



Herausfordernde Differentialdiagnostik: Psychotische Symptome bei beginnenden Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Dr. med. Merle Becker
09. November 2023 | Ganterschwil



Kinder- und
Jugendpsychiatrie
am Campus
Virchow



Übersicht

Teil I Grundlagen

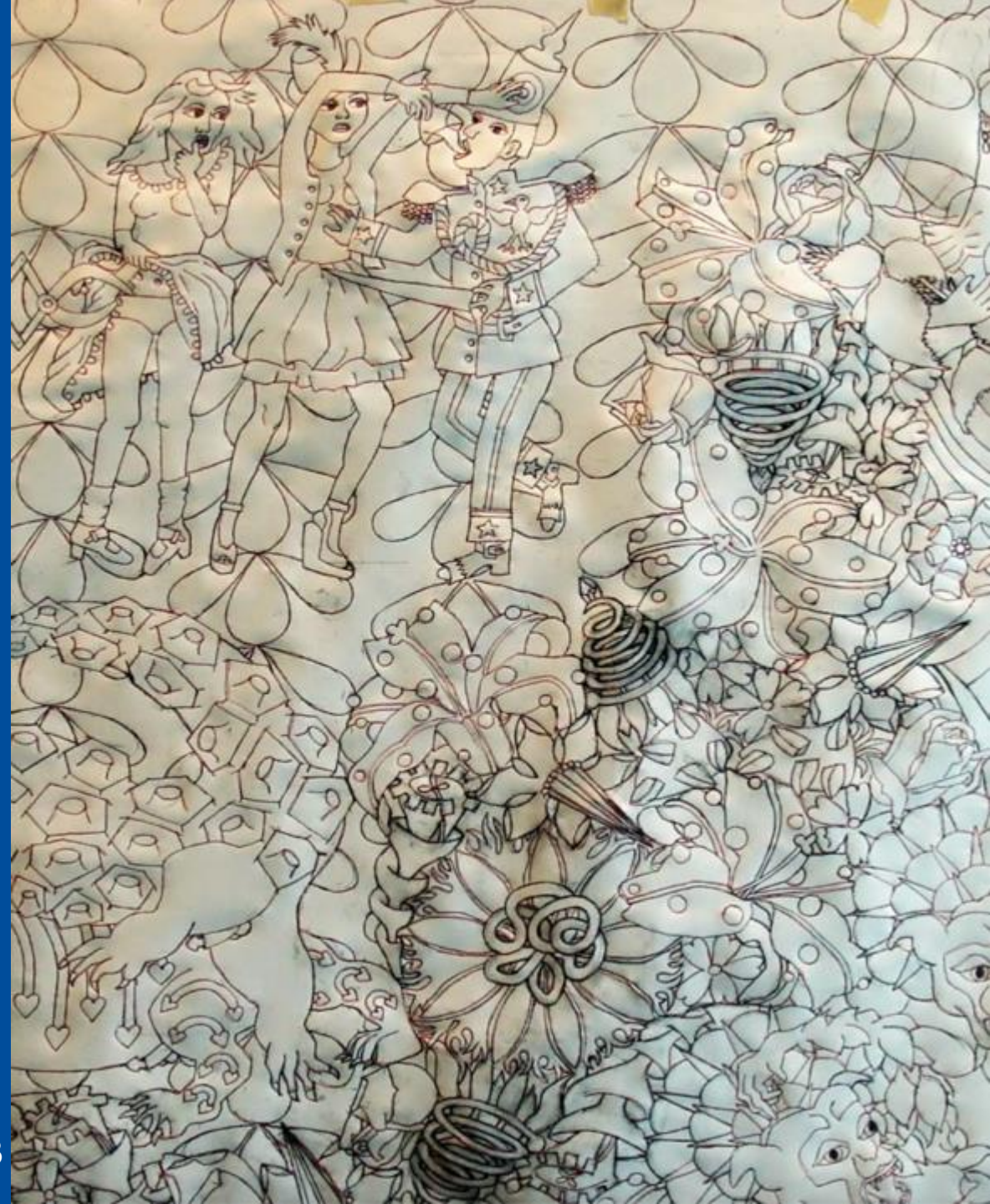
1. Terminologie
2. Psychotische Symptome bei Kindern und Jugendlichen
3. Arbeiten in einer Früherkennungsambulanz und akademische Konzepte der Früherkennung

