

Freier Beitrag

Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Widersprüche und Perspektiven

Kathrin Sevecke¹, Gerd Lehmkuhl¹, Franz Petermann² und Maya K. Krischer¹

¹Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln

²Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

Zusammenfassung. Ziel dieses Beitrags ist es, die aktuelle Kontroverse zum Thema Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter darzustellen und für den deutschsprachigen Raum Trends sowie Perspektiven in Forschung und Praxis seit 2009 zu skizzieren. Dazu wurden vor allem Publikationen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Klinischen Kinderpsychologie neben wissenschaftlichen Beiträgen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gesichtet. Aktuelle Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter mittels der für Erwachsene entwickelten Instrumente zuverlässig erfasst werden können und diagnostiziert werden sollten. Zugleich fehlt es noch an spezifischen Instrumenten, welche die Besonderheiten von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter abbilden und von Adoleszenzkrise differenzieren können. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen scheint im Jugendalter höher als im Erwachsenenalter zu liegen. Eine Subform der antisozialen Persönlichkeitsstörung, die auch bei Jugendlichen zu finden ist, stellt die Psychopathie dar. Insgesamt wird deutlich, dass es noch weiterer diagnostischer Langzeitstudien bedarf, um zu klären, unter welchen Bedingungen Persönlichkeitsstörungen manifest werden, welche Faktoren ihren Verlauf beeinflussen und wie sie sich durch Interventionen verändern lassen.

Schlüsselwörter: Persönlichkeitsstörungen, Adoleszenz, Psychopathie, Diagnostik

Personality disorders in adolescence: Controversy and perspectives

Abstract. The focus of this paper was to illustrate the recent controversy on personality disorders in youth and to outline trends for the German speaking countries in research and clinical practice since 2009. Therefore, especially publications in child and adolescent psychiatry and clinical child psychology as well as scientific presentations at the 32nd Congress of the German Society for Child and Adolescent Psychiatry were screened. Recent research results point out that personality disorders in youth can be reliably assessed and diagnosed with instruments that were originally developed for assessing adults. At the same time, specific instruments are missing that can represent the characteristics of juvenile personality disorders and differentiate them from adolescent crisis. The prevalence of personality disorders seem to be higher in adolescence than in adulthood. A subtype of the antisocial personality disorder is psychopathy that can also be identified in youth. In summary it is evident that we need more diagnostic follow-up studies in order to clarify under which circumstances personality disorders develop, which factors can influence their course, and which interventions might effect their change.

Key words: personality disorders, adolescence, psychopathy, diagnosis

Trotz vorliegender empirischer Studien, die eindeutig die Existenz und Diagnostizierbarkeit von Persönlichkeitsstörungen (PS) im Jugendalter belegen (Levy et al., 1999; Westen, Shelder, Durett, Glass & Martens, 2003; Krischer, Sevecke, Lehmkuhl & Pukrop, 2007), werden PS bei Jugendlichen immer noch kontrovers diskutiert; es besteht Uneinigkeit hinsichtlich der Frage ihrer Klassifikation (Krischer, Sevecke, Petermann, Herpertz-Dahlmann & Lehmkuhl, 2010). Einige Autoren befürworten eindeutig, dass PS bereits bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert werden sollten (Westen et al., 2003; Durrett & Westen, 2005), da durch eine Früherkennung gezielte therapeutische Interventionen möglich sind. Im DSM-V soll durch die geplante Aufnahme eines dimensional-

Modells – im Gegensatz zur aktuellen kategorialen Erfassung – der dringend notwendige Entwicklungsaspekt stärker berücksichtigt werden. Allerdings fehlt bedauerlicherweise noch immer ein eigenständiges jugendspezifisches Modell, das eine Adoleszentenkrise von einer PS differenziert.

In der ICD-10 werden entgegen aktueller Befunde zur fehlenden Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter (Skodol, Shea, Yen, White & Gunderson, 2010; Zanarini et al., 2006) diese als „tief verwurzelte Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen“, beschrieben. Weiter heißt es: „Solche Verhaltens-

Tabelle 1. Thematische Übersicht zu PS im Rahmen des 32. Kongresses der DGKJP 2011

Symposien/Vorträge

- Persönlichkeitsstärkung im Kindergarten: Das Bildungs- und Präventionsprogramm „Kindergarten plus“
- Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Jugendlichen
- Persönlichkeitsstile bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia Nervosa
- Persönlichkeitsmerkmale und Tierquälerei bei dissozialen Jugendlichen
- Psychopathische Persönlichkeitszüge als Prädiktoren für den Massnahmeverlauf
- Kerndimensionen der Psychopathy bei delinquenten Mädchen und Jungen
- Konstrukt der Persönlichkeitsstörung im Jugendalter
- Unterschiede in Persönlichkeit, Aufmerksamkeit und sozio-emotionalen Verarbeitungsprozessen zwischen Kindern mit Bindungsstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen
- Intramurale Tatverarbeitung im Bedingungsgefüge von Persönlichkeit und Deliktzenarien

