

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Störungsspezifische Pharmakotherapie

Obwohl die meisten BPS-Patienten medikamentös versorgt werden, zeichnet sich ab, dass es keine Therapie gibt, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung per se zu behandeln. Nach den neuesten Forschungsergebnissen haben Therapien vielmehr nur Effekte auf bestimmte Symptome, sodass sie in Zukunft symptomorientiert ausgewählt und eingesetzt werden können.

KLAUS LIEB UND JUTTA STOFFERS



Unangemessene starke Wut – ein typisches Symptom für eine Borderline-Störung.

© steffa / shutterstock.com

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist die häufigste Persönlichkeitsstörung und betrifft etwa 2–5% aller Menschen in Deutschland. Dabei galt sie lange Zeit als unbehandelbar. Die Betroffenen galten als schwierig, manipulativ, brachen häufig die Therapien ab, waren gleichzeitig wiederholt zu Krisenbehandlungen in den Kliniken und brachten die therapeutischen Teams häufig an ihre Grenzen. Betrachtet man die Komplexität der Symptomatik, ist es nicht verwunderlich, dass die Behandlung nicht einfach ist. Patienten mit BPS leiden unter starken Stimmungsschwankungen, handeln impulsiv, verletzen sich selbst, denken chronisch daran, sich umzubringen und unternehmen wiederholt suizidale Handlungen, leiden unter instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen und haben Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren. Dazu kommen eine Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung sowie ein chronisches Gefühl von Leere. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die diagnostischen Kriterien der BPS.

Die meisten BPS-Patienten werden medikamentös behandelt [Zanarini et al. 2004; Lieb et al. 2004]. Obwohl in Deutschland kein Medikament zur Behandlung der BPS per se zugelassen ist und Psychotherapie das Mittel der Wahl darstellt, werden Medikamente vor allem mit folgenden Zielsetzungen eingesetzt:

- Zur Krisenintervention: Hier kommen beispielsweise Benzodiazepine oder Antipsychotika zur Behandlung akuter Anspannungszustände oder Erregungszustände zum Einsatz.
- Zur Behandlung komorbider Erkrankungen: Fast alle Patienten leiden im Verlauf der Erkrankung unter komorbiden Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen, Zwangsstörungen oder ähnliches, die mit entsprechend zugelassenen Substanzen behandelt werden.
- Zur Behandlung spezifischer Symptomkonstellationen: Hier werden Medikamente entsprechend ihrer Wirksamkeit auf spezifische Symptombereiche (Tabelle 1) eingesetzt.

Betrachtet man die Heterogenität der Symptome, so verwundert es nicht, dass es kein spezifisches Medikament zur Behandlung der BPS gibt. Vielmehr haben sich alle bisher vorgeschlagenen und überprüften pharmakotherapeutischen Ansätze an der Behandlung von Achse-I-Störungen orientiert, die mehr oder weniger ähnliche Symptome aufweisen. So wurden in Therapiestudien bisher auch vornehmend Substanzen getestet, die bereits zur Behandlung einer Achse-I-Störung zugelassen sind. Besonders sind hier Antipsychotika der ersten und zweiten Generation, Stimmungsstabilisierer und Antidepressiva zu nennen.

Die erste randomisierte, kontrollierte Medikamentenstudie wurde im Jahr 1979 publiziert. Zu dieser Zeit versuchte man, die Erkrankung durch klassische Neuroleptika wie Haloperidol oder Flupentixol zu behandeln. Seit Beginn der 2000er-Jahre haben neuere Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer vermehrt Aufmerksamkeit erfahren. Die Leitlinienempfehlungen seitens der APA (American Psychiatric Association), die aus dem Jahr 2001 datieren und ausschließlich die bis zum Jahr 1998 publizierte Evidenz berücksichtigen, müssen daher als veraltet angesehen werden. Neuere Leitlinien wie die der World Federation of Societies of Biological Psychiatry von 2007 [Herpertz et al. 2007] haben die meisten der neueren Studien bereits aufgenommen und zeichnen ein abweichendes und differenzierteres Bild der medikamentösen Behandlung der BPS. Die von unserer Arbeitsgruppe in Zusam-

menarbeit mit der Cochrane Collaboration [Lieb et al. 2010; Stoffers et al. 2010] durchgeführte Metaanalyse ergibt neue Erkenntnisse, die hier im Überblick dargestellt werden sollen.