Teil II Differenzialdiagnostik beginnende PS vs. beginnende psychotische Erkrankung

1. Was überlappt: Psychotische Symptome bei Borderline-Störungen
2. Was differenziert: Psychopathologische Unterscheidungsmerkmale
3. Take home

6 Fallbeispiele

Terminologie





psychotic experiences, psychotic-like experiences, attenuated psychotic symptoms, prodromal psychotic symptoms...

Sula

12 Jahre



Keine vorbeschriebene psychiatrische Grunderkrankung, jedoch ängstliche Persönlichkeitsstruktur, ängstliches Umfeld



Halluzinatorisches Erleben verursacht Leidensdruck



Realitätsprüfung vorübergehend aufgehoben



**Symptome sind durch konkreten Auslöser erklärbar
Was halluziniert wird, wurde vorher real gesehen**



Optische Halluzination als Reaktion auf akuten Stress

Keine Unterscheidung zwischen „Pseudo-“ und „echten“ Halluzinationen

Der subjektiv erlebte Leidensdruck ist vergleichbar (Kingdon et al, 2010)

Lisa

13 Jahre



Starke Emotionalisierung bei gleichzeitig innerer Leere und Mangel an spürbarem Affekt



Halluzinatorisches Erleben bildhaft ausgeformt



Ans Gegenüber gerichteter Kommunikationsaspekt

Distanzierungsfähigkeit im therapeutischen Kontakt möglich



Kein durchgängiger tiefgreifender Realitätsverlust



Hysterische Pseudopsychose (Sigmund 1997)

Minipsychose



Die Pat. zeigte kurz anhaltende selbstlimitierende psychotische Symptome in Form von akustischen und optischen Halluzinationen (Stimmen hören, Gestalten sehen, Beobachtungs- und Verfolgungserleben). Die Symptomatik tritt nach unserer Einschätzung als Begleiterscheinung im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grunderkrankung auf. Ein psychotisches Syndrom kann zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen werden.

Psychotische Symptome bei Kindern und Jugendlichen



Psychotische Symptome bei Kindern und Jugendlichen...



Sind mitunter schwer abzugrenzen von kindlicher Phantasie



Sind oft unspezifisch (akustische Halluzinationen metaanalytisch bei 17% der 9-12jährigen, unterschwellige oder vorübergehende psychotische Symptome bei 7,5% der 13-18Jährigen in der Allgemeinbevölkerung)



Können Ausdruck von hohem psychischen Stress sein und verursachen Leidensdruck

Maijer et al 2017, Kelleher et al 2012, Bartels-Velthuis et al 2016, Hlastala& McClellan 2008, Schimmelmann et al 2015

Psychotische Symptome bei Kindern und Jugendlichen...

- **Können Begleitscheinung bei diversen psychischen Erkrankungen sein**
- **Sind in den meisten Fällen vorübergehend und klingen wieder ab, wenn die zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung behandelt wird**
- **Sind, wenn sie andauern und eine hohe Intensität erreichen, wahrscheinlich mit einem höheren Risiko für psychotische Erkrankungen verbunden**

Maijer et al 2017, Kelleher et al 2012, Bartels-Velthuis et al 2016, Hlastala& McClellan 2008, Schimmelmann et al 2015

Arbeiten in einer Früherkennungsambulanz und akademische Konzepte der Früherkennung



Willkommen

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters



Früherkennungs- und
Therapiezentrum für Kinder und
Jugendliche mit beginnenden
Psychosen und bipolaren
Störungen

