten Bereich und nur ungefähr ein Viertel dieser Patienten hatten ein gutes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau erreicht oder beibehalten.

Die Gründe für diese Unterschiede zwischen jemals-remittierten und nie-remittierten Borderline-Patienten sind unklar. Es könnte sein, dass der höhere Schweregrad der Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei den nie-remittierten Borderline-Patienten ihr psychosoziales Funktionsniveau ernsthaft beeinträchtigte. Eine Alternative könnte sein, dass sich jemals-remittierte und nie-remittierte Borderline-Patienten auch in anderen, vielleicht grundlegenden Aspekten unterscheiden. Auf jeden Fall ist es wichtig zu berücksichtigen, dass sich das psychosoziale Funktionsniveau von remittierten Patienten im Lauf der Zeit verbesserte, was bedeuten könnte, dass sie etwas verspätet die Entwicklungsschritte des jungen Erwachsenenalters erreichen und nicht einfach auf ein prodromales Funktionsniveau zurückfallen.

### Der Verlauf komorbider Achse-I- und Achse-II-Störungen

Wir stellen fest, dass ein hoher Prozentsatz der Borderline-Patienten im Lauf der Zeit an Achse-I-Störungen leidet (Zanarini, Frankenburg et al. 2004a). Sogar zum Zeitpunkt der dritten Follow-up-Welle erfüllten 75 % der Borderline-Patienten die Kriterien für eine Affektive Störung, 60 % für eine Angststörung, 34 % für eine Essstörung und 19 % für eine Störung durch Substanzkonsum. Wir fanden auch heraus, dass die anhaltende Prävalenz von Achse-I-Störungen stark durch den Remissionsgrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung beeinflusst war. Genauer gesagt: Der Prozentsatz der remittierten Borderline-Patienten, bei denen die Kriterien für verschiedene Achse-I-Störungen erfüllt waren, nahm im Lauf der Zeit ab. Hingegen blieb der Anteil aller untersuchten Störungstypen bei den nicht-remittierten Borderline-Patienten im Lauf der Zeit relativ konstant – mit Ausnahme der Störungen durch Substanzkonsum, die von einem Anteil von 64 % bei Studienbeginn auf 41 % zum Zeitpunkt des Follow-ups nach sechs Jahren fielen. Zusätzlich kamen wir zu dem Ergebnis, dass das Fehlen einer Störung durch Substanzkonsum ein stärkerer Prädiktor für eine Remission der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellte als das Fehlen aller anderen Störungsarten. Anders betrachtet: Störungen durch Substanzkonsum behinderten am auffälligsten die Remission einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieser Befund steht im Gegensatz zum klinischen Wissen, das besagt, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung am meisten vom Verlauf Affektiver Störungen oder Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) beeinflusst wird. Dennoch gibt dieser Befund klinisch Sinn, da Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch leicht zu größerer Beeinträchtigung in allen vier Kernbereichen der Borderline-Störung führen können: stärkere Gefühle der Depression oder der Wut, mehr Misstrauen, Zunahme an Impulsivität und noch turbulenter Beziehungen.

Was Achse-II-Störungen betrifft, nahmen die meisten komorbiden Persönlichkeitsstörungen mit der Zeit signifikant ab (Zanarini, Frankenburg et al. 2004c). Diese beachtliche Abnahme zeigte sich in vielen Fällen sowohl für remittierte als auch für nicht-remittierte Borderline-Patienten. Die drei Ausnahmen waren die Vermeidende, Dependente und Selbstschädigende (Masochistische) Persönlichkeitsstörung – diese traten auch bei nicht-remittierten Borderline-Patienten häufig auf. Sogar fünf bis sechs Jahre nach ihrer Erstaufnahme erfüllten 59 % der nicht-remittierten Borderline-Patienten die Kriterien für eine Vermeidende Persönlichkeitsstörung, 45 % für eine Dependente Persönlichkeitsstörung und 27 % für eine Selbstschädigende Persönlichkeitsstörung. Diese Prozentsätze stehen jeweils den Anteilen von 16 %, 8 % und 1 % bei den remittierten Borderline-Patienten gegenüber. Wir stellten auch fest, dass das Fehlen einer Vermeidenden, Dependenden und Selbst-

schädigenden Persönlichkeitsstörung bei Borderline-Patienten die Zeit bis zur Remission signifikant reduzierte oder, anders betrachtet, die Remissionswahrscheinlichkeit eines Borderline-Patienten deutlich verbesserte.

