

Autoaggressive Jugendliche im Spannungsfeld zwischen ADHS und Borderline-Persönlichkeitsstörung



OA Dr. M. Fuchs

(stellvertretender Klinikdirektor, ärztlicher Leiter Ambulanz)

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Medizinische Universität Innsbruck



Ziel und Gliederung

- **„ADHS-Kinder coming of age“**: das Gesicht einer Erkrankung verändert sich
- **Borderline-PS** im Jugendalter
- **Kasuistik**
- **epidemiologische Befunde**
 - ADHS + BPS
- **Wie passt das zusammen?**
 - **Komorbidity** von **ADHS** und **BPS**?
 - NSSV als Feature von ADHS?
- **Schlussfolgerungen**



ADHS „coming of age“



ADHS Basics

- **DSM-5:**

- „**Neurodevelopmental disorder**“:
Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung
- **Spektrum-Erkrankung**
- **ASD kein Ausschluss**
- **Erkrankung mit Lebenszeitperspektive:**
 - Kriterien für **Erwachsenenwelt**
 - Erwachsene und Jugendliche >17 Jahre benötigen **weniger Kriterien** zum Erfüllen der Diagnose

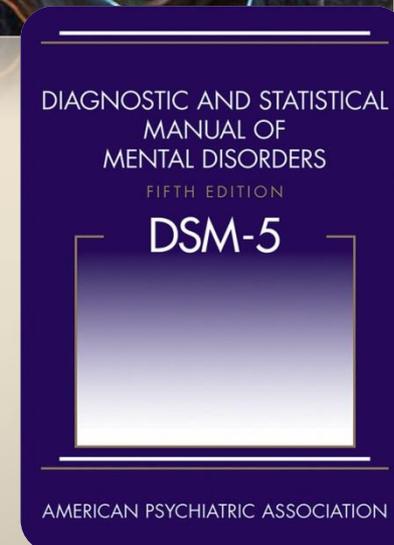


- **Erste Symptome:**

- vor dem **12. Lebensjahr (DSM-5)**
- vor dem **7. Lebensjahr (ICD-10)**

- **Prävalenz:**

- **4,8% in Kindheit und Jugend**
KiGGS 2007
- **2,5% im Erwachsenenalter**
Kessler 2006, Bernardi 2012



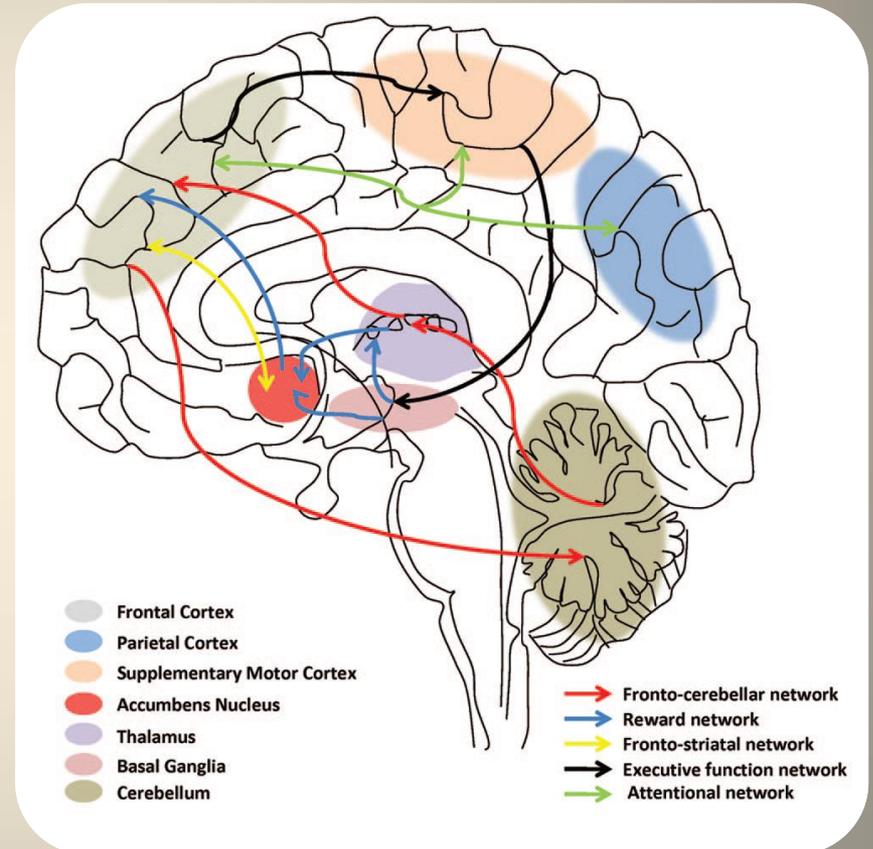
ADHS Basics

- Familien, -Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen hohe genetische Heretabilität: **60-75%**
 - **Aber:** polygen vererbter Phänotyp, mehrere Tausend Genvarianten die in der Endstrecke zu ADHS führen können
 - Bedeutung von **Gen-Umwelt Interaktion (Epigenetik)**

Schuch 2015

- **Beteiligung von mehreren funktionellen Netzwerken**

- fronto-cerebellär
- Belohnung
- Exekutivfunktionen
- Aufmerksamkeit



Purper-Ouakill 2012

- **Spektrum-Erkrankung**

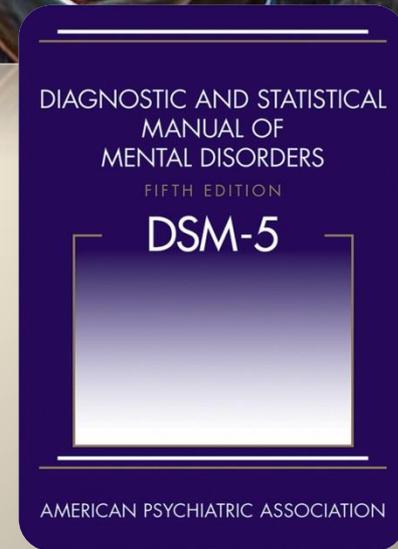
Verlauf

- **Verlauf:**
 - ca. **50-70%** der Fälle **persistieren** ins **Jugendalter**
 - Davon persistieren **50-70%** der Fälle ins **Erwachsenenalter**
- **Metaanalyse von follow-up Daten:**
 - **15% Persistenz** in das **25. LJ**
 - alle Kriterien nach DSM-4
 - **65% Persistenz** in das **25. LJ**
 - Kriterien für „in partieller Remission“
- Patienten in **partieller Remission** zeigen im Vergleich zu Kontrollgruppen **schlechteres psychosoziales Outcome** im **Längsschnitt**

Spröber 2013

Faraone 2006

Faraone 2006



Entwicklungspsychopathologie

- „**Developmental Psychopathology**“: eine sich **je nach Lebensabschnitt unter Umständen völlig unterschiedlich** präsentierende **Psychopathologie derselben Erkrankung**
- Aus dem „**Zappelphillip-Kind**“ wird in **50-70%** ein „**ADHS-Jugendlicher**“ mit spezifischen Problemfeldern
- **Über Lebensspanne nehmen Alltagsprobleme Betroffener häufig nicht ab sondern zu!**

