



## ADHS und Borderline - Differentialdiagnostik und Therapie

Alexandra Philipsen

5. DBT-Netzwerktreffen, Littenheid, 18.10.2008

---

---

---

---

---

---

---

---

Früher allgemeine Lehrmeinung:

„ADHS wächst sich bis zum  
Erwachsenenalter aus“

---

---

---

---

---

---

---

---

## Heute

- **2 (- 4) %** aller **Erwachsenen** haben **ADHS** (Steinhausen HC 2003, Kessler RC et al. 2006)
- **10 – 15 %** noch **vollständige** ADHS-Symptomatik
- **35 - 40 %** noch **Defizite**
- **80%** zumindest **Restsymptome** im Erwachsenenalter
- **Nicht alle** **behandlungsbedürftig !**

---

---

---

---

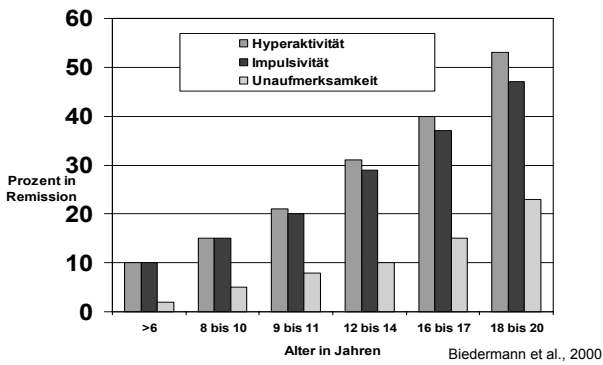
---

---

---

---

Remission der zentralen ADHS-Symptome bei Jungen - Unaufmerksamkeit bleibt




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ADHS = Risikofaktor

---

---

---

---

---

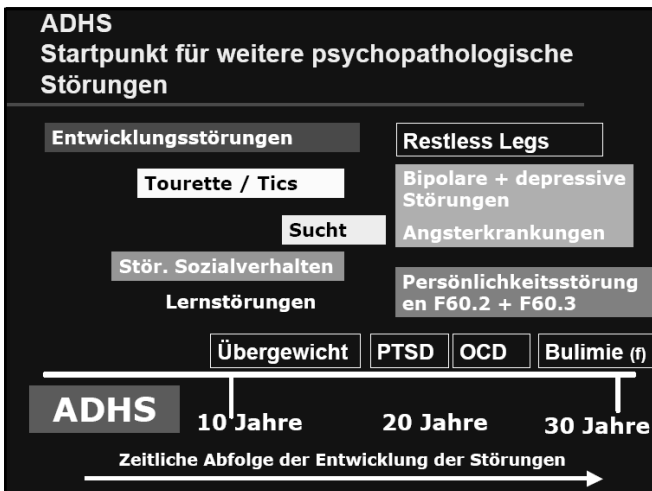
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ADHS und Borderline

---

---

---

---

---

---

---

---

## DSM-IV 1994

„...Diagnose einer ADHS darf nur dann gestellt werden, wenn sich die Symptomatik nicht besser durch eine andere Störung z.B. Persönlichkeitsstörung erklären lässt...“

---

---

---

---

---

---

---

---

## Aber

- Überlappende klinische Symptome der ADHS und BPS
- Überlappende diagnostische Kriterien der ADHS und BPS
- 50% der Erwachsenen mit ADHS erfüllen zusätzlich die Kriterien einer PS
- Unsicherheit der Zuordnung im klinischen Alltag
- Auswirkungen auf Behandlung

(Manuzza et al. 1998, Fischer et al. 2002, Faraone et al. 2000, Rösler et al. 2004, Wilens et al. 2004, Fossati et al. 2002, Jacob et al. 2007, Philipsen et al. 2006, 2008).