Es könnte sein, dass bei den nicht-remittierten Borderline-Patienten diese gleichzeitig auftretenden Störungen relativ stabile Aspekte ihres Temperaments darstellten, wohingegen sie bei remittierten Borderline-Patienten Symptomausprägungen waren, die sekundär zu ihrer Borderline-Persönlichkeitsstörung auftraten. Wäre dies der Fall, dann hätten, nachdem ihre Borderline-Psychopathologie signifikant abgenommen hatte, der Schweregrad ihrer Angst vor Beschämung, Ablehnung, Abhängigkeit und ihr Masochismus ebenfalls abgenommen. Es könnte also Subtypen von Borderline-Patienten geben und diejenigen, bei denen die Borderline-Persönlichkeitsstörung eher in kürzerer Zeit remittiert, sind vielleicht weniger schwer von ihrem Temperament eingeschränkt als diejenigen, deren Borderline-Psychopathologie mehr oder weniger auf dem gleichen Niveau bleibt (zur Rolle des persönlichen Mutes bezüglich der Prognose s. Kap. 30 und Kap. 54).

### Psychiatrische Behandlungen im Verlauf der Zeit

Drei Hauptbefunde bezüglich der psychiatrischen Behandlung im Verlauf der Zeit sind aus dieser Studie hervorgegangen (Zanarini, Frankenburg et al. 2004b). Das erste Ergebnis besagt, dass nur eine rückläufige Minderheit der Borderline-Patienten im Verlauf jeder der drei 2-Jahres-Follow-up-Zeiträume intensivere Behandlungsformen in Anspruch nahm (d. h. psychiatrische stationäre Behandlungen, Betreutes Wohnen und/oder Tageskliniken). Beispielsweise gaben 79 % der Borderline-Patienten zu Beginn der Studie einen psychiatrischen stationären Aufenthalt in ihrer Vorgeschichte an, 60 % berichteten mehrere Aufenthalte und genauso viele erklärten, mindestens 30 Tage in stationärer Behandlung gewesen zu sein. Zum Zeitpunkt des Sechsjahres-Follow-ups waren nur 33 % der Borderline-Patienten in psychiatrischer stationärer Behandlung gewesen, 23 % waren mindestens zweimal stationär aufgenommen worden und lediglich 19 % hatten einen Monat oder länger in stationärer Behandlung verbracht. Ein ähnliches Muster rückläufiger Inanspruchnahme wurde für Tageskliniken und Betreutes Wohnen festgestellt (z. B. fiel der Prozentsatz von Borderline-Patienten in Tageskliniken/Betreutem Wohnen im Lauf der Zeit von 55 % auf 22 % fünf bis sechs Jahre nach ihrer Erstaufnahme).

Das zweite Hauptergebnis bezüglich der psychiatrischen Behandlungen ist der Befund, dass mindestens 75 % der Borderline-Patienten während aller drei Follow-up-Zeiträume in psychotherapeutischer und 70 % in pharmakotherapeutischer Behandlung waren. Die meisten der Borderline-Patienten, die diese beiden ambulanten Therapieformen in Anspruch nahmen, blieben dauerhaft in Behandlung.

Das dritte Hauptergebnis ist der hohe Anteil von Borderline-Patienten, die während aller drei Follow-up-Zeiträume mit mehreren Medikamenten pharmakologisch behandelt wurden: 40 % dieser Patienten berichteten, über alle Messzeitpunkte drei oder mehr Medikamente gleichzeitig eingenommen zu haben; 20 % berichteten von vier oder mehr und 10 % von fünf oder mehr Medikamenten. Dieser Trend, dem man häufig beim Behandlungsverlauf vieler psychiatrischer Störungen begegnet, hat sich entwickelt, obwohl es nur wenige empirische Nachweise für die Wirksamkeit polypharmakologischer Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt (s. Kap. 77). Die einzige kontrolliert-randomisierte Studie zur polypharmakologischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung kam zu dem Ergebnis, dass die alleinige Gabe von Olanzapin höhere Wirksamkeit zeigte als die Kombination von Olanzapin und Fluoxetin (Zanarini, Frankenburg u. Parachini 2004). Besonders bedeutsam ist der Befund, dass diese hohen Raten der polypharmakologischen Behandlung im Zusammenhang mit den hohen Raten an Adipositas stehen, die bei den Borderline-Patienten beim Sechs-Jahres-Follow-up gefunden wurden (ungefähr 30 % hatten einen Body-Mass-Index [BMI] von 30 oder höher; es wurden wegen des naturalistischen Studiendesigns keine Essstörungen ausgeschlossen) (Frankenburg u. Zanarini 2006a).