Schmidt & Petermann 2008



ADHS im Jugendalter: Unaufmerksamkeit

- **chaotische Organisation**
 - gravierende **Planungs- und Durchführungsprobleme** in verschiedenen Lebensbereichen
- Schwierigkeiten **zuzuhören** oder **soziale Situationen** vollständig zu **erfassen**
- **Misserfolge sozial, in Ausbildung, beruflich**
 - Widerspruch zum im Jugendalter zunehmenden **Autonomiebestreben** und dem **Wunsch nach Eigenverantwortung**

nach Spröder, 2013



ADHS im Jugendalter: Hyperaktivität

- Verschiebung der äußeren Hyperaktivität zu einer **inneren Unruhe** und dem Gefühl, **nicht entspannen** zu können
- **Sozial verträglichere Formen**, um mit motorischer Unruhe umzugehen, wie
 - **Wippen** auf einem Stuhl, wiederholtes **Klicken** eines Kugelschreibers, rhythmisches **Bewegen** eines Beines
- Techniken zur **Selbststimulation**, z.B. Smartphone
- **Freizeitaktivitäten** und **Ausbildungsberufe**, die Bedürfnis nach **Bewegung** befriedigen und dem **Vermeiden** von **Gleichförmigkeit/Ruhe** dienen
 - z. B. risikoreiche Extremsportarten, freiberufliche Tätigkeiten

nach Spröder, 2013



ADHS im Jugendalter: Impulsivität

- niedrige **Frustrationstoleranz**, **überschießende Emotionen**, **plötzliche Wutausbrüche**, **Sprunghaftigkeit** und ausgeprägte **Ungeduld**
 - z.B. **Anstellen**, **Warten**
- **impulsive Entscheidungen**:
 - **Beziehung**, **Sexualität**
 - **Drogenkonsum**
 - **Ausbildung**



nach Spröder, 2013

ADHS: Besonderheiten der Therapie im Jugendalter

- **Autonomiefindung vs. chronische Erkrankung**
 - Infrage Stellen der **Diagnose** und **bisherigen Therapie**
- **Selbstmedikation** (z.B. Cannabis)
 - geringe Motivation zu Abstinenz oder Konsumreduktion
- **Suchtartiges Computer/Videospiel u. Internet-Verhalten**
- **Komorbide Phänomene:**
 - Störungen des Sozialverhaltens
 - Affektive Störungen
 - Angststörungen
 - Impulsive Aggression
 - Persönlichkeitsstörungen
 - NSSV Swanson 2014



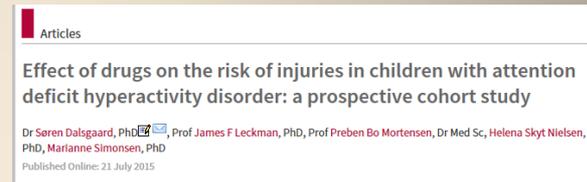
ADHS: Mortalität und Behandlung

- **Längsschnittdaten aus dänischer Geburtskohorte**
 - Alle zwischen **1981** und **2011** in Dänemark geborenen Kinder
 - **n= 1,92 Millionen**
 - **32.061 ADHS-Fälle**
 - **Beobachtungszeitraum 35 Jahre**
 - **Dänemark:**
 - **Konservative** Diagnosekriterien
 - Diagnose und Behandlung überwiegend in spezialisierten **universitären Zentren**
- **Mortalitätsrate in der Gruppe der ADHS-Patienten doppelt so hoch wie in Allgemeinbevölkerung**
 - Haupt-Todesursache: **Unfälle**
 - **statistisch bereinigt für confounding-factors!**
- **Risiko** für vorzeitigen Tod steigt mit **Alter** der Erstdiagnose, d.h. Risiko umso höher je
 - **später Diagnose**
 - **länger unbehandelt**
- **Behandlung reduzierte** das **Unfall-Risiko** um **1/3 bei 10-jährigen** und um fast **45% bei 12-jährigen** PatientInnen

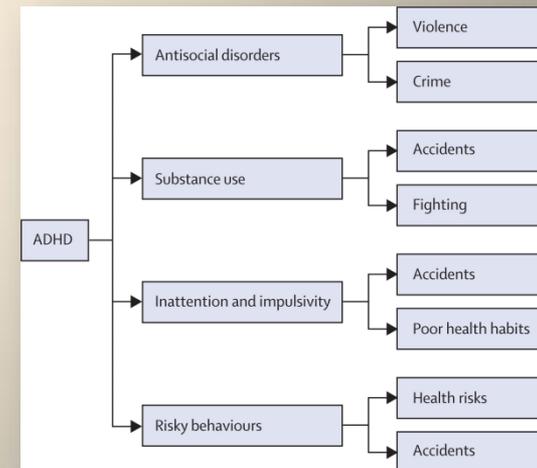
Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study

Søren Dalsgaard, Søren Dinesen Østergaard, James F Leckman, Preben Bo Mortensen, Marianne Giørtz Pedersen

Dalsgaard et al., *Lancet* 2015



Dalsgaard et al., *Lancet* 2015



„Pathways to premature death“

ADHS + NSSV, ADHS + Aggression

- **ADHS und NSSV:**
 - Systematischer Literaturreview: Allely 2014
 - lediglich **15 Studien**
 - ADHS **Risikofaktor** für NSSV
 - **Impulsivität** ↑, **inhibitorische Kontrolle** ↓
- **ADHS und Impulsive Aggression:**
 - Systematischer Literaturreview: Saylor & Amann 2016
 - >50% aller Patienten von IA betroffen
 - Bedeutsamer **Risikofaktor** für **schwerwiegenden Verlauf** und **psychosoziale Schwierigkeiten**
 - „The lifetime legacy of peer rejection“

Allely *BMC Psychiatry* 2014, 14:133
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/133>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review

Clare S Allely

© 2014 Allely

Allely, *BMC Psychiatry* 2014

Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents

Keith E. Saylor, PhD, ScM,¹ and Birgit H. Amann, MD²

© 2016 Saylor & Amann

Saylor & Amann, *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016

Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter



Paradigmenwechsel

- In den letzten Jahren **Paradigmenwechsel** hinsichtlich **Diagnostizierbarkeit** und **Sinnhaftigkeit** von **möglichst früher Intervention** bei jugendlichen BPS
- **Falsche Annahme** eines lebenslangen „Schicksals“ mit nur sehr **eingeschränkten Therapieoptionen**: Angst vor **Stigmatisierung** und therapeutischem **Nihilismus**
- **Zahlreiche Übersichtsarbeiten** und **Stellungnahmen** von **Fachgesellschaften**



Kaess, 2014



Fonagy, 2015



Sharp, 2015

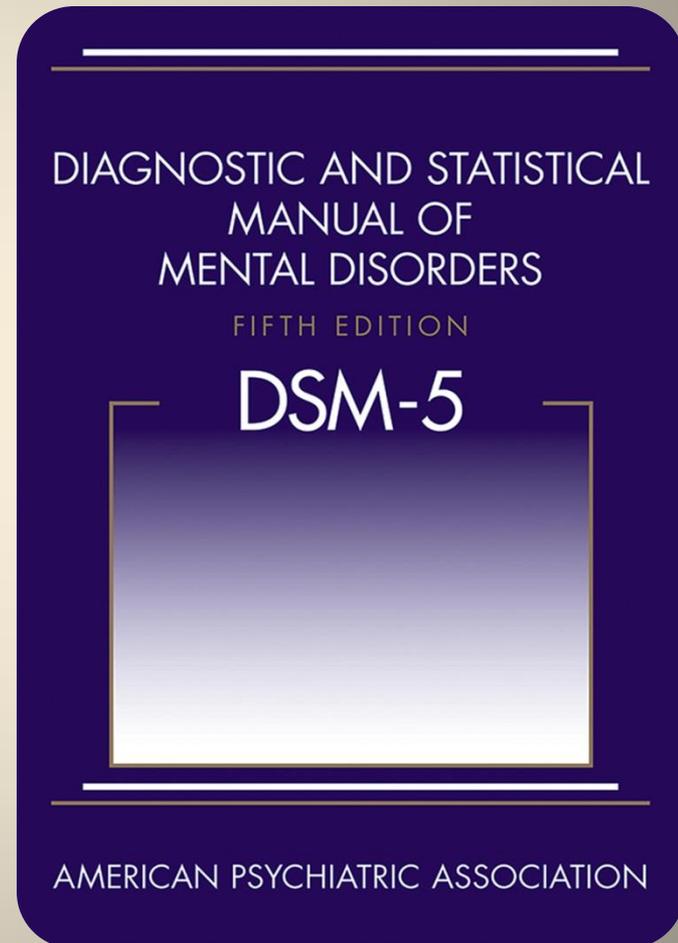
A Developmental Psychopathology and Neurobiological Model of Borderline Personality Disorder in Adolescence

