

Der Einfluss von Psychopharmaka auf selbstschädigende Tendenzen bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung

Carsten STEINMANN, Sissi ARTMANN, Mirijam FRIC, Gerd LAUX

Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Carsten Steinmann
Inn-Salzach-Klinikum gemeinnützige GmbH
Psychiatrische Institutsambulanz
Gabersee Haus 2
83512 Wasserburg/Inn
Email: dr.carsten.steinmann@iskl.de
Tel.: 08071/71308

Zusammenfassung

Wir untersuchten retrospektiv die Effekte verschiedener Psychopharmaka(-gruppen) auf selbstschädigendes Verhalten in seinen unterschiedlichen Ausprägungsformen bei der Behandlung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Eingeschlossen wurden 64 weibliche und 13 männliche Patienten mit einem Durchschnittsalter von 25,88 Jahren, die auf einer offen geführten Psychotherapiestation mit einem multimodalen verhaltens-therapeutisch orientierten Psychotherapieprogramm (dialektisch-behaviourale Therapie nach M. Linehan) behandelt wurden. Die Patienten protokollierten wöchentlich Gedanken an bzw. die Ausführung von selbstschädigendem Verhalten anhand einer von uns entwickelten Liste mit 13 Items. Daraus wurde jeweils ein Summenscore gebildet und zum Zeitpunkt T0 (vor Psychopharmakotherapie) und T1 (durchschnittlich 24 Tage später) miteinander verglichen. Zu einer Reduktion selbstschädigenden Verhaltens kam es dabei vor allem bei Behandlung mit einem SSRI als Monotherapie oder in Kombination mit Lithium, verglichen mit Carbamazepin, Valproat, Lithium als Monotherapie, einem Neuroleptikum, einer Kombination aus SSRI und Neuroleptikum oder einer Kontrollgruppe ohne Psychopharmakotherapie.

Schlüsselwörter: Selbstschädigung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Psychopharmakotherapie

How does psychopharmacotherapy influence self-harming behaviour in borderline personality disorder?

We investigated effects of psychopharmacotherapy on maladaptive behaviour in its various forms (like self-injury or suicidal ideas) in borderline personality disorder. 64 female and 13 male patients were included (mean age 25.88 years). The inpatients (open ward) took part in the dialectic behavioural therapy programme (DBT) after M. Linehan. Patients used a list of 13 items covering the whole range of self-harming behaviour once a week to document the frequency of such tendencies (thoughts of or actual behaviour, respectively). We compared the total sum of such thoughts or actions at baseline (before starting psychotropic medication) and about 24 days thereafter. SSRIs as a single medication or combined with lithium led to the most prominent reduction of maladaptive behaviour, compared to carbamazepine, valproate, lithium alone, antipsychotics, a combination of SSRI/antipsychotic drug or a control group without medication.

Keywords: self-harming behaviour, borderline personality disorder, psychopharmacotherapy

Einleitung

In Deutschland besitzt kein Psychopharmakon eine Zulassung zur Behandlung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, es handelt sich durchweg um sog off-label-Anwendungen. Zum Einsatz kommen – gemäß gängiger Leitlinien [2,8]– vor allem Antidepressiva, atypische Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer. Bisherige Studien weisen auf eine günstige Wirkung von serotonergen Antidepressiva gegen Stimmungsschwankungen [11] sowie von atypischen Neuroleptika gegen Impulsivität und Aggression [7,10] hin. Metaanalysen und Reviews unterstreichen die Bedeutung der Psychopharmakotherapie, kritisieren jedoch einen ungenügenden Evidenzgrad der bisherigen Datenlage [1,4,5,6,7,8,9,10,11,12].

Wir untersuchten mit dieser Studie die Wirksamkeit bestimmter Psychopharmakagruppen gegen selbstschädigendes Verhalten in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen bei Patientinnen und Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.3) oder kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 61.0) mit emotional instabilen Anteilen und selbstverletzenden Tendenzen.