Symptomorientierte Pharmakotherapie: Ergebnisse eines Cochrane-Collaboration-Reviews

Ziel der Übersichtsarbeit war es, die aktuell verfügbare Evidenz aus randomisiert-kontrollierten Studien (randomised controlled trials, RCT) zur Wirksamkeit pharmakotherapeutischer Interventionen umfassend und systematisch darzustellen. In Tabelle 2 sind die Einschlusskriterien für Primärstudien aufgeführt.

Nach ausgedehnten Literaturrecherchen konnten 28 RCTs eingeschlossen werden, deren methodische und Berichtsqualität als ausreichend bewertet worden war. Die Studienergebnisse wurden durch die Berechnung vergleichbarer Effektstärken aus den post-Behandlungsdaten der untersuchten Gruppen standardisiert

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV

Die Diagnose einer BPS erfordert das Vorliegen der allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung: Dauerhafte Erfahrungen und Verhaltensmuster, die deutlich von den Normen abweichen, unangepasst und unflexibel sind und zu Leiden und Beeinträchtigungen der betroffenen Person führen. Darüber hinaus müssen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien vorliegen:

Affektivität

- Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung gekennzeichnet (z. B. wiederkehrende Episoden hochgradiger Niedergestimmtheit, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage dauern)
- Chronisches Gefühl der Leere

Impulsivität

- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“)
- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungen

Kognition

- Identitätsstörung im Sinne einer ausgeprägten und andauernden Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Interpersoneller Bereich

- Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
- Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist

und, wo möglich, metaanalytisch integriert. Die Studienlage stellt sich recht heterogen dar, das heißt, es wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Substanzen untersucht, sodass pro Vergleich häufig nur einzelne Studien verfügbar waren (Tabelle 3).

Antidepressiva

Für keines der untersuchten Antidepressiva ergeben sich Hinweise für signifikante Effekte im Vergleich zu placebobehandelten Kontrollgruppen bezüglich der Reduktion des BPS-Gesamtschweregrads oder eines der einzelnen BPS-Kriterien, wie sie im DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dargelegt sind. Einzig für das Trizyklikum Amitriptylin wurde ein mittlerer, signifikanter Effekt in der Behandlung assoziierter Depressivität gefunden. Die Tolerabilität im Sinne höherer Raten vorzeitigen Therapieabbruchs war für keines der untersuchten Medikamente unterschiedlich zur Placebobehandlung. Insoweit wird eine Wirksamkeit der untersuchten Antidepressiva bei BPS bezüglich Depressivität oder „affektiver“ Symptome der BPS wie

chronisches Gefühl der Leere und Langeweile, affektive Instabilität oder unangemessen starker Wut durch die aktuelle Evidenz nicht gestützt. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und andere Antidepressiva sind daher aktuell nur zur Behandlung komorbider Erkrankungen wie Depressionen, Zwangsstörungen oder ähnliche zu empfehlen. Dabei ist besondere Vorsicht geboten, affektive Symptome der BPS wie chronische Gefühle der Leere und Langeweile oder Ängste vor dem Verlassenwerden nicht als Symptome einer therapieresistenten Depression fehlzuinterpretieren. Aufgrund der besonders hohen Toxizität bei Überdosierung sollte beim Einsatz von Trizyklischen Antidepressiva (TZA) bei BPS (obwohl hierfür ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt) höchste Vorsicht geboten sein.