Karin Ensink, Marko Biberdzic, Lina Normandin & John Clarkin

Ensink, 2015

DSM-5

- **Altersbeschränkung aufgehoben**
- Diagnose darf vergeben werden:
 - wenn die **maladaptiven Persönlichkeitsmerkmale tiefgreifend** und **überdauernd** sind
 - Nicht **besser** erklärbar durch
 - **entwicklungspsychologische Umstände**
 - **andere psychische Störung**
- Symptome müssen über **wenigstens 1 Jahr** bestehen



Befunde aus Persönlichkeitsforschung

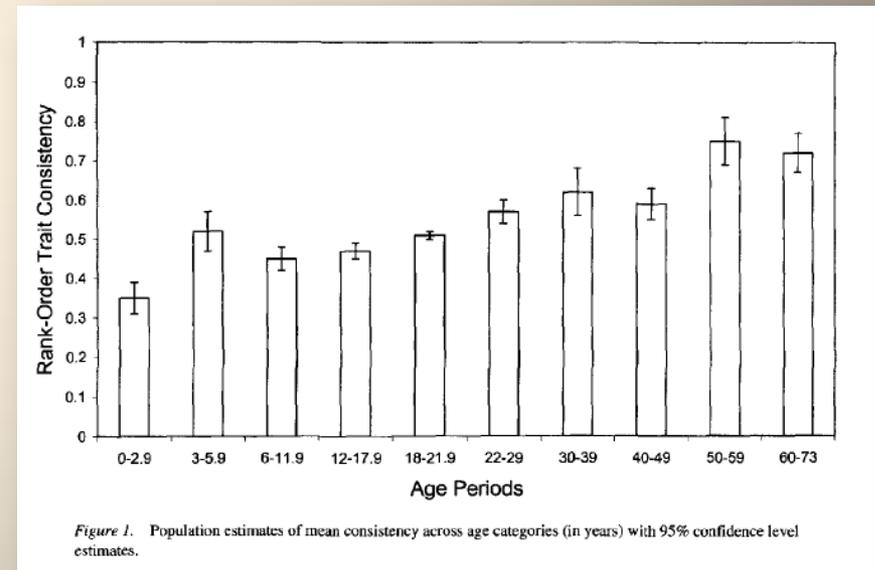
- Trait-Merkmale von Persönlichkeit („Big Five“) lebenslang wenig stabil
- Längsschnittdaten zeigen keinen wesentlichen **Anstieg** der **Stabilität** von **Persönlichkeit** mit dem **16. oder 18. Lebensjahr**

Specht 2011, Roberts 2006, Asendorpf 2002



Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen

- Roberts & DelVecchio:
The Rank-Order
Consistency of
Personality Traits From
Childhood to Old Age: A
Quantitative Review of
Longitudinal Studies
Psychol Bull 2000
 - trait consistency ($r = 1$
wäre 100% Konsistenz
oder **Übereinstimmung** im
Beobachtungszeitraum)



Persönlichkeit

„Persönlichkeit verändert sich im Lauf des Lebens ständig, aber wird mit dem Alter visköser.“

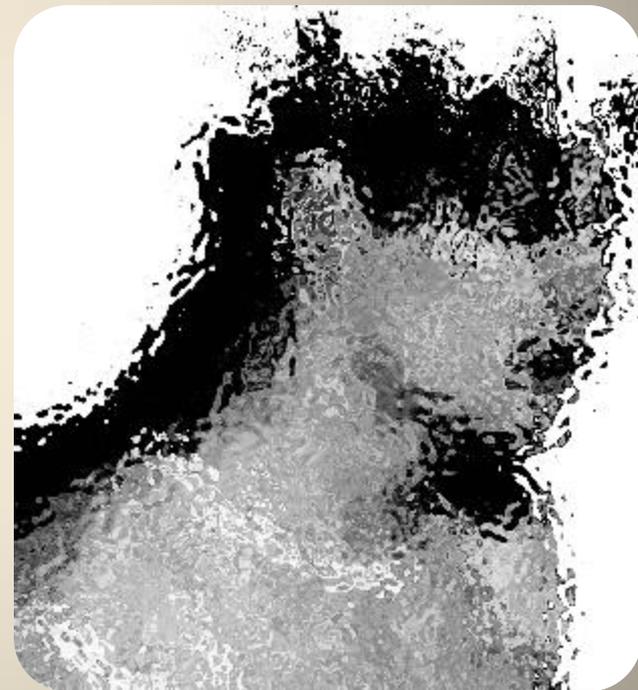
Andrew Chanen



Borderline-PS im Jugendalter

- **Punktprävalenz** im Jugendalter ca. **1-5%**
- „**Heavy User**“: **10%** aller ambulanten, bis zu **50%** der stationären Diagnosen
- **Diagnosegruppe** in KJP mit schlechtestem psychosozialen **Outcome** und **niedrigster Lebensqualität**
- **Diagnostische Stabilität** im Jugendalter vergleichbar mit Erwachsenenalter
- **Natürlicher Verlauf: onset in Pubertät, peak in später Adoleszenz, danach lineare Abnahme**

Chanen 2013, Kaess 2015, Fonagy 2015, Sharp 2015



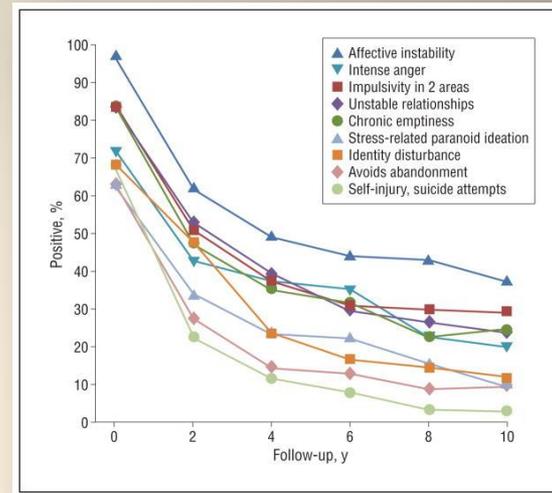
Borderline-PS im Jugendalter

- **Diagnostische Stabilität bei kategorialer Diagnosestellung** nicht sehr hoch: **85%** der Erwachsenen „remittieren“ nach **10 Jahren**, **99%** nach **16 Jahren**

Gunderson, 2011; Zanarini, 2012

- Aber: **negative psychosoziale Auswirkungen** bleiben stabil!

