

# Worum es geht:

## Definition und Klassifikation

- 2.1 Konzeptuelle Fragen – 10**
  - 2.1.1 Zur Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen im Entwicklungsverlauf – 10
  - 2.1.2 Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – 12
- 2.2 Entwicklung der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen – 13**
- 2.3 Definition – 16**
- 2.4 Leitsymptome – 17**
- 2.5 Untergruppen – 17**
  - 2.5.1 Cluster A – 17
  - 2.5.2 Cluster B – 20
  - 2.5.3 Cluster C – 25
- 2.6 Ausschlussdiagnostik – 29**

## 2.1 Konzeptuelle Fragen

### 2.1.1 Zur Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen im Entwicklungsverlauf

Die Genauigkeit der Erfassung der Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen in verschiedenen Lebensaltern wird durch 2 Probleme beeinträchtigt:

**1. Problem.** In verschiedenen Lebensaltern müssen unterschiedliche diagnostische Instrumente verwendet werden und die Beurteilerperspektive wechselt. Während bei Säuglingen und Kleinkindern vor allen Dingen Verhaltensbeobachtungen durchgeführt werden, wird die Persönlichkeit von Schulkindern primär durch ein Elternrating, also eine Fremdeinschätzung vorgenommen. Dem gegenüber werden Jugendlichen und Erwachsenen Persönlichkeitsfragebogen zur Selbsteinschätzung vorgelegt. Da aus der Erfassung von Psychopathologie bekannt ist, dass die Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Beurteilern (also z. B. die Selbsteinschätzung von Jugendlichen mit dem „Youth Self-Report“, YSR, im Vergleich zur Fremdeinschätzung dieser Jugendlichen durch ihre Eltern mit der „Child Behavior Checklist“, CBCL) mit Korrelationen um  $r=0,30$  sehr niedrig ausfallen, ist auch davon auszugehen, dass ein Wechsel in der Beurteilerperspektive beim Übergang vom Schulkind ins Jugendalter zu einer deutlichen Verminderung der Stabilitätskoeffizienten führt, auch wenn das Merkmal selbst tatsächlich eher stabil ausgeprägt sein kann.

**2. Problem.** Weiterhin ist zu beachten, dass Änderungen im beobachtbaren Verhalten nicht notwendigerweise eine Veränderung in basalen Persönlichkeitsstrukturen bedeuten müssen. Dieses Phänomen wurde von dem amerikanischen Entwicklungspsychologen Kagan als „heterotype Kontinuität“ bezeichnet. In verschiedenen Le-

bensabschnitten können danach unterschiedliche Verhaltensweisen Indikatoren für das gleiche Persönlichkeitsmerkmal sein. Asendorpf (2004) hat z. B. einen deutlichen Zusammenhang gefunden zwischen der von Klassenkameraden beurteilten Aggressivität von Kindern im Alter von 8 Jahren und der Zahl an Verkehrsverstößen, die diese Personen als Erwachsene bis zum Alter von 30 Jahren begingen. Wenn aggressives Verhalten im Kindergartenalter durch die Beobachtung von Beißen, Treten, Spucken oder Wegnehmen von Spielzeug bestimmt wird, wäre es sicher unangemessen, zur Erfassung aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen die gleichen Beobachtungskategorien einzusetzen.

Die Stabilität von Temperamentsmerkmalen im Kleinkindalter ist als niedrig einzuschätzen und liegt in verschiedenen Untersuchungen im Zeitabschnitt zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr um  $r = 0,30$ . In der „New-York-Longitudinal-Study“ von Thomas u. Chess (1980) zeigte sich, dass die Stabilität der 9 Temperamentsdimensionen ihres Modells vom 1. bis zum 2. Lebensjahr überwiegend im Bereich von  $r = 0,30$  bis  $r = 0,45$  lag, dass diese Stabilität jedoch vom 1. zum 5. Lebensjahr auf Korrelationen von  $r = 0,10$  bis  $r = 0,20$  sank. Bedeutsame Veränderungen scheinen sich also vor allem in den ersten 3 Lebensjahren zu ergeben. Neben dem Erfassungszeitpunkt ist aber auch der ausgewählte Temperamentsfaktor von Bedeutung. So konnten Kagan et al. (1987) zeigen, dass die Stabilität der Verhaltenshemmung (Schüchternheit) vom 2. zum 8. Lebensjahr bei  $r = 0,50$  bis  $r = 0,70$  lag. Schüchternheit scheint somit ein stabiles Merkmal zu sein, das schon zu einem vergleichsweise frühen Zeitpunkt zuverlässig erfasst werden kann. Auch wenn sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung Veränderungen im beobachtbaren Verhalten ergeben, ist es sehr unwahrscheinlich, dass ein Kind sich ganz grundlegend verändert. Dies bedeutet, dass ein im Kindergartenalter sehr scheues Kind möglicherweise im Schulalter

