

Risikofaktoren für und Stabilität einer Persönlichkeitsstörung vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter in einer Hochrisikopopulation

Delfine d'Huart¹, David Bürgin^{1,2}, Süheyla Seker¹, Marc Birkhölzer³, Nils Jenkel¹, Cyril Boonmann¹, Jörg M. Fegert², Marc Schmid¹ und Klaus Schmeck¹

¹Forschungsabteilung der Klinik für Kinder und Jugendliche, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Deutschland

³Jugendforensische Ambulanz (JAM), Klinik für Forensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Zusammenfassung: Theoretischer Hintergrund: Studien zeigen, dass Persönlichkeitsstörungen (PS) weniger stabil und bei einer frühzeitigen Erkennung gut behandelbar sind. Fragestellung: Ziel dieser Studie ist, 1) die Prävalenz von PS bei ehemals fremdplatzierten jungen Erwachsenen zu beschreiben, 2) die kategoriale Stabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter zu bestimmen und 3) prospektive Risikofaktoren für eine PS im Erwachsenenalter zu identifizieren. Methoden: 180 ehemals fremdplatzierte junge Erwachsene ($M = 26.3$ Jahre) aus einer schweizerischen Längsschnittstudie wurden untersucht. Ergebnisse: 35% der Teilnehmenden wiesen eine PS auf. Die kategoriale Stabilität belief sich auf 47%. Folgende Risikofaktoren für eine PS im Erwachsenenalter wurden identifiziert: vorangehende PS, psychopathische Persönlichkeitszüge, Substanzmissbrauch, emotionale Vernachlässigung, kumulierte Misshandlungserfahrungen und Deliktsschwere. Diskussion und Schlussfolgerung: Die kategoriale Stabilität irgendeiner PS in dieser Stichprobe gilt als mittelgradig. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, PS nicht mehr mit einem lebenslangen, unveränderbaren Schicksal gleichzusetzen. Das Erkennen möglicher Risikofaktoren ist eine wichtige Voraussetzung, um individuelle Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten und einer Chronifizierung entgegenzuwirken.

Schlüsselwörter: Persönlichkeitsstörungen, kategoriale Stabilität, Risikofaktoren, Früherkennung, Hochrisikopopulation, Care Leaver

Categorical Stability of a Personality Disorder From Adolescence to Young Adulthood and Risk Factors for a Personality Disorder in Adulthood in a High-Risk Sample

Abstract: *Theoretical background:* Against the current assumption that personality disorders (PDs) are “enduring,” “pervasive,” “inflexible,” and “stable” over time, studies from the past decade show that the stability of PDs is not much higher than the stability of other mental disorders, and that PD can be treated, especially if detected before the age of 18 years. *Objective:* The current paper investigates the prevalence and the categorical mean-level stability of PDs from adolescence to young adulthood in a high-risk sample. In addition, this study identifies possible risk factors among adolescents for a PD in later adulthood. *Method:* In total, the current analyses included 180 young adults (mean age: 26.3 years; 32.2% women) with a history of child welfare and juvenile justice placements, taking part in a large-scale longitudinal cohort study in Switzerland. PDs were assessed with the Structured Clinical Interview for DSM-4 Axis II disorders (SCID-II) at baseline (t_0) and at a 10-year follow-up (t_1). *Results:* The sociodemographic description of the sample revealed that participants with a PD were significantly more likely to be placed by the legal system and more likely to change child welfare placements during out-of-home care than participants without a PD. In addition, participants with PD had lower educational backgrounds and were more likely to receive financial assistance through disability benefits. Overall, 64 (35%) participants met the criteria for a PD diagnosis at follow-up, while almost half thereof (16.7%) met more than one PD diagnoses. Regarding individual PD diagnoses, antisocial PD and borderline PD were the most frequent diagnoses, with a prevalence of 20.0% ($n = 36$) and 9.4% ($n = 17$) respectively. A total of 13.8% ($n = 19$) of the participants met a PD only at baseline, and 18.8% ($n = 26$) of the participants met a PD only at follow-up. More than half of the participants (56.9%) did not meet a PD diagnosis, neither at baseline nor at follow-up. A total of 12.3% ($n = 17$) met a PD diagnosis at both baseline and follow-up, resulting in a mean-level categorical stability of 47.2%. A previous PD diagnosis, psychopathic personality traits, substance abuse, emotional neglect, cumulated maltreatment experiences, and offense severity during adolescence were found to be significant risk factors for a PD in adulthood. *Discussion and conclusion:* Taken together, adults with a history of child welfare and juvenile justice placements present a highly burdened sample, especially when suffering from a PD. The categorical mean-level stability of any PD can be classified only as moderate in

this high-risk sample, which emphasizes the need to overcome the assumption of equating PDs with a lifelong, unchangeable outcome. This, in turn, underlines the importance of early detection and treatment of PDs, by identifying possible risk factors to ensure individualized, tailor-made treatments and thus prevent potential symptom chronicity.

Keywords: personality disorders, categorical stability, risk factors, high-risk sample, early detection, care leaver

Persönlichkeitsstörungen (PS) werden als tiefverwurzelte, zeitlich überdauernde Erlebens- und Verhaltensmuster definiert, die deutlich von den gesellschaftlichen Erwartungen abweichen und zu wesentlichen Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen führen (American Psychiatric Association, 2004). PS führen zu subjektivem Leid, sozialen Schwierigkeiten und negativen ökonomischen Folgen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Betroffene häufig ein niedrigeres Bildungsniveau, eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit sowie eine deutlich erhöhte Abhängigkeit von Sozialleistungen auf (Chanen, Sharp, Hoffman & for Prevention, 2017; Østby et al., 2014). Betroffene zeigen neben ihrer PS eine Reihe von anderen komorbiden psychischen Störungen (Wertz et al., 2019) und häufig wiederkehrendes selbstverletzendes Verhalten sowie eine hohe Suizidrate (8%) (Chanen et al., 2017). Demnach ist es nachvollziehbar, dass das Vorliegen einer PS lange Zeit mit einem lebenslangen und schweren Leidensweg gleichgesetzt wurde. Tatsächlich häufen sich jedoch die wissenschaftlichen Befunde, dass PS nicht so stabil sind, wie bisher immer angenommen wurde (Durbin & Klein, 2006; McGlashan et al., 2005; Schmeck & Schlüter-Müller, 2012; Shea et al., 2002; Skodol, 2008). Auch sind PS durchaus gut behandelbar, insbesondere wenn sie frühzeitig erkannt werden (Birkhölzer, Schlüter-Müller & Schmeck, 2020; Schmeck et al., 2018). Zur frühzeitigen Erkennung und entsprechenden Behandlung von PS bietet die Erforschung möglicher Risikofaktoren in der Kindheit und Jugend sowie des Verlaufs von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter eine zentrale Grundlage.