– *„Diagnostic features decline, functional impairment is absolutely flat!“* Chanen 2014



Gunderson et al., 2011



Diathese-Stress-Modell

- **Neurobiologische Grundrisiken:**

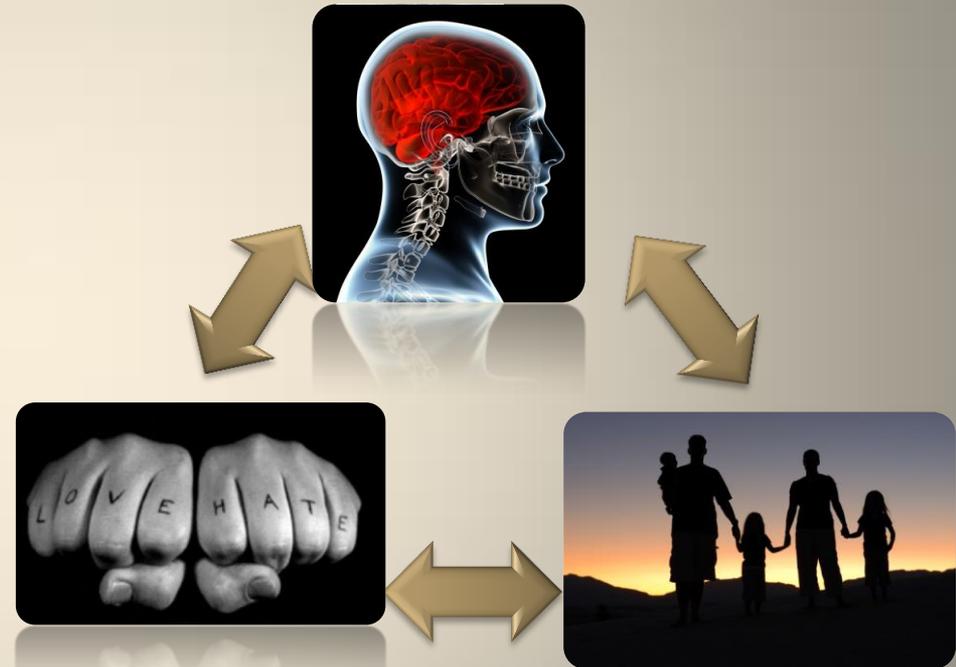
- **Heritabilität** 40%, Komplexe Genetik, Gen-Umwelt Assoziationen Amad 2014, Kaess 2014
- **Stressachse verstellt:** abgeschwächte Cortisol-Antwort auf Stress, ähnlich NSSV Kaess 2012

- **Psychologische Grundannahmen:**

- **Bindung, Emotions- und Affektregulation, TOM, Mentalisieren** Allen & Fonagy 2008
- Psychodynamische Theorien: „strukturelle Störung“ Kernberg 2000

- **Umweltfaktoren**

- **Aversive Aufwuchsbedingungen** in Kindheit (**Bindung** stärkerer Prädiktor als **Trauma!**) Kaess 2013
- **Mobbingerfahrung** Lereya 2013



Bedeutung von Mobbing

- **21. JH: starker Rückgang von Aktivitäten und sozialem Austausch in Familie**
 - zunehmende **Bedeutung der peer-group**
 - **Sozialer Austausch über moderne digitale Medien**
- Neben aversiven Aufwuchsbedingungen und Trauma in früher Kindheit **2. vulnerables Fenster durch bullying und cyberbullying in früher Jugend**



Dieter Wolke, Andrea Schreier, Mary C. Zanarini, and Catherine Winsper
Wolke et al., 2012



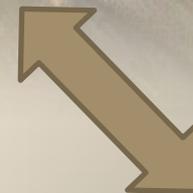
Wolke & Lereya, Arch Dis Child 2015

Fonagy 2015

Borderline-PS

- ...**tiefgreifendes Muster** von
 - **Instabilität**
 - in **zwischenmenschlichen** Beziehungen
 - im **Selbstbild**
 - in den **Affekten**
 - von deutlicher **Impulsivität...**
- **NSSV ≠ BPS!**
 - Bei **Jugendlichen** mit **BPS** das am **häufigsten erfüllte Diagnosekriterium**
 - Nur ca. **50% der Jugendlichen mit NSSV** leiden an einer **BPS**, gelegentlich Jugendliche mit BPS ohne NSSV

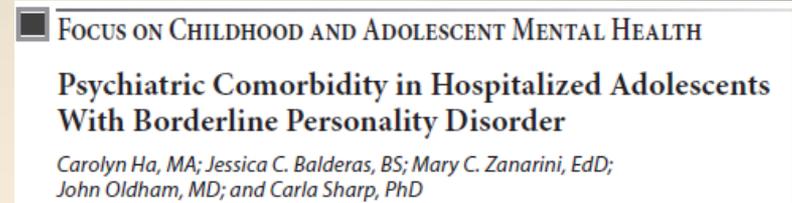
In-Albon, 2015; Kaess, 2013



- **Differentialdiagnostik!**

Komorbiditäten

- Jugendliche Patienten mit BPS erfüllen signifikant **häufiger Kriterien für komorbide Störungen** als alle anderen Diagnosegruppen in KJP
 - **Externalisierende KM:** ADHS, Störung des SV)
 - **Suchtprobleme**
 - **Internalisierende KM** (Depression, Angst, Zwang, PTSD)
Chanen, 2007; Kaess 2013, Ha 2014
- „**Komplexe Komorbidität**“:
 - **Nebeneinander von externalisierender und internalisierender Psychopathologie** als „**red flag**“ für weitere **spezifische psychodiagnostische** Abklärung
Ha 2014



Ha et al, *J Clin Psychiatry* 2014



Therapieforschung

- **Spezifische Therapien** zeigen **Überlegenheit** gegenüber TAU
- **Spezifische Therapien unterscheiden** sich hinsichtlich **Techniken** und **Setting** von **etablierten Therapieformen** bei externalisierenden und internalisierenden Störungen
- **Spezifische Behandlungsansätze:**
 - **MBT: Mentalisierungsbasierte Therapie**
 - **TFP: Übertragungsfokussierte Therapie**
 - **DBT: dialektisch behaviorale Therapie**
 - **HYPE: Helping Young People Early**

Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial

Trudie I. Rossouw, M.R.C.Psych., AND Peter Fonagy, Ph.D., F.B.A.

Rossouw & Fonagy, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012



Kasuistik: Daniel, 16a



Kasuistik

- Der **16-jährige Daniel** wird zur Krisenintervention an einer offenen **kinder- und jugendpsychiatrischen Station** aufgenommen.
- Zum Aufnahmezeitpunkt schildert Daniel **Suizidgedanken ohne Konkretisierung** bei erhaltener Paktfähigkeit. Es ist dies die **erste stationäre Aufnahme** des Jugendlichen.
- **Anamnestisch** ist seit 10 Jahren ein **ADHS** diagnostiziert, zum Zeitpunkt der Aufnahme ist Daniel auf **retardiertes Methylphenidat** eingestellt, welches er aber nur **fallweise** einnimmt.
- Sowohl Daniels **Vater** als auch sein **Bruder** seien ebenfalls von ADHS betroffen.