weniger scheu ist, aber dieses Kind wird in der großen Mehrzahl der Fälle kaum als abenteuerlustig eingeschätzt werden.

In einer Metaanalyse (Asendorpf 2002) wurde die mittlere 7-Jahres-Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen in verschiedenen Lebensabschnitten aus getrennt gemittelten Stabilitäten von vielen Längsschnittstudien zusammengestellt. Wie schon weiter oben beschrieben, ist die Stabilität in den ersten Lebensjahren nicht sehr hoch. Wenn jedoch die erste Messung zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr lag und die zweite Messung zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr (7-Jahresstabilität), dann zeigte sich schon eine bemerkenswerte Stabilität von  $r > 0,50$ , die nicht niedriger liegt als die Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen, wenn sie erstmals zwischen dem 18. und 22. Lebensjahr erfasst wurden. Vom Kindergartenalter bis ins junge Erwachsenenalter hinein schwanken die Stabilitätskoeffizienten um  $r = 0,50$ , was einer mittleren bis hohen Stabilität entspricht, wenn man in Rechnung stellt, dass bei Berücksichtigung des Messfehlers Stabilitäten über  $r = 0,80$  nicht möglich sind.

**!** Bemerkenswert ist vor allem, dass die empirisch ermittelten Stabilitäten von Persönlichkeitsmerkmalen keinerlei Hinweis darauf geben, dass die Erreichung des 16. oder 18. Lebensjahres zu einer bedeutsamen oder sprunghaft ansteigenden Stabilität der Persönlichkeit führt. Dies kann als deutlicher Hinweis dafür gesehen werden, dass die in den Diagnosesystemen angesetzte Grenze von (16 –) 18 Jahren für die Stellung einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose willkürlich gesetzt ist.

Von McCrae et al. (2000) wurde eine vergleichende Studie in 5 Kulturen mit dem Persönlichkeitsinventar NEO-FFI durchgeführt, mit dem das Big-Five-Persönlichkeitsmodell erfasst werden kann. Ziel der Studie war die Frage, inwieweit sich die Persönlichkeitsmerkmale in

verschiedenen Altersgruppen zwischen dem 14. und 30. Lebensjahr unterscheiden. Es zeigte sich, dass es in allen 5 verschiedenen Kulturen mit zunehmendem Lebensalter zu einer Abnahme von Neurotizismus und Extraversion kam, während ebenfalls in allen Kulturen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zunahmen. Für den Faktor „Offenheit für Erfahrungen“ zeigten sich in den verschiedenen Kulturen unterschiedliche Trends. Gleichfalls fanden sich zwischen der Gruppe der 14- und 17-Jährigen und der der 18- bis 21-Jährigen mehr Unterschiede als zwischen der Gruppe der 18- bis 21-Jährigen und der der 22- bis 29-Jährigen. Über den individuellen Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung sagen jedoch solche querschnittlichen Gruppenvergleiche wenig aus. Will man den individuellen Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung beobachten ist jedoch zu beachten, dass in verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Verhaltensweisen Indikatoren für das gleiche Persönlichkeitsmerkmal sein können („heterotype Kontinuität“, s. oben).

In der Persönlichkeitspsychologie wird zwischen sog. „States“ und „Traits“ unterschieden. Während es sich bei „Traits“ um stabile Persönlichkeitsmerkmale einer Person handelt, beziehen sich „States“ auf vorübergehende Zustände einer Person, die besser durch situative Faktoren als durch stabile Persönlichkeitsmerkmale erklärt werden können. Hintergrund dieser Differenzierung ist die Beobachtung, dass sich Menschen in verschiedenen Situationen ganz unterschiedlich verhalten können. Kennzeichen einer Persönlichkeitsstörung sind starre und rigide Verhaltensweisen, die also weniger durch situative Faktoren veränderbar sind, sondern in verschiedensten Lebenszusammenhängen auf sehr ähnliche Art und Weise gezeigt werden. Es stellt sich die Frage, ob solche rigiden und starren Verhaltensmuster auch schon im Kindes- und Jugendalter zu beobachten sind und wie weit diese Art von Verhaltensmustern im Entwicklungsverlauf stabil bleibt.