### **Medizinische Diagnosen, Formen der Lebensführung mit Auswirkungen auf die Gesundheit und kostenintensive Arten der medizinischen Versorgung**

Für Borderline-Patienten, bei denen eine Remission eintrat, war es signifikant weniger wahrscheinlich als für nicht-remittierte Borderline-Patienten, an einem »syndromartigen« Gesundheitszustand zu leiden (chronisches Erschöpfungssyndrom, Fibromyalgien oder Temporomandibular-Syndrom) (Frankenburg u. Zanarini 2004). Es war für sie weiterhin weniger wahrscheinlich, in der Vorgeschichte eine oder mehrere der folgenden chronischen medizinischen Diagnosen zu haben: Adipositas, Arthrose, Diabetes mellitus, Arterieller Hypertonus, Rückenschmerzen, Harninkontinenz. Auch war es für die remittierten Patienten signifikant weniger wahrscheinlich, mindestens eine Schachtel Zigaretten am Tag zu rauchen, täglich Alkohol zu trinken, keinen regelmäßigen Sport zu betreiben, täglich Schlafmittel einzunehmen und regelmäßig Schmerzmittel zu konsumieren. Schließlich war es für remittierte Borderline-Patienten signifikant weniger wahrscheinlich als für nicht-remittierte Borderline-Patienten, mindestens eine medizinisch begründete Notaufnahme und/oder einen medizinischen stationären Aufenthalt gehabt zu haben. Alles in allem scheint ein Zusammenhang zwischen dem Nicht-Remittieren der Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer ganzen Reihe von Faktoren zu bestehen: erhöhtes Risiko für schwer aufzuklärende medizinische Syndrome

(z. B. chronisches Erschöpfungssyndrom) und chronische körperliche Erkrankungen (wie Adipositas, Arthrose); Entscheidungen, die der körperlichen Gesundheit nicht zuträglich sind (beispielsweise täglicher Alkoholkonsum); Inanspruchnahme kostenintensiver medizinischer Leistungen.

### **Ergebnisse zum prospektiven Follow-up nach zehn Jahren**

In letzter Zeit sind vier Studien veröffentlicht worden, die detailliert den symptomatischen Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung über zehn Jahre prospektiven Follow-ups in der MSAD-Studie beschreiben. Nach der ersten dieser Studien (Zanarini, Frankenburg et al. 2006) war bei 88 % der untersuchten Borderline-Patienten zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung nach zehn Jahren eine Remission der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgetreten. Diese Remission trat bei 39,3 % der 242 Borderline-Patienten in der Zeit bis zum ersten Zwei-Jahres-Follow-up auf, bei 22,3 % bis zum Vier-Jahres-Follow-up, bei weiteren 21,9 % bis zum Sechs-Jahres-Follow-up, bei 12,8 % bis zum Acht-Jahres-Follow-up und bei weiteren 3,7 % bis zum Zehn-Jahres-Follow-up. 16 Variablen wurden als signifikante bivariate Prädiktoren der Zeit zur Remission erkannt. Sieben dieser Prädiktoren behielten auch in multivariaten Analysen ihre Signifikanz: jüngeres Alter, kein sexueller Missbrauch in der Kindheit, keine Vorgeschichte von Störungen durch Substanzkonsum in der Familie, ein guter beruflicher Hintergrund, keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus dem ängstlichen Cluster, niedrige Werte auf der Skala »Neurotizismus« und hohe Werte auf der Skala »Verträglichkeit« des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit (erfasst mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar [NEO-FFI; NEO = Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen]; Costa u. McCrae 1992). Zusammengefasst legen die Ergebnisse dieser Studie nahe, dass zur Vorhersage der Zeit bis zur Remission einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein multifaktorielles Modell herangezogen werden muss. Dazu gehören sowohl Faktoren, die in der Routineuntersuchung im klinischen Alltag mit erhoben werden (demografische Daten, negative Erlebnisse in der Kindheit, psychiatrische Störungen in der Vorgeschichte der Familie und prämorbidem Funktionsniveau), als auch Faktoren, die nicht mit erhoben werden (wie z. B. Aspekte des Temperaments).