---

---

---

---

---

---

---

---

Gemeinsamkeiten von ADHS  
im Erwachsenenalter und BPS

**- Klinische Symptomatik -**

---

---

---

---

---

---

---

---

Klinische Gemeinsamkeiten von  
ADHS im Erwachsenenalter und BPS

- Affektive Instabilität
- Impulsive Verhaltensweisen
- Desorganisiertheit
- Sucht
- Beziehungsprobleme
- Aufmerksamkeitsstörungen (Dissoziation bei BPS)
- Gestörte Selbstachtung

(Ceumern-Lindensjerna et al. 2002, Fossati et al. 2002, Hesslinger et al. 2002, Philipsen 2006)

---

---

---

---

---

---

---

---

Gemeinsamkeiten von ADHS  
im Erwachsenenalter und BPS

**- Diagnostische Kriterien -**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Klassifikationssysteme der ADHS

- ICD-9 (1978): Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters
- DSM-III (1980): ADD und ADD-H und ADD Residual Type
- ICD-10 (1992): „**Diagnose HKS kann auch im Erwachsenenalter gestellt werden, Kriterien sind dieselben**“
- **Problem bis heute:** Im ICD-10 und DSM-IV **keine spezifischen Kriterien** für **Erwachsene** („Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten - steht in der Klasse häufig auf - hat Schwierigkeiten ruhig zu spielen“)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Gemeinsame Kriterien für ADHS und Persönlichkeitsstörungen

- Verhaltensauffälligkeiten in mehreren Funktionsbereichen
- Auffälliges Verhalten ist andauernd und gleichförmig, nicht auf einzelne Episoden begrenzt
- Auffälliges Verhalten ist in vielen persönlichen und sozialen Situationen unpassend
- Beginn in Kindheit und Jugend
- Subjektives Leiden
- Einschränkung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit (Secnik et al. 2005)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Überlappende diagnostische Kriterien nach DSM-IV (BPS) und Wender (ADHS)

### DSM-IV Kriterien für BPS:

1. Schwierigkeiten mit Alleinsein
2. **Instabile zwischenmenschliche Beziehungen**
3. **Impulsivität**
4. **Identitätsstörung**
5. Suizidandeutungen, -versuche, Selbstverletzungen
6. **Affektive Instabilität**
7. Gefühl der inneren Leere
8. **Erschwerte Kontrolle von Wut/Ärger**
9. Stressabhängige paranoide Vorstellungen, dissoziative Symptome

### Utah Kriterien (Wender et al 2001)

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. Motorische Hyperaktivität (z.B. „Gefühl innerer Unruhe“)
3. **Affektlabilität**
4. Desorganisiertes Verhalten
5. **Affektkontrolle**
6. **Impulsivität**
7. **Emotionale Überreagibilität**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Überlappende Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (emotional instabile PS)

### F 60.30 Impulsiver Typus

1. Unerwartetes Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen.
2. Streitereien und Konflikte v.a. wenn impulsive Handlungen unterbunden / getadelt werden.
3. Wut- / Gewaltausbrüche, Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.
4. Schwierigkeit in Beibehaltung von Handlungen ohne unmittelbare Belohnung.
5. Unbeständige + unberechenbare Stimmung.

3 von 5 Kriterien müssen erfüllt sein.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Überlappende Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (emotional instabile PS)

### F 60.31 Borderline Typus

1. Störungen / Unsicherheit bzg. Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen".
2. Intensive, instabile Beziehungen, oft mit emotionalen Krisen.
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden.
4. Wiederholt Drohungen / Handlungen mit Selbstschädigung.
5. Anhaltende Gefühle von Leere (Unterstimulation?).

3 von 5 Kriterien müssen erfüllt sein.