Prävalenzen von PS

Im Jugendalter weisen je nach Studie zwischen 6% und 17% der Allgemeinbevölkerung eine PS auf (Kongerslev, Chanen & Simonsen, 2015). Während im Alter von 16 Jahren 1.4% der Jugendlichen die Kriterien einer Borderline PS erfüllen, sind es im Alter von 22 Jahren bereits 3.2% (Kaess, Brunner & Chanen, 2014). Mit einer Prävalenz von 12% in der westlichen Allgemeinbevölkerung zählen PS im Erwachsenenalter mitunter zu den häufigsten psychischen Störungen (Volkert, Gablonski & Rabung, 2018). In klinischen und forensischen Stichproben beträgt

die Prävalenz sogar zwischen 25% und 65% (Volkert et al., 2018). Bei ehemals fremdplatzierten jungen Erwachsenen weisen je nach Studie zwischen 18% und 40% eine PS auf (Krabbendam et al., 2015; van der Molen et al., 2013; Washburn et al., 2007).

Stabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter

Zu den grundlegendsten Diagnosekriterien einer PS gehört, dass es sich bei diesen Störungen um zeitlich überdauernde und unflexible Verhaltensmuster handelt, welche, so die gängige Annahme, kaum veränderbar und daher nur schwer therapierbar sind (Schmeck & Schlüter-Müller, 2012). Tatsächlich aber häufen sich die Befunde, dass die Stabilität von PS nicht viel höher ist als die Stabilität anderer psychischer Störungen (Durbin & Klein, 2006; Winsper et al., 2015). So zeigte eine große prospektive Langzeitstudie, dass PS über den natürlichen Entwicklungsverlauf ab dem Alter von 9 bis 28 Jahren um 48% abnahmen (Johnson et al., 2000). Dennoch bleibt die Stabilität von PS ein weiterhin umstrittenes Thema, das vor allem aufgrund konzeptueller und methodologischer Faktoren kontrovers diskutiert wird (Hopwood & Bleidorn, 2018). Darüber hinaus scheinen PS im Jugendalter, wenngleich weniger beständig als bisher angenommen, dennoch weiter die psychosoziale Funktionsfähigkeit im Erwachsenenalter zu beeinträchtigen (Chanen & Thompson, 2019). So zeigen Studien, dass in der Borderline Symptomatik auffällige Jugendliche im Alter von 18 Jahren im Vergleich zu unauffälligen Jugendlichen ein deutlich höheres Risiko aufweisen arbeitslos zu sein, an irgendeiner psychischen Störung zu leiden, sich das Leben zu nehmen, eine geringere Lebenszufriedenheit aufzuzeigen und deutlich mehr Straftaten zu begehen (Chanen et al., 2015; Wertz et al., 2019).

Risikofaktoren für die Entwicklung einer PS im Erwachsenenalter

Nach aktuellem Stand der Forschung beruht die Entstehung einer PS auf einer Wechselwirkung von psychosozialen Belastungen und biologischen Prädispositionen (Distel et al., 2011; Sharp & Fonagy, 2015). Erblichkeits-

schätzungen für PS zeigen je nach Studie eine Heritabilität zwischen 35 % und 46 % (Chanen & Kaess, 2012; Schermer et al., 2020; Skoglund et al., 2019). Bezogen auf die psychosozialen Risikofaktoren finden sich bei PS gehäuft Berichte über negative Kindheitserfahrungen (Tress, Wöller, Hartkamp, Langenbach & Ott, 2002). Menschen mit einer Borderline PS berichten retrospektiv über 13-mal häufiger von aversiven Kindheitserfahrungen als gesunde Teilnehmende und knapp dreimal so häufig wie Teilnehmende mit anderen psychischen Störungen. Emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung scheinen dabei die größte Auswirkung zu haben (Porter et al., 2020). Neben ungünstigen Erziehungspraktiken, scheinen zudem ein niedriger sozioökonomischen Status, psychische Erkrankungen bei einem Elternteil (Cohen, 1996), das kindliche Temperament und psychische Auffälligkeiten im Alter von 8 Jahren eine PS im Erwachsenenalter vorherzusagen (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian & Brook, 1996). Substanzstörungen im Jugendalter, insbesondere exzessiver Alkoholkonsum, gehen vor allem mit Borderline Symptomen im Erwachsenenalter einher (Thatcher, Cornelius & Clark, 2005). Auch zeigen retrospektive Befunde, dass rund 30 % aller Erwachsenen mit einer Borderline PS während der Jugend unter Selbstverletzungen litten (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006). Schließlich scheinen psychopathische Persönlichkeitszüge sowie sich wiederholende Jugenddelikte die Entstehung einer PS signifikant zu begünstigen (Soderstrom et al., 2005). Abschließend ist zu bemerken, dass, wenngleich die Ätiologie einer PS durch eine Vielzahl an unterschiedlichen Risikofaktoren erklärt werden kann, die einzelnen Faktoren selbst womöglich nur zu einem geringen Maße zur Entwicklung einer PS beitragen. Keiner der Faktoren für sich selbst kann als notwendig oder ausreichend angesehen werden, eine PS zu verursachen.

Ziele des Beitrages

Ziel dieses Beitrags ist 1) die Prävalenz von PS erstmals im deutschsprachigen Raum bei ehemals fremdplatzierten jungen Erwachsenen zu beschreiben, 2) die kategoriale Stabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter zu bestimmen und 3) im Jugendalter vorliegende Risikofaktoren für eine PS im Erwachsenenalter zu identifizieren.

Methoden

Studiendesign und Stichprobe

Studienteilnehmende sind ehemals fremdplatzierte junge Erwachsene, die im Rahmen des „Modellversuchs zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen (MAZ.; Schmid, Kölch, Fegert & Schmeck, 2011)“ und der prospektiven Längsschnittstudie „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung lernen (JAEL)“ untersucht wurden. Eines der Hauptziele der MAZ.-Studie bestand darin, fremdplatzierte Kinder und Jugendliche in der Schweiz umfassend abzuklären. 592 fremdplatzierte Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 26 Jahren (Durchschnittsalter 16,1 Jahre, $SD = 3,1$; 32 % weiblich) aus 64 stationären schweizweiten Jugendhilfeeinrichtungen konnten für eine Studienteilnahme gewonnen werden (Schmid et al., 2011). Das Ziel der JAEL-Studie ist es, die unterschiedlichen Entwicklungsverläufe der ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden über einen Zeitraum von 7 bis 11 Jahren weiter zu verfolgen.

Insgesamt wurden 180 JAEL-Teilnehmende mit vorliegenden Daten des Strukturierten klinischen Interview für DSM-IV Achse-II Störungen (SKID-II; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) in diese Studie eingeschlossen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 26.3 ($SD = 3.6$; Altersspanne = 16–38). Zwei Drittel aller Teilnehmenden waren Männer (67.8 %), ein Drittel waren Frauen (32.2 %). Ein detaillierter Überblick über die untersuchte Stichprobe findet sich in Tabelle 1.