muster sind zumeist stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen“ (ICD-10, Dilling et al., 1994). Um die Diagnose einer PS stellen zu können, muss das Kriterium des Krankheitsbeginns in der Kindheit oder Jugend erfüllt sein, also deutliche Anzeichen für eine PS müssen bereits vor dem 18. Lebensjahr bestehen. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie geben vor, dass aufgrund des Entwicklungsaspekts psychischer Störungen im Jugendalter die Diagnose einer PS vor dem 16. Lebensjahr dann gestellt werden darf, wenn im Sinne der kategorialen Erfassung die geforderte Mindestanzahl der Symptome erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten und nicht auf andere psychische Störungen zurückzuführen sind. Obwohl die Diagnosestellung einer PS vor dem 16. Lebensjahr eindeutig möglich ist und viele Daten dafür sprechen, wird sie in Fachkreisen u. a. aufgrund einer frühzeitigen Etikettierung von Jugendlichen nach wie vor kontrovers diskutiert (Koglin & Petermann, 2007). Da einige Persönlichkeitsstörungsmerkmale gleichzeitig auch passagere Entwicklungsmerkmale darstellen, erscheint eine Differenzierung zwischen PS und temporärer Entwicklungskrise mitunter schwierig (Schmid, Schmeck & Petermann, 2008).

Schmid et al. (2008) verweisen vor dem Hintergrund aktueller Katamnese Studien (Zanarini et al., 2006) darauf, dass das frühere Konzept von PS, als stabile und weitgehend unveränderbare psychische Störung (ICD-10 und DSM-IV), insgesamt als überholt anzusehen ist. Juksch, Salbach-Andrae und Lehmkuhl (2009) belegen durch ihre prospektive Studie eine vergleichbare Stabilität von PS im Jugend- wie im Erwachsenenalter, wie sie bereits vor einigen Jahren in US-amerikanischen Studien nachgewiesen wurden. Allerdings stellen mehrere Studien die mangelnde Stabilität insbesondere von kategorial erfassten PS-Diagnosen im Alter von 17 Jahren und zwei Jahre später fest (Garnet, Levy, Mattanah, Edell & McGlashan, 1994; Lewis, 2001; Chanen, Jackson, McGorry, Allot & Yuen, 2004). Langfristige Erkenntnisse lieferte die längsschnittlich angelegte und inzwischen 20 Jahre wäh-

rende Children in the Community Study (CIC; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005), deren Resultate darauf verweisen, dass PS-Symptome ihre höchste Ausprägung in der frühen Adoleszenz haben und im Anschluss bis zum Alter von 27 Jahren linear abnehmen. Eigene Untersuchungsergebnisse konnten das Resultat einer besonders hohen Ausprägung von PS-Traits im Jugendalter im Vergleich zum Erwachsenenalter bestätigen (Krischer, Sevecke et al., 2007). Insgesamt verweisen die aktuell im Erwachsenenalter (Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Skodol et al., 2010; McLean Study of Adult Development: Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk 2005) durchgeführten Längsschnittstudien darauf, dass Persönlichkeitsstörungen keine lebenslangen Zustände darstellen, sondern ihr Verlauf durch Perioden von Stabilität und Veränderung charakterisiert ist (Ullrich & Coid, 2009). Zusammen mit der Verlaufsdynamik von PS im Jugendalter ergeben sich hierdurch neue Perspektiven und Anforderungen an Diagnostik und Therapie. Es muss geklärt werden, unter welchen Bedingungen PS manifest werden, welche Faktoren ihren Verlauf beeinflussen und wie sie sich therapieren lassen. Darüber hinaus bestehen häufig komorbide Symptome, so dass von einem diagnostischen Spektrum ausgegangen werden kann.

Aus diesen Gründen wird die adoleszente Persönlichkeitspathologie in den USA momentan als ein hoch aktuelles Thema diskutiert, im deutschsprachigen Raum hingegen fristet sie trotz eines Zuwachs an Studien in den letzten Jahren (Salbach-Andrae et al., 2008) immer noch ein Schattendasein. Allerdings lässt der letzte (32.) Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) im März 2011 einen kleinen Aufwärtstrend erhoffen. Eine Inhaltsanalyse der Kongressabstracts zeigt interessante Trends (vgl. Tab. 1).

Angeregt durch die Präsentationen zu PS während des 32. Kongresses der DGKJP wurden hauptsächlich deutschsprachige Forschungsarbeiten aus den Zeitschriften „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ sowie der „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ für die Jahre 2009/2010

ausgewertet. Hierbei ging es sowohl um die aktuellen Forschungsschwerpunkte, als auch um Aspekte der klinischen Diagnostik und Therapie. Darüber hinaus soll in diesem Beitrag herausgearbeitet werden, in welchen Bereichen noch Forschungsdefizite bestehen und wie sie verringert werden können.

Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Die Besonderheit der Diagnostik von PS im Jugendalter besteht darin, dass die Prävalenz von pathologischen Persönlichkeitsdimensionen per se höher liegt als im Erwachsenenalter (Krischer, Sevecke et al., 2007; Krischer, Stippel & Sevecke, 2007) und aufgrund der Destabilisierung, welche die Adoleszenz mit sich bringt, das Ausmaß der Schwierigkeiten oft erstmals sichtbar wird (Herbst, Jaeger, Leichsenring & Streeck-Fischer, 2009). Die wenigen zu dieser Thematik bisher erschienen Publikationen im deutschsprachigen Raum sprechen für eine valide Diagnostik von PS auf der Basis von Instrumenten, die ursprünglich für Erwachsene konzipiert waren (Krischer, Sevecke et al., 2007; Salbach-Andrae et al., 2008). Salbach-Andrae und Mitarbeiter zeigen, dass mittels eines strukturierten Interviews zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (SCID-II, Wittchen et al., 1993) signifikant mehr jugendliche Patienten (32,7 %) die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielten als durch das klinische Urteil erfahrener Kliniker (10,9 %). Dies deckt sich mit Ergebnissen einer Aktenstudie an der Universitätsklinik Frankfurt von Wöckel und Mitarbeitern (2010b), die in einem Zeitraum von 14 Jahren (1998–2004) anhand von Krankenakten insgesamt eine Stichprobe von nur 53 Patienten mit der klinischen Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung identifizierten. Aus eigenen Untersuchungen mit stationär behandelten Jugendlichen wissen wir, dass bei Einsatz von strukturierten Interviews (IPDE, Loranger et al., 1994) eine überraschend hohe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen um 40 % in klinischen Stichproben Jugendlicher vorzufinden ist, wie sie auch aus klinischen Erwachsenenpopulationen berichtet wird (Krischer & Sevecke, 2010; als Überblick: Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2005).

Dimensionale Modelle gegenüber kategorialen Konzepten zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter werden dabei als sensibler erachtet (Chabrol, Chouicha, Montovany, Callahan & Duconge, 2002; Levy et al., 1999; Rey, Morris-Yates, Singh, Andrews & Stewart, 1995). So werde der Aspekt Kontinuität und Veränderung durch dimensional orientierte Ansätze besser berücksichtigt (Krueger & Carlson, 2001). Auf der Grundlage ihrer Ergebnisse verweisen Westen und Mitarbeiter (2003) auf die Probleme einer kategorialen Diagnostik, die durch überlappende Kategorien artifizielle

Diagnosebilder im Jugendalter abbilden könnte. Eigene Untersuchungen bestätigen, dass sich bei Jugendlichen ab dem Alter von 14 Jahren ein valides Profil von dimensional erfassten persönlichkeitspathologischen Traits mit zufriedenstellender Gruppen- und Kriteriumsvalidität evaluieren lässt (Krischer, Sevecke et al., 2007; ähnlich: Tromp & Koot, 2010). Die meisten der bisher durchgeführten Jugendstudien beziehen sich allerdings auf Instrumente, die für das Erwachsenenalter und nicht speziell für die Adoleszenz entwickelt wurden, was wiederholt kritisiert wurde. Nach Auffassung dieser Autoren (Überblick: Schmid et al., 2008) verhindere der bisher vorherrschende unterschiedliche Umgang mit Diagnosekriterien eine effektivere Forschung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Sie weisen auf Nachteile hin, die Erwachsenenkriterien einfach auf das Jugendalter zu übertragen, insbesondere da einige der Erwachsenensymptome (z.B. Identitätsstörung) bei Jugendlichen schwer zu beurteilen sind und darüber hinaus unklar bleibt, wie sich komplexe Interaktionsstörungen im Kindesalter auf die weitere Entwicklung auswirken. So fehle es an systematischen empirischen Untersuchungen, welche Kriterien aufstellen und belegen, wie Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen zuverlässig von Jugendlichen mit Adoleszentenkrise oder anderen Achse-I-Störungen zu unterscheiden sind. Gleichzeitig drücken die Autoren ihre Überzeugung aus, dass sich eine pathologische Persönlichkeitsentwicklung auch im Jugendalter bereits von einer unauffälligen Entwicklung deutlich unterscheidet (vgl. Johnson et al., 2000; Levy et al., 1999; im Überblick: Krischer, Sevecke, Döpfner & Lehmkuhl, 2006), weshalb sie die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter sehr wohl als gerechtfertigt ansehen. Demnach fehlt es also an Ergebnissen, insbesondere aus Längsschnittstudien, die im Verlauf zwischen persönlichkeitspathologischen und krisenhaften Verläufen Jugendlicher unterscheiden können, um einen Beitrag zur Entwicklung jugendspezifischer Kriterien leisten zu können.

Psychopathy als Subtyp der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (ASPS)

Zur Frage der Kontinuität antisozialer Traits und des späteren Vorliegens einer antisozialen Persönlichkeitsstörung existieren einheitlichere Ergebnisse. Zahlreiche Studien haben den Zusammenhang zwischen einer frühen expansiven Störung im Kindesalter und der Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie biologische Unterschiede betont (Helgeland, Kjelsberg & Torgersen, 2005; Lahey, Loeber, Burke & Applegate, 2005; Moffitt, Casper, Harrington & Milne, 2002; Rey et al., 1995). Roth und Strüber (2009) referieren in ihrer Übersicht zu neurobiologischen Aspekten bei antisozialer PS

und Psychopathy entsprechende empirische Erkenntnisse zu reaktiver und proaktiver Gewalt. Proaktiv-instrumentelle Gewalttäter mit Empathiedefiziten zeigen verminderte vegetative Reaktionen und reduzierte Aktivität in den Amygdala bei unbeeinträchtigter intellektueller Funktion. Impulsiv-reaktive Gewalttäter weisen hingegen erhöhte vegetative Reaktionen und eine Aktivitätsverringern in frontalen Hirnarealen auf, während die Aktivität in der Amygdala als Zentrum für Furchtempfinden erhöht ist.