Stimmungsstabilisierer

Die Studienbefunde stützen die Wirksamkeit der untersuchten Stimmungsstabilisierer sowohl hinsichtlich BPS-spezifischer Symptome als auch bezüglich assoziierter Psychopathologie. Hinsichtlich interpersoneller Probleme wurden signifikant bessere Resultate durch die Behandlung mit Valproinsäure und Topiramat gefunden. Auch für die Behandlung von Impulsivität liegen große, signifikante Effekte für Topiramat und Lamotrigin vor. Signifikante Wirksamkeitsbefunde ergeben sich mit großen Effekten besonders für affektive Symptome, das heißt ungemessener Wut (Topiramat, Lamotrigin, Valproinsäure), assoziierte Depressivität (Valproinsäure) und Angst (Topiramat). Für Topiramat wird zudem ein signifikanter Effekt hinsichtlich der Reduktion der allgemeinen psychopathologischen Belastung berichtet. Keinerlei positive Effekte wurden für Carbamazepin gefunden. Alle untersuchten Substanzen weisen eine gute Tolerabilität auf, in keinem Fall war die Abbruchrate der Experimentalgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Die vorliegenden Daten zeigen einen signifikanten Nebenwirkungseffekt für Topiramat, wo für die mit Topiramat behandelten Patienten ein stärkerer Gewichtsverlust beobachtet wurde.

Stimmungsstabilisierer können insoweit zu einer Reduktion von Impulsivität, Wut und interpersonellen Schwierigkeiten führen, und daher eingesetzt werden, wenn psychotherapeutische Interventionen nicht zum gewünschten Erfolg führen oder überhaupt ermöglicht werden sollen. Außerdem wurden positive Effekte für Depressivität und Angst und die generelle psychopathologische Belastetheit gefunden. Stimmungsstabilisierer wie Valproinsäure, Lamotrigin und Topiramat können auch dann empfohlen werden, wenn komorbid eine Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung vorliegt. Obwohl diese Assoziation nach Ansicht vieler Autoren eher selten ist, zeigt eine neuere Studie eine Komorbiditätsrate von 10–25%.

Antipsychotika

Einige ältere RCTs liegen für Antipsychotika der ersten Generation vor. Signifikante Effekte zeigen sich dabei für Haloperidol in der Reduktion ungemessener Wut sowie für Flupenthixol in der Reduktion impulsiven selbstverletzenden Verhaltens.

Seit 2005 haben besonders die neueren Antipsychotika wie Aripiprazol, Olanzapin und Ziprasidon zur Behandlung der BPS verstärkte Aufmerksamkeit gefunden. Signifikante Wirksamkeitsbelege finden sich für diese Substanzen vor allem für Symp-

Tabelle 2	
Einschlusskriterien für RCTs zur Aufnahme in die systematische Übersichtsarbeit	
Stichprobe	
— Patienten mit valide diagnostizierter BPS nach DSM-Kriterien	
Interventionen	
— Kontinuierliche medikamentöse Behandlung	
Vergleichsbedingungen	
— Placebo	
— Aktive Medikation	
— Kombinierte Medikation	
Ergebnisvariablen	
— BPS-Gesamtschweregrad	
— Einzelne BPS-Symptome	
— Assoziierte Psychopathologie	
— Therapieabbrüche	
— Tolerabilität	

Tabelle 3	
Substanzen und Substanzklassen: Anzahl placebokontrollierter Vergleiche aus RCTs	
Antidepressiva	Antipsychotika
— Amitriptylin (n = 1)	... der ersten Generation
— Fluoxetin (n = 2)	— Haloperidol (n = 2)
— Fluvoxamin (n = 1)	— Thiothixen (n = 1)
— Phenelzinsulfat (n = 1)	— Flupentixoldecanoat (n = 1)
— Mianserin (n = 1)	
Stimmungsstabilisierer	... der zweiten Generation
— Carbamazepin (n = 1)	— Aripiprazol (n = 1)
— Valproinsäure (n = 2)	— Olanzapin (n = 6)
— Lamotrigin (n = 2)	— Ziprasidon (n = 1)
— Topiramat (n = 3)	
	Nahrungsergänzungsmittel
	— Omega-3-Fettsäuren (n = 2)