### 2.1.2 Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Nur wenige psychiatrische Diagnosen sind so umstritten wie diejenige einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter. In den Leitlinien der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wird festgehalten, dass laut ICD-10 aufgrund des Entwicklungsaspekts von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor Abschluss der Pubertät, d. h. vor dem 16.-17. Lebensjahr, nur dann gestellt werden darf, wenn

1. die geforderte Mindestzahl der Kriterien erfüllt ist und
2. die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten.

Danach ist also eine Diagnosestellung durchaus auch schon vor dem 16. Lebensjahr möglich. Trotz dieser Ausführungen herrscht jedoch weit verbreitet die Meinung vor, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 18. Lebensjahr, und wenn überhaupt im Jugendalter, dann erst mit frühestens 16 Jahren gestellt werden darf.

Dies ist insofern bemerkenswert, da es zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung unabdingbar ist, dass die Persönlichkeitsauffälligkeiten schon seit der Kindheit oder Jugend bestehen und sich in diesem Zeitraum wenig oder gar nicht verändert haben.

Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter (ICD-10 2005, S. 227).

Gemäß dieser Diagnosekriterien wird davon ausgegangen, dass Persönlichkeitsstörungen einen kontinuierlichen Verlauf von der Kindheit über die Jugend ins Erwachsenenalter nehmen, was bedeutet, dass bei einem Erwachsenen, der unter einer Persönlichkeitsstörung leidet, diese Probleme schon zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung bestanden haben. Dieser erwachsene Patient hat also schon in seiner Kindheit oder Jugend unter einer Persönlichkeitsstörung gelitten.

Manche (vor allem psychoanalytisch orientierte) Autoren befürworten die Diagnose von z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen auch schon im Kindesalter (Kernberg 1990; Kernberg et al. 2000; Bürgin u. Meng 2000). Paulina Kernberg vertrat z. B. die Position, dass niemand bestreiten würde, dass auch Kinder schon eine klar beschreibbare und von anderen abgrenzbare Persönlichkeit haben. Wenn aber Kindern eine eigenständige Persönlichkeit zugeschrieben würde, dann wäre es ungewöhnlich, wenn es nicht auch schon Kinder gäbe, bei denen ihre Persönlichkeit gestört sei (P. Kernberg, persönliche Mitteilung, Ulm 2004). Andere dagegen wie z. B. Shapiro (1990) stellen den Entwicklungsaspekt der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen in den Vordergrund, weshalb eine stabile Persönlichkeitsentwicklung als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter noch nicht gegeben sei.

Ein Kompromissvorschlag wurde von Spiel u. Spiel (1987) versucht, in dem sie vorschlugen, bei Kindern und Jugendlichen vor dem 18. Lebensjahr den Begriff „**Persönlichkeitsentwicklungsstörung**“ zu verwenden und damit dem Entwicklungsgedanken Rechnung zu tragen.

Die Debatte um die Verwendung der Persönlichkeitsstörungsdiagnose im Kindes- und Jugendalter wird z. T. sehr heftig und ideologisch geprägt geführt und erinnert in manchen Punkten an die Diskussion um die Diagnosestellung einer schizophrenen Psychose im Kindes- und Jugend-

alter in den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts. In beiden Fällen wird bzw. wurde von den Gegnern einer Diagnosestellung mit der Gefahr einer lebenslangen Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen argumentiert, wenn ihnen schon vor dem Erwachsenenalter ein solches „Label“ verpasst wird. Als Alternative wurde bzw. wird der Begriff einer „Adoleszentenkrise“ befürwortet, ein unscharfer und kaum klar definierbarer Begriff, für den es, und dies ist letztendlich viel schwerwiegender, auch keine klar definierten Behandlungskriterien gibt.