Kasuistik

- Der **Aufenthalt** gestaltet sich **schwierig**, da sich Daniel kaum auf getroffene **Vereinbarungen** und **Regeln** des stationären Settings einlassen kann.
- Mehrfach **konsumiert** der Patient im Wochenendausgang **Alkohol oder Cannabis**.
- Eine tragfähige **Vereinbarung** hinsichtlich **medikamentöser** Therapie kann **nicht** getroffen werden.
- **Affektlabilität** und **Impulsivität** führen zu **Verunsicherung** seitens der **MitpatientInnen**.
- Daniel beginnt **intensive aber kurzlebige Beziehungen** zu stationären **Mitpatientinnen**, macht sein **Wohlbefinden** und seine **Motivation** an diesen Beziehungen fest und kann sich schwer auf **eigene Ziele** konzentrieren.
- Es kommt im Verlauf zu **Selbstverletzungen** und **suizidalen Krisen**, häufig **reaktiv** zu Beziehungsproblemen.



Kasuistik

- In der **Einzels psychotherapie** aber auch im Kontakt mit **Pflege** und **Fachtherapeuten** zeigen sich Muster aus wechselnder **Idealisierung** und **Entwertung**, wodurch ein **konstruktives Arbeiten schwierig** ist.
- Daniel ruft in der **Gegenübertragung der Teammitglieder starke** und **höchst unterschiedliche Resonanzen** hervor.

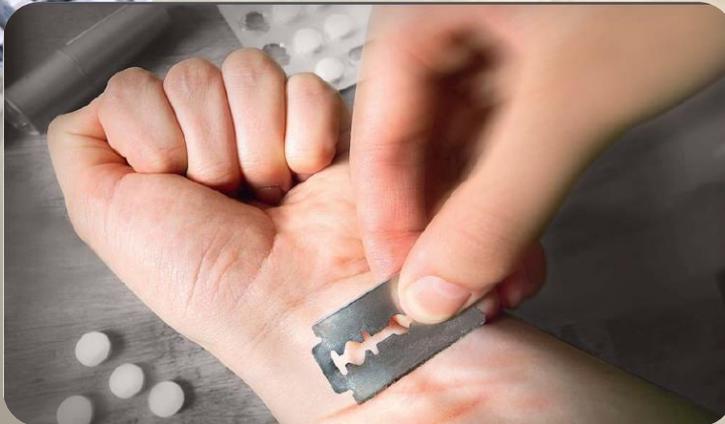
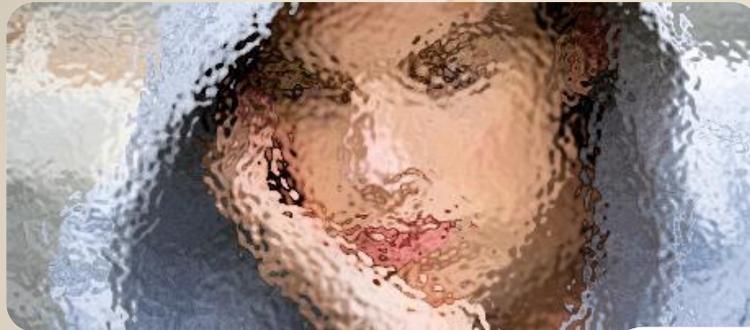


Kasuistik

- Aufgrund zahlreicher **Regelverletzungen** wird Daniel schließlich (nach langen teaminternen Diskussionen) **entlassen**.
- Die **Anbindung** des Patienten an die **Klinikambulanz** gestaltet sich aufgrund der **Unverbindlichkeit und Unstrukturiertheit** Daniels herausfordernd.
- Derzeit ist Daniel **arbeitslos** und **ohne abgeschlossene Ausbildung**.
- Er hat bisher alle **tagesstrukturierenden Angebote abgelehnt oder abgebrochen**.

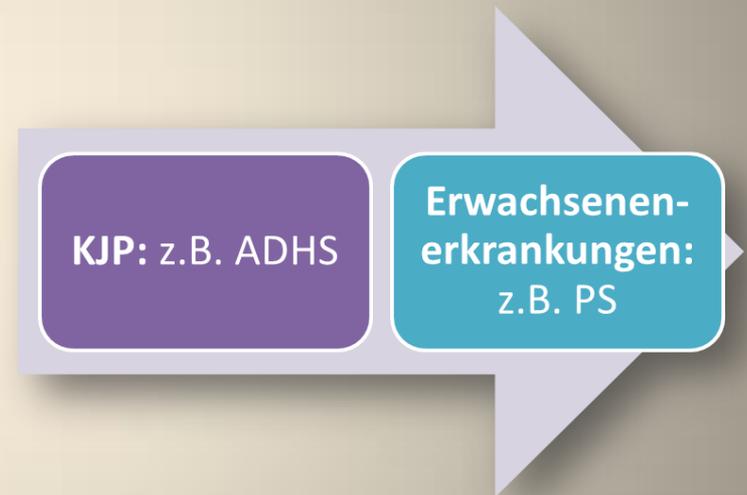


„Was hat Daniel?“



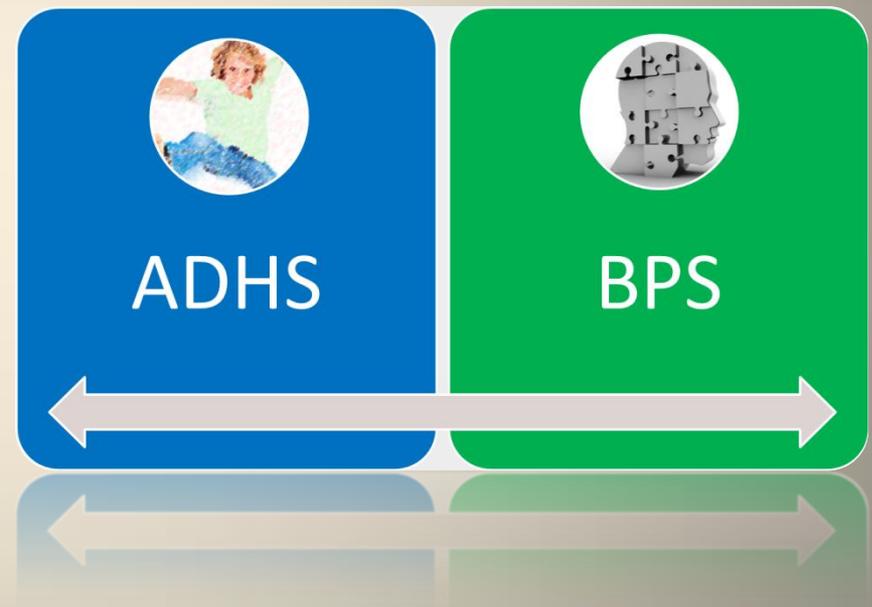
Wie es lange gesehen wurde:

- **KJP-Störungen** unterscheiden sich von „**Erwachsenenerkrankungen**“
- Der **18. (oder 16.) Geburtstag** ist ein valides Instrument zur **Trennung von Lebensabschnitten**, die offenbar nichts miteinander zu tun haben
- Die **Diagnose** einer **Persönlichkeitsstörung** wird **frühestens am 18. Geburtstag verliehen**, bis dahin hat sich **ADHS ausgewachsen**



Paradigmenwechsel im DSM-5

- **ADHS** wurde zur Erkrankung mit **Lebenszeitperspektive**
- **Altersbeschränkung** für **PS** wurde **aufgehoben**
- **ADHS** (aus klassischer Sicht eine Erkrankung des Kindesalters) und **PS** (aus klassischer Sicht eine „Erwachsenen-Erkrankung“) **rücken näher zusammen!**
- **Zusammenhang klinisch** und in **Forschung** schon längst **bekannt!**