Messinstrumente

Soziodemographische Charakteristika

Soziodemographische Informationen (Alter, Geschlecht, Nationalität, Schweizer Region, Zivilstand, Höchster Bildungsabschluss, Erwerbstätigkeit, IV-Rente, Sozialhilfe, Platzierungsgrundlage, Anzahl Fremdunterbringungen, Gesamtdauer im Hilfesystem) wurden in einer ausgiebigen anamnestischen Befragung erhoben.

Persönlichkeitsstörungen

Zur Diagnosestellung einer PS wurde sowohl während der MAZ.- als auch während der JAEL-Studie das SKID-II verwendet (Wittchen et al., 1997). Das Interview besteht aus 134 Fragen, die auf einer vierstufigen Skala bewertet werden (0=nicht beurteilbar, 1=Kriterium nicht erfüllt, 2=Kriterium teilweise erfüllt, 3=Kriterium erfüllt). Überschreitet die Anzahl der mit 3 kodierten Items den im DSM-IV vorgesehenen Schwellenwert, wird die Diagnose der entsprechenden PS vergeben. Die Inter-Rater-Relia-

bilität für kategoriale Diagnosen variiert zwischen .48 bis .98 (Cohen κ) und die interne Konsistenz liegt zwischen .71 und .94 (Maffei et al., 1997). Die Diagnose einer antisozialen PS wurde während MAZ. nur dann vergeben, wenn die Studienteilnehmenden über 18 Jahren alt waren. Aufgrund des jungen Alters der Stichprobe, war die Diagnosestellung einer antisozialen PS bei vielen Teilnehmenden somit nicht möglich. Um spätere Analysen bezüglich der Stabilität der antisozialen PS zu antizipieren, wurden die Kriterien für eine antisoziale PS dennoch sowohl für Teilnehmende unter 18 als auch über 18 Jahren erhoben. Die Stabilität der PS wird in der vorliegenden Studie für beide Varianten angegeben.

Messinstrumente zur Erfassung der Risikofaktoren einer PS

Psychische Belastung. Die psychische Belastung der MAZ.-Teilnehmenden wurde anhand des Massachusetts Youth Screening Instrument – Version 2 (MAYSI-2; Grisso & Barnum, 2000) erhoben. Die Subskalen Alkohol/Drogenkonsum (AD), Ärger/Reizbar (ÄR), Depressiv-Ängstlich (DÄ) und Suizidgedanken (SG) wurden dichotomisiert (unauffällig versus klinisch auffällig) in den Analysen verwendet.

Temperament. Das Temperament der MAZ.-Teilnehmenden wurde durch das Junior Temperament and Character Inventory (JTCI; Goth & Schmeck, 2009) erfasst. Für den vorliegenden Beitrag wurden lediglich die T-Werte der Selbstlenkungsfähigkeits-Skala berücksichtigt.

Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen. Die in der Kindheit vorgekommenen Misshandlungserfahrungen wurden rückblickend während der JAEL-Studie anhand des Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 1998) erhoben. Der CTQ erlaubt Schweregrad Einteilungen für jede Subskala von „nicht bis minimal“, „minimal bis mäßig“, „mäßig bis schwer“ bis „schwer bis extrem“ (Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer, 2011). In dem vorliegenden Beitrag wurde ein Schweregrad von mindestens „mäßig bis schwer“ gewählt und die Subskalen entsprechend dichotomisiert.

Psychopathische Persönlichkeitsmerkmale unter den MAZ.-Teilnehmenden wurden mit dem Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI; Köhler, Kuska, Schmeck, Hinrichs & Fegert, 2010) erfasst. In der vorliegenden Arbeit wurde lediglich der Mittelwert der Gesamtskala berücksichtigt.

Delinquenz. Die Deliktsschwere der MAZ.-Teilnehmenden wurde anhand einer adaptierten Version des kriminologischen Fragebogens aus der Münsteraner Längsschnittstudie im Selbsturteil erfasst (Boers & Reinecke, 2007).

Eine detailliertere Beschreibung der Verfahren zur Ermittlung der Risikofaktoren ist dem elektronischen Supplement (ESM) zum Artikel zu entnehmen.

Statistische Analysen

Die Ergebnisdarstellung erfolgte mittels absoluter und relativer Häufigkeiten für die soziodemographische Beschreibung der Stichprobe, die Prävalenzen und die Stabilität einer PS (siehe Tabelle 1-2). Gruppenunterschiede zwischen Teilnehmenden mit einer PS und den Teilnehmenden ohne PS wurden mittels X^2 - und Wilcoxon-Tests berechnet und deren Größe mittels adäquater Effektstärkemaße beschrieben (siehe Tabelle 1). Die Berechnung der kategorialen Stabilität irgendeiner PS vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter wurde anhand einer Kreuztabelle errechnet. Aufgrund der hohen Prävalenz einer antisozialen PS innerhalb der JAEL Stichprobe ist es nur dann sinnvoll von einer Stabilität zu sprechen, wenn diese Diagnose sowohl bei MAZ. als auch bei JAEL gestellt werden konnte. Da dies bei MAZ. jedoch nicht immer der Fall war, wurde die kategoriale Stabilität irgendeiner PS einmal nur für die über 18-jährigen Teilnehmenden, welche zu MAZ. die Kriterien einer antisozialen PS erfüllten, und einmal zuzüglich der minderjährigen Teilnehmenden, welche die Kriterien einer antisozialen PS während MAZ. erfüllten, berechnet. Zur Analyse der im Jugendalter vorliegenden Risikofaktoren für eine PS im Erwachsenenalter wurden nach Geschlecht kontrollierte logistische Regressionsmodelle verwendet (siehe Tabelle 3). Die Risikofaktoren wurden basierend auf der in der Einleitung aufgeführten Literatur gewählt. Als Zusammenhangsmaße wurden Odds Ratios (OR) mit einem 95 % Konfidenzintervall (KI) und zugehörigem Signifikanzniveau angegeben. Ein Anteil von 7–20 % aller Teilnehmenden hatte fehlende Werte in einer der für die Regressionsanalysen verwendeten Prädiktorvariablen. Die fehlenden Werte wurden anhand multipler Imputationen auf eine Stichprobengröße von 172 ergänzt (van Buuren, 2018), dies sind all jene Teilnehmenden, die zur ersten Befragung mindestens 12 Jahre alt waren. Für die vorliegende Studie wurden zehn Datensätze imputiert. Regressionsmodelle wurden auf jedem einzelnen Datensatz berechnet und im Anschluss wurden Parameter über alle Modelle gemittelt. Alle p -Werte sind zweiseitig und p -Werte $< .05$ wurden als statistisch signifikant definiert. Die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm R (R Core Team, 2021). Multiple Imputationen wurden mit dem R Paket MICE (Groothuis-Oudshoorn & van Buuren, 2011) durchgeführt.