tome des affektiven Clusters (Aripiprazol: Wut; Olanzapin: Wut, affektive Instabilität), aber auch für assoziierte affektive Symptomatik (Aripiprazol: Depressivität und Angst; Olanzapin: Angst). Symptome des kognitiv-perzeptuellen Clusters (psychotisch-paranoide Symptome) wurden ebenfalls signifikant positiv durch Aripiprazol und Olanzapin beeinflusst. Aripiprazol zeigt zudem signifikante Effekte hinsichtlich der Reduktion interpersoneller Probleme und des Gesamtschweregrades psychopathologischer Belastetheit. Für impulsive Symptome ergibt sich ein differenziertes Bild: Während Aripiprazol mit einer signifikanten Reduktion von Impulsivität einherging, wurde für Olanzapin in fünf der sechs Studien, die diese Ergebnisvariable erhoben, mehr impulsiv-selbstschädigendes Verhalten berichtet. Keinerlei Wirksamkeitsbelege finden sich für Ziprasidon.

Die Tolerabilität ist für alle untersuchten Substanzen gut, das heißt nicht schlechter als für die Placebobehandlung. Dennoch findet sich ein großer, stabiler Effekt im Sinne einer signifikanten Gewichtszunahme unter Olanzapin. Weiterhin zeigen die Daten signifikante Nebenwirkungen von Olanzapin hinsichtlich der Veränderung verschiedener Blutwerte, insbesondere von Leberkennwerten, des Blutcalciumgehalts und des Prolactinspiegels. Da ausschließlich für Olanzapin solch differenzierte Werte berichtet werden, sollte aus diesen Befunden nicht geschlossen werden, dass für die übrigen Substanzen keine ähnlich gelagerten Nebenwirkungen vorliegen, sondern vielmehr die bekannten Nebenwirkungsprofile berücksichtigt werden.

Antipsychotika der ersten Generation können heute aufgrund der sehr begrenzten Wirksamkeit und unerwünschter Nebenwirkungen (vor allem extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen) zur kontinuierlichen Behandlung nicht mehr empfohlen werden. Gute Effekte zeigen sich in allen vier BPS-Symptombereichen sowie für die generelle psychopathologische Belastetheit für Aripiprazol. Auch für Olanzapin zeigen sich positive Effekte hinsichtlich affektiver und psychotischer Symptome, wobei die vorliegenden Daten jedoch auch auf eine Zunahme selbstschädigenden Verhaltens unter Olanzapin hinweisen. Zur Behandlung komorbider Psychosen oder Pseudohalluzinationen sind Antipsychotika der zweiten Generation aufgrund des Nebenwirkungsprofils vorzuziehen, auch wenn die häufige Gewichtszunahme unter Olanzapin gerade bei BPS-Patientinnen mit komorbiden Essstörungen problematisch sein kann. Zudem ist bei Patienten mit BPS die Prävalenz von Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck erhöht [Frankenburg und Zanarini, 2004], sodass auch diesbezüglich Vorsicht geboten ist.

Andere Substanzen

Für weitere Substanzen liegen zwei RCTs zur Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren vor. Untersucht wurden Eicosapentaensäure (E-EPA) und Decosahexaensäure (DHA). Die Studienergebnisse deuten dabei auf die Wirksamkeit von Omega-3-Fettsäuren bezüglich der Reduktion selbstverletzenden Verhaltens und von assoziierter Depressivität hin. Beide Wirksamkeitsbefunde wurden für die längerfristige, kombinierte Behandlung (E-EPA + DHA) gefunden. In beiden Studien war die Verträglichkeit im Sinne vergleichbarer Abbruchraten in beiden Studiengruppen gut. Insoweit deutet die aktuelle Datenlage auf eine potenzielle Wirksamkeit von Omega-3-Fettsäuren bezüglich

impulsiv-selbstschädigenden Verhaltens und depressiver Symptomatik hin. Besonders ist hier die erwartbar gute Verträglichkeit zu vermerken, die eine Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren nahe legen kann.