Material und Methoden

Die Studie wurde auf einer offen geführten Psychotherapiestation mit einem multimodalen, verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppen-Psychotherapie-Programm (dialektisch-behaviourale Therapie nach M. Linehan) durchgeführt. Abgesehen von der Kontrollgruppe erhielten die Patienten zudem eine symptom-orientierte, individuelle Kontraindikationen berücksichtigende Psychopharmakotherapie. Aus organisatorischen und ethischen Gründen wurden die einzelnen Fälle erst retrospektiv den untersuchten Medikamentengruppen zugeordnet (vgl. Abb. 1). Die Dosis war also nicht standardisiert, sondern orientierte sich am klinischen Befund und ggf. am Serumspiegel. Komorbiditäten und nicht-psychotrope Begleitmedikation sowie psychotrope Bedarfsmedikation wurden nicht berücksichtigt. Es wurden 64 weibliche und 13 männliche Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 25,88 Jahren (SD: 7,54) in die Studie eingeschlossen. Die in die Studie einbezogenen Patienten bearbeiteten eine von uns entwickelte Skala zu selbstschädigendem Verhalten (vgl. Abb. 2), auf der sie jeweils für den

Zeitraum einer Woche Gedanken an oder die Ausführung selbstschädigenden Verhaltens protokollierten. Die Anzahl der einzelnen Gedanken bzw. Handlungen wurden zu einem Summenscore addiert. Darüber hinaus wurden besonders häufig genannte Einzelitems identifiziert.

Statistik

Verglichen wurden die Gesamtscores der Skala (getrennt nach den Kategorien „daran gedacht“ bzw. „getan“) zum Zeitpunkt T0 (unmittelbar vor Beginn der Psychopharmakotherapie) und T1 (durchschnittlich 24 Tage später). Hierbei wurden die prozentualen Zu- oder Abnahmen zum Zeitpunkt T1 bestimmt. Zur Signifikanzbestimmung wurde der Wilcoxon-Rangtest für abhängige Stichproben verwendet.

Ergebnisse

Zu Beginn der Erhebung wurde am häufigsten „daran gedacht“, sich selbst zu verletzen, Heißhungeranfälle zu verspüren bzw. zu fasten, wegzulaufen oder Alkohol zu trinken (Vgl. Tab. 1). Ausgeführt wurden meistens Selbstverletzungen und Heißhungeranfälle bzw. Fasten. Bei der Erhebung zu T1 nahmen die Angaben bei dem Gedanken an Selbstverletzungen, an die Einnahme möglicherweise süchtig machender Medikamente, Selbstmord und an das Weglaufen signifikant ab. Bei der Ausführung war ein signifikanter Unterschied bei der Einnahme möglicherweise süchtig machender Medikamente festzustellen.

Eine Verringerung der Angaben bei angedachten und ausgeführten Handlungen zeigte sich insbesondere bei der Behandlung mit SSRIs und der Kombination SSRI mit Lithium (vgl. Abb. 3, 4). Auch Valproat erscheint aussichtsreich bei der Reduktion der Ausführung. Dagegen sind bei Lithium als Monotherapie nur geringe Abnahmen an selbstschädigendem Verhalten zu T1 zu verzeichnen. Verglichen mit einer SSRI-Monotherapie scheint die Kombination eines SSRIs mit einem Neuroleptikum keine zusätzliche Reduktion selbstschädigender Tendenzen zu bewirken. Carbamazepin und Neuroleptika weisen nur bei den Fragen zu gedachten Handlungen eine deutliche Verringerung der Anzahl zu T1 auf, während sich bei ausgeführten Handlungen eine geringere Reduktion zeigt. Bei Verzicht auf eine begleitende

Psychopharmakotherapie nahm in der Kontrollgruppe die Ausführung selbstschädigenden Verhaltens im Beobachtungszeitraum sogar zu, was die Bedeutung der Psychopharmakotherapie unterstreicht.