Tabelle 1. JAEL Stichprobenbeschreibung soziodemographischer Charakteristika (N=180)

Charakteristika	Gesamt (N=180)	Keine PS (N=116)	Irgendeine PS (N=64)	p-Wert	Effektstärke
	<i>MW (SD)</i>	<i>MW (SD)</i>	<i>MW (SD)</i>		<i>r^a</i>
Alter in Jahren	26.33 (3.6)	26.17 (3.8)	26.63 (3.2)	.438	0.06
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>		<i>Cramer's V^b</i>
Geschlecht (weiblich)	58 (32.2)	35 (30.2)	23 (35.9)	.532	0.06
Nationalität (Schweiz)	160 (88.9)	105 (90.5)	55 (85.9)	.460	0.07
Zivilstand				.092	0.15
Ledig	165 (91.7)	104 (89.7)	61 (95.3)		
Verheiratet	11 (6.1)	10 (8.6)	1 (1.6)		
Geschieden	4 (2.2)	2 (1.7)	2 (3.1)		
Höchster Bildungsabschluss				.026*	0.18
Kein Abitur	153 (85.0)	93 (80.2)	60 (93.7)		
Abitur	27 (15.0)	23 (19.8)	4 (6.2)		
Erwerbstätigkeit	104 (57.8)	73 (62.9)	31 (48.4)	.084	0.14
Bezug von Sozialhilfe	48 (26.7)	25 (21.5)	23 (35.9)	.056	0.16
Unterstützung durch Invalidenrente (IV)	25 (13.9)	9 (7.8)	16 (25.0)	.003**	0.24
Platzierungsgrundlage (MAZ)				.034*	0.19
Zivilrechtlich	87 (48.9)	56 (49.1)	31 (48.4)		
Strafrechtlich	47 (26.4)	24 (21.0)	23 (35.9)		
Andere	44 (24.7)	34 (29.8)	10 (15.6)		
	<i>MW (SD)</i>	<i>MW (SD)</i>	<i>MW (SD)</i>		<i>r</i>
Anzahl Fremdunterbringungen	3.6 (3.2)	3.0 (2.3)	4.9 (4.5)	.001**	0.02
Gesamtdauer im Hilfesystem (in Jahren)	6.9 (5.3)	6.7 (5.0)	7.2 (6.0)	.750	0.24

Anmerkungen: * $p < .05$, ** $p < .01$. PS = Persönlichkeitsstörung, MW = Mittelwert, SD = Standard deviation (Standardabweichung). ^aFür die nicht-normalverteilten, kontinuierlichen Variablen wurde die Effektstärke r verwendet. Dabei gilt ein Wert von unter 0.3 als klein, ein Wert zwischen 0.3 und 0.5 als mittel und ein Wert über 0.5 als groß. ^bFür die kategorialen Variablen wurde die Effektstärke Cramer's V verwendet. Dabei gilt ein Wert von 0.1 als klein, ein Wert von 0.3 als mittel und ein Wert von 0.5 als groß.

Ergebnisse

Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

Zur Beschreibung der Stichprobe sind in Tabelle 1 soziodemographische Merkmale der untersuchten JAEL Teilnehmenden mit und ohne PS abgebildet. Im Schnitt waren die Teilnehmenden mit einer PS während der ersten Untersuchungswelle signifikant häufiger strafrechtlich platziert und wechselten im Verlaufe der Zeit deutlich häufiger die Jugendhilfeeinrichtung als jene ohne PS. Darüber hinaus wiesen diese Teilnehmenden einen geringeren Bildungsabschluss auf und bezogen häufiger finanzielle Unterstützung der IV.

Prävalenzen von PS

Insgesamt erfüllten 35.6 % (N=64) aller JAEL-Teilnehmenden die Kriterien für zumindest eine PS. Davon er-

füllten knapp die Hälfte (16.7%) mehr als nur eine PS Diagnose. Die Prävalenzen sind detailliert in Tabelle 2 dargestellt. Im Hinblick auf die einzelnen PS, sind die antisoziale PS mit einer Prävalenz von 20.0 % (N=36) und die Borderline PS mit einer Prävalenz von 9.4 % (N=17) die häufigsten Diagnosen.

Kategoriale Stabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter

Da die Berechnung der Stabilität einer PS nur für jene Personen durchgeführt werden konnte, deren Daten des SKID-II Interviews zu beiden Untersuchungszeitpunkten (MAZ. und JAEL) vorliegen, reduziert sich die Stichprobengröße für diese Berechnung auf 138 Personen. Berücksichtigt man die Stabilität irgendeiner PS ohne die minderjährigen Teilnehmenden so erfüllte ein Anteil von 13.8 % der Teilnehmenden ausschließlich während MAZ. eine PS, 18.8 % der Teilnehmenden erfüllten ausschließlich während JAEL eine PS. Mehr als die Hälfte der Teil-

Tabelle 2. Prävalenzen der Persönlichkeitsstörungen während JAEL (N=180)

Persönlichkeitsstörung	N	%
Irgendeine PS	64	35.56%
Keine PS Diagnose	116	64.4%
Eine PS Diagnose	34	18.9%
Zwei PS Diagnosen	15	8.3%
Drei PS Diagnosen	6	3.3%
Mehr als drei PD Diagnosen	9	5.0%
Einzelne PS		
Paranoide PS	9	5.0%
Schizoide PS	4	2.3%
Schizotypische PS	9	5.0%
Antisoziale PS	36	20.0%
Borderline PS	17	9.4%
Histrionische PS	0	0.0%
Narzisstische PS	2	1.1%
Selbstunsichere PS	6	3.3%
Dependente PS	2	1.1%
Zwanghafte PS	11	6.1%
PS nicht näher bezeichnet (NNB)	8	4.4%

Anmerkungen: PS = Persönlichkeitsstörung, PS NBB = nicht näher bezeichnet. Es ist zu beachten, dass in dieser Übersicht Teilnehmende mit mehreren PS mehrfach genannt werden können.

nehmenden (56.9%) erfüllten die Kriterien für eine PS zu keinem der beiden Messzeitpunkten. Gut ein Zehntel der Teilnehmenden (12.3%) wies zu beiden Messzeitpunkten eine PS auf. Von allen, die schon im frühen Alter eine PS zeigten, litten 47.2% auch im jungen Erwachsenenalter noch unter einer PS. Berücksichtigt man die Stabilität irgendeiner PS zuzüglich der minderjährigen Teilnehmenden welche während MAZ die Kriterien einer antisozialen PS erfüllten, so erfüllte ein Anteil von 26.8% der Teilnehmenden ausschließlich während MAZ eine PS, 10.1% der Teilnehmenden erfüllten ausschließlich während JAEL eine PS. Einen Anteil von 42.0% der Teilnehmenden erfüllte die Kriterien für eine PS zu keinem der beiden Messzeitpunkte. Knapp ein Fünftel der Teilnehmenden (21.0%) wies zu beiden Messzeitpunkten eine PS auf, was einem beständigen Anteil von 43.9% entspricht. Aufgrund der geringen Gruppengrößen der spezifischen PS Diagnosen wurde auf die Darstellung deren kategorialer Stabilität in diesem Beitrag verzichtet.