Bevölkerungsbasierte epidemiologische Studien

- **NESARC: USA-weite epidemiologische Studie, 34.000 erwachsene Probanden, Lebenszeitprävalenz für ADHS von 2,5%**
 - Komorbidität **ADHS** und **BPD**: **33,69% (OR=9)**

Bernardi 2012

- **NCS-R: USA-weite epidemiologische Studie, 5.600 erwachsene Probanden**
 - Komorbidität **BPS** und **ADHS**: **21,5% (OR=10,4)**

Lenzenweger 2007



Psychological Medicine (2012), 42, 875–887. © Cambridge University Press 2011
doi:10.1017/S003329171100153X

ORIGINAL ARTICLE

The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)

Bernardi 2012

ORIGINAL ARTICLES

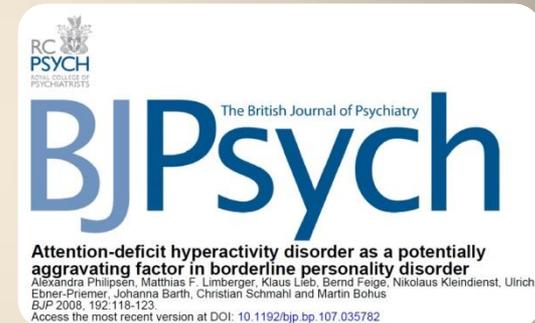
DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication

Mark F. Lenzenweger, Michael C. Lane, Armand W. Loranger, and Ronald C. Kessler

Lenzenweger 2007

Daten aus Inanspruchnahme- Populationen (Spezialambulanzen)

- **Erwachsene ADHS- Patienten aus Spezialambulanz**
 - **18,3 - 27,2% BPS** Jacob 2007, Mathies 2011
- **Erwachsene Borderline Patienten wurden retrospektiv nach ADHS in Kindheit oder Jugend befragt (WURS)**
 - **Komorbiditätsraten 40-60%**
Fossati 2002, Ferrer 2010
 - Assoziation mit **emotionalem Missbrauch** sowie **massiverer BPS-Symptomatik im Erwachsenenalter** assoziiert!
Philipsen 2008
- **1 Studie an Jugendlichen: 11% der untersuchten jugendlichen BPS Patienten zeigten ADHS**
 - **Schwerer Verlauf**
 - **Hohe Impulsivität**
 - **Distinkter Subtyp?**
Speranza 2011



Philipsen 2008

Speranza et al. BMC Psychiatry 2011, 11:158
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/158>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

ADHD in adolescents with borderline personality disorder

Mario Speranza^{1,2*}, Anne Revah-Levy^{2,3}, Samuele Cortese⁴, Bruno Falissard², Alexandra Pham-Scottee^{2,5} and Maurice Corcos^{2,6}

Speranza 2011

ADHS + BPS: prospektive Längsschnittdaten

- **4 prospektive Kohorten-Studien,** die ADHS-Kinder im **Längsschnitt** auf **BPS** untersuchen

- **Fisher 2002:**

- n=218, 10 Jahre follow-up; hyperaktive Kinder zeigten im Vergleich deutlich erhöhtes Risiko für BPS

- **Miller 2008:**

- 96 ADHS Patienten (a=9,21) zeigten im follow-up (10a) deutliche Risikoerhöhung für BPS (OR 13,6) im Vergleich zu gematchter Ko

- **Stepp 2012:**

- Mädchenkohorte, BPS im Alter von 14 vor allem durch ADHS im Alter von 8 Jahren vorherbestimmt

- **Yoshimahu 2012:**

- britische Geburtskohorte, Subgruppe mit ADHS (n=379), Risiko für BPS mit 19a deutlich erhöht



Young Adult Follow-Up of Hyperactive Children: Self-Reported Psychiatric Disorders, Comorbidity, and the Role of Childhood Conduct Problems and Teen CD

Mariellen Fischer,¹ Russell A. Barkley,^{2,3} Lori Smallish,¹ and Kenneth Fletcher²

Fischer et al., *J Abnorm Child Psychol* 2002

Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Emergence of Personality Disorders in Adolescence: A Prospective Follow-Up Study

Carlin J. Miller, Ph.D.; Janine D. Flory, Ph.D.; Scott R. Miller, Ph.D.; Seth C. Hartly, M.A.T.; Jeffrey H. Newcorn, M.D.; and Jeffrey M. Halperin, Ph.D.

Miller et al., *J Clin Psychiatry*, 2008

Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls

Stephanie D. Stepp · Jeffrey D. Burke · Alison E. Hipwell · Rolf Loeber

Stepp et al., *J Abnorm Child Psychol* 2012

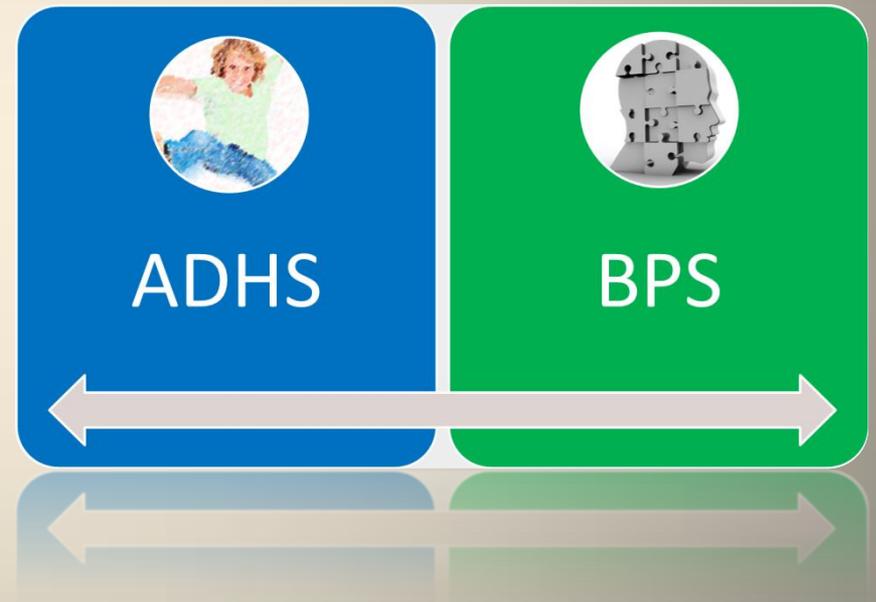
JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
Journal of Child Psychology and Psychiatry 53:10 (2012), pp 1036-1043 doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x

Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study

Yoshimahu et al., *J Child Psychol Psychiatry* 2012

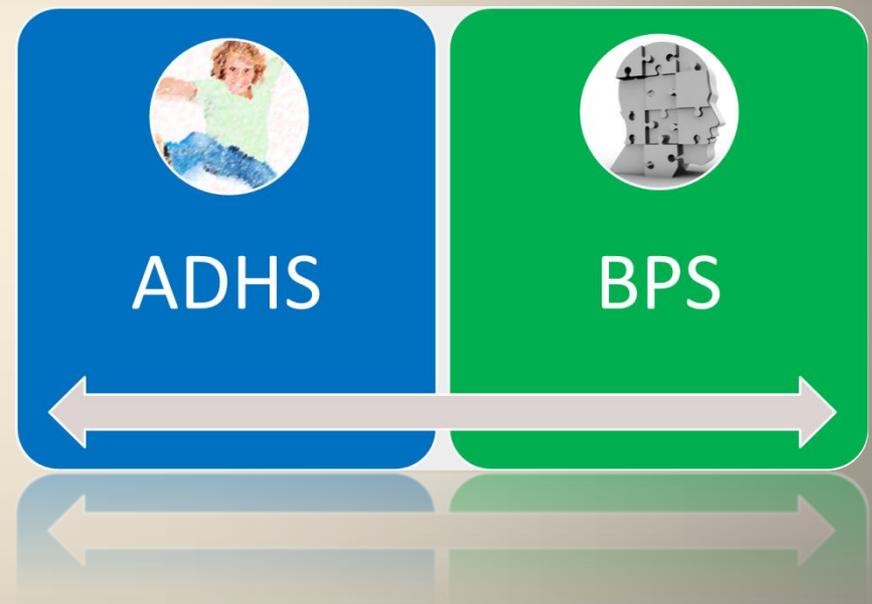
ADHS + BPS

- **Einige** epidemiologische **Studien** (prospektiv, retrospektiv, Borderline/ADHS-Samples, bevölkerungsbasiert) belegen **enge Verwobenheit** von **ADHS** und **Borderline-Persönlichkeitsstörungen**
 - **Wie kann man sich das erklären?**