Diskussion

Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen pro Gruppe und der fehlenden Randomisierung müssen diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. So wurde z. B. in den Medikamentengruppen an dieser Stelle noch nicht nach einzelnen Items der Skala differenziert, vielmehr wurde nur der Gesamtscore berücksichtigt. Ebenso wurden die Medikamentendosis und begleitende Bedarfsmedikation nicht standardisiert. Dies entspricht aber der Behandlungsrealität, so dass wir unsere Studie als Beitrag zur Versorgungsforschung unter Alltagsbedingungen betrachten. Vor diesem Hintergrund zeigt sich in unseren Ergebnissen eine Tendenz zur Überlegenheit einer Behandlung mit SSRIs - als Monotherapie oder in Kombination mit

Lithium - zur Reduktion des selbstschädigenden Verhaltens. Daraus ergeben sich Hinweise für eine gezielte und evidenzbasierte Psychopharmakotherapie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Interpretiert man selbstschädigendes Verhalten als Teilaspekt einer gestörten Impulskontrolle, ergeben sich Bezüge zu den Forschungsergebnissen von Baumgarten und Grozdanovic, die im Tierversuch die Bedeutung des serotonergen Systems bei der Regelung der Impulskontrolle nachwies [3]. Beim Vergleich mit bisherigen Studien zur Psychopharmakotherapie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist zu berücksichtigen, dass dort in der Regel andere oder weiter gefasste Zielsymptome definiert und untersucht wurden, z. B. gestörte Impulskontrolle oder Affektlabilität [4,12]. Ein direkter Vergleich unserer Ergebnisse mit diesen Untersuchungen erscheint uns daher an dieser Stelle nicht sinnvoll.

Abb. 1: Anzahl einbezogener Fälle je Medikation (n = 77)

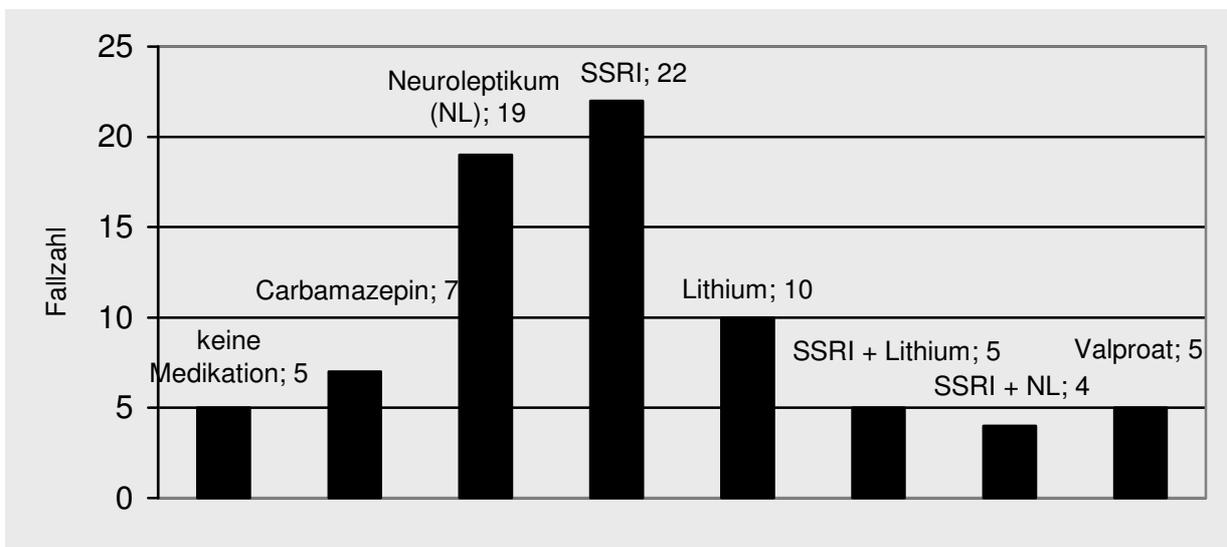


Abb. 2: Items der Skala zum selbstschädigenden Verhalten

- Selbstverletzung (z. B. Schneiden, Kratzen, Verbrennen von Hautstellen)
- Trinken von Alkohol
- Gebrauch illegaler Drogen
- Einnahme möglicherweise süchtig machender Medikamente
- Verschwenden oder Verspielen von Geld
- Häufig wechselnde sexuelle Kontakte
- Heißhungeranfälle/Fasten
- Drohung, sich etwas anzutun
- Konkrete Selbstmordgedanken bzw. -versuche
- Schnelles, rücksichtsloses Fahren
- „Spielen“ mit Gefahr
- Weglaufen
- Straftaten, z. B. Ladendiebstahl

