



UNIVERSITÄT
FREIBURG
Abteilung für Psychiatrie
und Psychotherapie



Borderline und ADHS, Schwerpunkt: psychotherapeutische Behandlung

Alexandra Philipsen

Littenheid, 18.10.08

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

DSM-IV Kriterien für BPS:

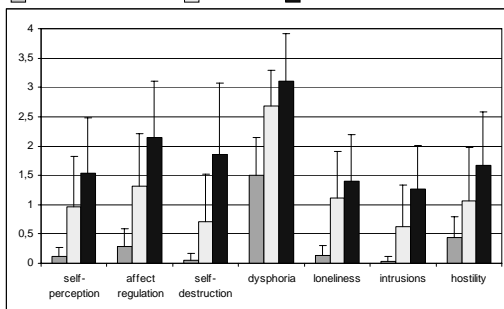
1. Schwierigkeiten mit Alleinsein
2. **Instabile zwischenmenschliche Beziehungen**
3. **Impulsivität**
4. **Identitätsstörung**
5. Suizidandeutungen, -versuche, Selbstverletzungen
6. **Affektive Instabilität**
7. Gefühl der inneren Leere
8. **Erschwerte Kontrolle von Wut/Ärger**
9. Stressabhängige paranoid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

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

■ = gesunde Kontrollen □ = ADHS ■ = BPS



Philipsen et al., in press

ADHS und ihre Auswirkungen auf die Behandlung

Symptome:

- Aufmerksamkeitsdefizit, Vergesslichkeit, Desorganisiertheit
- Innere Unruhe, Probleme mit Routine und Disziplin, Impulsivität, Stimmungsschwankungen
- Komorbiditäten (z.B. Sucht, Depression, Angst, PS, ...) Psychosoziale Konsequenzen (Arbeitslosigkeit, Scheidungsrate ...)

Folgen:

- Vergessen von Hausaufgaben und Terminen, Unpünktlichkeit, ...
- Ungeduldiges Verhalten, Nicht-Einhalten von Absprachen, Therapieabbrüche
- Prioritäten zu setzen, fällt Patienten und Therapeuten schwer

Ressourcen bei ADHS und Folgen für die Behandlung

Ressourcen:

- Energie
- Neugier
- Risikobereitschaft
- Kreativität
- Phantasie
- Rasche Auffassungsgabe
- „Hyperfokussieren“

Folgen:

- **Therapiemotivation**
- **Experimentierbereitschaft**
- **Gute Coachs für andere**

Voruntersuchungen zur Behandlung von ADHS & BPS

N = 1 (Stand 09/08)

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

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*)
- Elemente der DBT (*Hesslinger et al. 2002, Philipsen et al. 2007, BMBF-Projekt*)
- Mindfulness based Therapy (*Zylowska et al. 2008*)

Symptome der ADHS und DBT

Symptome ADHS / BPS

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

Module der DBT

- Achtsamkeitstraining
- Stresstoleranz
- Gefühlsregulation
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten

Hierarchisierung der Therapieziele

- suizidales und parasuizidales Verhalten
- therapiegefährdendes Verhalten
- Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt

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
Borderline SL Summenscore	188.18 ± 65.35	151.78 ± 57.90	2.33	.020
Emotionaler Missbrauch	19.87 ± 3.93	16.18 ± 5.82	2.62	.009
Körperlicher Missbrauch	12.28 ± 6.09	9.98 ± 6.20	0.36	.717
Sexueller Missbrauch	12.71 ± 7.43	11.16 ± 7.53	-0.87	.386
Emotionale Vernachlässigung	18.86 ± 4.69	17.20 ± 5.05	-0.78	.438
Körperliche Vernachlässigung	11.25 ± 3.76	9.57 ± 3.90	0.22	.822

MLR p = 0.001

Philipsen et al. British J Psych, 2008

Neurobiologische Variante

Akzeptanz



Veränderung

...ab jetzt verantwortlich dafür...

→ **ADHS als Erklärung (keine Entschuldigung)**

Ziel: „ADHS zu kontrollieren, statt von ADHS kontrolliert zu werden“

Empfehlungen zur Psychotherapie bei
komorbider ADHS & BPS

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

Klinischer Alltag:

- Achtsamkeitstraining (Bewegung!)
- Zeitmanagement („Chaos und Kontrolle“)
- Stresstoleranz/-management
- **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
- Medikamentös mit MPH gut behandelbar
- Zusätzliche Komorbiditäten berücksichtigen (Depression, Schlafstörungen,...)
- Psychotherapeutisch dialektisch behaviorale Therapieansätze am besten belegt
- Hinzufügen ADHS-spezifischer Inhalte (Aufmerksamkeitsfokussierung, Zeitmanagement, Stressmanagement, Sport...)

Aufgabe der Psychotherapieforschung

Welches Psychotherapiekonzept und von wem durchgeführt ist bei welchen Personen mit welchen spezifischen psychischen Störungen und welchen weiteren spezifischen Problemen und unter welchen Rahmenbedingungen am effektivsten ?

Paul GL (1967) frei zitiert nach Fiedler (2000)

Multizenterstudie zum „Freiburger Konzept“ Forschungszentrum für Psychotherapie ADHD-net