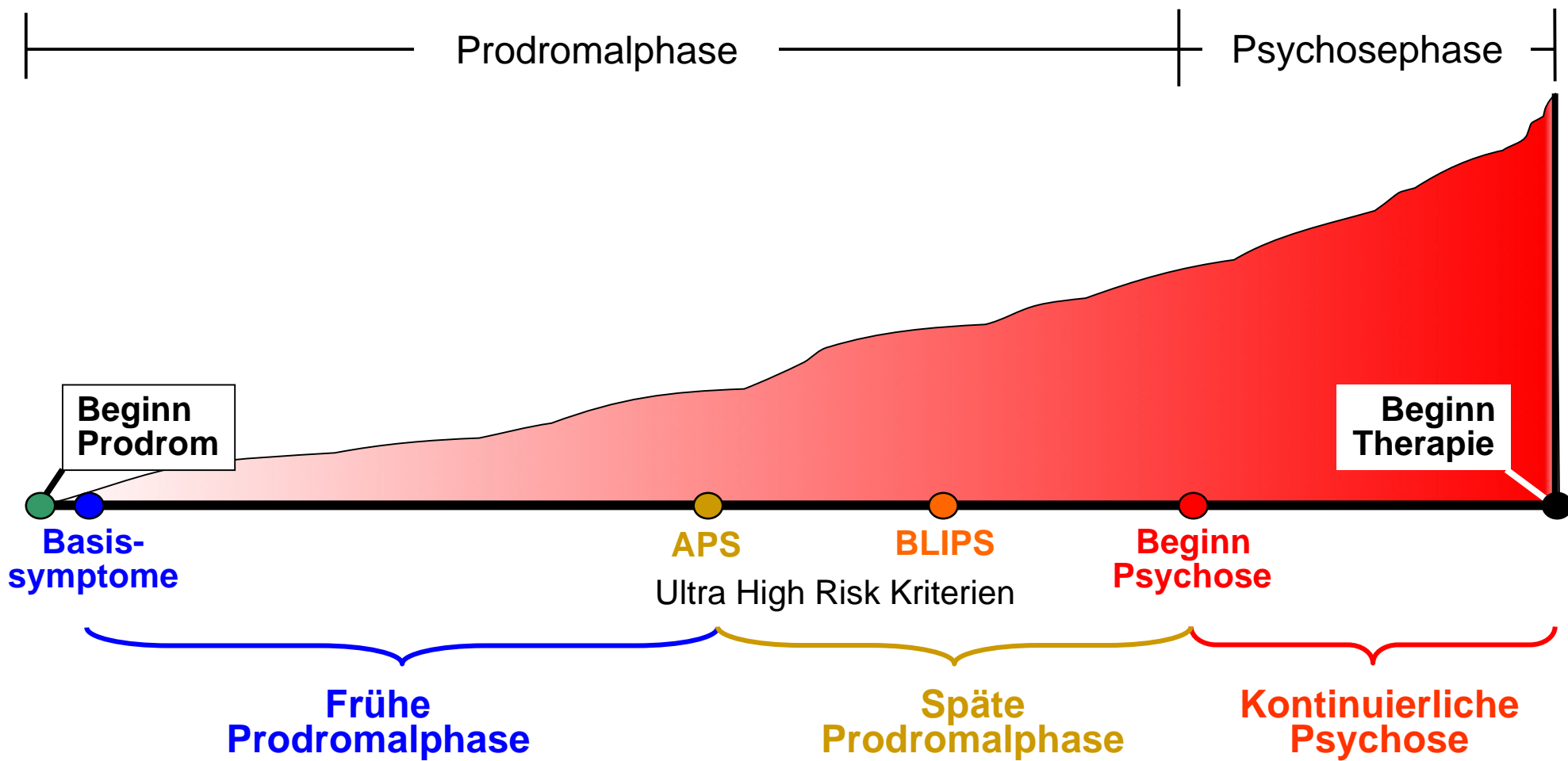
Das FeTZ for You(th), angebunden an der Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
der Charité-Universitätsmedizin Berlin, bietet Unterstützung bei der
Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen.