Bei der Debatte um die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter werden zwei grundlegende Irrtümer begangen (Schmeck 2008):

**1. Irrtum.** Es wird von der Vorstellung ausgegangen, dass sich Entwicklung in Kindheit und Jugend abspielt und mit dem 18. Lebensjahr weitgehend abgeschlossen ist. Dies ist aber keinesfalls richtig, da man heutzutage sehr wohl weiß, dass Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist und es sich dabei um ein Charakteristikum jeden Lebens handelt. Von daher ist auch die Verwendung des Begriffs „**Persönlichkeitsentwicklungsstörung**“ im Kindes- und Jugendalter nicht unproblematisch, da er die unzutreffende Begrenzung der Entwicklung auf diesen Lebensabschnitt manifestiert. Weiterhin muss beachtet werden, dass die Altersgrenze „18. Lebensjahr“ für die Definition des Erwachsenseins historisch gewachsen ist und eine vorwiegend juristisch geprägte Perspektive darstellt (Wahlrecht, Führerschein etc.). In früheren Zeiten und in anderen Kulturen liegt der Beginn des Erwachsenenalters deutlich früher, während sich heutzutage (vor allem in akademischen Kreisen) die Adoleszenz immer weiter zu verlängern scheint und sich 18-Jährige noch längst nicht erwachsen fühlen.

**2. Irrtum.** Er besteht in der Annahme, Persönlichkeitsstörungen seien unveränderbar, somit

also auch nicht therapierbar, und würden damit ein lebenslanges Schicksal für den Betroffenen darstellen. Wenn dem so wäre (dass es nicht so ist, wird in ► Kap. 7 ausführlich erläutert), dann könnte eine Diagnosestellung tatsächlich zu einer nachhaltigen Stigmatisierung führen, wodurch die Möglichkeiten der privaten und beruflichen Entwicklung des betroffenen Patienten erheblich eingeschränkt würden.

Die mit der Diagnosestellung verbundenen ethischen Implikationen werden im ► Abschn. 6.8 diskutiert.

## 2.2 Entwicklung der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Im 19. Jahrhundert, wie auch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, waren allgemein verbindliche Diagnosesysteme unbekannt. Für jeden renommierten Psychiater gehörte es zum guten Ton, sein eigenes Klassifikationsschema zu entwickeln (Widiger 2001) und noch 1948, als von der WHO die ICD-6 herausgegeben wurde, wurde dieses Diagnosesystem, in das auch ein Abschnitt über psychische Störungen eingefügt worden war, von den amerikanischen Psychiatern weitgehend ignoriert. Von der „American Psychiatric Association“ (APA) wurde 1952 als Gegenentwurf das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) veröffentlicht.

Da das Kapitel über psychische Störungen in der ICD-6 nur in sehr wenigen Ländern auf Akzeptanz stieß, wurde Anfang der 60er-Jahre die ICD-8 entwickelt (in der ICD-7, veröffentlicht 1955, waren keine Veränderungen im Kapitel über psychische Störungen vorgenommen worden). 1968 wurde das DSM-II veröffentlicht, in dem Substanzabhängigkeit und sexuelle Deviationen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen herausgenommen wurden. Neu hinzugefügt wurden dafür die explosive, die hysterische

und die asthenische Persönlichkeitsstörung. Nach der Veröffentlichung von DSM-II wurden erstmals auch Untersuchungen zur Interrater-Reliabilität der Diagnose durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Übereinstimmungen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen sehr niedrig lagen (Kappa-Werte zwischen 0,11 und 0,56). Daraufhin wurden erstmals spezifischere und explizit benannte diagnostische Kriterien entwickelt, um die Reproduzierbarkeit von Diagnosen im Bereich psychischer Störungen zu verbessern.

Im DSM-III, veröffentlicht 1980, wurden 4 Diagnosen des DSM-II entfernt (asthenische, zylothyme, inadäquate, explosive Persönlichkeitsstörung). Für den Bereich der Persönlichkeitsstörung wurden dafür 4 neue Diagnosen hinzugefügt (vermeidend, dependent, Borderline, narzisstisch). Eine entscheidende Veränderung im Übergang von DSM-II zu DSM-III bestand darin, dass in der neueren Klassifikation die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf einer gesonderten Achse erfolgen sollte, womit die Bedeutung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung neben den anderen psychischen Störungen betont wurde. Dies führte gleichzeitig zu einer deutlichen Verstärkung der Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet. Insgesamt wurde die Reliabilität der Diagnosestellung von psychiatrischen Störungen durch die spezifischen und expliziten diagnostischen Kriterien des DSM-III verbessert. Persönlichkeitsstörungen waren allerdings nach wie vor nicht reliabel erfassbar (mit Ausnahme der antisozialen Persönlichkeitsstörung).