Dem breiten Spektrum verschiedener Formen von Störungen des Sozialverhaltens und der antisozialen Persönlichkeitsstörung stehen eine große Anzahl begrifflicher Definitionen und Subklassifikationen mit unterschiedlichen Verlaufsformen gegenüber. Vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme von Gewalt und Delinquenz im Jugend-, aber auch im Kindesalter sowie der Gefahr einer dauerhaften dissozialen Entwicklung, ist in den letzten Jahren die Frage nach Ätiologie, Verlauf und Behandlung einzelner Subtypen Gegenstand intensiver Forschung geworden. Das Psychopathy-Konzept nach Hare et al. (1990) stellt eine solche Differenzierung dar, in dem auf eine spezielle Kombination affektiv-interpersoneller Persönlichkeitsdimensionen sowie antisozialer Verhaltensmerkmale als Extremform der ASPS abgestellt wird.

Deskriptiv erscheint die Psychopathy in der internationalen Klassifikation psychischer Krankheiten (ICD-10) in der Rubrik der sogenannten dazugehörigen Begriffe als „psychopathische Persönlichkeitsstörung“ und wird der Kategorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2) zugeordnet. In der Vorabversion der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Fachgesellschaft (DSM-V), die sich auf insgesamt fünf Persönlichkeitsstörungen beschränkt, erscheint unter 301.7 der Antisocial/Psychopathic Typus. Basierend auf den bisherigen empirischen Ergebnissen wird nunmehr auf die Persönlichkeitsdimensionen der Psychopathy abgestellt. Neben dem antisozialen Verhalten zeichnet sich die Psychopathy durch deutlich ausgeprägte narzisstisch-manipulative Persönlichkeitszüge sowie zusätzlich emotionale Auffälligkeiten wie Empathielosigkeit, fehlende Reue und allgemeine Gefühlsarmut aus (Sevecke, Krischer, Döpfner & Lehmkuhl, 2005a; Sevecke, Krischer, Schönberg & Lehmkuhl, 2005b; Sevecke & Krischer, 2006; Sevecke, Lehmkuhl & Krischer, 2010). Derzeit existieren zwei rivalisierende Faktorenstrukturen:

- Das von Hare (Hare, 2003; Jones, Cauffman, Miller & Mulvey, 2006; Neumann, Kosson, Forth & Hare, 2006) favorisierte 4-Faktoren-Modell umfasst zwei Kerndimensionen (Interpersonaler und Affektiver Faktor) sowie zwei Verhaltensdimensionen (Lifestyle und Antisozialer Faktor).

- In dem von Cooke und Michie (2001) favorisierten 3-Faktoren-Modell wurden solche Items eliminiert, die sich speziell auf kriminelles Verhalten beziehen (Antisozialer Faktor). Aus Sicht dieser Forscher resultiert das antisoziale Verhalten aus der Störung und sollte deshalb nicht zu den definitorischen Merkmalen von Psychopathy gehören.

In der Literatur gibt es kaum Prävalenzangaben zu Psychopathy bei Erwachsenen, noch weniger epidemiologische Studien liegen für den Kinder- und Jugendbereich vor. Sevecke, Krischer und Lehmkuhl (2011) beschreiben an einer großen Stichprobe inhaftierter Jugendlicher – abhängig von dem zugrunde gelegten Schwellenwert für Psychopathy – für die inhaftierten Jungen Prävalenzen von 63 % bis 27 %, für die inhaftierten Mädchen von 24 % bis 7 %. Sie schlussfolgern daraus, dass sich bei Verwendung unterschiedlicher Modelle zur Auswertung der Psychopathy sehr verschiedene Prävalenzraten berechnen lassen. Dabei scheint das Ausmaß der jugendtypischen und dissozialen Verhaltensmerkmale den Psychopathy-Gesamtwert fälschlich in die Höhe zu treiben, so dass mehr auf die Ausprägungen der Kernpersönlichkeitsdimensionen abgestellt werden sollte als die antisozialen Verhaltensmerkmale.

Differenzialdiagnose und komorbide Störungen

Für das Jugendalter wird insbesondere die Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und posttraumatischer Belastungsstörung hervorgehoben und darauf hingewiesen, dass sich daraus spezifische Probleme für die Klassifikation von PS im Jugendalter ergeben. Verschiedene Studien aus dem deutschen Sprachraum konnten die hohe Überschneidung (ca. 40 %) von PS mit Essstörungen insbesondere für die Bulimia Nervosa im Jugendalter belegen (Herpertz-Dahlmann, Hagenah, Vloet & Holtkamp, 2005; Salbach-Andrae et al., 2008). Bottin et al. (2010) haben das Auftreten von PS bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa verglichen und fanden deutliche Unterschiede. Patientinnen mit einer Anorexia nervosa vom binge-purging-Typus wiesen eine deutlich höhere Prävalenzrate bezügliche PS auf (58.8 %) als die mit einer Bulimia (48 %) oder einer restriktiven Anorexia nervosa (14.1 %). Die am häufigsten gestellten Diagnosen waren die der selbstunsicheren, der depressiven und der Borderline PS. Es wird diskutiert, ob eine chronische Essstörung für die Entwicklung einer PS disponiert (Herpertz-Dahlmann et al., 2005).