Angabe der Anzahl jeweils bei den Kategorien „daran gedacht“ bzw. „getan“ zu T0 und T1

	daran gedacht			getan		
	T0	T1	p*	T0	T1	p*
Selbstverletzung	312	176	.000	130	69	.15
Trinken	86	60	.29	6	5	.74
Illegale Drogen	25	20	.75	5	0	.18
Medikamente	45	11	.004	16	2	.01
Geld	26	10	.16	13	6	.26
sexuelle Kontakte	20	14	.42	1	2	.32
Heißhunger	227	212	.85	149	128	.28
Drohung	10	11	.95	5	1	.26
Selbstmord	53	27	.02	6	0	.18
Fahren	2	1	.66	0	3	.18
Gefahr	28	9	.02	10	9	.80
Weglaufen	93	44	.004	17	13	.67
Straftaten	4	4	1.00	0	3	.32
Gesamt	931	599	.000	358	241	.03

Tab. 1: Häufigkeit der Angaben zu selbstschädigendem Verhalten; Wilcoxon-Test; jeweils Vgl. zw. T0 und T1

Abb. 3: Mittelwerte der Summenscores bei der Antwortmöglichkeit „daran gedacht“ bzw. „getan“ zu T0 und T1

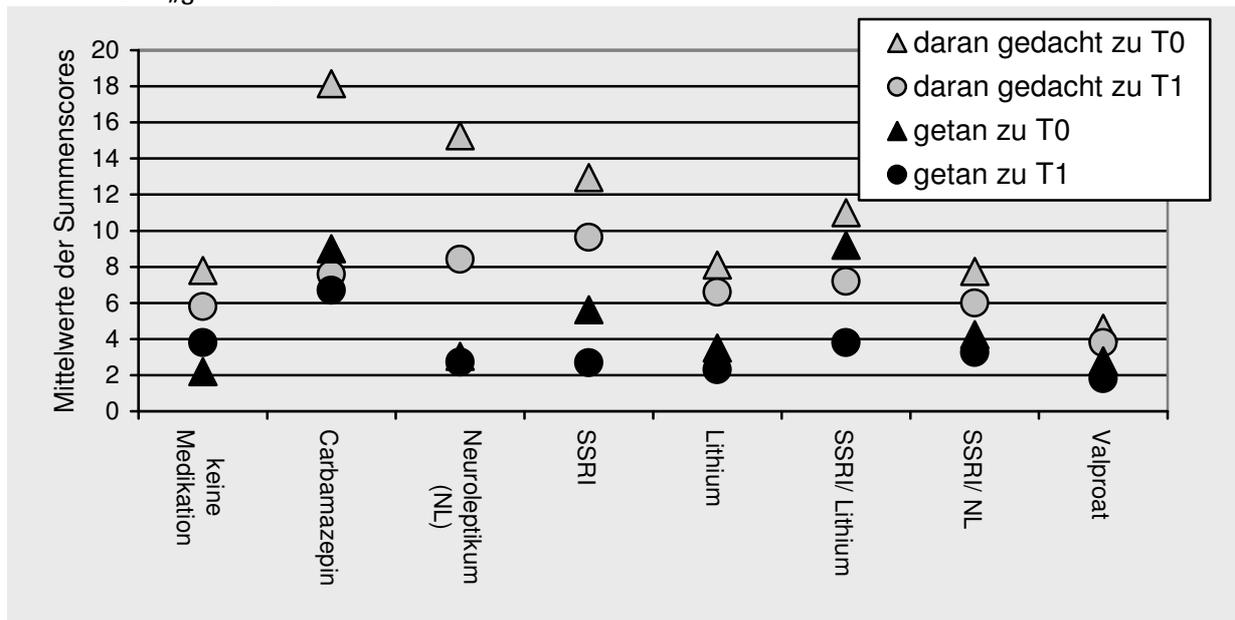
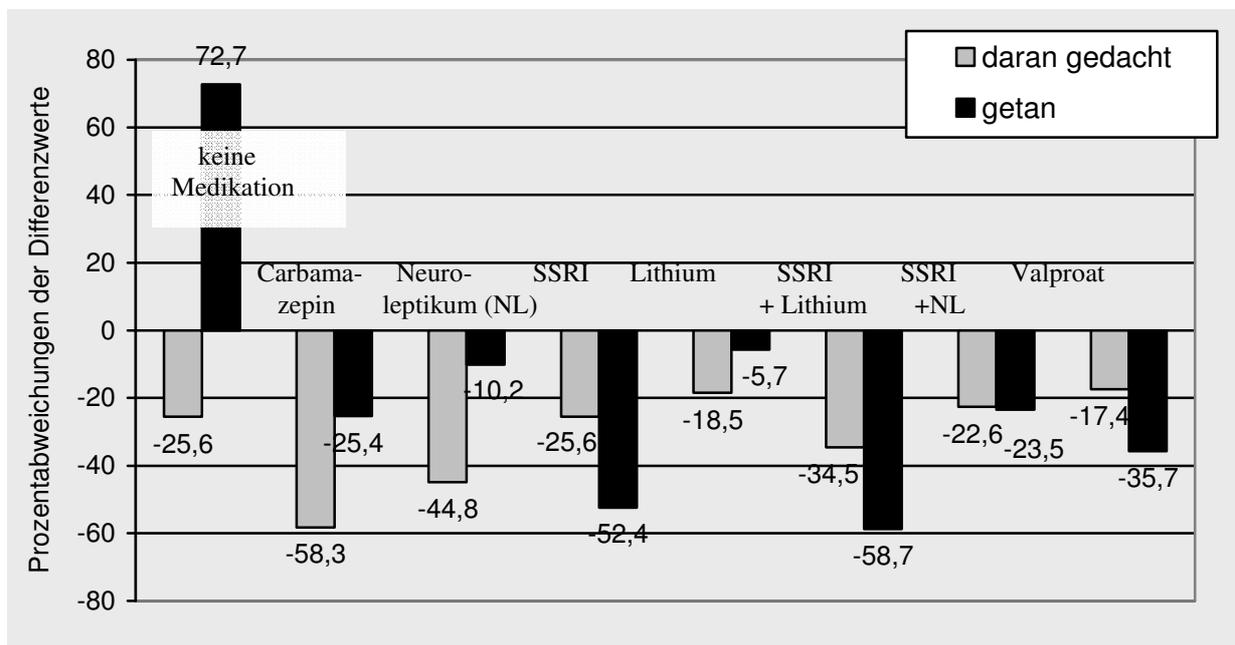


