

Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Birkhölzer Marc^a, Schlüter-Müller Susanne^b, Schmeck Klaus^b

^a Jugendforensische Ambulanz, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Universität Basel, Schweiz

^b Kinder- und Jugendpsychiatrische Forschungsabteilung, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Universität Basel, Schweiz

Personality disorders in childhood and adolescence

Numerous studies over the past two decades have confirmed that abnormalities in the personality development of children and adolescents can be recorded, and that personality disorders (PS) can already be validly diagnosed in adolescence. The conception of PS will change fundamentally with the ICD-11, which will be valid from 2022, and there will no longer be an age limit for diagnosis. It has been proven many times that those affected often show clear abnormalities at an early age, can be clearly distinguished from largely healthy adolescents, suffer from massive psychosocial and health impairments in the further course of their lives. The disorder also causes very high levels of stress for relatives and high costs for society. It has also been empirically proven that PS can be treated and in some cases good treatment results can be achieved. In the meantime, a large number of diagnostic instruments and therapeutic procedures are available for the early detection and treatment of adolescents with PS, so that there are now also the possibilities of early detection and early intervention for this disorder. Hopes are thus growing that chronic progression and thus chronic invalidity can be prevented in at least some of those affected

Keywords: Personality disorder, adolescents, early diagnosis, clinical diagnostics, therapy

Einleitung

Obwohl es bereits in den bisherigen Diagnosesystemen keine definitive Altersbeschränkung für die Diagnosevergabe von Persönlichkeitsstörungen (PS) gibt, hält sich der Mythos hartnäckig, dass die Diagnose PS nicht vor dem 18. Lebensjahr vergeben werden darf. In der seit 1991 gültigen ICD-10 [1] wird darauf hingewiesen, dass PS erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung treten und sich endgültig im Erwachsenenalter manifestieren. Es wird angegeben, dass die Diagnosestellung vor dem 16. Lebensjahr «wahrscheinlich unangemessen» sei. Diese Einschätzung, die entsprechend dem Erscheinen der ICD-10 im Jahr 1991 auf Forschungsergebnissen der achtziger Jahre basiert, ist nach aktueller Studienlage nicht länger haltbar. Eine wachsende Anzahl von Forschungsergebnissen der vergangenen zwei Jahrzehnte

weist eindrücklich darauf hin, dass bereits Jugendliche von PS betroffen sein können [2–5]. In Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeigt sich, dass die Prävalenzraten ähnlich sind wie im Erwachsenenalter [6]. Zanarini et al. untersuchten über 6000 britische 11-Jährige auf das Vorliegen einer klinisch relevanten Borderline-Symptomatik [7]. Die Prävalenz lag bei 3.2% und es wurde diesbezüglich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen gefunden. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, wie wesentlich epidemiologische Studien sind, denn bei standardisierten Untersuchungen liegt die Häufigkeit von BPS bei Frauen in der Regel nicht höher als bei Männern [8, 9], obwohl Frauen in Studien von Inanspruchnahme-Populationen häufig überrepräsentiert sind [10]. Es wird davon ausgegangen, dass Frauen, die unter einer psychischen Störung leiden, häufiger Hilfe in Anspruch nehmen und deshalb vermehrt in klinischen Stichproben gefunden werden. In einer eigenen Studie zeigen 3,7% der Schweizer Schülerinnen und Schüler im Alter von 12-18 Jahren hinsichtlich einer BPS klinisch auffällige Werte [11]. Mit der Einführung der ICD-11 im Jahr 2022 wird die Altersbeschränkung für die Diagnose einer PS gänzlich fallen, womit den vielfältigen Forschungsergebnissen der letzten 30 Jahre Rechnung getragen wird [12].

Entwicklung von Persönlichkeitspathologie von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter

Grundlegende Persönlichkeitsmerkmale (engl. «trait») wie die Big-Five-Persönlichkeitsfaktoren (Offenheit für Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit, Neurotizismus) haben eine konstitutionelle Komponente [13] und entwickeln sich kontinuierlich über die Zeit hinweg in der Interaktion mit den primären Bezugspersonen und der psychosozialen Umgebung [14]. Diese grundlegenden Traits weisen schon ab dem späten Kindergarten- bzw. frühen Schulalter eine Stabilität auf, die vergleichbar zu der von älteren Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ist [15]. Auch pathologische Persönlichkeits-Traits wie Disinhibition oder negative Affektivität, die einen zentralen Teil von Persönlichkeitsstörungen ausmachen, können schon in einem jüngeren Alter beobachtet werden.