Stärker als vorher hatte sich das DSM-III von der ICD-9 entfernt. Bei der Entwicklung von ICD-10 und DSM-IV wurde deshalb größerer Wert darauf gelegt, beide Systeme wieder besser kompatibel zu machen. So wurde z. B. in die ICD-10 der Borderline-Typ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung eingefügt, der sehr vergleichbar zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV ist.

! Die zukünftigen Revisionen von ICD und DSM werden mit hoher Wahrscheinlichkeit gerade im Bereich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen deutliche Veränderungen mit sich bringen. So sieht Livesley (2003) nur eine minimale empirische Evidenz für das gegenwärtige DSM-IV-System. Es besteht inzwischen weitgehender Konsens darüber, dass das gegenwärtige kategoriale Modell nur wenig empirische Bestätigung findet. Dimensionale Konzepte werden daher intensiv diskutiert.

Widiger (2000) zieht einen Vergleich zwischen der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen zu derjenigen von intellektuellen Beeinträchtigungen. Auch bei den intellektuellen Fähigkeiten gehe man von einem kontinuierlichen Spektrum aus. Ab einem bestimmten Punkt ( $IQ \leq 70$ ) erwarte man ein so großes Ausmaß an Beeinträchtigung bei der Teilhabe, dass dieser Abweichung Krankheitswert zugesprochen wird und als Diagnose im Sinne einer leichten intellektuellen Behinderung in die Klassifikationsschemata aufgenommen wurde. Wenn man ein vergleichbares Vorgehen auch bei den Persönlichkeitsstörungen wählen würde, würde dies bedeuten, dass man von einer kontinuierlichen Verteilung von Persönlichkeitsmerkmalen ausgehen würde. Empirische Untersuchungen müssten dann Hinweise dafür geben, ab wann die extreme Ausprägung einzelner Persönlichkeitsmerkmale Krankheitswert hat.

Von der „International Society for the Study of Personality Disorders“ wurde unter ihren Mitgliedern eine Umfrage durchgeführt, ob der kategoriale Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen beibehalten werden solle. Es zeigten sich folgende Ergebnisse (Livesley 2003):

- Persönlichkeitsstörungen sind diskrete Kategorien: 71,9% mit Nein,
- Persönlichkeitsstörungen reflektieren Krankheitsentitäten: 69,7% mit Nein,

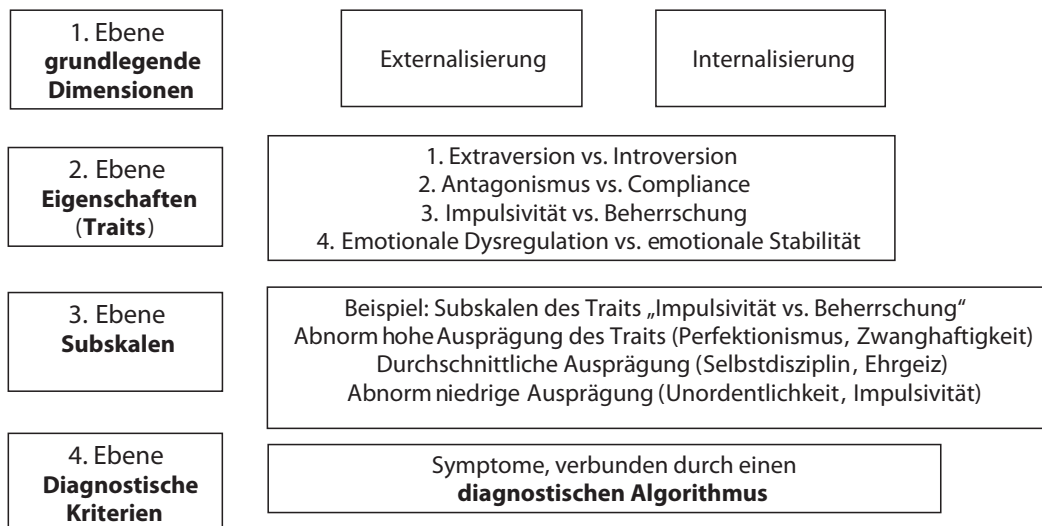
- Persönlichkeitsstörungsdiagnosen haben eine schlechte Validität: 76% mit Ja,
- Persönlichkeitsstörungen werden am besten konzeptualisiert als dimensionale Störungen: 86% mit Ja,
- Persönlichkeitsstörungen kann man am ehestens verstehen als Varianten der normalen Persönlichkeit: 84% mit Ja.