(Krause & Krause 2005)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Voruntersuchung zu ADHS im Kindesalter bei BPS

	BPD (n = 42)	Andere Cluster B (n = 94)	Cluster A/C (n = 38)	Keine PS (n = 69)	Kontroll- gruppe (n = 201)
<b>WURS Score</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>&lt; 46</b>	17 (40,5)	84 (89,4)	34 (89,5)	65 (94,2)	188 (93,5)
<b>≥ 46</b>	25 (59,5)	10 (10,6)	4 (10,5)	4 (5,8)	13 (6,5)

WURS = Wender Utah Rating Scale

(Fossati A et al. 2002)

---

---

---

---

---

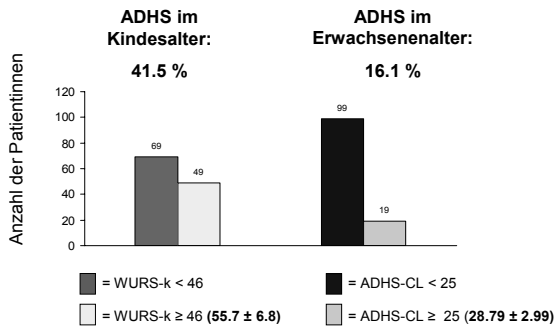
---

---

---

## Häufigkeit von ADHS bei Patientinnen mit BPS (n = 118)

Phillipsen et al. British J Psych 2008




---

---

---

---

---

---

---

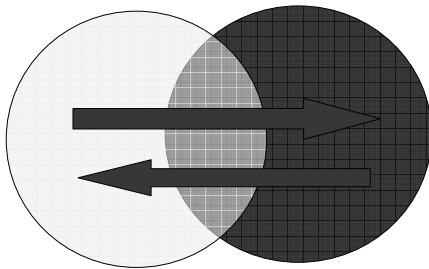
---

---

---

## Kontinuum oder Spektrum einer Subgruppe ?

ADHS Im Erwachsenenalter      Borderline Persönlichkeitstörung




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Unterschiede ADHS / BPS

- Keine chronische Suizidalität bei ADHS
- Selbstverletzendes Verhalten zur Spannungsregulation nicht im Vordergrund bei ADHS

Izutsu T et al. Eur Child Adolesc Psych, 2006

- Keine Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei ADHS

Rucklidge JJ et al. J Atten Dis, 2006

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Borderline Symptome bei ADHS im Erwachsenenalter**  
(Borderline Symptom Liste, Bohus et al. 2001, 2007)

**Probanden:**

- ADHS im Erwachsenenalter, N = 60 (34.73 ± 9.44 Jahre)
- Keine aktuelle schwere oder mittelgradig depressive Episode (SKID-I), keine Achse II-Störung (SKID-II).
- 
- BPS nach DSM-IV, N = 60 (34.57 ± 8.84 Jahre)
- Gesunde Kontrollprobanden, N = 60 (33.38 ± 7.50 J)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Borderline Symptom Liste (BSL)**

(Bohus et al. 2001, 2007)

- Quantitative Erfassung von BPS Symptomen nach Selbsteinschätzung
- 95 Items / 7 Subskalen nach DSM-IV und Diagnostischem Interview für BPS (DIB-R nach Gunderson 1981)
- Scoring 0-4 (überhaupt nicht / sehr stark)
- Hohe Reliabilität, Validität und innere Konsistenz (z.B.  $\alpha = 0.97$  für die Gesamtskala)
- Geringer Einfluss von Geschlecht, Alter und Bildung

---

---

---

---

---

---

---

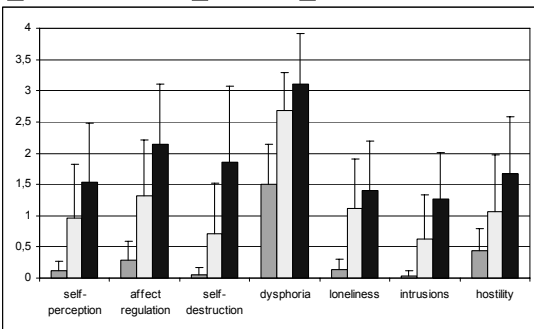
---

---

---

**Borderline typische Symptome bei ADHS im Vergleich zu BPS und gesunden Kontrollen**  
(Borderline Symptom Liste, n = 180)

