

Borderline und ADHS Risiko und Chance

Johannes Kasper

Hirschengraben 13, 6003 Luzern

jokasper@bluewin.ch

18.10.2008 Klinik Littenheid

Biosoziale Theorie der BPS

Als Kernstörung wird eine Dysregulation der Emotionen aufgefasst.

Sie entsteht als Produkt von biologischer Disposition (Erbfaktoren und früh erworben), Umgebungsfaktoren (Entwertung) und der Interaktion dieser zwei Faktoren während der Entwicklung.

Vulnerabilität

Eine entwertende Umgebung ist besonders schädigend für ein Kind, das mit einer hohen emotionalen Vulnerabilität zur Welt kommt. Andererseits kann ein emotional vulnerables Kind durch ungewöhnliches Verhalten eine entwertende (z.B. verständnislose) Umgebungsreaktion hervorrufen.

Vulnerabilität für BPS

Aktive Suche nach definierten neurobiologischen Grund- und Begleitstörungen, differenzialdiagnostische Abgrenzung und spezifische Behandlung

- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS)
- Schizophrenie
- Autismus

ADHS als Risikofaktor für BPS

- ADHS stellt physiologisch die Disposition für emotionale Dysregulation bereit.
- Kinder mit ADHS sind vulnerabler für Traumata und Entwertungen.
- Kinder mit ADHS werden wegen ihres Verhaltens und ihrer Schwächen häufig entwertet.
- Kinder mit ADHS haben Elternteile mit ADHS.

Ätiologie BPS

- **Genetische Komponenten (z.B. ADHS)**
- **Psychosoziale Belastungsfaktoren**
 - sexuelle Gewalterfahrung (ca. 70%)
 - körperliche Gewalterfahrung (ca. 60%)
 - Vernachlässigung (ca. 40%)
 - Instabile Bindung zu primären Bezugspersonen

BPS-Kriterien nach DSM-IV

1. Intensive Bemühungen, reales oder vorgestelltes Verlassenwerden zu verhindern
2. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet
3. Identitätsstörung: eine ausgeprägte und anhaltende Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls von sich selbst
4. Impulsivität in wenigstens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -gesten und -handlungen oder Selbstverletzungen

BPS-Kriterien nach DSM IV

6. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist.
7. Chronisches Gefühl von innerer Leere.
8. Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger).
9. Vorübergehende, stressinduzierte schwere dissoziative Reaktionen oder paranoide Vorstellungen

DD BPS und ADHS

- Es finden sich Überschneidungen von ADHS-Kernsymptomen mit 5 Kriterien der BPS nach DSM-IV. Somit kann praktisch jeder voll ausgeprägte ADHS-Fall die BPS-Diagnose erhalten.
- ADHS beschreibt eine neurobiologische Disposition, BPS ein Verhaltensmuster
- Komorbidität: ca. 50% der BPS-Patienten haben ADHS
- ADHS ist ein physiologischer Risikofaktor für BPS
- Entwertende Lernerfahrungen sind für die Entwicklung von BPS ausschlaggebend
- Die Behandlung von BPS bei erkannter ADHS profitiert von der Behandlung des ADHS

Syndrom oder Krankheit?

- Ein **Symptom** ist ein körperliches oder psychisches Krankheitszeichen, das objektiv beobachtbar ist.
- Ein **Syndrom** ist eine Gruppe von Symptomen, die in regelhafter Verbindung miteinander auftreten.
- **Krankheit** beschreibt abgrenzbare abnorme Körper- oder Seelenzustände, die durch (teilweise) bekannte Ursachen, gleiche Symptomatik, gleichen Verlauf und gleichartige Befunde beschrieben werden können.

Prävalenz ADHS beim Erwachsenen

Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung (**n=996**)

- 2,9% bei eng gefassten Kriterien (Zutreffen der DSM-IV-Kriterien im Kindes- und Erwachsenenalter)
- 16,4% bei weit gefassten Kriterien (unterschwellige Störung)

(Faraone SV and Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. J Atten Disord 9: 384 – 391, 2005)

National Comorbidity Survey Replication (**n=2399**)

- Prävalenz von 4,2%, geschlechts- und altersunabhängig

(Kessler RC et al. Prevalence of adult ADHD in the United States results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Am J Psychiatry 163: 716 – 723, 2006)