70,8% der Befragten waren der Meinung, dass die Persönlichkeitsstörungen weiterhin auf der 2. Achse des DSM diagnostiziert werden sollten, allerdings am ehestens als dimensionale Störungen. Ein Weggehen vom Konzept der Persönlichkeitsstörung hin zu einer Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstilen wurde nur von 27,1% der Befragten befürwortet.

Als Alternative zu Persönlichkeitstestverfahren führt Skodol einen dimensionalen Ansatz in die DSM-Diagnostik ein (Oldham u. Skodol, 2000). Danach schlagen die Autoren vor, nicht nur kategorial das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein einer Störung zu diagnostizieren, sondern Abstufungen vorzunehmen, je nachdem wie viele Kriterien des Störungsbildes bei den zu diagnostizierenden Patienten erfüllt sind. Wenn kein

Kriterium erfüllt ist, wird die Störung als nicht vorhanden angesehen. Bei 1-3 Kriterien wird von „Traits“ gesprochen, bei 3-4 Kriterien von einer unerschwelligen Störung, bei 4-5 Kriterien von einer grenzwertigen Störung, bei 5-8 Kriterien von einer durchgehenden Störung und bei 7-9 Kriterien von einer prototypischen Störung.

Von Widiger u. Simonsen (2005) werden 18 alternative Modelle zur Konzeptionierung von Persönlichkeitsstörungen vorgestellt, die nach ihrer Überzeugung mit Ausnahme von einem oder zwei dieser Modelle in ein gemeinsames hierarchisches und dimensionales Modell überführbar seien (■ Abb. 2.1). Auf der höchsten Ebene dieses Modells finden sich die beiden grundlegenden Dimensionen „Internalisierung“ vs. „Externalisierung“. Auf der Ebene darunter liegen 4 oder 5 breite Persönlichkeitsdimensionen, die bipolar angelegt sind. Die 3. Hierarchieebene beinhaltet Subskalen der breiteren Dimensionen, die abnorm hoch, normal oder abnorm niedrig ausgeprägt sein können. Auf der untersten Hierarchieebene sind die Symptomen entsprechenden diagnostischen Kriterien angesiedelt, die durch einen Algorithmus miteinander verbunden sind.



■ **Abb. 2.1.** Hierarchisch-dimensionales Modell von Persönlichkeitsstörungen. (Widiger u. Simonsen 2005)



## 2.3 Definition

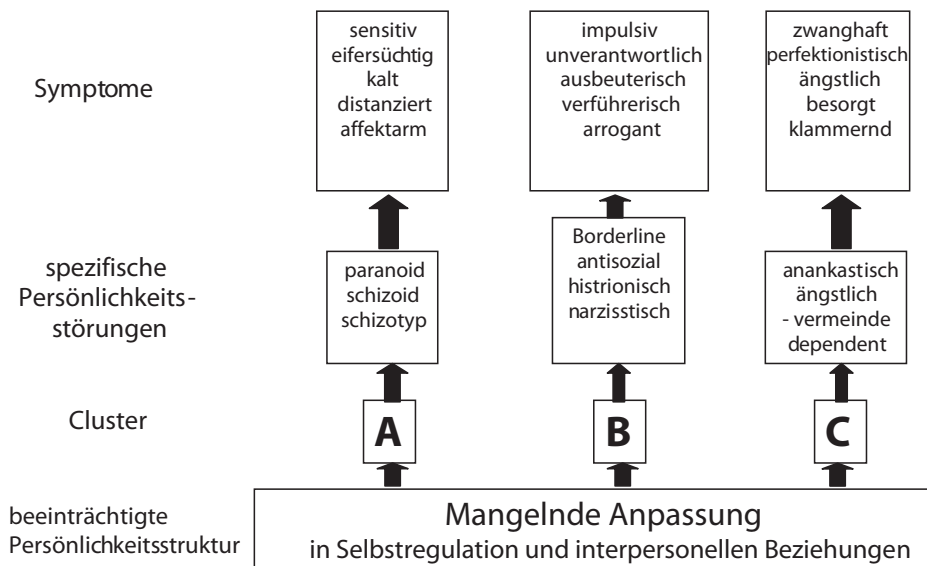
Persönlichkeitsstörungen werden als tief verwurzelte stabile Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensbedingungen gesehen, die mit Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung einhergehen (Tress et al. 2002). Sie führen zu subjektivem Leiden des Betroffenen und/oder seiner Umwelt und dürfen durch keine andere psychische oder hirnanorganische Störung bedingt sein. Gefordert werden ein Beginn der Störung in Kindheit oder Adoleszenz und eine Persistenz bis ins Erwachsenenalter.