Correspondence:

Prof. Dr. med. Klaus Schmeck, Psychiatric University Hospitals Basel, Child and Adolescent Psychiatric Hospital, Schaffhauserstrasse 55, CH-4058 Basel, klaus.schmeck[at]upk.ch

So zeigten Wertz et al. [16], dass Verhaltensweisen bzw. Symptome, die für eine BPS typisch sind, schon bei 12-Jährigen gefunden werden konnten (u.a. «wütend und feindselig» (1,7%), «irritabel, reizbar, rastet schnell aus» (7,3%), «unkontrollierbare Emotionen, hat Extreme von Wut, Verzweiflung, Erregtheit» (9,1%), «schliesst schnell intensive Freundschaften, erwartet zu schnell zu viel» (5,7%), «wechselt ständig die Freundschaften, liebt sie an einem Tag und hasst sie am nächsten» (4,3%), «Angst davor, abgewiesen oder verlassen zu werden» (3,0%) und «instabiles Selbstbild» (3,5%). Auch hier waren die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen kaum statistisch signifikant. In derselben prospektiven Längsschnittstudie zeigte sich, dass diejenigen 5% der 12-Jährigen, die die auffälligste Borderline-Symptomatik gezeigt hatten, als 18-Jährige grosse Beeinträchtigungen aufwiesen: ein deutlich erhöhtes Risiko, an irgendeiner psychischen Störung zu leiden, mehr Suizidversuche, ein erhöhtes Risiko für berufliches Scheitern, eine geringere Lebenszufriedenheit, und deutlich mehr begangene Straftaten.

Hamlat, Young & Hankin [17] wiesen eine mittlere bis hohe Stabilität von kategorialen PS-Merkmalen vom achten bis zum 18. Lebensjahr nach und zeigten ferner, dass es im Verlauf bis zum 18. Lebensjahr zu einer allgemeinen Symptomreduktion kommt. Alle PS-Diagnosen waren bei Jungen gleich häufig wie bei Mädchen zu finden. Winsper et al. [18] gingen der Frage nach, ob eine spezifische PS wie z.B. eine BPS vom Jugend- ins Erwachsenenalter stabil bleibt. Zwar war die diagnostische Stabilität von kategorialen PS-Diagnosen über einen Zeitraum von mehreren Jahren hinweg bei Jugendlichen mit 14-40% nur moderat und damit nicht sehr verschieden von der Stabilität bei Erwachsenen (25-67%). Wenn man jedoch nicht-spezifische PS untersuchte, sondern stattdessen die diagnostische Stabilität von allgemeiner PS-Pathologie – also die Frage, ob zu verschiedenen Messzeitpunkten eine PS vorlag oder nicht – dann war die Stabilität mit 74-86% hoch.

Psychosoziale, gesellschaftliche und ökonomische Folgen von Persönlichkeitspathologie

Fergusson et al. [19] wiesen in einer prospektiven Längsschnittstudie nach, dass Kinder, die im Alter von 7-9 Jahren Sozialverhaltensprobleme zeigten (Ungehorsam, Trotzigkeit, Wutanfälle und Reizbarkeit, Aggression oder Grausamkeit gegenüber anderen, Zerstörung von Gegenständen, Lügen, Stehlen etc.), im Alter von 25 Jahren signifikant häufiger unter einer Antisozialen PS litten und deutliche Einschränkungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit aufwiesen: Die Gruppe von Kindern, die zu den auffälligsten 5% hinsichtlich Sozialverhaltensproblemen gehörte, zeigte unter anderem ein vielfach erhöhtes Risiko, bis zum 25. Lebensjahr ein Gewaltdelikt begangen zu haben, im Gefängnis gesessen zu haben, von illegalen Substanzen abhängig zu sein, unter einer Antisozialen PS zu leiden oder einen Suizidversuch hinter sich zu haben. Ähnliche Ergebnisse mit stark beeinträchtigtem psychosozialen Funktionsniveau im Alter von 18, bei denjenigen Kindern, die im Alter von elf Jahren an einer Störung des Sozialverhaltens litten, konnten Wertz et al. aufzeigen [16]. Kaess et al. zeigten, dass kategorial diagnostizierte Jugendliche mit BPS (mehr als fünf Borderline-Kriterien erfüllt) sich hinsichtlich ihres psychosozialen Funktionsniveaus nicht von

Jugendlichen mit «subthreshold» BPS (also drei bis vier Borderline-Kriterien erfüllt) unterscheiden [20]. Insbesondere am Beispiel der BPS zeigt sich, dass früh beginnende BPS mit häufiger abgebrochenen Berufsausbildungen verbunden sind, womit ein niedrigeres Qualifikationsniveau und überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit einhergehen [21]. Dies führt zu einer andauernden Teilhabebeeinträchtigung [22].