Polypharmazie

Langzeitstudien zeigen konsistent, dass eine Vielzahl von BPS-Patienten intensiv pharmakologisch behandelt wird, häufig mit mehreren Medikamenten gleichzeitig. Unterschiedliche Mechanismen können zu Polypharmazie führen:

- Es werden mehrere komorbide Erkrankungen angemessen beziehungsweise behandelt. So kann zum Beispiel eine Depression und das Auftreten stressbedingter psychotischer Symptome in der Behandlung mit einem SSRI, einem Stimmungsstabilisierer und einem Antipsychotikum resultieren.
- Eine Kombination mehrerer sedierender Medikamente wird in Krisensituationen verwendet, wenn zu einer bereits bestehenden Therapie beispielsweise mit niederpotenten Antipsychotika Benzodiazepine hinzugegeben werden oder Schlafstörungen nicht mit einem Medikament durchbrochen werden können.
- Unter der Vorstellung, die Wirkung einer erfolglos gegebenen Substanz augmentieren zu können, werden zusätzliche Medikamente hinzugenommen.

Die Datenlage zur Polypharmazie ist hingegen dünn: In einem RCT wurde eine kombinierte Behandlung aus dem Antidepressivum Fluoxetin (SSRI) und dem Antipsychotikum Olanzapin mit der Behandlung durch die beiden einzelnen Wirkstoffe jeweils ohne Kombination untersucht. Hierbei ergaben sich keinerlei signifikante Wirksamkeitsunterschiede im Sinne der Überlegenheit einer Kombinationstherapie. Obgleich Polypharmazie also eher die Regel als die Ausnahme sein dürfte, gibt es für die Wirksamkeit der Kombination von zwei oder mehr Substanzen im Vergleich zur einfachen Behandlung bisher keinerlei Belege aus RCTs. Polypharmazie sollte daher wenn immer möglich vermieden werden. Besonders der Einsatz von Benzodiazepinen ist aufgrund des erheblichen Suchtpotenzials problematisch und sollte in jedem Fall nur kurzfristig erfolgen.

Fazit

Die Befundlage ist, nach Symptomclustern geordnet, in Tabelle 4 zusammengefasst. An diesen Effekten kann man sich bei Therapieentscheidungen praktisch orientieren. So ist es sinnvoll, zur Behandlung von Symptomen wie Impulsivität und Schwierigkeiten in der Kontrolle von Wut und Ärger Stimmungsstabilisierer wie etwa Lamotrigin oder Topiramamat oder das Antipsychotikum Aripiprazol einzusetzen. Für andere Substanzen dagegen, wie die Antidepressiva, konnten wir auf Ebene der Metaanalyse keine konsistenten Effekte finden. Dies ist insofern relevant, als die meisten Patienten mit einem Antidepressivum aus der Gruppe der SSRI behandelt werden. Auch für das Antipsychotikum Olanzapin konnten wir kaum Effekte nachweisen. Neben den Nebenwirkungen wie erheblicher Gewichtszunahme kam es zu einem leichten Anstieg von Suizidalität, weshalb Olanzapin ebenso wie Antidepressiva in der spezifischen Behandlung der BPS nicht mehr empfohlen werden können (es sei denn, es liegen andere Indikationen wie Psychosen vor). In der praktischen Behandlung empfiehlt es sich, mit den Patienten Zielsymptome einer Pharmakotherapie zu definieren

Tabelle 4

Placebokontrollierte Wirksamkeitsbefunde von Pharmakotherapien bei Borderline-Störungen

	BPS-spezifische Pathologie			Allgemeine Pathologie	
	Affektivität	Impulsivität	Interpersonelle Probleme	Kognitive Symptome	Depressivität, Angst, allgemeines Funktionsniveau, Gesamtschweregrad
Klassische Neuroleptika	++	+			
Antipsychotika der zweiten Generation	++	++ *	+	++	+
Stimmungsstabilisierer	++	++	+		++
Antidepressiva					+

+ belegt durch direkte Vergleiche mit randomisierten Kontrollgruppen, ++ belegt durch metaanalytische Zusammenfassung mehrerer Studien
 * signifikante Effekte im Sinne einer Zunahme von Suizidalität

(z. B. Reduktion des impulsiven und fremdaggressiven Verhaltens), die Symptomatik (impulsives Verhalten) während der Behandlung kontinuierlich zu messen und die Medikation bei Erfolg weiterzugeben oder abzusetzen, wenn der Erfolg nicht eingetreten ist. Dadurch kann das ständige Hinzunehmen neuer Medikamente und damit eine Polypharmakotherapie verhindert werden.