Darüber hinaus wurde die hohe Überschneidung von ADHS mit PS speziell vom antisozialen Typ sowohl im Jugend- als auch im Erwachsenenalter belegt (Manuzza,

Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1998; Nigg et al., 2002; Rösler, Retz, Yaqoobi, Burg & Retz-Junginger, 2009; Schmidt & Petermann, 2009; Sevecke, Lehmkuhl & Krischer, 2008). Es stellt sich die Frage, ob eine ADHS als ein Vorläufer für eine Persönlichkeitsstörung anzusehen ist oder die diagnostischen ADHS-Kriterien zu unspezifisch für eine eindeutige Unterscheidung beider Störungsbilder sind. Mit einem Blick auf den Symptomenwandel der ADHS in der Lebensspanne kann dies zur Folge haben, dass ADHS-spezifische Symptome in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich bewertet werden (Petermann, 2010; Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin, 2010). Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Diagnostik und Therapie, wodurch ein altersangepasstes Vorgehen unterstrichen wird.

Insgesamt wird die stärkere Beeinträchtigung bei Jugendlichen mit einem hohen Symptomlevel von Persönlichkeitsstörungspsychopathologie hervorgehoben. So fand sich z. B. niedrigere Bildung sowie niedrigere Schul- und berufliche Leistung bei Jugendlichen mit hohen Cluster-A-Auffälligkeiten (Cohen et al., 2005).

Eine hohe konzeptionelle Überschneidung zwischen der Borderline- sowie der antisozialen PS und frühen, komplexen Traumatisierungen sowie Interaktionsstörungen wurden in verschiedenen Studien hervorgehoben (Brunner, Parzer & Resch, 2001; Überblick bei Schmid et al., 2008; Schmid, Fegert & Petermann, 2010 sowie Krischer et al., 2010). Es wurde eine gemeinsame ätiologische Grundlage der PS sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben (Jucksch et al., 2009; Krischer & Sevecke, 2008). Herbst und Mitarbeiter (2009) fanden in einer Stichprobe stationär behandelter Jugendlicher mit multiplen, lang anhaltenden Traumatisierungen bei 44 % eine emotional instabile PS vom Borderline-Typus. Hieraus leitet sich die Notwendigkeit ab, im Jugendalter eine genaue diagnostische und differenzialdiagnostische Differenzierung vorzunehmen, um zwischen einer Borderline-PS und einer Traumafolgestörung zu unterscheiden. Traumatisierte Jugendliche können Symptome zeigen, die der Borderline-PS zugeordnet werden (ähnlich auch Streeck-Fischer, 2008), obwohl möglicherweise die Diagnose der komplexen Traumastörung angemessener wäre. Im klinischen Sinn erscheinen manche persönlichkeitsstörungsspezifischen Symptome unter den jeweiligen Lebensbedingungen als sinnvolle Lösungsversuche traumatisierter Kinder und Jugendlicher.

Therapeutische Ansätze

Für die Behandlung von Erwachsenen mit PS liegen eine Reihe empirischer Befunde zu der Frage vor, welche allgemeinen therapeutischen Prinzipien erfolgreich eingesetzt werden können. So wird auf eine tragfähige, langfristige Beziehung zwischen Patient und Therapeut gesetzt, ein klarer Behandlungsfokus sowie ein aktiver und

strukturierender Ansatz gewählt (Bateman & Fonagy, 2000). Störungsspezifische psychodynamisch orientierte Therapieverfahren wie die übertragungsfokussierte (TFP, Clarkin et al. 2004), die mentalisierungsbasierte (MbT: Bateman & Fonagy, 2006), die strukturbezogene (Rudolf, 2004) und die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie (PiM, Streeck, 2007), deren Wirksamkeit in Therapiestudien an Erwachsenen mit PS bestätigt wurden, sind für das Jugendalter noch nicht evaluiert worden.

