

## ***Borderline-Störung: Überblick***

Die Borderline-Störung wird sowohl nach DSM-IV als auch nach ICD-10 zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt (Dilling, 1991; Saß, 1998). Während sie nach ICD-10 als Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung klassifiziert wird, wird sie nach DSM-IV als eigenständige Persönlichkeitsstörung betrachtet, die sich durch mindestens 5 der 9 folgenden **Symptome** auszeichnet:

1. Verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vermeintliches Verlassenwerden zu vermeiden
2. Muster von intensiven und instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind.
3. Identitätsstörung im Sinne eines auffällig und durchgängig instabilen Selbstbildes oder Selbstwahrnehmung
4. Impulsives, selbstschädigendes Verhalten
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten
6. Affektive Instabilität
7. Chronisches Gefühl der inneren Leere
8. Unangemessene, sehr heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
9. Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder eindeutig dissoziative Symptome

Durch diese Operationalisierung der Störung ergibt sich ein klinisch heterogenes Krankheitsbild mit einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome in einer Person und ausgeprägter interindividueller Variabilität der Krankheitsmanifestation. Gemäß den allgemeinen DSM-IV Kriterien für Persönlichkeitsstörungen handelt sich aber in jedem Fall um eine überdauernde, unflexible und tiefgreifende Störung, die sich ab der Adoleszenz bzw. dem jungen Erwachsenenalter manifestiert und in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt.

Die Borderline-Störung ist mit einer **Prävalenz** von ca. 1,5% in der Allgemeinbevölkerung eine der häufigsten psychischen Störungen. Die überwiegende Zahl der Betroffenen (ca. 70%) sind weiblichen Geschlechts. Ca. 80% der Betroffenen befinden sich in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. In psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen beträgt der Anteil an Patienten mit dieser Störung ca. 10%, im stationären Bereich steigt der Anteil an Borderline-Patienten auf 15-20%. Die Suizidrate dieser Patienten wird mit 7-10% angegeben (Bohus, 2001).

Somit stellt die Borderline-Störung ein gravierendes klinisches und ökonomisches Problem dar:

Im Jahre 1998 betragen die stationären Behandlungskosten für Borderline-Patienten in Deutschland ca. 6 Milliarden DM.

Für die **Therapie** der Borderline-Störung stehen sowohl psychotherapeutische als auch pharmakologische Optionen zur Verfügung. Die dialektische Verhaltenstherapie nach Linehan gilt als die am besten evaluierte psychotherapeutische Behandlungsmethode (Linehan, 1996), deren Wirksamkeit in mehreren Therapiestudien gezeigt werden konnte. Dabei drückt sich der positive Behandlungseffekt in erster Linie in einer reduzierten Häufigkeit und Gefährlichkeit von Suizidversuchen und Selbstverletzungen sowie einer geringeren Quote von Therapieabbrüchen und stationären Kriseninterventionen aus. Die medikamentöse Behandlung der Borderline-Störung orientiert sich gegenwärtig an den klinisch im Vordergrund stehenden Zielsymptomen. Die am häufigsten eingesetzten Substanzklassen sind Selektive Serotonin Wiederaufnahme-Hemmer SSRI (Rinne, 2002), atypische Antipsychotika (Zanarini, 2001, 2004) und Stimmungsstabilisatoren wie z.B. Valproat (Hollander, 2001). Darüber hinaus finden für spezielle Indikationen Naltrexon und Clonidin Verwendung (Bohus, 2001). Der Einsatz von Benzodiazepinen in der Borderline-Therapie erscheint eher kritisch, da es einerseits keinerlei sichere Daten für etwaige Besserung der Symptomatik gibt und andererseits das Suchtpotential bei dieser Patientengruppe ausgesprochen hoch ist (Bohus 2002). Die Datenlage zur Psychopharmakotherapie der Borderline-Störung ist derzeit noch ungenügend, um stichhaltige Aussagen bezüglich Wirksamkeit einer Substanzgruppe zu gewährleisten, da einerseits die wenigen kontrollierten Studien auf kleinen Fallzahlen basieren und andererseits Zusatzfaktoren wie z.B. Geschlechtsunterschiede bzw. Komorbidität bisher noch wenig Berücksichtigung gefunden haben.