Ob Persönlichkeitsstörungen bereits im Kindes- und Jugendalter zu diagnostizieren sind, ist nach wie vor sehr umstritten. In der Definition einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter wird zwar verlangt, dass sich die Störungssymptome schon in Kindheit und Adoleszenz gezeigt haben (und somit ein durchgehender Entwicklungsverlauf zu beobachten ist). Andererseits wird jedoch der Entwicklungsaspekt der

kindlichen Persönlichkeit betont und darauf hingewiesen, dass diese Diagnose erst im Erwachsenenalter oder frühestens ab dem 16. Lebensjahr gestellt werden sollte.

Persönlichkeitsstörungen liegen tief greifende Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur zugrunde, die im gegenwärtigen Klassifikationssystem in verschiedenen Diagnosen konzeptualisiert sind, die nach ihrer empirischen und klinischen Ähnlichkeit in 3 sog. Clustern zusammengefasst werden (■ Abb. 2.2).

! Nach den Richtlinien der ICD-10 darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem 16. Lebensjahr nur dann gestellt werden, wenn die geforderte Mindestzahl an Kriterien erfüllt ist, die Verhaltensstörungen sich als andauernd, durchgehend und situationsübergreifend dargestellt haben und nicht auf andere psychiatrische Störungen zurückzuführen sind (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007).



■ **Abb. 2.2.** Verschiedene Ebenen von Persönlichkeitspathologie



### Allgemeine diagnostische Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen
- Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt
- Das auffällige Verhaltensmuster ist tief greifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend
- Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter
- Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf
- Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden

## 2.4 Leitsymptome

In der ICD-10 (WHO 1993) werden allgemeine diagnostische Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen gegeben:

## 2.5 Untergruppen

Im Folgenden werden die diagnostischen ICD-10-Kriterien für die verschiedenen Formen von Persönlichkeitsstörungen gemäß der allgemein üblichen Einteilung in die 3 Cluster A, B und C dargestellt (■ Tab. 2.1). Zur besseren Verständ-

lichkeit werden bei jeder der Untergruppen Fallbeispiele von Jugendlichen gebracht, die die Diagnosekriterien erfüllen. Auf einige dieser Fallbeispiele wird in ► Kap. 6 bei der Darstellung der therapeutischen Interventionen wiederholt eingegangen.

### 2.5.1 Cluster A

Im Cluster A werden die paranoide sowie die schizoide Persönlichkeitsstörung zusammengefasst, die beide mit sonderbarem und exzentrischem Verhalten einhergehen. (Im DSM-IV wird auch die schizotypische Störung zu diesem Cluster gezählt.) Für diese Störungsgruppe gibt es vergleichsweise wenige empirische Untersuchungsbefunde und auch klinisch haben sie bisher eher weniger Interesse gefunden.

#### Paranoide Persönlichkeitsstörung Beispiel

*Ein 15-jähriger Junge hatte im Rahmen eines Streits einen anderen Jugendlichen angegriffen und verletzt. Dieses aggressive Verhalten war für ihn sehr ungewöhnlich, da er sonst ein sehr schüchterner und zurückgezogener Junge war, der eher selbstunsicher wirkte. In der Untersuchungssituation zeigte sich, dass er in seinen Gedanken sehr stark beschäftigt war mit Kränkungen, die ihm in der Vergangenheit von Mitgliedern seiner Familie und anderen Kindern und Jugendlichen zugefügt worden waren (ob real oder in seiner Wahrnehmung, ließ sich retrospektiv nicht eindeutig klären). Es war ihm nicht möglich, enge und vertrauensvolle Beziehungen zu anderen einzugehen, obwohl er den deutlichen Wunsch danach äußerte, da er immer wieder Verhaltensweisen anderer als gegen sich gerichtet erlebte und sich so oft über andere Menschen Obwohl im direkten Kontakt eher zurückhaltend zeigte sich dahinter seine deutliche Überzeugung, anderen überlegen zu sein und viele Dinge besser zu wissen und zu können, wodurch er sehr querulatorisch wirken konnte.*