Mögliche Zusammenhänge

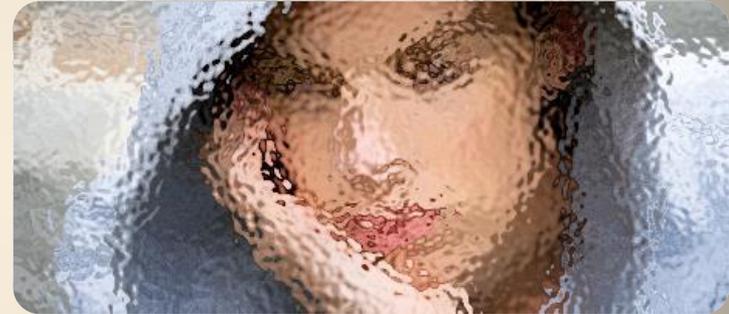
- **Gemeinsame Ätiologie:**
 - ADHS und BPS teilen **gemeinsame ätiologische Faktoren**
- **Selbes Spektrum:**
 - ADHS und BPS sind Teil eines **Erkrankungsspektrums**
- **Vulnerabilität:**
 - ADHS stellt einen **Vulnerabilitätsfaktor** für eine spätere BPS dar
- **Entwicklungsaspekt:**
 - Schwere **chronische Erkrankung (ADHS)** führt zu **Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung** und dem **Entstehen einer BPS**



Storebo, 2012; Schmeck 2008

Common Ground? gemeinsame Risikofaktoren

- **Genetik:** bei beiden Störungen ähnlicher genetischer Hintergrund
 - holländische Zwillingsstudie: ADHS+BPS 50% Heritabilität!
Distel 2011
- **Umweltbedingungen:**
 - Niedriges Geburtsgewicht, Rauchen in SS Mathies 2014
- **Missbrauchserfahrung in Kindheit:**
 - kindliches ADHS erhöht Wahrscheinlichkeit? Philipsen 2008
- **Mobbing:**
 - kindliches ADHS erhöht Wahrscheinlichkeit? Lereya 2013



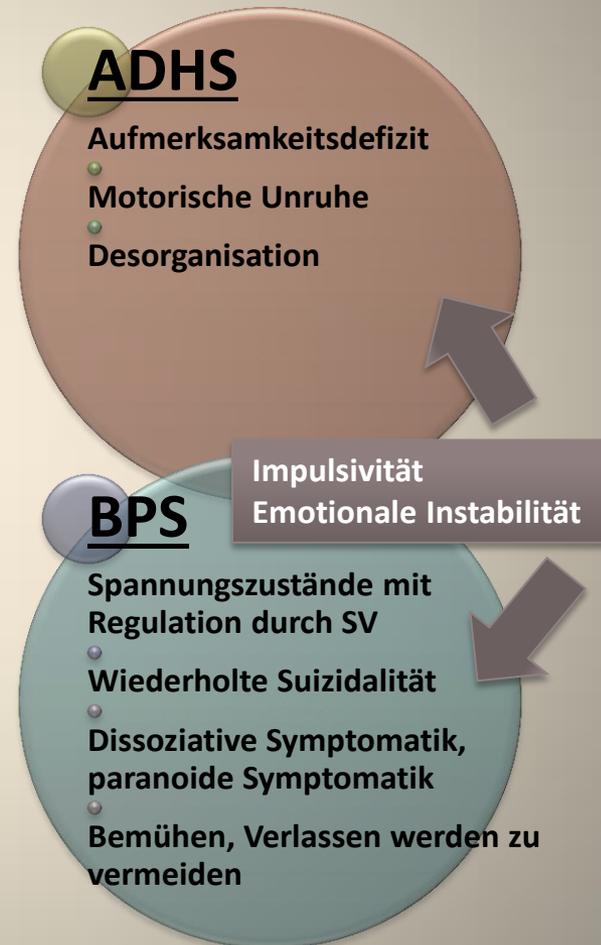
Spektrum? gemeinsame Psychopathologie

- **Impulsivität:**
 - Gefordertes **Kriterium** für **ADHS** und für **BPS**
 - Kriterienbeschreibung nach DSM-5 überschneidet sich weitgehend!
 - Unterscheidung zwischen „Borderline-Impulsivität“ und „ADHS-Impulsivität“ klinisch nicht möglich!

Mathies 2014

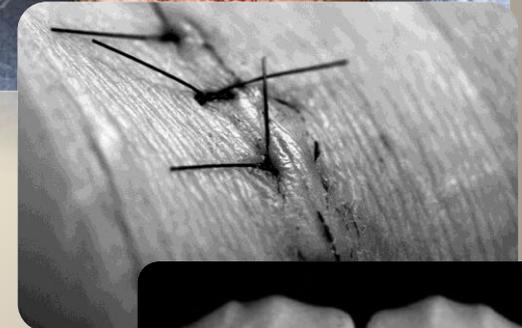
- **Emotionale Dysregulation:**
 - Kriterium für BPS
 - Kein Kernkriterium für ADHS, aber als „Zugehöriges Merkmal“ im DSM-5 explizit erwähnt

- **Aber auch:**
 - **Selbstregulation**
 - **Inhibitorische Kontrolle**
 - **Exekutivfunktionen**