In der zweiten dieser Studien (Zanarini, Frankenburg et al. 2007) stellten wir fest, dass zwölf der Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eher schneller remittieren und akuter Natur sind und dass die anderen zwölf Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung eher langsamer remittieren und mit dem Temperament zusammenhängen. Insbesondere spezifische Symptome aus den

wichtigen Bereichen Impulsivität (z. B. selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche) und zwischenmenschliche Probleme (z. B. forderndes Verhalten/Anspruchshaltungen, schwerwiegende Regressionen in der Behandlung) scheinen am schnellsten zurückzugehen. Am stabilsten erschienen hingegen affektive Symptome aus den Bereichen der chronischen Dysphorie (z. B. Wut, Einsamkeit/Gefühle der Leere) und der zwischenmenschlichen Symptome, die mit Angst vor Zurückweisung und Abhängigkeit zusammenhängen (z. B. Unfähigkeit, alleine zu sein, Probleme mit Co-Abhängigkeit). Tabelle 5-1 fasst die zwei Symptomgruppen zusammen.

Die dritte dieser Studien untersuchte den Verlauf selbstverletzenden Verhaltens (Zanarini, Frankenburg et al. 2008b). Eingangs gaben mehr als 90 % der Borderline-Patienten Selbstverletzungen und ungefähr 80 % Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte an. Genauer betrachtet berichteten über 70 % der Borderline-Patienten in ihrer Vorgeschichte mehrere Episoden und Methoden der Selbstverletzung, 60 % beschrieben mehrere Suizidversuche und mehr als 30 % benannten mehrere Methoden bei ihren Suizidversuchen. Zum Zeitpunkt des fünften Follow-ups beschrieben weniger als 15 % der Borderline-Patienten mehrere Episoden oder Methoden beider Formen des körperlich selbstverletzenden Verhaltens. Zusammengefasst deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass der Verlauf von selbstverletzendem Verhalten und Suizidversu-

chen bei Borderline-Patienten anfangs deutlich schwerwiegender, im Lauf der Zeit hingegen weniger gravierend ist als bisher angenommen (es sollte betont werden, dass nur zwölf Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung [4,1 %] Suizid begingen – ein deutlich geringerer Prozentsatz als aufgrund der Ergebnisse mehrerer retrospektiver Studien zum Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung erwartet).

Die vierte Studie befasste sich mit der Schwere dissoziativer Symptome bei Borderline-Patienten im zeitlichen Verlauf (Zanarini, Frankenburg et al. 2008a). Es stellte sich heraus, dass der Gesamtschweregrad der dissoziativen Erfahrungen mit der Zeit signifikant abnahm. Das gleiche Muster ergab sich für die Formen der Dissoziation, die untersucht wurden: starke Vereinnahmung durch die situativen Erfahrungen, Depersonalisation und Amnesie. Auch zeigte sich, dass es bei 92 % der Borderline-Patienten mit einem anfänglichen Wert auf der Dissociative Experience Scale (DES) im hohen oder traumabezogenen Bereich (30 oder höher) zu einer Remission der schweren Dissoziation im Lauf des Zehn-Jahres-Follow-ups kam. Dennoch konnte bei 38 % der Borderline-Patienten, bei denen eine solche Remission aufgetreten war, im zeitlichen Verlauf erneut ein hoher DES-Wert festgestellt werden. Zusätzlich traten nur bei 8 % derjenigen Patienten mit eingangs niedrigeren DES-Werten in den Jahren der Folgeuntersuchungen hohe Dissoziationswerte auf.

Tab. 5-1 Akute und temperamentsbezogene Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach Zanarini, Frankenburg et al. 2007).