Abschließend sind mehrere Limitationen zu nennen, welche die Aussagen der Studien einschränken. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen wie den Depressionen oder Schizophrenien gibt es nur wenige Therapiestudien zu den einzelnen Medikamenten. Darüber hinaus haben die Studien nur kleine Fallzahlen und kurze Beobachtungszeiträume von meist nur zwölf Wochen. Besonders problematisch ist, dass akut suizidale Patienten meist aus den Therapiestudien ausgeschlossen wurden. Dadurch lassen sich die Ergebnisse nicht einfach auf die Situation schwerkranker Patienten in akuten Krisensituationen übertragen. Es wird daher auch weiterhin so sein, dass man in der Behandlung der Patienten neben der Information aus RCTs auch auf die klinische Erfahrung zurückgreifen muss und so – zumindest zu Beginn der Behandlung und unter Berücksichtigung eventuell vorhandener weiterer psychischer Störungen sowie des jeweiligen Nebenwirkungsprofils des in Frage kommenden Arzneimittels – um eine Kombination mehrerer Medikamente nicht herum kommt. Ziel sollte aber immer sein, die Patienten möglichst schnell einer Behandlung mit einem der beschriebenen Psychotherapieverfahren zuzuführen. Im Verlauf einer wirksamen Psychotherapie wird es dann meist auch möglich sein, die Medikamente schrittweise zu reduzieren.

Ausblick

Die BPS ist eine schwere Erkrankung, die mit einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome einhergehen kann, die meist nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für deren Umfeld sehr problematisch sind. Von 28 Therapiestudien zur Pharmakotherapie der BPS wurden seit dem Jahr 2000 allein 19 Studien publiziert, davon zehn seit 2005. Dies zeigt, dass in den letzten Jahren ein erhebliches wissenschaftliches Interesse an der Therapie der BPS entstanden ist. Es zeichnet sich ab, dass es keine Therapie gibt, um die Borderline-Störung per se zu behandeln, vielmehr haben die Therapien nur Effekte auf bestimmte Symptome, sodass sie in Zukunft vermehrt symptomorientiert ausgewählt und eingesetzt werden können. Dafür ist weitere Forschung erforderlich. Es muss zum Beispiel geprüft werden,

ob Patienten mit bestimmten Symptommustern erfolgreicher durch die eine als durch die andere Therapie behandelt werden können. Bisher wurde nur gezeigt, dass durch verschiedene Therapien bestimmte Symptome behandelbar sind.

Dass Patienten mit BPS unbehandelbar sind, konnte in den letzten 20 Jahren der Forschung eindeutig widerlegt werden, und auch die Prognose der Erkrankung ist nicht so schlecht, wie das bis vor einigen Jahren noch angenommen wurde. Aus Langzeitstudien wissen wir, dass über einen Zeitraum von zwölf Jahren fast alle Patienten eine deutliche Symptomreduktion erleben und lernen, besser mit der Erkrankung umzugehen. □

LITERATUR

1. Lieb K, Vollm BA, Rücker G et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. Br J Psychiatry 2010; 196: 4–12
2. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2010: CD005653

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Lieb (**Korrespondenz**)
 Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Untere Zahlbacher Straße 8, 55131 Mainz
 E-Mail: klaus.lieb@unimedizin-mainz.de

Dipl.-Psych. Jutta Stoffers
 Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 E-Mail: jutta.stoffers@uniklinik-freiburg.de

Erklärung zu Interessenkonflikten

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.