Die Idee der Psychoseverhinderung steht in einer Früherkennungsambulanz für Kinder und Jugendliche nicht immer im Vordergrund.

Keine Antipsychotika zur Psychoseprävention, außer bei deutlicher Symptomprogredienz oder –ausweitung (S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0)





Im Kindes- und Jugendalter sind die Übergangsraten im Vergleich zu reinen Erwachsenenstichproben *signifikant geringer*.

Erst im *späteren* Jugendalter ab dem 16. Lebensjahr scheinen die Vorhersagekriterien zunehmende Gültigkeit zu besitzen.

Michel, Kasteler, Flückiger 2020

Übersicht

Teil I Grundlagen

1. Terminologie
2. Psychotische Symptome bei Kindern und Jugendlichen
3. Arbeiten in einer Früherkennungsambulanz und akademische Konzepte der Früherkennung

Teil II Differenzialdiagnostik beginnende PS vs. beginnende psychotische Erkrankung

1. Was überlappt: Psychotische Symptome bei Borderline-Störungen
2. Was differenziert: Psychopathologische Unterscheidungsmerkmale
3. Take home

Psychotische Symptome bei Borderline-Störungen



David

15 Jahre



Abwertende und kommentierende Stimmen, die zu selbstverletzenden Handlungen auffordern innerhalb des Kopfes



Halluzinatorisches Erleben wird mitunter als identitätsstiftend erlebt



Externalisierende Funktion von (Auto-) Aggression, ermöglicht Distanz zu nicht gewollten Impulsen und Affekten

Diara

16 Jahre



Leibnahes Beobachtungserleben



akustische Halluzinationen (Geräusche) mit erhöhtem Rückversicherungsbedürfnis



Latentes Gefühl der Fremdbeeinflussung, dabei kein konkretes Gefühl des "von Außen Gemachten"



Kurzzeitig formal gedankliche Auffälligkeiten (Inkohärenz)

Psychotische Symptome bei Borderline-Störungen

- **„Vorübergehende stressassoziierte paranoide Zustände“ – Kriterium im DSM 5 und ICD 11**
- **Eher von kurzer Dauer, prolongierte Phasen sind möglich**
- **Abgrenzung zur PTBS mit akzessorischen psychotischen Symptomen mitunter schwierig**

Psychotische Symptome bei Borderline-Störungen



Akustische Halluzinationen bei ca. 40%, paranoide Ideen bei ca. 70% bei 15 bis 18Jährigen mit "full-threshold BPD"



Gehen mit einer schwereren Psychopathologie einher (Anzahl der Suizidversuche, Abfall im psychosozialen Funktionsniveau)



Sind nicht eindeutig mit einem erhöhten Übergangsrisiko in das Vollbild einer Psychose assoziiert (-> weitere Langzeitstudien benötigt)

Thompson et al 2018, Beatson et al 2019

Jugendliche mit Clinical High Risk für Psychosen (CHR-P)



Erfüllen in vielen Fällen die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (ca. 40%)

Scheinen häufiger schizoide, schizotype, emotional-instabile oder vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitszüge aufzuweisen



Neben schizotypen könnten auch schizoide Persönlichkeitszüge mit einem erhöhten Psychoserisiko assoziiert sein (Defizite in sozialer Interaktion eher korrelierend mit CHR als „emotionale Kälte“)



Bei einem Fünftel der Pat. mit Erstmanifestation einer Schizophrenie wurde eine BPS beschrieben

Bahorik u. Eak 2010, Boldrini et al 2019 und 2020, Schultze-Lutter 2016



Befunde sprechen nicht für ein Kontinuum zwischen BPS und Schizophrenie.
Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ im frühen
Lebensalter könnte aber eine Risikokonstellation darstellen. (Montag 2021)