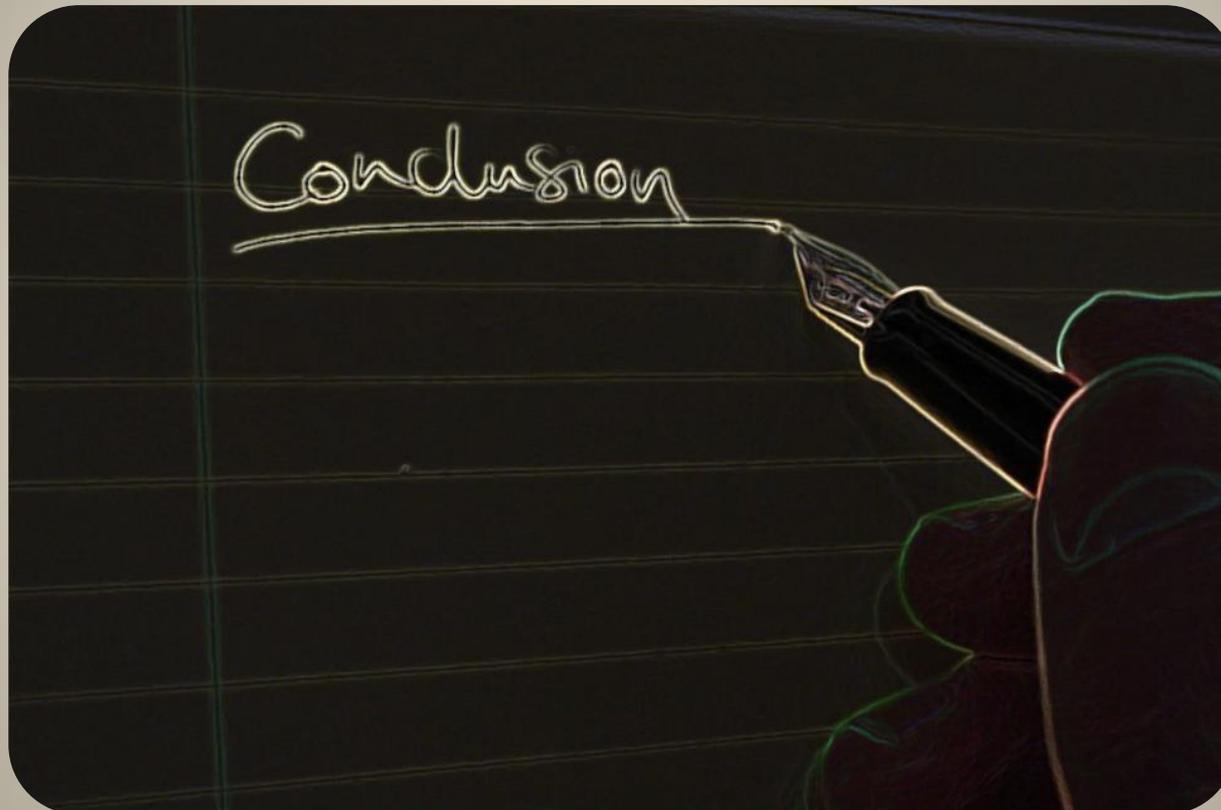


Kaskade ADHS + BPS?

- **gemeinsame Genetik bzw. Vulnerabilität**
 - Impulsivität
 - Emotionale Dysregulation
- **Ungünstige Umweltbedingungen** (Trauma, Mobbing, Eltern auch ADHS?)
 - Gen-Umwelt Interaktion
- **ADHS**
- **ADHS-Symptomatik erhöht Risiko für traumatische Erfahrungen**
- **schwere chronische psychische Erkrankung behindert Entwicklungsaufgaben**
 - Identität
 - Soziale Rolle
 - Soziales Kommunizieren
- **BPS im Jugendalter**
 - schwere Verlaufsform?

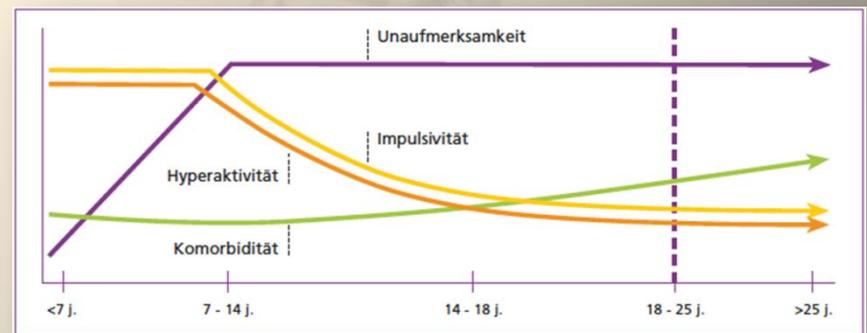


Zusammenfassung



ADHS

- Aus „Zappelphillip-Kind“ wird in **50-70%** „ADHS-Jugendlicher“ mit spezifischen Problemfeldern
- **Selbst- und Fremdaggression bei ADHS-Patienten Thema!**



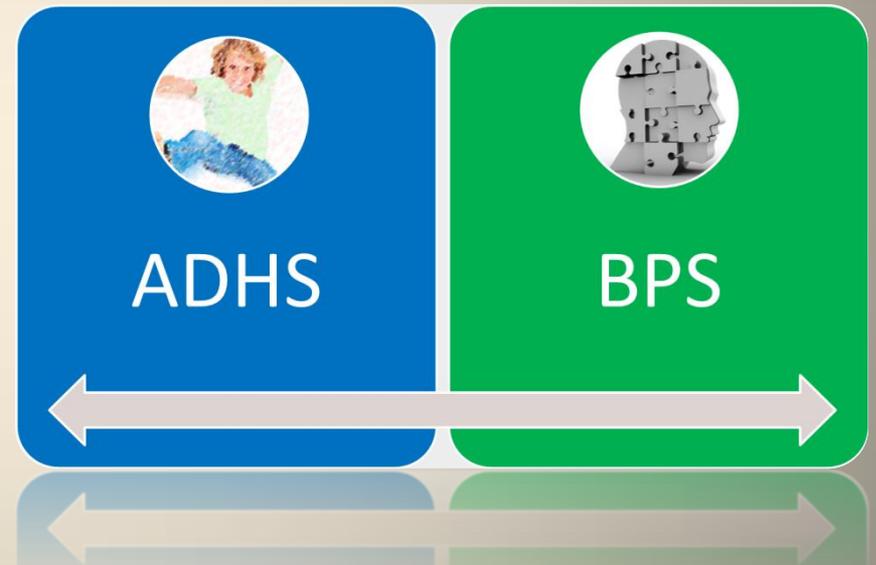
BPS

- In den letzten Jahren **Paradigmenwechsel** hinsichtlich **Diagnostizierbarkeit** und **Sinnhaftigkeit** von **möglichst früher Intervention** bei jugendlichen BPS
- **Falsche Annahme** eines **lebenslangen „Schicksals“** mit nur sehr **eingeschränkten Therapieoptionen**: Angst vor **Stigmatisierung** und therapeutischem **Nihilismus**
- **Früherkennung** und **Behandlung** ist **Chance** für Betroffene sowie für **Entstigmatisierung** des **Störungsbildes**



ADHS + BPS

- **Zahlreiche Studien** belegen die **überzufällig häufige Komorbidität** dieser 2 Störungen!
- **Mögliche Zusammenhänge:**
 - **Gemeiname Ätiologie**
 - **Selbes Spektrum**
 - **ADHS = Vulnerabilitätsfaktor**
 - **Entwicklungsaspekt**
- **Subtyp von BPS mit ADHS als Vorläufererkrankung?**
 - **Schwerer Verlauf?**



Red Flags

- **Nebeneinander von externalisierender und internalisierender Psychopathologie, problematischem Substanzkonsum sowie Turbulenzen im zwischenmenschlichen Bereich als „red flag“ für das eventuelle Vorliegen einer BPS**
 - weitere **spezifische psychodiagnostische** Abklärung anstreben
- **NSSV keine „red flag“ für BPS!**
 - Bei Jugendlichen mit BPS das am **häufigsten** erfüllte Diagnosekriterium
 - Nur ca. **50% der Jugendlichen mit NSSV** leiden an einer **BPS**, gelegentlich Jugendliche mit BPS ohne NSSV



Mobbing und Cybermobbing

- **Mobbing und Cybermobbing** wichtige **Risikofaktoren** für **NSSV** und **BPS**
- Neben **frühkindlichen** (Bindung) und **kindlichen Risikofaktoren** (aversiver Erziehungsstil, Trauma) bedeutsames **2. vulnerables Fenster in Jugend!**



Fonagy 2015

Danke für die Aufmerksamkeit!