Risikofaktoren im Jugendalter für die Entwicklung einer PS im Erwachsenenalter

Die deskriptive Beschreibung der Risikofaktoren sind im ESM in Tabelle E1 detailliert aufgelistet. Jugendliche mit Substanzmissbrauch (OR = 2.88, $p = .003$) und Jugendli-

che mit einer PS (OR = 2.6, $p = .018$) haben im Erwachsenenalter eine mehr als zweieinhalbfach höhere Chance, eine PS diagnostiziert zu bekommen als Jugendliche ohne diese Risikofaktoren. Darüber hinaus haben Jugendliche mit stärker ausgeprägten psychopathischen Eigenschaften eine zweifach erhöhte Chance, im späteren Verlauf einmal an einer PS zu leiden (OR_{Z-YPI} = 2.3, $p < .001$). Emotionale Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter führt zu einer mehr als zweifach höheren Chance im Erwachsenenalter, an einer PS zu leiden (OR = 2.2, $p = .028$). Auch im Hinblick auf die Kumulation an Misshandlungserfahrungen, zeigen sich höhere Chancen zu einem späteren Zeitpunkt an einer PS zu erkranken (OR = 1.3, $p = .045$). Schließlich weisen Jugendliche, die mehr als sieben unterschiedliche Delikte begangen haben, eine zweimal so hohe Chance für eine PS im Erwachsenenalter auf als nicht-delinquente Jugendliche (OR = 2.79, $p = .034$).

Diskussion

Ziele der vorliegenden Studie waren es, 1) die Prävalenz von PS bei ehemals fremdplatzierten jungen Erwachsenen zu beschreiben, 2) die kategoriale Stabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter zu be-

Tabelle 3. Logistische Regressionsanalysen zu Vorhersage einer Persönlichkeitsstörung während JAEL (N=172, kontrolliert für Geschlecht)

Prädiktoren im Jugendalter	Irgendeine PS im Erwachsenenalter		
	OR	95 % KI	p-Wert
Persönlichkeitsstörung / Persönlichkeit			
Vorhandensein einer PS ^a	2.64	1.18 – 5.89	.018*
Psychopathische Persönlichkeitszüge ^b	2.28	1.55 – 3.36	< .001***
Selbstlenkungsfähigkeit ^b	0.80	0.56 – 1.14	.218
Psychische Belastung			
Internalisierende Störung ^c	1.63	0.79 – 3.36	.184
Externalisierende Störung ^c	1.44	0.72 – 2.86	.300
Substanzmissbrauch ^c	2.88	1.43 – 5.80	.003**
Suizidalität ^c	1.59	0.79 – 3.21	.192
Misshandlungserfahrungen			
Emotionale Vernachlässigung ^a	2.18	1.09 – 4.36	.028*
Körperliche Vernachlässigung ^a	1.42	0.75 – 2.70	.274
Körperlicher Missbrauch ^a	1.77	0.90 – 3.47	.096
Emotionaler Missbrauch ^a	1.47	0.71 – 3.08	.289
Sexueller Missbrauch ^a	1.04	0.45 – 2.42	.923
Anzahl Misshandlungsformen (0 bis 5)	1.26	1.01 – 1.59	.045*
Delinquenz			
Deliktsschwere			
Leichte	0.86	0.25 – 3.02	.820
Mittelschwere	0.83	0.27 – 2.59	.752
Schwere (7 unterschiedliche Delikte)	2.07	0.77 – 5.58	.146
Schwere (> 7 unterschiedliche Delikte)	2.79	1.08 – 7.21	.034*
Kontrollvariablen			
Geschlecht (weiblich)	1.14	0.58 – 2.22	.699

Anmerkungen: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; PS = Persönlichkeitsstörung, KI = Konfidenzintervall. ^aDiese dichotome Variablen wurden in nicht vorliegend/vorliegend kategorisiert. ^bDiese kontinuierlichen Variablen wurden standardisiert (z-transformiert). ^cDiese dichotome Variablen wurden in unauffällig/auffällig kategorisiert.

stimmen und 3) im Jugendalter vorliegende Risikofaktoren für eine PS im Erwachsenenalter zu identifizieren.

Die soziodemographischen Daten zeigen, dass es sich bei den ehemals fremdplatzierten jungen Erwachsenen um eine hochbelastete Stichprobe handelt. Teilnehmende mit einer PS haben im Vergleich zu der generell hochbelasteten Stichprobe ein noch höheres Risiko für eine niedrigere soziale Teilhabe. Sie haben ein tieferes Bildungsniveau und werden häufiger durch die Invalidenversicherung (IV) unterstützt. Rückblickend waren sie zudem häufiger strafrechtlich platziert und wechselten häufiger die Einrichtung. Diese Ergebnisse bestätigen die internationalen Befunde, nach denen PS häufig mit einer abgebrochenen Berufsausbildung und häufigerer Abhängigkeit von Sozialleistungen verbunden sind (Chanen et al., 2017; Østby et al., 2014). Insbesondere die hohe IV-Berentung unter den Teilnehmenden mit einer PS deckt sich mit der Tatsache, dass in der Schweiz PS die häufigste Diagnose sind, die zu einer IV-Berentung aus psy-

chischen Gründen führen (Baer, 2017). Die häufigen Wechsel innerhalb des Hilfesystems lassen sich dadurch erklären, dass Jugendliche mit auffälligen Persönlichkeitszügen häufiger eine Maßnahme beenden (Schmid et al., 2014) und viele sozialpädagogische Fachkräfte aufgrund der sehr hohen Belastung durch schwieriges Beziehungsverhalten und Selbst- oder Fremdgefährdung bei Jugendlichen mit einer PS oftmals an ihre Grenzen stoßen (Schlüter-Müller, 2009). Dass die Arbeitslosigkeit unter den Teilnehmenden mit einer PS nicht wesentlich höher ausfällt als bei denjenigen ohne PS, kann mit der generell hohen Arbeitslosigkeit innerhalb der untersuchten Stichprobe (42%) erklärt werden, die weit höher liegt als bei den 18- bis 30-jährigen in der Schweizer Allgemeinbevölkerung.