Aufgrund der großen klinischen Relevanz werden zurzeit vermehrt spezifische Ansätze zur Behandlung von PS im Jugendalter erprobt, welche die spezifischen Bedingungen der Adoleszenz berücksichtigen (Übersicht: Krischer et al., 2006; 2010). Zumeist werden bewährte und evidenzbasierte Therapiemanuale aus dem Erwachsenenbereich entsprechend modifiziert, wie die AIT (Adolescent Identity Treatment, Foelsch et al., 2010; Kernberg, Krischer & Foelsch, 2008) oder die DBT-A (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler & Leigh, 1997, deutsche Übersetzung von Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns & Schulz, 2001). Die AIT, entwickelt aus der TFP (Transference Focused Psychotherapy (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2004; Döring et al., 2010), hebt die Identitätsdiffusion als ätiologische Grundlage für eine jugendliche PS im Gegensatz zu einer Identitätskrise hervor. Im Rahmen der Identitätsbildung eines Jugendlichen kann es zum Beispiel durch die Diskrepanz zwischen dem sich schnell verändernden körperlichen Selbst und dem psychischen Erleben zu einer vorübergehenden Überforderung und damit zur Entwicklung einer Identitätskrise kommen. Allerdings bleibt bei der Identitätskrise, die in der Regel mit einer gut integrierten Identität endet, trotz des Experimentierens mit verschiedenen Rollen die Kontinuität des Selbst über Situationen und Zeit hinweg erhalten (Erikson, 1959). Im Gegensatz dazu wurde die Identitätsdiffusion von Kernberg, Weiner und Bardenstein als das Fehlen eines integrierten Selbstkonzepts und eines Konzepts der wichtigen Bezugspersonen beschrieben. Dies zeigt sich in unreflektierten, widersprüchlichen und chaotischen Beschreibungen des Patienten von sich selbst und anderen sowie in der Unfähigkeit, diese Widersprüche zu integrieren oder überhaupt wahrzunehmen (Clarkin et al., 2004). Mit der AIT wird nun ein Verfahren zur Behandlung einer Identitätsdiffusion bei Jugendlichen entwickelt und erprobt. Den Jugendlichen soll dabei geholfen werden, ihre Beziehungen zu Freunden, Eltern oder Lehrern zu verbessern, sich über ihre Ziele im Leben klar zu werden und ein positives Selbstwertgefühl sowie eine stabile Identität zu entwickeln (siehe ausführliche Kasuistik: Foelsch et al., 2010).

Streeck-Fischer (2008) propagiert und untersucht bei Jugendlichen mit Borderline-PS eine stationäre psychodynamische Psychotherapie, die multimodale therapeutische Ansätze einbezieht (PiM bei Jugendlichen) und in den letzten Jahren manualisiert wurde. Sie basiert auf der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie (Heigl-

Evers & Ott, 1998) und wurde unter Berücksichtigung von entwicklungsorientierten und soweit erforderlich – traumaspezifischen Ansätzen (Streeck-Fischer, 2006) weiterentwickelt. Es ist zu beachten, dass Erwachsene und Jugendliche mit PS gleichermaßen grundsätzliche Schwierigkeiten haben, stabile Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Aus diesem Grund ist im Verlauf der Behandlung einer PS davon auszugehen, dass ein einmal aufgebautes Arbeitsbündnis vom Patienten immer wieder in Frage gestellt wird. Diesem Aspekt sollte deshalb große Beachtung geschenkt werden, indem z. B. der Therapeut dies aktiv und rechtzeitig in der Therapie thematisiert. Ein konsistenter Rahmen scheint deswegen insbesondere für den Erfolg in der Behandlung von Jugendlichen mit PS wichtig zu sein, so dass ein zu Beginn abgeschlossener Behandlungsvertrag, wie ihn die AIT vorsieht, von großem Nutzen sein kann.

Die Datenlage zur Effektivität einer pharmakologischen Behandlung von PS im Jugendalter ist insgesamt noch gering (Wöckel et al., 2010a, b) und wird lediglich als supportiv eingestuft (Wewetzer, Herpertz & Herpertz-Dahlmann, 2003). Eine spezifische, bzw. zugelassene Medikation für PS, insbesondere für die Borderline-PS, gibt es nicht, sie sollte daher symptomorientiert sein (Schmahl & Bohus, 2001). Wöckel und Mitarbeiter (2010a, b) werteten als einer der wenigen deutschsprachigen Studien retrospektiv die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei jugendlichen Borderline-Patienten während einer Erstbehandlungsperiode aus. Ca. 80 % der verschriebenen Medikamente waren Antidepressiva (SSRI und NaSSA) bzw. Neuroleptika (vorzugsweise Olanzapin), am häufigsten wurde eine Zweifachkombination durchgeführt. Da sich unter der medikamentösen Behandlung signifikant das Funktionsniveau verbesserte, wurde die Pharmakotherapie bei Jugendlichen mit Borderline-PS als erfolgsversprechend eingestuft.

Herausforderungen für die Zukunft

Die Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen mit PS gilt allgemein als Herausforderung, da es sich meist um komplexe und vielschichtige Symptome und Probleme handelt. Wie jedoch die dargestellten empirischen Studien zeigen, können PS bei Jugendlichen mit den vorliegenden Instrumenten, welche aus dem Erwachsenenbereich stammen und modifiziert wurden, zufriedenstellend diagnostiziert werden. Allerdings ist eine differenzialdiagnostische Unterscheidung zwischen einer Adoleszenzkrise und einer PS, da ein eigenständiges jugendspezifisches Instrument fehlt, derzeit noch nicht möglich. Die bisher vorliegenden Befunde rechtfertigen zwar eindeutig die Diagnose einer PS im Jugendalter, aber es sind noch mehr wissenschaftliche Arbeiten von Nöten, um jugendspezifische Verläufe und Besonderheiten besser identifizieren und verstehen zu können.