Psychopathologische Unterscheidungsmerkmale



Tab. 2 Psychopathologische Unterscheidungsmerkmale

Merkmal	akute (oder produktive) Phase der Schizophrenie	akutes psychosenahes Zustandsbild bei der Borderlinestörung
Beziehung zur äußeren Welt	der Patient erscheint umfassend in eine „andere Welt“ getaucht. Das Verhalten kann hochgradig abwegig sein	der Patient erscheint nur partiell in eine „andere Welt“ getaucht. Das Verhalten ist nie hochgradig abwegig
Verfolgungswahn	der Patient fühlt sich beispielsweise verfolgt und bedroht und kann darüber meist nicht offen sprechen	der Patient fühlt sich vor allem verfolgt und bedroht, kann aber darüber relativ frei sprechen
Beziehung zum Therapeuten während der akuten Psychose	der Patient vermittelt, dass auch der Therapeut oder Interviewer Teil des Wahnsystems sein könnte und hat entsprechende Wahrnehmungen	der Patient vermittelt, dass der Therapeut oder Interviewer nicht zur möglicherweise bedrohenden Seite gehört
Halluzinationen	Wahn oder Halluzinationen sind meist gewiss oder synton. (In einzelnen Fällen besonders bei chronischen Formen gibt es jedoch Formen der „doppelten Buchführung“, d. h. der Patient meldet sich, obwohl er glaubt, dass es einen Komplott gegen ihn gibt in der Psychiatrie)	Wahnvorstellungen oder Halluzinationen werden meist – aber nicht immer ! – trotz ihrer affektiv stark empfundenen Qualität als nicht wirklich erkannt, d. h. der Patient kann sich selbst distanzieren
optische Halluzinationen	sind selten	kommen (meist als Pseudohalluzinationen, z. B. „Schatten an der Wand“) vor
Belastungssituation	es ist nicht immer ein klarer Zusammenhang zu einer schweren Belastungssituation erkennbar	es ist meist ein klarer Zusammenhang zu einer erheblichen Belastungssituation erkennbar
Wahrnehmung	Wahrnehmungen typisch (auch Personenverknennung)	echte Wahrnehmungen sind selten (keine Personenverknennungen). Es zeigen sich bei Psychosen eher Wahnideen
Fremdbeeinflussung	es besteht manchmal die Qualität des „Gemachten“ (im Fühlen, Wollen und Handeln) im Sinne von Fremdbeeinflussungserlebnissen	Qualität des „Gemachten“ fehlt
Ich-Störungen	tief gehend	mittelgradig
formale Denkstörungen	tief gehend (Inkohärenz)	mittelgradig
Grenzen zwischen innerer und äußerer Realität	aufgelöst	meist erhalten
Remission	nach der Exazerbation kommt es meist nur langsam zu einer Remission	nach der Exazerbation kommt es meist rasch zu einer vollständigen Remission
Residuen	postpsychotische Depressionen oder Residualzustände treten gehäuft auf	nie Residuen
Störung der Körpergefühle	häufiger	seltener, kommen jedoch ebenfalls vor
habituelle Selbstverletzung	selten	häufig
Neuroleptikacompliance	trotz antipsychotischer Wirksamkeit oft schlecht	ist bei antipsychotischer Wirksamkeit meist gut
Beziehungsgestaltung	„autistischere“ Beziehungsgestaltung	fordernd, klammernd oder unberechenbar (Verhulst, 1984)

akutes psychosenahes Zustandsbild bei BPS vs. akute Phase der Schizophrenie – was differenziert?