Die Prävalenz irgendeiner PS in Höhe von 35% fällt in der JAEL-Stichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höher aus, entspricht aber den gängigen Prävalenzzahlen in Hochrisikopopulationen (Krabben-

dam et al., 2015; van der Molen et al., 2013; Washburn et al., 2007). Gerade im Jugendhilfesystem kommt es aufgrund der hohen Belastung der Jugendlichen mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen besonders häufig zu einem Wechsel zwischen verschiedenen Settings, da sie mit ihrer Symptomatik eine besondere Herausforderung für sozialpädagogische Fachkräfte darstellen. Die damit verbundenen Beziehungsabbrüche verstärken die Symptomatik dieser Jugendlichen (Schlüter-Müller, 2009), was wiederum die Entwicklung einer PS im Erwachsenenalter begünstigt. Bei der Interpretation der Prävalenzen einzelner PS ist wichtig zu bemerken, dass gemäß dem Schweizer Jugendstrafrecht strafrechtlich platzierte Jugendliche mit zivilrechtlich platzierten Jugendlichen in denselben Einrichtungen untergebracht werden können, was den hohen Anteil der Antisozialen (20.0%) und der Borderline PS (9.4%) erklären vermag, wie sie in forensischen Settings zu finden sind (Fazel & Danesh, 2002; Singleton et al., 1998). Darüber hinaus erfüllten knapp die Hälfte der untersuchten Teilnehmenden mit einer PS die Kriterien zugleich mehreren PS-Diagnosen. Das entspricht dem verbreiteten Befund, wonach komorbide PS-Diagnosen eher die Regel als die Ausnahme sind (Skodol, 2005).

Die von uns gefundene kategoriale Stabilität von 47% für irgendeine PS ohne die minderjährigen Teilnehmenden, welche während MAZ. die Kriterien einer antisozialen PS erfüllten, liegt einerseits höher als die Stabilität, die bei Studien im Erwachsenenalter bezüglich spezifischen PS gefunden wurde. In der Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study (Gunderson et al., 2011), welche die Stabilität von PS bei 18- bis 45-jährigen untersuchte, waren nach 10 Jahren 85% der Menschen, mit einer Borderline-Störung remittiert. Andererseits unterstreicht dies den Befund, dass PS nicht so stabil sind, wie früher postuliert wurde (Chanen et al., 2004; Durbin & Klein, 2006; Schmeck & Schlüter-Müller, 2012; Shea et al., 2002). Die kategoriale Stabilität von 43% für irgendeine PS zuzüglich der minderjährigen Teilnehmenden, welche während MAZ. die Kriterien einer antisozialen PS erfüllten, verdeutlicht zudem, dass einige der Teilnehmenden lediglich zu MAZ. eine antisoziale Störung erfüllten. Damit sind vor allem auch die früh zu beobachtenden antisozialen Verhalten nicht so stabil wie bisher angenommen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Diagnosen im kategorialen Klassifikationsansatz aufgrund der Überschreitung eines Schwellenwertes vergeben werden. So kann bereits eine geringfügige Veränderung in der Symptomatik zu einem Verschwinden oder einem Wiederauftreten einer Diagnose führen (Schmeck & Schlüter-Müller, 2012). Demnach reicht am Beispiel der Borderline PS bereits das Unterschreiten eines einzelnen Kriteriums des auf fünf von neun festgelegten Cut-off Wertes aus, damit die Störung nicht mehr vergeben wird

und als „subklinisch“ bezeichnet wird (Kaess, Fischer-Waldschmidt, Resch & Koenig, 2017). Ein solches Vorgehen führt zu einer geringen kategorialen Stabilität, auch wenn die Symptomatik möglicherweise noch in einem erheblichen Umfang vorhanden ist.

Teilnehmende mit einer schon im Jugendalter vorhandenen PS, psychopathischen Persönlichkeitszügen, Substanzmissbrauch, emotionaler Vernachlässigung, kumulierten Misshandlungserfahrungen sowie schwerwiegender Delinquenz zeigten ein höheres Risiko, im jungen Erwachsenenalter unter einer PS zu leiden. Vor allem psychopathische Persönlichkeitsmerkmale und Substanzmissbrauch wiesen einen bedeutenden Einfluss auf die Diagnose einer PS im Erwachsenenalter auf. Dieser Befund ist passend zu Ergebnissen anderer Studien, die den Einfluss von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen und Substanzmissbrauch insbesondere auf die Entwicklung von antisozialen und Borderline PS belegen (Loeber, Burke & Lahey, 2002; Soderstrom, Nilsson, Sjödin, Carlstedt & Forsman, 2005; Thatcher et al., 2005). Dabei scheinen psychopathische Persönlichkeitsmerkmale und Substanzmissbrauch jedoch vielmehr Ausdruck der zugrundeliegenden PS zu sein, als dass sie eine PS im Erwachsenenalter hervorruft. Andererseits entsteht durch fortwährenden Substanzmissbrauch ein ungünstiger Einfluss auf die PS-Entwicklung, sodass ein sich gegenseitig negativ beeinflussender Teufelskreis entsteht. Überraschend erscheint, dass andere externalisierende und/oder internalisierende Probleme in dieser Hochrisikopopulation keinerlei derartige Effekte zeigten. Eine mögliche Erklärung liegt in der hohen psychosozialen Belastung auch all jener ohne PS. Bezogen auf Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen zeigte sich, nebst der Kumulation aller Formen an Misshandlung, lediglich die emotionale Vernachlässigung als signifikanter Prädiktor einer PS im Erwachsenenalter, was im Vergleich zu anderen internationalen Befunden (Afifi et al., 2011; Reising, Farrington, Tfofi, Piquero & Coid, 2019) überrascht. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die generell sehr hohe Prävalenz der emotionalen Vernachlässigung unter den Teilnehmenden sein (60%), sodass die anderen Misshandlungsformen lediglich in ihrer Kumulation einen Einfluss zeigten. Die Studie von Garland, Landsverk, Hough und Ellis-Macleod (1996) zeigte zudem, dass körperlich oder sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche deutlich häufiger psychiatrische Settings aufsuchen als emotional vernachlässigte Kinder und Jugendliche. Dies liegt womöglich daran, dass ein körperlicher oder sexueller Missbrauch mit frühen Auffälligkeiten einhergeht und somit deutlich früher entsprechende Interventionen auf den Plan ruft. Körperlich oder sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche könnten demnach durch frühzeitige Interventionen über die Zeit hinweg resilienter werden,

was sich positiv auf die Entwicklung ihrer Persönlichkeit auswirken könnte. Zusätzlich zeigt dieses Ergebnis aber auch, dass in Kindheit und Jugend erlittene Traumatisierungen weder hinreichend noch notwendig sind, um eine PS im Erwachsenenalter hervorzurufen. Zuletzt zeigt sich, dass die Schwere der begangenen Delikte zu einem starken Prädiktor für eine spätere PS gehören. Dies ist vermutlich auf den hohen Anteil an schwerwiegenden delinquenten Teilnehmenden innerhalb der Stichprobe zurückzuführen und mitunter durch psychopathische Traits und den hohen Anteil der antisozialen PS bedingt. Dennoch ist auch bei der Schwere der begangenen Delikte davon auszugehen, dass diese eher Ausdruck einer beeinträchtigten PS-Entwicklung ist, als dass dies zur Entwicklung einer PS führt.