Abb. 4: Differenzen der Mittelwerte bei der Antwortmöglichkeit „daran gedacht“ und „getan“ zu T0 und T1 (Prozentabweichungen)



Literatur

1. Abraham PF, Calabrese JR. Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *J Affect Disord.* 2008 Nov;111(1):21-30.
2. American Psychiatric Association (2005). Leitlinien zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung. Bern: Hans Huber
3. Baumgarten HG, Grozdanovic Z. Psychopharmacology of central serotonergic systems. *Pharmacopsychiatry.* 1995Oct;28 Suppl 2:73-9.
4. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs.* 2008;22(8):671-92.
5. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005653.
6. Gescher DM, Malevani J. Mood stabilizer in the psychopharmacotherapy of borderline personality disorder. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2009 Jul;77(7):389-98.
7. Grootens KP, Verkes RJ. Emerging evidence for the use of atypical antipsychotics in borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry.* 2005 Jan;38(1):20-3.
8. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2007;8(4):212-44.
9. Mercer D. Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. *Curr Psychiatry Rep.* 2007 Feb;9(1):53-62.
10. Mobascher A, Mobascher J, Schmahl C, Malvani J. Treatment of borderline personality disorder with atypical antipsychotic drugs. *Nervenarzt.* 2007 Sep;78(9):1003-13.
11. Nosé M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol.* 2006 Nov ;21(6) :354-53.
12. Saunders EF, Silk KR. Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2009 Oct;29(5):461-7.