- **Wahnvorstellungen und Halluzinationen werden bei der BPS trotz ihrer affektiv stark empfundenen Qualität oft als nicht wirklich erkannt**
- **kritische, beschimpfende und auch zu Selbstverletzung oder Suizid auffordernde Inhalte von Phomenen häufiger bei BPS, emotionale Reaktion: eher Widerstand, keine ich-syntone Beschäftigung damit**
- **hohes Misstrauen mit Einbeziehung des Therapeuten in Wahnerleben bei BPS seltener Ich-Störungen mit tiefgreifender Störung der Ich-Umwelt-Grenze und schwere formale Denkstörungen (Zerfahrenheit) seltener bei BPS**

Dammann 2003, Beatson et al., 2019; Niemantsverdriet et al., 2017

akute Phase der Schizophrenie vs. akutes psychosenahes Zustandsbild bei BPS – was differenziert?



nach Exazerbation meist rasche Remission der Symptome ohne Residuen bei BPS



Psychomotorische Phänomene (Katanonie) selten bei BPS

Häufiger habituelle Selbstverletzungen bei BPS



Beziehungsgestaltung bei BPS oft weniger gehemmt, weniger „autistisch“

Neuroleptikacompliance bei antipsychotischer Wirksamkeit besser bei BPS

Dammann 2003



Psychotische Symptome liegen in einer Art “Grenzland“.

Insgesamt kann im Querschnitt die Unterscheidung zwischen den Patientengruppen schwierig sein. Erhebliche, differenziertere Unterschiede zeigen sich vor allem im Längsschnitt (u.a. soziale Integration, Arbeitsfähigkeit).

Gianna

14 Jahre



Antriebsminderung, wenig modulierte Affekte ohne Besserung unter Stimulanzen und SSRI – Negativsymptomatik



Störungen des reflexiven Selbsterlebens, des subjektiven Zeiterlebens und der sensomotorischen Integrationsleistungen



In der Gegenübertragung Gefühl der Befremdung, Irritation, fehlende Resonanz



Hinweise auf frühe Traumatisierung plus genetisches Risiko

Tobias

17 Jahre



Halluzinationen diffuser, weniger ausgeformt, häufiger emotional neutraler oder parathymer Inhalt



Deutliche vom Umfeld wahrgenommene Wesensveränderungen



Gleichaltrige nehmen oft intuitiv mehr Distanz ein



CAVE: Zwangshandlungen (Kompensation der beginnenden Ich-Fragmentierung?)



Psychotische Symptome liegen auf einem Kontinuum. Sie spiegeln die Bewältigungskapazitäten gegenüber seelischen Verletzungen, Stress und Alltagsbelastungen wider. Was letztlich zum Ausbruch einer psychotischen Erkrankung führt, können wir nicht sicher sagen.

Take Home



„Der Schlaf“, Martina Kügler, 1990/1991

Take Home



Die Rolle psychotischer Symptome im Beschwerdebild von Jugendlichen mit BPS scheint größer zu sein als bislang angenommen. Sie sollten in der Behandlung entsprechend adressiert werden.



Die differenzialdiagnostische Einschätzung bei Kindern und Jugendlichen mit psychotischen Symptomen ist herausfordernd und birgt Risiken (verfrühte AP-Gabe, Fehldiagnosen, Unterschätzen des Übergangsrisikos).



Diagnostikinstrumente liefern keine absolute Sicherheit. Ihre Aussagekraft ist gerade bei jüngeren Patient:innen mit psychotischen Symptomen gering.

Take Home



Eine Differenzialdiagnostik, die ausschließlich auf Symptomen und Verhalten beruht, genügt oft nicht. Es bedarf einer dimensionalen Erfassung zum besseren Verständnis des Einzelfalls und des möglichen Exazerbations- bzw. Übergangsrisikos.



Die zukünftige Forschung sollte die Qualität psychotischen Erlebens bei Kindern und Jugendlichen stärker in den Fokus nehmen.



Achten Sie auf Gestalt, Verlauf und Kontextualität psychotischer Symptome und auf die Kontaktgestaltung mit Ihnen und dem Umfeld.

Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!



Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes-
und Jugendalters