Stärken und Limitationen

Die Stärken der vorliegenden Studie bestehen vor allem in ihrem prospektiven longitudinalen Design und der strukturierten Erfassung von Psychopathologie und psychosozialen Risikofaktoren in einer ansonsten weitgehend vernachlässigten Population der stationären Jugendhilfe. So können zum ersten Mal die Prävalenzen von PS bei ehemals fremdplatzierten jungen Erwachsenen sowie die kategoriale Stabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter dargestellt werden. Durch die umfangreiche Befragung dieser hochbelastenden Stichprobe mit Selbst-, Fremdberticht und klinischem Expertenrating im Längsschnitt ist es möglich, prospektive Risikofaktoren für eine PS im Erwachsenenalter zu identifizieren.

Mögliche Limitationen der Studie bestehen darin, dass (1) zum zweiten Untersuchungszeitraum nur 180 von 592 Teilnehmenden der MAZ-Studie untersucht werden konnten. Allerdings bildet das Auffinden und intensive Untersuchen von 180 jungen Erwachsenen aus einer derart belasteten Stichprobe einen enormen Erfolg. Ferner können wir nicht ausschließen, dass (2) mögliche Selektionseffekte die Aussagekraft der Studie einschränken. Zwar wurden in explorativen Analysen JAEL-Teilnehmende und nicht-Teilnehmende auf diversen Ebenen verglichen und keine systematischen Unterschiede gefunden, dennoch stellen Risikopopulationen stets eine positive Selbstselektion dar, indem Teilnehmende mit schwer ausgeprägten PS aufgrund ihrer desolaten Lebenssituation in dieser Studie möglicherweise nicht erreicht werden konnten. Eine weitere Limitation (3) liegt im Anteil an fehlenden Werten. Berücksichtigt man, dass für die Untersuchung der Stabilität von PS Daten zu beiden Messzeitpunkten vorliegen müssen, so reduzierte sich unsere Stichprobe für die Durchführung dieser Analysen auf 138 Teilnehmende. Zwar haben wir diese für die

Identifikation der Risikofaktoren der logistischen Regression mit multiplen Imputationen ergänzt, jedoch beliefen sich die Analysen für die kategoriale Stabilität der PS lediglich auf vorliegende Daten. Dies führte indes dazu, dass die Gruppengrößen innerhalb der einzelnen PS Diagnosen sehr gering ausfielen, weshalb deren Darstellung, sowohl als auch spezifische Risikofaktoren für einzelne PS in dem vorliegenden Beitrag nicht berücksichtigt werden konnten. Eine weitere Limitation (4) besteht darin, dass die in der Kindheit vorgekommenen Misshandlungserfahrungen anhand des CTQ retrospektiv erfasst wurden. Wenngleich das CTQ eines der meistverwendeten Instrumente zur Erfassung von aversiven Kindheitserfahrungen darstellt, vermag die retrospektive Messung die Validität der gewonnenen Daten zu beeinträchtigen (Esser et al 2002; Reuben et al., 2016). Schließlich (5) handelt es sich bei der untersuchten Stichprobe um eine insgesamt stark psychosozial belastete Population, weshalb sich die Ergebnisse nur bedingt auf allgemeinspsychiatrische Fälle bzw. die Allgemeinbevölkerung generalisieren lassen.

Schlussfolgerung

Zusammengenommen zeigt sich eine hohe psychosoziale Belastung ehemals fremdplatzierter junger Menschen – die nochmals stärker ausgeprägt ist bei jenen, die unter einer PS leiden. Die Prävalenz von PS sowie die damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen sind in dieser Stichprobe hoch, weshalb eine frühzeitige Abklärung und eine langfristige Verlaufsbeobachtungen von Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen innerhalb der Jugendhilfe wünschenswert wären. Denn je früher Auffälligkeiten entdeckt werden, desto früher können unterstützende Maßnahmen angewendet und einer Chronifizierung der Symptomatik kann entgegengewirkt werden. Mit der Aufhebung der Altersbeschränkung der Diagnose einer PS in der neuen ICD-11 wird ein erster großer Schritt in Richtung Früherkennung von PS getan. Die kategoriale Stabilität irgendeiner PS kann in dieser Stichprobe als mittelgradig eingestuft werden, was die dringende Notwendigkeit unterstreicht, sich in Zukunft von dem hartnäckigen Vorurteil zu lösen, PS mit einem lebenslangen und unveränderbaren Schicksal gleichzusetzen. Das Kennen und Erkennen möglicher Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter bildet dabei eine wichtige Voraussetzung, um eine passgenau individuelle und interdisziplinäre Betreuung in der Kinder- und Jugendhilfe zu gewährleisten. Ein systematisches und strukturiertes Screening für Risikofaktoren und Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung kann als erster Schritt betrachtet werden, entsprechende Hilfen aufzugleisen, und

dabei helfen, die soziale Teilhabe von fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen zu fördern.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000367>.

ESM 1. Zusätzliche Informationen zu den Messinstrumenten zur Erfassung der Risikofaktoren einer PS

ESM 2. Tabelle E1. Deskriptive Beschreibung der Risikofaktoren ($N = 180$)

Literatur

- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M.W., MacMillan, H. et al. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 814–822.
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text Revision: DSM-1 V-TR*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.
- Baer, N. (2017). Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten. *Praxis* 106, 311–317.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. & Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 907–913.
- Bernstein D. P. & Fink L (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio, TX: The Psychological Corp.
- Birkhölzer, M., Schlüter-Müller, S. & Schmeck, K. (2020). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 171(3), 1–6.
- Boers, K. & Reinecke, J. (2007). *Delinquenz im Jugendalter. Erkenntnisse einer Münsteraner Längsschnittstudie*. Münster: Waxmann.
- Chanen, A. M., (2015). Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71, 778–791.
- Chanen, A. M., Sharp, C., Hoffman, P. & Global Alliance for Prevention and early intervention for borderline personality disorder. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry*, 16, 215.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V. & Hok, P. Y. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
- Chanen, A. M. & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14, 45–53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Chanen, A. M. & Thompson, K. N. (2019). The age of onset of personality disorders. In G. de Girolamo, P. D. McGorry & N. Sartorius (Eds.), *Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications* (pp. 183–201). Cham: Springer International Publishing.
- Cohen, P. (1996). Childhood risks for young adult symptoms of personality disorder: Method and substance. *Multivariate Behavioral Research*, 31, 121–148.
- Distel, M. A., Middeldorp, C. M., Trull, T. J., Derom, C. A., Willemsen, G. & Boomsma, D. I. (2011). Life events and borderline personality features: The influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychological Medicine*, 41, 849.
- Durbin, C. E. & Klein, D. N. (2006). Ten-year stability of personality disorders among outpatients with mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 75–84. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.75>
- Esser, G., Steigleider, P., Lange, S., Ihle, W., Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2002). Die Validität des autobiographischen Gedächtnisses. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 228–237.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.
- Garland, A. F., Landsverk, J. L., Hough, R. L. & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 675–688.
- Goth, K. & Schmeck, K. (2009). *Das Junior Temperament und Charakter Inventar: Eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten-bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell; JTCl*. Göttingen: Hogrefe.
- Grisso, T. & Barnum, R. (2000). *Massachusetts Youth screening instrument, second version (MAYSI-2): User's manual and technical report*. Worcester, MA: University of Massachusetts Medical School.
- Groothuis-Oudshoorn, K. & van Buuren, S. (2011). Mice: multivariate imputation by chained equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45(3), 1–67.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M. et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827–837.
- Hopwood, C. J. & Bleidorn, W. (2018). Stability and change in personality and personality disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.034>
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: Results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287.
- 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, 265–275.
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134, 782–793.
- Kaess, M., Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F. & Koenig, J. (2017). 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 Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 1–12.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M. & Simonsen, E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: A review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 31–48.