Längsschnittstudien haben gezeigt, dass PS ihre höchste Ausprägung im Jugendalter aufweisen und im Anschluss bis zum Alter von 27 Jahren linear abnehmen. Außerdem haben die vorliegenden Studien belegt, dass sich die Stabilität von PS kaum zwischen Jugend- und Erwachsenenalter unterscheidet. Es ist von Bedeutung, dass eine große Anzahl von Patienten unter adäquater, spezifischer Behandlung remittiert, so dass ein therapeutischer Nihilismus ebenso wie die Einschätzung von PS „als lebenslanges Schicksal“ unangebracht sind.

Eine frühzeitige und sorgfältige Diagnostik und eine sich anschließende spezifische Behandlung wie die AIT oder die DBT-A von Jugendlichen mit PS sind angemessen. Die Psychopharmakotherapie spielt eine ergänzende Rolle bei der Behandlung von Jugendlichen mit PS und sollte in erster Linie symptomorientiert sein, wobei komorbide Störungen mit einbezogen werden sollten. Allerdings fehlen weitgehend empirische Daten bei Jugendlichen mit PS, um hier abschließend Stellung zu nehmen.

Aufgrund der bisherigen Studienlage wird deutlich, dass es jedoch noch an einer genauen Differenzierung und Spezifizierung von jugendspezifischen Konzepten für die Erfassung von PS fehlt – auch um eine eindeutige und einheitliche Grundlage für die Forschung zu haben. Es stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen PS im Jugendalter manifest werden, welche Faktoren ihren Verlauf beeinflussen und wie sie sich therapieren lassen.

Literatur

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *British Journal of Psychiatry* 177, 138–143.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F. & Schulz, E. (2001). *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT_A)*. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg.
- Bottin, J., Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Pfeiffer, E., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2010). Persönlichkeitsstörungen bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 341–350.
- Brunner, R., Parzer, P. & Resch, F. (2001). Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen*, 5, 4–12.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A. & Yuen, J. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526–41.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Callahan, S. & Duconge, E. (2002). Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents. *Encephale*, 28, 520–624.

- Clarkin, J., Levy, K. N., Lenzenweger, M. & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Clinical Trial for Borderline Personality Disorder: Rational, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18, 52–72.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G. & Kasen, S. (2005). The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 131–140.
- Cooke, D. J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 531–542.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Döring, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C. et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.
- Durrett, C. & Westen, D. (2005). The structure of axis II disorders in adolescents: A cluster- and factor-analytic investigation of DSM-IV categories and criteria. *Journal of Personality Disorders*, 19, 440–461.
- Erikson, E. H. (1959). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foelsch, P. A., Odom, A., Arena, H., Krischer, M. K., Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2010). Differenzierung zwischen Identitätskrisen und Identitätsdiffusion und ihre Bedeutung für die Behandlung – am Beispiel einer Kasuistik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 418–434.
- Garnet, K. E., Levy, K. N., Mattanah, J. J. F., Edell, W. S. & McGlashan, T. H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1380–1382.
- Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., Hart, S. D. & Newman, J. P. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 338–341.
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist – revised manual* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (1998). *Die psychoanalytisch interaktionale Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helgeland, M. I., Kjelsberg, E. & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1941–1947.
- Herbst, G., Jaeger, U., Leichsenring, F. & Streeck-Fischer, A. (2009). Folgen von Gewalterfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 610–634.
- Herpertz, S. C., Wenning, B., Mueller, B., Qunaibi, M., Sass, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Psychophysiological responses in ADHD boys with and without conduct disorder: Implications for adult antisocial behaviour. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40, 1222–1230.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Vloet, T. & Holtkamp, K. (2005). Essstörungen in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychologie*, 54, 248–267.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Herpertz, S. C. (2005). Persönlichkeitsstörungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie* (S. 151–162). Stuttgart: Schattauer.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F. & Brook, J. S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: A community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 265–75.
- Jones, S., Cauffman, E., Miller, J. D. & Mulvey, E. (2006). Investigating different factor structures of the Psychopathy Checklist Youth version: Confirmatory factor analytic findings. *Psychological Assessment*, 18, 33–48.
- Jucksch, V., Salbach-Andrae, H. & Lehmkuhl, U. (2009). Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter. *Nervenarzt*, 80, 1322–1326.
- Kernberg, O. F., Krischer, M. K. & Foelsch, P. A. (2008). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Jugendliche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 662–692.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2007). Psychopathie im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 260–266.
- Kernberg, P., Weiner, A. S. & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York: Basic Books.
- Krischer, M. K., Sevecke, K., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2006). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungsmerkmalen im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, methodische Ansätze und empirische Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 34, 87–100.
- Krischer, M. K., Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Pukrop, R. (2007). Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents. *Journal of Personality Disorders*, 21, 677–691.
- Krischer, M. K., Stippel, A. & Sevecke, K. (2007). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter: Forschungsstand und Praxis in der Diagnostik und Psychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie & Therapie*, 11, 187–194.
- Krischer, M. K. & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 253–262.
- Krischer, M. K. & Sevecke, K. (2010). *The prevalence of personality disorders in adolescent in-patients*. Abstractband, 1st International Congress on Borderline Personality Disorders, Berlin 1–3 July. Berlin: CPO Hanser Service.
- Krischer, M. K., Sevecke, K., Petermann, F., Herpertz-Dahlmann, B. & Lehmkuhl, G. (2010). Erfassung und Klassifikation von Persönlichkeitspathologie im Jugendalter – Welchen Beitrag können aktuelle Forschungserkenntnisse zum Verständnis dieses Konstruktes leisten? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 321–328.
- Krueger, R. F. & Carlson, S. R. (2001). Personality disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 3, 46–51.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J. D. & Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 389–99.
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J. F., Garnet, K. E., Quinlan, D. M. et al. (1999). Concurrent and predictive validity of the 81 personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1522–1528.
- Lewis, M. (2001). Issues in the study of personality development. *Psychological Inquiry*, 12, 67–83.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. & Ferrugson, B. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization / Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot

- study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215–24.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493–498.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S. & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78–86.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B. J. (2002). Males on the life-coursepersistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179–207.
- Neuman, C. S., Kosson, D. S., Forth, A. E. & Hare, R. D. (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth version (PCL:YV) in incarcerated adolescents. *Psychological Assessment*, 18, 142–154.
- Nigg, J. T., John, O. P., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Willcutt, E. G., Hinshaw, S. P. et al. (2002). Big Five Dimensions and ADHD Symptoms links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 451–469.
- Petermann, F. (2010). ADHS im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 5–7.
- Rey, J. M., Morris-Yates, A., Singh, M., Andrews, G. & Stewart, G. W. (1995). Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 152, 895–900.
- Rösler, M., Retz, W., Yaqoobi, K., Burg, E. & Retz-Junginger, P. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: Prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 98–105.
- Roth, G. & Strüber, D. (2009). Neurobiologische Aspekte reaktiver und proaktiver Gewalt bei antisozialer Persönlichkeitsstörung und „Psychopathie“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 587–609.
- Rudolf, G.T. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Salbach-Andrae, H., Bürger, A., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Fydrich, T. et al. (2008). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter nach SKID-II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 117–125.
- Schmahl, C. & Bohus, M. (2001). Symptomorientierte Pharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69, 310–321.
- Schmid, M., Schmeck, K. & Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 190–202.
- Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 47–63.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 9, Art. Nr. 58.
- Sevecke, K., Krischer, M., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005a). Das Psychopathy-Konzept und seine psychometrische Erfassung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 73, 392–400.
- Sevecke, K., Krischer, M., Schönberg, T. & Lehmkuhl, G. (2005b). Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? – Literaturübersicht und Fallbeispiele. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 173–190.
- Sevecke, K. & Krischer, M. (2006). «Psychopathy» bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Empirische Ergebnisse & forensische Aspekte. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 6, 455–468.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M. (2008). ADHS und Persönlichkeitsstörungen bei klinisch behandelten und inhaftierten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 641–661.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M. (2010). Psychopathy-, Temperaments- und Charakterdimensionen bei inhaftierten Mädchen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 91–101.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M. (2011). Epidemiologische Daten zu Persönlichkeitsdimensionen der Psychopathy bei Jungen und Mädchen – Ergebnisse aus der Kölner GAP-Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 9–21.
- Skodol, A. E., Shea, T., Yen, S., White, C. N. & Gunderson, J. G. (2010). Personality disorders and mood disorders: Perspectives on diagnosis and classification from studies of longitudinal course and familial associations. *Journal of Personality Disorders*, 24, 83–108.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen: Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung. Folgen früher Traumatisierungen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2008). The borderline personality (development) disorder during adolescence. Psychological assessment, treatment prerequisites, framework design, treatment phases. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 693–717.
- Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter – Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und Klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 23–34.
- Tromp, N. B. & Koot, H. M. (2010). Self- and parent report of adolescent personality pathology: Informant agreement and relations of dysfunction. *Journal of Personality Disorders*, 24, 151–70.
- Ullrich, S. & Coid, J. (2009). The age distribution of self-reported personality disorder traits in a household population. *Journal of Personality Disorders*, 23, 187–200.
- Westen, D., Shelder, J., Durett, C., Glass, S. & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952–966.
- Wewetzer, C., Herpertz, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Persönlichkeitsstörungen. In DGKJPP, BAG & BKJPP (Hrsg.), *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl.; S. 141–152). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1993). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-Achse II, SKID-II*. Göttingen: Hogrefe.
- Wöckel, L., Goth, K., Zepf, F. D., Matic, N., Holtmann, M., Herpertz-Dahlmann, B. & Poustka, F. (2010a). Psychopharmakotherapie verbessert das psychosoziale Funktionsniveau bei adoleszenten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 282–301.

- Wöckel, L., Goth, K., Matic, N., Zepf, F. D., Holtmann, M. & Poustka, F. (2010b). Psychopharmakotherapie einer ambulanten und stationären Inanspruchnahmepopulation adoleszenter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 37–49.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Hennen J., Reich D. B. & Silk K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19, 505–523.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Hennen, J., Jager-Hyman, S. & Gunderson, J. G. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.

PD Dr. Kathrin Sevecke
Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl
PD Dr. Maya K. Krischer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln
Robert-Koch-Straße 10
50931 Köln
E-Mail: Kathrin.Sevecke@uk-koeln.de

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und
Rehabilitation der Universität Bremen
Grazer Straße 2 und 6
28359 Bremen