Auch die Angehörigen von einem an einer BPS leidenden Familienmitglied sind in multiplen Lebensbereichen stark beeinträchtigt [23]. Die Belastung ist sogar höher als die Belastung der Angehörigen von an Schizophrenie erkrankten Familienmitgliedern [24]. Neben diesen schwerwiegenden Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit fand sich auch eine schlechtere somatische Gesundheit [25]. Je stärker die PS-Pathologie ausgeprägt war, desto schlechter war die körperliche Gesundheit [26]. Das Vorliegen einer PS hängt mit weiteren psychischen Störungen und einer Suizidrate über die Lebensspanne hinweg von ca. 8% zusammen [27]. In der Schweiz sind PS mit über 30% die allerhäufigste Ursache für Frühberentungen [28]. Gerade auch Menschen mit einer ängstlich-vermeidenden PS (AVPS) leiden unter massiven psychosozialen Beeinträchtigungen [29]. Sie haben ein klar erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit bzw. Frühberentung, sind insgesamt deutlich psychisch belastet, fühlen sich hilflos, wenig selbstwirksam und sozial schlecht eingebunden [30]. Gesundheitsökonomische Berechnungen aus den Niederlanden zeigen, dass sich die Kosten für die Behandlung von BPS-Patienten im Jahr 2007 auf 2,2 Milliarden Euro pro Jahr summierten [31]. Es ist somit offensichtlich, dass die individuellen, sozialen und ökonomischen Folgen von PS sehr schwerwiegend sind.

Veränderungen in der ICD-11

In der Sektion III (Forschungssektion) des DSM-5 werden Persönlichkeitsstörungen komplett neu konzeptualisiert. Als Eingangskriterium (Kriterium A) dient das Ausmass der Beeinträchtigungen in Persönlichkeitsfunktionen («Levels of Personality Functioning») im Hinblick auf selbstbezogene (Identität und Selbststeuerungsfähigkeit) und interpersonelle Funktionen (Empathie und Intimität/Nähe). Zudem werden fünf pathologische Persönlichkeitsstraitts definiert (Negative Affektivität, Distanziertheit, Enthemmtheit, Antagonismus und Psychotizismus), anhand derer die PS-Pathologie genauer beschrieben werden kann [32]. In der im Jahr 2019 verabschiedeten ICD-11 wird ein vergleichbares Modell zur Diagnostik und Klassifikation von PS gültig sein. Die Diagnose wird gestellt im Hinblick auf das sogenannte Kriterium A: Probleme des Selbst (Identität, Selbstwert, realistische Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und interpersonelle Dysfunktionen (die mangelnde Fähigkeit, nahe und wechselseitig befriedigende Beziehungen herzustellen und aufrecht zu erhalten sowie die Sichtweise anderer zu verstehen und Konflikte in Beziehungen zu bewältigen), die über zwei Jahre oder länger andauern. Wie im Alternativen Modell der PS (AMPS) im DSM-5 soll auch in der ICD-11 anhand dieser Beschreibungen eine dimensionale Einschätzung des Schweregrads der PS-Pathologie erfolgen. Ab einer leichten PS soll eine klinisch relevante «Störung» vorliegen. Anhand von fünf pathologischen Persönlichkeits-Traits (dem

sogenannten Kriterium B) kann die Art der PS bestimmt werden. Bis auf die Borderline-PS werden alle bisher verwendeten kategorialen PS-Diagnosen gestrichen. Eine ausführlichere Darstellung der Änderungen der PS-Diagnose und der diagnostischen Kriterien im ICD-11 ist bei Schmeck et al. [33], [34] und Schmeck & Birkhoelzer (subm.) aufgeführt.

Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen

Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung können sich bereits im Kindes- oder Jugendalter zeigen, ohne dass man – insbesondere im Kindesalter – schon von einer PS sprechen würde. Ein Ziel der Entwicklung altersangepasster Diagnoseinstrumente ist die Früherfassung und Verlaufsbeobachtung von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung. Je früher eine beeinträchtigte Entwicklung entdeckt wird, desto früher können unterstützende Massnahmen getroffen werden, um einer Chronifizierung der Störung entgegenzuwirken. Im Folgenden werden Instrumente vorgestellt, mit denen sowohl das Kriterium A (Schweregrad) als auch das Kriterium B (pathologische Persönlichkeitsmerkmale) im Jugendalter erfasst werden können:

Für die ICD-11 gibt es bisher noch keine strukturierten klinischen Interviewverfahren. Für das DSM-5 AMPS sind aktuell zwei Interviewverfahren veröffentlicht, die ins Deutsche übersetzt, jedoch noch nicht veröffentlicht wurden. Das *StiP5.1* (Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 [35]) und das *SCID-5-AMPD Modul I* [36] erfassen den Schweregrad einer PS gemäß Kriterium A; die Bearbeitungszeit wird mit 45-90 Minuten angegeben. Das *StiP5.1* trennt bei Erwachsenen hochsignifikant zwischen Kontrollpersonen und PS-Patienten; die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt 38min [35, 37]. Die deutsche Übersetzung [38] ist zurzeit in Erprobung an Jugendlichen. Das *SCID-5-PD* [39] ist eine Überarbeitung des bisher sehr häufig verwandten *SKID-II* (Strukturiertes Klinisches Interview DSM Achse II [40]). In diesem halbstrukturierten diagnostischen Interview werden die zehn im Hauptteil des DSM-5 weiterhin verwendeten Persönlichkeitsstörungen der Cluster A, B und C erfasst. Wie beim *SKID-II* gibt es auch für dieses überarbeitete Interview einen begleitenden Fragebogen (*SCID-5-SPQ*), der im Vorfeld zum Screening eingesetzt werden kann (Durchführungsdauer ca. 20 Minuten; Durchführungsdauer des Interviews *SCID-5-PD* ca. 30 Minuten, wenn nicht alle Bereiche abgefragt werden und keine sehr komplexe Symptomatik vorliegt). Das *SKID-II*-Interview wurde in zahlreichen Studien mit Jugendlichen erfolgreich eingesetzt [41–43]. Da die Borderline-Störung auch in der ICD-11 bestehen bleibt, wird das *SCID-5-BPS*-Modul wahrscheinlich weiterhin Verwendung finden.

Inspiziert vom AMPS des DSM 5 und den Beschreibungen der zentralen Beeinträchtigung im ICD-11, wurde der Fragebogen *LoPF-Q 12-18* (Levels of Personality Functioning Questionnaire [44]) für Jugendliche ab 12 Jahren zur Selbsteinschätzung entwickelt. Dieser Fragebogen ist aus vier Hauptskalen (Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe) aufgebaut, die eine Gesamtskala «Funktionsniveau» ergeben. Er besteht aus 97 Items, zeigt gute Testgütekriterien und differenziert hervorragend zwischen Jugendlichen, die unter einer PS leiden, und gesunden

Jugendlichen. Analog zum *LoPF-Q 12-18* wurde ein Fremdbeurteilungsfragebogen für Eltern von Kindern und Jugendlichen (ab 6 Jahren bis 18 Jahren) entwickelt, um die Diagnostik zu unterstützen, da Selbst- und Fremdeinschätzung – gerade in Bezug auf die eigene Persönlichkeit – häufig unterschiedlich sind. Der *LoPF-Q Elternfragebogen* ist zurzeit in Validierung. Zum selben Zweck wurde – der *LoPF-Q-12-18-Operationalisierung* folgend – ein *LoPF-Q Fachpersonen-Rating* entwickelt, welches ebenso zurzeit validiert und normiert wird.

Mit dem Assessment of Identity Development (AIDA)-Fragebogen steht ein Testinstrument zur Verfügung, das Beeinträchtigungen in der Identitätsentwicklung, wie sie bei PS typisch sind, bei 12- bis 18-Jährigen erfasst [11]. Er ist aus den beiden Hauptskalen Diskontinuität und Inkohärenz aufgebaut, die eine Gesamtskala Identitätsdiffusion bilden und besteht aus 58 Items. Dieser Fragebogen differenziert sehr gut Jugendliche, die unter einer PS leiden, von jugendlichen Patienten mit internalisierenden oder externalisierenden Störungen [45, 46].