■ = gesunde Kontrollen   ■ = ADHS   ■ = BPS



Philipsen et al. ADHD, im Druck

---

---

---

---

---

---

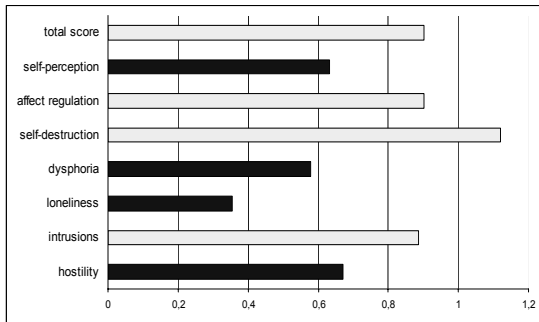
---

---

---

---

Versuch der Unterscheidung von ADHS und BPS anhand der Borderline Symptom Liste:  
(n = 120)



Effektstärken angegeben in d

Philipsen et al., ADHD im Druck

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Faktoren führen zu  
borderline typischen  
Symptomen / BPS bei ADHS

?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Borderline Symptomatik und erinnerte negative /  
traumatische Kindheitserlebnisse (n = 118)

	WURS-k score ≥ 46 (n = 49)	WURS-k score < 46 (n = 69)	Wald Z	p
<b>BSL Summenscore</b>	188.18 ± 65.35	151.78 ± 57.90	2.33	<b>.020</b>
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	19.87 ± 3.93	16.18 ± 5.82	2.62	<b>.009</b>
<b>Körperlicher Missbrauch</b>	12.28 ± 6.09	9.98 ± 6.20	0.36	.717
<b>Sexueller Missbrauch</b>	12.71 ± 7.43	11.16 ± 7.53	-0.87	.386
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	18.86 ± 4.69	17.20 ± 5.05	-0.78	.438
<b>Körperliche Vernachlässigung</b>	11.25 ± 3.76	9.57 ± 3.90	0.22	.822

MLR p = 0.001

Philipsen et al. British J Psych, 2008

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Borderline typische Symptome auch bei ADHS im Erwachsenenalter ohne PS, aber weniger stark ausgeprägt
- Bei BPS stärker ausgeprägt: Autoaggression, Affektregulationsstörung, Intrusionen.
- ADHS im Kindesalter erhöht Risiko für emotionalen Missbrauch und damit stärkere Ausprägung von Borderline Symptomen im Erwachsenenalter.

---

---

---

---

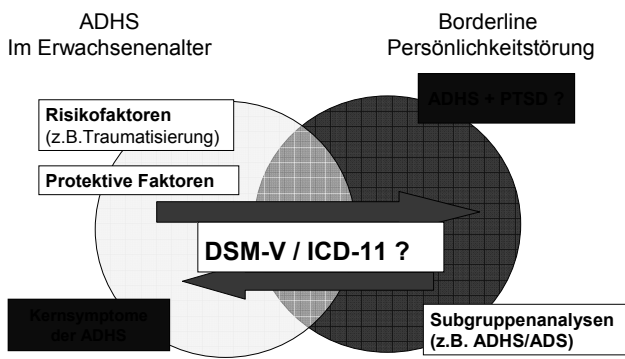
---

---

---

---

### Abgrenzung ADHS / BPS ?




---

---

---

---

---

---

---

---

### Differentialdiagnostik

?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Differentialdiagnostik

- Neuropsychologie ?  
Intraindividuelle Variabilität signifikant stärker ausgeprägt bei ADHS als bei Kontrollen, aber es gibt nicht den ADHS-Test !