Adultes ADHS: Leitsymptome nach P. Wender

- 1. Aufmerksamkeitsstörung**
- 2. Motorische Hyperaktivität**
- 3. Affektlabilität (zykloid)**
- 4. Desorganisation in Verhalten und Aktivitäten**
- 5. Mangelhafte Affektkontrolle**
- 6. Impulsivität**
- 7. Emotionale Überreaktionen**

P. Wender, Oxford University Press, 1995

1. Aufmerksamkeitsstörung

- Geringe Konzentrationsfähigkeit für **uninteressante** Vorgänge.
- Mühe mit der **Daueraufmerksamkeit**.
- Verlieren, Verlegen, Vergessen.
- Hohe Ablenkbarkeit.
- Tagträumen
- Lesefaulheit
- Inhalte von Vorträgen nicht erfassen

2. Motorische Hyperaktivität

- Rastlosigkeit, Nervosität (gispelig)
- Unfähigkeit zur Entspannung
- Stillsitzen gelingt nicht
- Dauernd in Bewegung (Gegenstände in den Händen, Wippen mit den Füßen)
- Reden im Schwall
- Schneller Schritt
- Langeweile ist unerträglich

3. Affektlabilität

- Emotionale Achterbahn
- Depressive Einbrüche
- Euphorie
- Launenhaftigkeit
- Drogen zur Regulierung der Affekte

4. Desorganisation

- Zeitplan wird nicht eingehalten
- Aufschieben
- Erledigen in letzter Minute
- Chaos im Haushalt und Büro
- Flüchtigkeitsfehler
- Viele Baustellen, keine Arbeit zu Ende bringen

5. Mangelhafte Affektkontrolle

- Stressintoleranz
- Reizbarkeit
- Wutausbrüche, Aggressivität
- Ungeduld
- Schlechte Selbstkontrolle unter Belastung
- Verbale und tätliche Entgleisungen

6. Impulsivität

- Schnelle Entschlüsse ohne Überlegung
- Ausbrüche, Hineinplatzen
- Spontankäufe
- Partnerwechsel, voreilige Bindungen
- Verkehrsverhalten
- Unfallneigung
- Essdurchbrüche

7. Emotionale Überreagibilität

- Ängstlich oder konfus unter Belastung
- Erschwerte Alltagsbewältigung unter Belastung
- Geringe Frustrationstoleranz
- Emotionales Überreagieren

Diagnostik 1

- Vollständige psychiatrische Anamnese
- Psychiatrische Untersuchung
- ADHS-spezifische Inhalte des Interviews
- Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten

Diagnostik 2

- Ausschluss organischer Störungen
- Internistische und neurologische Untersuchung
- Informationen von Partner/Eltern/Bezugspersonen (z.B. Interview, Fragebogen)
- Standardisierte Untersuchungsinstrumente
- Neuropsychologische Untersuchung (fakultativ)

ADHS-relevante Anamneseinhalte

- ADHS-Symptome jetzt und früher
- Körperliche und intellektuelle Entwicklung
- Lernverhalten, Sozialverhalten, Beziehungsverhalten
- Schulanamnese, Zeugnisse, Beurteilungen
- Arbeitsanamnese
- Erfahrungen mit Substanzgebrauch
- Familienanamnese
- Militärdienst, Fahrverhalten, Delinquenz

Fehldiagnostik Erwachsenen-ADHS

- Unterschätzung der Relevanz und Beeinträchtigung durch ADHS
- Zurückhaltung wegen des Abstellens auf retrospektive Befunde und Berichte
- Unsicherheit bzw. ungenügendes Training für die Diagnosestellung von ADHS
- Ungenügende Erfahrung im Erkennen des Musters
- Diagnostik kann anforderungsreich sein
- Angst vor der Behandlung mit Stimulanzien (Zwischenfälle, Abusus, Erfahrungsmangel)

Aussagefähigste Symptome ADHS

- Ablenkbarkeit durch externe Stimuli
- Impulsive Entscheidungen
- Schwierigkeiten, Aktivitäten und Verhalten zu unterbrechen, wenn es notwendig wäre
- Schwierigkeiten, Dinge in der richtigen Reihenfolge zu machen
- Hält sich nicht an Versprechungen und Abmachungen
- Rasen im Strassenverkehr

Ätiologie ADHS

- Alle Ursachen fallen in den Bereich der Biologie (Neurologie, Genetik)
- Für soziale oder posttraumatische Verursachung gibt es keine Evidenz
- Mindestens 75% der Fälle sind auf Vererbung zurückzuführen
- 25% sind durch prä-, peri- und postnatale Gehirnschädigungen (mit)bedingt