Zur Erfassung pathologischer Persönlichkeitsmerkmale (Kriterium B) liegen zwei Fragebogenverfahren zur Selbstbeantwortung vor, der *PID5BF+* (Kurzform des Persönlichkeitsinventars für DSM-5 und ICD-11 [47]) und der *PiCD* (The Personality Inventory for ICD-11 [48]), die sich auf die ICD-11 beziehen, jedoch für das Erwachsenenalter entwickelt wurden. Beide Verfahren erfassen die fünf im ICD-11 beschriebenen Merkmalsdimensionen (abweichende Skalenbenennungen im *PID5BF+* sind in Klammern aufgeführt): Zwanghaftigkeit (Anankasmus), Distanziertheit (Verschlossenheit), Enthemmung (Disinhibition), Dissozialität (Antagonismus) und Negative Affektivität. Der *PID5BF+* ist eine Kurzform des offiziellen Persönlichkeitsinventars für DSM-5 AMPS (*PID-5* [32]), erweitert um die Persönlichkeitsdomäne Anankasmus und aus 36 Items bestehend. Der *PiCD* ist eine deutschsprachige Übersetzung des *PiCD* [48], der zur Erfassung des Kriterium B der ICD-11 entwickelt wurde. Für beide Verfahren liegt neben der Selbstbeantwortung auch eine Fremdbeurteilungsform vor. Die Anwendbarkeit beider Verfahren im Kindes- und Jugendalter wird aktuell durch unsere Arbeitsgruppe untersucht.

Fragebögen können nur ein Baustein einer umfassenden Persönlichkeits-Diagnostik sein. Ebenso wichtig sind strukturierte oder semi-strukturierte klinische Interviews und die Einschätzung durch Eltern oder Lehrpersonen (Fremdbeurteilung). Abgesehen von den genannten diagnostischen Instrumenten, ist es wichtig, bereits im Rahmen der Anamnese gezielt Auffälligkeiten zu erfragen, die auf eine PS-Pathologie hinweisen. Fragen wie: «Wie würdest Du Dich selbst beschreiben?», «Wie findest Du Dich im Allgemeinen?», «Was sind Deine Ziele im Leben?», «Wie gehst Du damit um, wenn etwas, was Du Dir vorgenommen hast, nicht klappt?», «Wie kommst Du allgemein mit Leuten in Deinem Alter klar?» helfen dabei, einen guten Eindruck über das Selbsterleben, die Selbststeuerungsfähigkeit, die Fähigkeiten zum Perspektivenwechsel sowie die Fähigkeit, nahe und wechselseitige Beziehungen einzugehen, zu bekommen. Chaotische und sehr widersprüchliche Selbstbeschreibungen oder die Unfähigkeit sich selbst zu beschreiben, Ziel- und Orientierungslosigkeit, Mentalisierungsstörungen, sowie

Schwierigkeiten in Beziehungen mit Gleichaltrigen (keine Freunde oder ständig wechselnde Freundschaften) weisen auf eine PS-Pathologie hin, die dann mit strukturierten Instrumenten genauer abgeklärt werden muss.

Frühintervention

Die GAP-Initiative (GAP: Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder) setzt sich für eine möglichst frühe Erfassung – auch bereits subsyndromaler Störungsbilder ein, um der Entwicklung des Vollbilds der Störung entgegenzuwirken [21]. Diese früh erfassten Jugendlichen weisen im Vergleich zu Jugendlichen mit dem Vollbild einer BPS eine ähnlich schwere Psychopathologie und Funktionsbeeinträchtigung auf [20]. In den vergangenen Jahren sind auf die Behandlung von PS im Jugendalter zugeschnittene Behandlungsprogramme entwickelt worden; wenn verfügbar, sind Studienergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien aufgeführt:

- Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) [49]
 - Signifikante Reduktion von selbstverletzendem Verhalten (SVV) und Suizidversuchen durch DBT-A im Vergleich zu TAU («treatment as usual») [50] bzw. von Suizidgedanken, SVV und Depression [51]. Keine langfristig signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Borderline-Symptomatik [52, 53] bzw. in Bezug auf Suizidgedanken und SVV [50].
- Mentalisierungsbasierte Therapie bei Jugendlichen (MBT-A) [54]
 - Basierend auf einer Studie mit Jugendlichen zeigte sich MBT-A überlegen gegenüber TAU in der Reduktion von SVV, Depression und Borderline-Symptomen; keine Follow-Up-Untersuchung [55].
- Schematherapie bei adoleszenten Patienten mit Borderline-Störung (SFT-A) [56]
- Adolescent Identity Treatment (AIT) – ein integratives Therapiekonzept für Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter [57].
 - Eine Therapiestudie zur Wirksamkeit von AIT im Vergleich zu DBT-A ist gerade in der Auswertungsphase [58]
- Psychoanalytisch-interaktionelle Methode für Adoleszente mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (PIM) [59].
 - In einem stationären Setting remittierten Patienten mit einer ausgeprägten Borderline-ähnlichen Symptomatik signifikant häufiger beim Einsatz von PIM im Vergleich zu TAU [60].
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Jugendliche (TFP-A) [61].