---

---

---

---

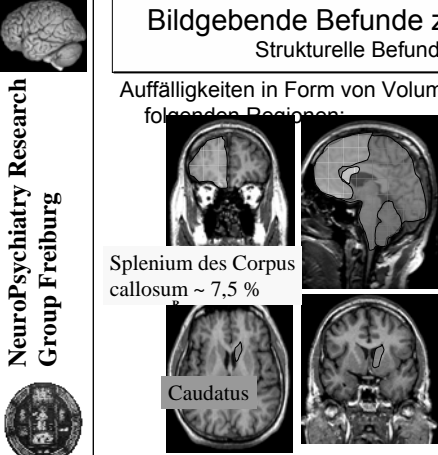
---

---

---

---

**NeuroPsychiatry Research  
Group Freiburg**



### Bildgebende Befunde zur ADHS Strukturelle Befunde

Auffälligkeiten in Form von Volumenverlusten in folgenden Regionen:

- Gesamthirnvolumen ~ 5 % kleiner
- Präfrontalhirn: insbesondere rechtsseitig Korrelation mit neuropsych. Disinhibitionsdefizit
- Cerebellum: insbesondere des Vermis, ähnliche Befunde aber bei Schizophrenien und bipolaren Störungen
- Splenium des Corpus callosum ~ 7,5 %
- Caudatus

(Krause et al. 2000; Blumenthal et al. 2001; Biedermann, Faraone 2002; Spencer et al. 2002; Durston 2003.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Aber Bildgebung läßt (noch)  
keine Rückschlüsse auf  
Diagnose zu

---

---

---

---

---

---

---

---



## Klinische Differentialdiagnostik

- Positive Familienanamnese oder andere bekannte Ursachen für ADHS ?
- Früher Symptombeginn der ADHS (Schulzeugnisse, Berichte, Hyperfokussieren.....)
- Fragebögen (HASE, Rösler et al. 2007: WURS-k, DSM-IV-Checkliste,..)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Therapie ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## “Off-label-use“ bei Erwachsenen mit ADHS und BPS

im Sinne des Bundessozialgerichtes dann anwendbar, wenn:

1. bei einer ausgeprägten ADHS die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist.
2. keine anderen, zugelassenen Medikamente verfügbar sind.
3. aufgrund der Datenlage eine begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

-----  
1) muss im individuellen Fall geklärt werden, 2) und 3) sind bei ADHS im Erwachsenenalter zutreffend

---

---

---

---

---

---

---

---

## Datenlage zu Methylphenidat = Medikament der 1. Wahl bei ADHS

- **Metaanalyse 2004** (*Faraone, J Clin Psychopharmacol 2004*): 6 Studien doppel-blind placebo-kontrolliert
- N = 253 (140 Methylphenidat, 113 Placebo)
- Effektstärke **0.9 - 1.3 = starker Effekt**
- **Responderrate 75% (wie im Kindesalter)**  
(*Sobanski und Alm, Nervenarzt 2004*)
- Seitdem veröffentlichte randomisierte kontrollierte klinische Studien N = 27

---

---

---

---

---

---

---

---

## Kontraindikationen für Methylphenidat

### Absolute Kontraindikationen für Methylphenidat:

- Schwangerschaft und Stillzeit
- Kardiovaskuläre Erkrankungen (unbehand. arterielle Hypertonie, tachykarde Rhythmusstörungen, KHK, arterielle Verschlusskrankheit, zerebrale Ischämien)
- Schizophrenie
- Medikamenten- und/oder Drogenabhängigkeit

### Relative Kontraindikationen für Methylphenidat:

- Ticstörungen und Tourette – Syndrom
- Angststörungen
- Epilepsien
- Bipolare Störungen
- Anorexia nervosa

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alternativen zu Methylphenidat

In Studien und/oder im klinischen Alltag eingesetzte  
Medikamente (Auswahl):

- **Atomoxetin**
- Bupropion
- Desipramin
- Nortriptylin
- Venlafaxin
- Reboxetin
- Modafinil

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alternativen zu Methylphenidat

In Studien und/oder im klinischen Alltag eingesetzte  
Medikamente (Auswahl):