Comorbidität ADHS

■ Keine andere psych. Störung	<50%
■ Affektive Störungen	16-31%
■ Angststörungen	24-43%
■ Drogen / Alkohol	32-53%
■ Persönlichkeitsstörungen	10-30%
■ BPS	8-28%

Folgen einer ADHS

- ADHS ist assoziiert mit einer Vielzahl von Beeinträchtigungen wichtiger Lebensaktivitäten im kindlichen und Erwachsenenleben.
- ADHS überdauert von der Kindheit zum Erwachsenenalter in 65 bis 85% der Fälle.
- ADHS stellt eine schwerwiegendere Behinderung dar als die meisten psychiatrischen Erkrankungen.

Eigene Statistik 2004-2008

- ADHS-Diagnose: 127
- ADHS und BPS: 29
- BPS alleine ohne ADHS: Keine

Exekutive Funktionen bei ADHS

Die Hauptprobleme der ADHS liegen in Defiziten der exekutiven Funktionen:

- Störung der Inhibition der dominanten Stimulusantwort und der Interferenzkontrolle
- Störung des Arbeitsgedächtnisses
- Störung der emotionalen Selbstregulation
- Störung der Planung und der Problemlösekompetenz
- Störung der Ausführung, nicht des Könnens

Auswirkungen auf die Behandlung

- Alleiniges Lehren von Skills ist unwirksam (Person kann es nicht umsetzen)
- Entwerfen von nutzbaren Prothesen
- Medikation ist essentiell für die meisten Fälle
- Verhaltenstraining und externe Unterstützung der exekutiven Funktionen ist PT-Fokus.
- Realistische Perspektive einer chronischen Störung vermitteln.

Fehldiagnose einer BPS statt ADHS

Indizien:

- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen seit der Kindheit.
- Wenig Selbstverletzungen oder suizidale Intentionen
- Keine deutlichen Entwertungen in der Kindheit
- Schlechte Schulleistungen trotz Intelligenz

Unerkannte ADHS

In psychiatrischen Praxen und Kliniken werden viele Patienten mit typischer ADHS-Symptomatik nicht erkannt, weil das Störungsbild nicht geläufig ist oder von einer komorbiden Diagnose überschattet wird. Daraus resultieren langwierige, teure und unwirksame Behandlungsversuche.

Mustererkennen 1

30-jährige Frau

Nach 15-monatiger Arbeitsunfähigkeit begann nach der Entlassung hier aus der Klinik der berufliche Wiedereinstieg als Assistenzärztin, wobei sie die Arbeitsbelastung weiterhin als täglichen Kampf, insbesondere die Bereitschaftsdienste als überfordernd erlebe mit massivem Stressempfinden und an Panik grenzender Angst vor Versagen. Unkonzentriertheit macht das Kontrollieren der eigenen Arbeitsleistung erforderlich, quälend und beschämend sind auch Kontrollzwänge im privaten Bereich. Obwohl sie ihren Arbeitsalltag als unzumutbare Stressbelastung empfinde, die sie offenbar chronisch überfordere, könne sie sich nicht dazu entschließen, sich beruflich anderweitig zu orientieren, mutmassend, dass jeder andere Job ebenso eine übermässige Stressreaktion auslösen würde. Empfundene soziale Isolation mit Einsamkeit. Immer wieder zeigt sich Haltlosigkeit.

Mustererkennen 2

Ihr Lebensgefühl ist überwiegend das der totalen Überforderung und allgemeinen Schwere. Sie sei ohne Energie, ohne Antrieb, ohne Lebensfreude, ohne Selbstwertgefühl, ohne Selbstvertrauen.

Die Patientin ist bewusstseinsklar und in allen Qualitäten voll orientiert. Merkfähigkeit, Gedächtnis, Auffassungsgabe, Fähigkeit zur begrifflichen Abstraktion unauffällig. Die Konzentrationsfähigkeit ist reduziert. Die Stimmung ist niedergeschlagen, der Antrieb ist reduziert. Die Patientin ist übernervös, streicht und kratzt an den Gliedmassen entlang und schildert hektisch ihre Entwicklung seit dem letzten Aufenthalt. Dabei ist die Stimme kindlich gehoben und sie bewegt sich ständig hin und her.

Kognitiv-behaviorales Modell



Formel BPS

Physiologische
Disposition



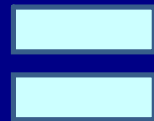
ADHS



Trauma
Entwertende
Erfahrung



PTB



BPS