Durch den frühzeitigen Einsatz altersangemessener Behandlungsmethoden soll es den Jugendlichen ermöglicht werden, die in der Adoleszenz anstehenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und damit eine so weitgehende Stabilisierung zu erreichen, dass eine

Chronifizierung des Störungsbilds so weit wie möglich verhindert werden kann [2, 62, 63].

Schlussfolgerung

Es gibt eine weitgehend kontinuierliche Entwicklung sowohl unauffälliger als auch pathologischer Persönlichkeitsmerkmale vom Kindesalter an. Die Ergebnisse von Wertz et al., Zanarini et al. und Goth et al. [7, 16, 44] zeigen, dass eine umschriebene Untergruppe von 3-5% von Kindern bzw. Jugendlichen unter Borderline-typischen Symptomen leidet, während der weit überwiegende Teil emotional stabil und ausgeglichen ist, über ein stabiles Selbstbild verfügt und gut dazu in der Lage ist, Freundschaften mit Gleichaltrigen adäquat zu gestalten. Es gibt wenige Studien zu anderen PS im Jugendalter. Die wenigen vorhandenen Studien zeigen, dass ähnliches z.B. für die Antisoziale PS gilt. Es zeigen sich ausserdem eindeutige Zusammenhänge zwischen den vielfältigen Problemen dieser Kinder und den später zu beobachtenden weitreichenden Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus im Erwachsenenalter [16, 19, 64].

Ebenso wie die vermeintlich fehlende Validität der Diagnose «PS im Jugendalter», wird von den Kritikern ins Feld geführt, dass mit der Diagnose ein lebenslanges Stigma verbunden und die Störung unveränderlich sei. Zahlreiche Studienergebnisse der letzten Jahre belegen jedoch, dass die Stabilität kategorialer Diagnosen im Verlauf mehrerer Jahre eher gering ist (die Diagnosekriterien nicht mehr erfüllt sind), und dass die Mehrzahl der Betroffenen positiv auf eine Behandlung anspricht, während nur bei einer Untergruppe teilweise schwere Beeinträchtigungen im psychosozialen Funktionsniveau weitgehend stabil bleiben [18, 22, 65]. Ausserdem konnten Hamlat, Young und Hankin zeigen, dass Jungen genauso häufig auch von ängstlich-vermeidenden, histrionischen und Borderline-PS betroffen sind wie Mädchen, wenn standardisiert diagnostiziert wird, was die klinische Voreingenommenheit korrigiert, nach der vor allem Mädchen unter diesen PS leiden [17]. Schlussendlich wird die Erfassung dieser kategorialen Diagnosen in Zukunft in den Hintergrund treten, da mit der Änderung der ICD-11 vor allem die Schwere der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus beurteilt werden soll.

Das Jugendalter ist eine kritische Lebensphase, in der die Weichen für das weitere Leben gestellt werden. Jugendliche, die aufgrund einer beeinträchtigten Persönlichkeitsentwicklung an den normativen Entwicklungsaufgaben scheitern, werden zu Erwachsenen, die in zahlreichen Bereichen der allgemeinen Lebensbewältigung massive Beeinträchtigungen aufweisen. Klinische Erfahrungen zeigen, dass therapeutische Ansätze bei Jugendlichen besser greifen und schneller eine Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit erzielen als bei Erwachsenen, deren Störung über mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte kultiviert wurde [63]. Alle diejenigen Fachpersonen, die sich weigern, aufgrund vermeintlicher Stigmatisierung oder aufgrund von vermeintlich fehlender diagnostischer Validität im Jugendalter, PS zu diagnostizieren und adäquat zu behandeln, müssen sich aufgrund der empirischen Befunde der letzten 20 Jahre der Frage stellen, ob sie mit dieser Haltung nicht zu einer Verfestigung und Chronifizierung der Störung und somit zu einer iatrogenen

Schädigung beitragen. Zudem wird eine wissenschaftliche Erforschung der Entstehung und Entwicklung von PS über die Lebensspanne hinweg behindert, wenn weiterhin angenommen wird, dass PS im Alter von 18 Jahren plötzlich «aus dem Nirgendwo» auftauchen.