Akute Symptome	Symptome des Temperaments
quasi-psychotische Gedanken	chronische Depression
Substanzmissbrauch/-abhängigkeit	Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit/Wertlosigkeit/Schuldgefühle
sexuell abweichendes Verhalten (meist Promiskuität)	Wut
selbstverletzendes Verhalten	Angst
manipulatives suizidales Verhalten	Einsamkeit/Gefühle der Leere
stürmische Beziehungen	bizarre Gedanken/ungewöhnliche Wahrnehmungen (z. B. überbewertete Ideen und Depersonalisierung)
Entwertung/Manipulation/Sadismus	Paranoia
forderndes Verhalten/Anspruchshaltung	allgemeine Impulsivität (z. B. Essanfälle, Kaufrausch, rücksichtsloses Fahren)
regressives Verhalten in therapeutischen Behandlungen	Unfähigkeit, alleine zu sein
Gegenübertragungsprobleme/»besondere« therapeutische Beziehungen	Angst, verlassen/vereinnahmt/zerstört zu werden
affektive Instabilität	Co-Abhängigkeit/Konflikte um die Annahme von Hilfe
schwere Identitätsstörung	Abhängigkeit/Masochismus



## Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study

In der Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) wurde ein etabliertes halbstrukturiertes diagnostisches Interview eingesetzt, um eingangs die Achse-II-Störungen zu diagnostizieren (Shea, Stout et al. 2002). 158 der 668 Patienten, die ursprünglich an der Studie teilnahmen, hatten eine primäre Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zusätzlich waren alle Teilnehmer aktuell oder in der Vergangenheit in Behandlung oder auf der Suche nach psychiatrischer Behandlung. Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf das prospektive Zwei-Jahres-Follow-up.

Der vorstehende Befund aus der MSAD-Studie, dass Remissionen häufig auftreten, wurde bei den Zwei-Jahres-Ergebnissen der CLPS-Studie bestätigt (Grilo, Sanislow et al. 2004; Shea, Stout et al. 2002). Das MSAD-Ergebnis der Symptomarten wurde ebenfalls bestätigt (McGlashan, Grilo et al. 2005). In dieser Studie wurden akute Symptome als symptomatisches Verhalten und temperamentsbezogene Symptome als Traits (Persönlichkeitsmerkmale) bezeichnet. Dennoch gibt es unterschiedliche Interpretationen zur Beziehung zwischen den beiden Symptomarten. In der MSAD-Studie werden akute und temperamentsbezogene Symptome als vergleichbar wichtig verstanden und eine Ähnlichkeit zu den positiven und negativen Symptomen der Schizophrenie gesehen. Hingegen nehmen Traits in der CLPS-Studie eine zentralere Rolle ein und symptomatisches Verhalten wird als eine Form gesehen, mit den zugrunde liegenden Traits umzugehen oder sie zu vermeiden.

In einer Studie dazu, welche Faktoren als Prädiktoren für das Ausmaß der Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und für den GAF-Wert nach zwei Jahren

galten, stellte sich heraus, dass die folgenden Faktoren am stärksten mit diesen Outcome-Kriterien verbunden waren: Schweregrad der Borderline-Störung, funktionelle Beeinträchtigung zu Studienbeginn und zusätzlich eine Vorgeschichte von Kindheitstraumatisierungen (Gunderson, Daversa et al. 2006).

Die Ergebnisse zum psychosozialen Funktionsniveau im prospektiven Zwei-Jahres-Follow-up unterscheiden sich deutlich von den Befunden der MSAD-Studie (Skodol, Pagano et al. 2005). Bei den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung konnte keine Verbesserung im allgemeinen Funktionsniveau festgestellt werden und die Beeinträchtigung im sozialen Funktionsniveau war relativ stabil. Hinsichtlich der Komorbiditäten mit Achse-I-Störungen zeigte sich langfristig ein Zusammenhang zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Major Depression sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung (aber nicht mit Störungen durch Substanzkonsum) – ein weiterer Befund, der von denen der MSAD-Studie abweicht (Shea, Stout et al. 2004).

## Fazit

Alles in allem zeichnen die Ergebnisse dieser zwei methodologisch sorgfältig durchgeführten Studien, der McLean Study of Adult Development (MSAD) und der Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS), ein positiveres Bild zur Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als bisherige prospektive Studien. Erst in der Zukunft wird sich zeigen, ob diese symptomatischen und funktionellen Verbesserungen stabil bleiben, mit der Zeit zunehmen oder abnehmen werden.