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Atomoxetin</b></li><li>• Bupropion</li><li>• Desipramin</li><li>• Nortriptylin</li><li>• Venlafaxin</li><li>• Reboxetin</li><li>• Modafinil</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Moclobemid</li><li>• Amphetamine</li><li>• Risperidon</li><li>• Clonidin</li><li>• Pindolol</li><li>• Nikotinpflaster</li><li>• .....</li></ul> |
|--|---|

---

---

---

---

---

---

---

---

## Voruntersuchungen zur Behandlung von ADHS & BPS

N = 1 (Stand 09/08)

*Golubchik et al., Int Clin Psychopharmacol  
23(4):228-31, 2008*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Studie zur Wirksamkeit von Methylphenidat bei ADHS & BPS

Golubchik et al. 2008:

- offene Studie
- 14 Mädchen mit ADHS (DSM-IV) und BPS (SKID-II)
- 14-19 Jahre ( $16.6 \pm 1.4$  J)
- 12 Wochen Methylphenidat (MPH)
- Outcome-Kriterien:
  - ADHD-Rating Scale,
  - Clinical Global Impression Skala (Aggressivität, Borderline-Symptomatik)

---

---

---

---

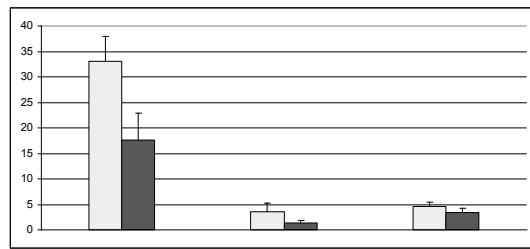
---

---

---

---

Ergebnisse von Golubchik et al. 2008  
MPH-Dosis 25.2 ± 7.9 mg



ADHD-RS      CGI-Aggression      CGI-BPS  
 $p < 0.001$        $p < 0.001$        $p < 0.0005$

**N=3 ohne Selbstverletzungen nach MPH**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

„amphetamine challenge test“

- Patienten: BPS n = 16  
davon 8 mit Diagnose schizotype PS
- Methode: 30 mg Amphetamin i.v.  
Brief Psychiatric Rating Scale
- Ergebnisse: BPS + schizotype Störung schlechter  
nur BPS Diagnose besser

→ **Nicht diagnostizierte ADHS ?**

*(Schulz SC et al. American Journal of Psychiatry, 1988)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Verschreibungsgewohnheit in  
Freiburg 2008

- Schwerpunktstation für Frauen mit BPS
- N = 26 (24.4 ± 7.3 J)
- ADHS i. Erwachsenenalter N = 8 (30.7 %)
- ADHS-spezifische Medikation:
  - 6 MPH (38 mg), 2 Atomoxetin (60mg)
  - Venlafaxin 2, Bupropion 2, Mirtazapin 2, Quetiapin 4, Carbamazepin 1
- Depression > ADHS > Komorbiditäten

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Psychotherapie ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Studien zur Psychotherapie bei ADHS bzw. BPS

### BPS

- Dialektisch behaviorale Therapie (*Linehan 1993, Bohus et al. 2004*)
- Schema Focussed Therapy (*J. Young, Giesen-Blo et al. 2006*)
- Mentalization Based Treatment (*MBT, Bateman & Fonagy*)
- Transference Focussed Treatment (*TFT, Kernberg*)

### ADHS bei Erwachsenen

- Kognitiv-behaviorale Therapie (*Safren et al. 2005, Rostain & Ramsay 2006, Bramham et al. 2008*)
- Dialektisch behaviorale Therapie (*Hesslinger et al. 2002, Philipsen et al. 2007, BMBF-Projekt*)
- Mindfulness based Therapy (*Zylowska et al. 2008*)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Dysfunktionale Verhaltensmuster und Symptome bei BPS



---

---

---

---

---

---

---

---

## Hierarchisierung der Therapieziele

- suizidales und parasuizidales Verhalten
- Verhalten, welches die soziale Integration akut und massiv gefährdet
- therapiegefährdendes Verhalten
- Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt

---

---

---

---

---

---

---

---

## Fertigkeitentraining in der DBT

### Symptome ADHS / BPS

- Aufmerksamkeitsstörung / negative Bewertungen, Schemata
- Hyperaktivität, Desorganisiertheit, Impulsivität
- Affektlabilität, Affektkontrolle, Emotionale Überreagibilität
- Beziehungsprobleme

### Module der DBT

- Achtsamkeitstraining
- Stresstoleranz
- Gefühlsregulation
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten

---

---

---

---

---

---

---

---

In der Psychotherapie zu berücksichtigende Besonderheiten bei ADHS und BPS ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Borderline Symptomatik und erinnerte negative /  
traumatische Kindheitserlebnisse (n = 118)

	WURS-k score ≥ 46 (n = 49)	WURS-k score < 46 (n = 69)	Wald Z	p
<b>Borderline SL Summenscore</b>	188.18 ± 65.35	151.78 ± 57.90	2.33	<b>.020</b>
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	19.87 ± 3.93	16.18 ± 5.82	2.62	<b>.009</b>
<b>Körperlicher Missbrauch</b>	12.28 ± 6.09	9.98 ± 6.20	0.36	.717
<b>Sexueller Missbrauch</b>	12.71 ± 7.43	11.16 ± 7.53	-0.87	.386
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	18.86 ± 4.69	17.20 ± 5.05	-0.78	.438
<b>Körperliche Vernachlässigung</b>	11.25 ± 3.76	9.57 ± 3.90	0.22	.822

MLR p = 0.001

Philipsen et al. *British J Psych*, 2008

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Empfehlungen zur Psychotherapie bei  
komorbider ADHS & BPS

- **Psychoedukation**
- **Validierung**

**Klinischer Alltag:**

- Achtsamkeitstraining (Bewegung!)
- **Zeitmanagement („Chaos und Kontrolle“,  
Rituale)**
- **Stressmanagement / Sport**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Umsetzung in der Praxis

**Stationär:**

- dialektisch behaviorales Therapiekonzept für BPS
- Zusätzliche ADHS-Gruppe stationsübergreifend, 1x wöchentlich mit Hausaufgaben (Hesslinger, Philipsen, Richter 2004)

**Ambulant:**

- Einzeltherapie, idealerweise DBT
- ADHS-Gruppe

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Zusammenfassung

- ADHS und BPS relevante klinische Komorbiditäten
- Differentialdiagnostik erfolgt (primär) klinisch
- Medikamentös ADHS auch bei BPS mit MPH gut behandelbar
- Zusätzliche Komorbiditäten berücksichtigen (Depression, Schlafstörungen,...)
- Psychotherapeutisch dialektisch behaviorale Therapieansätze am besten belegt
- Hinzufügen ADHS-spezifischer Inhalte (Aufmerksamkeitsfokussierung, Zeitmanagement, Stressmanagement, Sport...)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Offene Fragen

- Randomisierte Studien zur Wirksamkeit ADHS-spez. Medikation bei ADHS & BPS
- Vergleich von MPH versus Atomoxetin versus..
- Prädiktoren für Response (Schwere, Komorbiditäten, Trauma,...)
- Vergleich unterschiedlicher Psychotherapieverfahren
- Phase II (Traumaexposition) ?

---

---

---

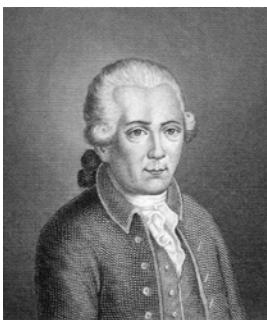
---

---

---

---

---



„Der größte Feind des wissenschaftlichen Fortschritts ist der Glaube zu wissen, was wir noch nicht wissen.“

Lichtenberg, 18. Jahrhundert

---

---

---

---

---

---

---

---