Funding / potential competing interests:

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literatur

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, World Health Organization (Herausgeber). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien). Bern: Huber; 1991.
- Chanan A, Sharp C, Hoffman P; Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*. 2017;16(2):215–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20429>. PubMed.
- Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ES-CAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(11):1307–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>. PubMed.
- Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(12):1266–88. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12449>. PubMed.
- Westen D, DeFife JA, Malone JC, DiLallo J. An empirically derived classification of adolescent personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(5):528–49. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.030>. PubMed.
- Kaess M, Brunner R, Chanan A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-3677>. PubMed.
- Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Pers Disord*. 2011;25(5):607–19. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>. PubMed.
- Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q*. 2003;74(4):349–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1026087410516>. PubMed.
- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188(5):423–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>. PubMed.
- Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(5):16–20. PubMed.
- Goth K, Foelsch P, Schlüter-Müller S, Birkhölzer M, Jung E, Pick O, et al. Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):27. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-27>. PubMed.
- WHO. (2019). ICD-11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, zuletzt geöffnet am 12.12.2019
- Power RA, Pluess M. Heritability estimates of the Big Five personality traits based on common genetic variants. *Transl Psychiatry*. 2015;5(7):e604–604. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/tp.2015.96>. PubMed.
- Shiner RL, DeYoung CG. (2013). The Structure of Temperament and Personality Traits: A Developmental Perspective. In: *The Oxford handbook of developmental psychology*. New York: Oxford University Press; 2013. p. 113-141
- Roberts BW, DelVecchio WF. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2000;126(1):3–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>. PubMed.
- Wertz J, Caspi A, Ambler A, Arseneault L, Belsky DW, Danese A, et al. Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.005>. PubMed.
- Hamlat EJ, Young JF, Hankin BL. Developmental Course of Personality Disorder Traits in Childhood and Adolescence. *J Pers Disord*. 2019;•••:1–19. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2019.33_433. PubMed.
- Winsper C, Marwaha S, Lereya ST, Thompson A, Eyden J, Singh SP. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med*. 2015;45(11):2237–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715000318>. PubMed.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(8):837–49. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x>. PubMed.
- Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4(1):7. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s40479-017-0058-4>. PubMed.
- Chanan AM. Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *J Clin Psychol*. 2015;71(8):778–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22205>. PubMed.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>. PubMed.
- Goodman M, Patil U, Triebwasser J, Hoffman P, Weinstein ZA, New A. Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *J Pers Disord*. 2011;25(1):59–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>. PubMed.
- Bailey RC, Grenyer BF. Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *J Pers Disord*. 2014;28(6):796–809. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2014_28_136. PubMed.
- El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J. Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosom Med*. 2010;72(7):641–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b>. PubMed.
- Dokucu ME, Cloninger CR. Personality disorders and physical comorbidities: a complex relationship. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(5):435–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000536>. PubMed.
- Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011;377(9759):74–84. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5). PubMed.
- Baer N. Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten. *Praxis (Bern 1994)*. 2017;106(6):311–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1661-8157/a002624>. PubMed.
- van Velzen CJ, Emmelkamp PM, Scholing A. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *J Anxiety Disord*. 2000;14(4):395–411. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00030-X). PubMed.
- Olsson I, Dahl AA. Avoidant personality problems—their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Compr Psychiatry*. 2012;53(6):813–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.10.007>. PubMed.
- van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry*. 2007;22(6):354–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>. PubMed.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Schmeck K, Pick OG, Milidou M, Schenk N, Schlüter-Müller S, Zimmermann R. Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*. 2018;22(3):179–85.
- Sevecke K, Haid-Stecher N, Goth K, Bock A, Krischer MK. Zeit für etwas Neues? Paradigmenwechsel für die Persönlichkeitsstörung im ICD-11. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*. 2019;23(4):299–309.
- Hutsebaut J, Kamphuis JH, Feenstra DJ, Weekers LC, De Saeger H (2016). Assessing DSM-5-Oriented Level of Personality Functioning: Development and Psychometric Evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STIP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication.
- Bender DS, Skodol AE, First MB, Oldham JM. (2018). Module I: structured clinical interview for the level of personality functioning scale. In: *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-AMPD)*. First MB, Skodol AE, Bender DS,