- Krabbendam, A. A., Colins, O. F., Doreleijers, T. A., van der Molen, E., Beekman, A. T. & Vermeiren, R. R. (2015). Personality disorders in previously detained adolescent females: A prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(1), 63.
- Köhler, D. K., Kuska, S. K., Schmeck, K., Hinrichs, G. & Fegert, J. (2010). Deutsche Version des Youth-Psychopathic-Traits-Inventary (YPI). In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 478–482). Göttingen: Hogrefe.
- Loeber, R., Burke, J. D. & Lahey, B. B. (2002). What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12(1), 24–36.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Debo-rah, D. et al. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279–284.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G. et al. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 883–889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.883>
- Østby, K. A., Czajkowski, N., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Gjerde, L. C., Kendler, K. S. et al. (2014). Personality disorders are important risk factors for disability pensioning. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49, 2003–2011.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20.
- R Core Team. (2021). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.r-project.org>
- Reising, K., Farrington, D. P., Ttofi, M. M., Piquero, A. R. & Coid, J. W. (2019). Childhood risk factors for personality disorder symptoms related to violence. *Aggression and Violent Behavior*, 49, 101–107.
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F. et al. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
- Schermer, J. A., Colodro-Conde, L., Grasby, K. L., Hickie, I. B., Burns, J., Lighthart, L. et al. (2020). Genetic and environmental causes of individual differences in borderline personality disorder features and loneliness are partially shared. *Twin Research and Human Genetics*, 23, 214–220.
- Schlüter-Müller, S. (2009). Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen in der Jugendhilfe – eine Herausforderung. In C. Meyer & M. Tetzler (Hrsg.), *Liebe und Freundschaft in der Sozialpädagogik* (S. 279–296). Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmeck, K., Pick, O. G., Milidou, M., Schenk, N., Schlüter-Müller, S. & Zimmermann, R. (2018). Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 22, 179–185.
- Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2012). Verlauf und Prognose der schweren Persönlichkeitsstörungen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163, 166–170.
- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M. et al. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23, 161–173.
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. & Schmeck, K. (2011). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen (MAZ)*. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2015). Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 1266–1288.
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T. et al. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2036–2041. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2036>
- Singleton, N., Coid, J., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G. et al. (1998). *The National Survey of Psychiatric Morbidity among prisoners and the future of prison*. London, UK: The Stationary Office.
- Skodol, A. E. (2005). Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. In J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 57–87). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Skodol, A. E. (2008). Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 495–503.
- Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrovic, P., Asherson, P., Hellner, C. et al. (2019). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: A register study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, 1, 1–10.
- Soderstrom, H., Nilsson, T., Sjodin, A.-K., Carlstedt, A. & Forsman, A. (2005). The childhood-onset neuropsychiatric background to adulthood psychopathic traits and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 111–116.
- Thatcher, D. L., Cornelius, J. R. & Clark, D. B. (2005). Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality. *Addictive Behaviors*, 30, 1709–1724. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.008>
- Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, N., Langenbach, M. & Ott, J. (2002). *Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- van Buuren, S. (2018). *Flexible imputation of missing data*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- van der Molen, E., Vermeiren, R., Krabbendam, A., Beekman, A., Doreleijers, T. & Jansen, L. (2013). Detained adolescent females' multiple mental health and adjustment problem outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 950–957.
- Volkert, J., Gablonski, T.-C. & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213, 709–715.
- Washburn, J. J., Romero, E. G., Welty, L. J., Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M. et al. (2007). Development of antisocial personality disorder in detained youths: The predictive value of mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 221.
- Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A. et al. (2019). Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: Findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.005>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S. T., Thompson, A., Eyden, J. & Singh, S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of bor-

derline personality disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 2237–2251. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000318>

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV; Achse I und II; Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.827>

Danksagung

Die Autoren danken allen beteiligten Studienteilnehmenden und dem Schweizer Bundesamt für Justiz für das in uns gesetzte Vertrauen. Schließlich danken die Autoren dem MAZ.- und JAEL-Team für die hervorragende Unterstützung bei der Rekrutierung und der Auswertung der Daten.

Interessenskonflikt

Die Autoren bestätigen, dass kein potenzieller Interessenskonflikt besteht.

Ethische Richtlinien

Das Forschungsprojekt ist von der zuständigen Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz (EKNZ, Ref.: 2017–00718) begutachtet und genehmigt. Für alle Studienteilnehmenden liegt eine Einverständniserklärung vor.

Autorenschaft

Delfine d'Huart und David Bürgin teilen sich die Erstautorenschaft. Delfine d'Huart und David Bürgin schrieben den ersten Entwurf des vorliegenden Beitrages. Delfine d'Huart, David Bürgin und Süheyla Seker rekrutierten die ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden für die JAEL Studie und führten die Datenanalyse dieses Beitrages durch. Cyril Boonmann, Marc Birkhölzer, Nils Jenkel, Marc Schmid, Jörg M. Fegert und Klaus Schmeck äußerten sich zu einem früheren Entwurf dieses Artikels und supervidierten den gesamten Prozess des Beitrages.

Förderung

Der MAZ.- und JAEL Modellversuch wurde vom Schweizer Bundesamt für Justiz gefördert. Die geteilte Erstautorin Delfine d'Huart wurde durch ein individuelles Promotionsstipendium vom Fonds National de la Recherche du Luxembourg (FNR) gefördert.

Delfine d'Huart, M. Sc.

Forschungsabteilung der Klinik für Kinder und Jugendliche
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPKKJ)
Wilhelm Klein-Str. 27
4002 Basel
Schweiz
Delfine.d'Huart@upk.ch