- Oldham JM (Hrsg). Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- 37 Zettl M, Taubner S, Hutsebaut J, Volkert J. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2019Dec;69(12):499-504. doi: 10.1055/a-1010-6887
- 38 Boonmann C, Goth K, Fux E, Schmeck K. (2017). Deutsche Übersetzung des Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STIP-5.1) von Hutsebaut J, Berghuis H, De Saeger H, Kaasenbrood A, Ingenhoven T. Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel
- 39 First MB, Williams JB, Benjamin LS, Spitzer RL. (2016). *SCID-5-PD: Structured clinical interview for DSM-5® personality disorders*. American Psychiatric Association Publishing.
- 40 Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T. (1997). SCID II - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- 41 Chanan AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord*. 2004;18(6):526-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>. PubMed.
- 42 Jucksch V, Salbach-Andrae H, Lehmkühl U. Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter. *Nervenarzt*. 2009;80(11):1322-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-009-2805-2>. PubMed.
- 43 Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna IA, Parzer P, Chanan A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2013;46(1):55-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000338715>. PubMed.
- 44 Goth K, Birkhölzer M, Schmeck K. Assessment of Personality Functioning in Adolescents With the LoPF-Q 12-18 Self-Report Questionnaire. *J Pers Assess*. 2018;100(6):680-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2018.1489258>. PubMed.
- 45 Jung E, Pick O, Schlüter-Müller S, Schmeck K, Goth K. Identity development in adolescents with mental problems. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):26. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-7-26>. PubMed.
- 46 Birkhölzer M, Goth K, Schrobildgen C, Schmeck K, Schlüter-Müller S. [Background and practical use of the assessment of identity development in adolescence (AIDA)]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2015;64(8):584-600. doi: <http://dx.doi.org/10.13109/prkk.2015.64.8.584>. PubMed.
- 47 Kerber A, Schultze M, Knaevelsrud C, Wright AG, Spitzer C, Müller S, Krueger RF, Zimmermann J (in prep.). Development of a Short and Reliable Measure for Maladaptive Personality Traits According to DSM-5 and ICD-11 Using Ant Colony Optimization Algorithms.
- 48 Oltmanns JR, Widiger TA. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychol Assess*. 2018;30(2):154-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000459>. PubMed.
- 49 von Auer AK, Bohus M, Herausgeber. Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A): Das Therapeutenmanual-Akkreditiert vom Deutschen Dachverband DBT. Stuttgart: Klett-Cotta; 2018
- 50 McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(8):777-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>. PubMed.
- 51 Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(10):1082-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>. PubMed.
- 52 Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(4):295-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>. PubMed.
- 53 Mehlum L, Ramlath RK, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(10):1112-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13077>. PubMed.
- 54 Taubner S, Sevecke K, Rossouw TI. Mentalisierungsbasierte Therapie bei Jugendlichen (MBT-A) mit Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*. 2015;19:33-43.
- 55 Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(12):1304-1313.e3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>. PubMed.
- 56 Loose C. Die Schematherapie bei adolescenten Patienten mit Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*. 2015;19:44-54.
- 57 Foelsch PA, Schlüter-Müller S, Odom AE, Arena H, Borzutzky A, Schmeck K. (2013). *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT): Ein integratives Therapiekonzept für Persönlichkeitsstörungen*. Springer-Verlag.
- 58 Zimmermann, R., Krause, M., Schenk, N., Furer, L., Schrobildgen, C., Schlüter-Müller, S., Kaess, M., Schmeck, K. (2018). A Design for Change Process Research in Adolescents with Personality Disorders. *Contemp Clin Trials Commun*. Oct 31;12:182-191.
- 59 Streeck-Fischer A, Cropp C, Streeck U, Salzer S. Die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PiM) für Adoleszente mit Borderline- Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*. 2016;19:67-76.
- 60 Salzer S, Cropp C, Jaeger U, Masuhr O, Streeck-Fischer A. Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2014;44(10):2213-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171300278X>. PubMed.
- 61 Krischer MK, Normandin L. Tagesklinische Behandlung von adolescenten Borderline-Patienten mit Techniken der Übertragungsfokussierten Psychotherapie für Jugendliche. Konzept und erste Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*. 2015;19:2-13.
- 62 Schmeck K. DSM-5: Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*. 2014;18:6-15.
- 63 Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Perroud NA, Reisch T, et al. Borderline-Persönlichkeitsstörung: Behandlungsempfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2018;169(05):135-43.
- 64 Wertz J, Agnew-Blais J, Caspi A, Danese A, Fisher HL, Goldman-Melroe S, et al. From childhood conduct problems to poor functioning at age 18 years: Examining explanations in a longitudinal cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(1):54-60.e4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.437>. PubMed.
- 65 Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res*. 2018;262:40-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.034>. PubMed.