■ **Tab. 2.1.** Persönlichkeitsstörungen in ICD-10 und DSM-IV

	ICD-10	DSM-IV
<b>Cluster A</b> sonderbar, exzentrisch	Paranoide PS (F60.0)  Schizoide PS (F60.1)	Paranoide PS  Schizoide PS Schizotypische PS
<b>Cluster B</b> dramatisch, emotional	Dissoziale PS (F60.2)  Emotional instabile PS: — impulsiver Typ (F 60.31) — Borderline-Typ (F 60.30)  Histrionische PS (F60.4)	Antisoziale PS  Borderline-PS  Histrionische PS Narzisstische PS
<b>Cluster C</b> ängstlich, vermeidend	Anankastische PS (F60.5)  Ängstlich-vermeidende PS (F60.6)  Abhängige PS (F60.7)  Andere PS (F60.8) Narzisstische PS Passiv-aggressive PS	Zwanghafte PS  Selbstunsichere PS  Abhängige PS  (Passiv-aggressive PS)
PS Persönlichkeitsstörung		

(Differenzialdiagnostisch muss bei diesem Jugendlichen auch die Entwicklung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung in Erwägung gezogen werden.)

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 3 der folgenden 7 Kriterien müssen erfüllt sein:

1. übertriebene Empfindlichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung;
2. Neigung zu ständigem Groll wegen der Weigerung, Beleidigungen, Verletzungen oder Missachtungen zu verzeihen;
3. Misstrauen und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen, in dem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden;
4. streitsüchtiges und beharrliches situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten;
5. häufiges ungerechtfertigtes Misstrauen gegenüber der sexuellen Treue des Ehe- oder Sexualpartners;
6. Tendenz zu stark überhöhtem Selbstwertgefühl, das sich in ständiger Selbstbezogenheit zeigt;

7. Inanspruchnahme durch ungerechtfertigte Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung und in aller Welt.

Es gibt keine verlässlichen Zahlen über die Häufigkeit von paranoiden Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Aus klinischer Sicht wird eine solche Diagnose im Jugendalter kaum vergeben.

### Schizoide Persönlichkeitsstörung

#### Beispiel

*Eine 17-jährige Patientin stellte sich mit einer Betreuerin einer Jugendhilfeeinrichtung, in der sie wohnte, vor, da sie nach ihren Angaben „ihr Leben nicht in den Griff bekommen würde“. In der Erstuntersuchung wirkte sie kühl und distanziert, gleichzeitig aber sehr eloquent (IQ im obersten Durchschnittsbereich). Sie schilderte ohne emotionale Beteiligung ihre katastrophale Vorgeschichte und ohne erkennbaren Leidensdruck, wie viel sie schon „durchgemacht“ habe. Von der Betreuerin, die mit ihr zum Erstgespräch kam, wurde sie als erschreckend kalt und distanziert beschrieben. Die Patientin selbst gab an, dass ihr Beziehungen nichts bedeuten würden und noch nie eine wirkliche Beziehung zu einem anderen Menschen bestanden habe. Sie würde sich selbst wundern, dass es keine Beziehung gäbe, die ihr wichtig erscheine, es käme ihr so vor, wie wenn Menschen austauschbar wären. Zärtliche Gefühle anderen gegenüber oder Interesse an Freundschaften oder sexuellen Beziehungen wurden von ihr nicht geäußert. Am Liebsten sei sie alleine, sie würde sich dann in eine Fantasiewelt zurückziehen, in der sie sich mit Protagonistinnen von Büchern beschäftigen würde. Trotz ihrer immer sehr hohen Ziele (Berufsziel Staatsanwältin) würde sie es aber noch nicht einmal morgens aufzustehen, um die Schule zu besuchen. Auch gebe es kaum Dinge, die ihr Freude oder Vergnügen bereiten würden. Dies würde nun schon sehr lange so gehen, auch die Betreuer der Jugendhilfeeinrichtung könnten ihr wenig behilflich dabei sein ihr Verhalten zu ändern, auch wenn sie dadurch viel Ärger bekäme.*

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 3 der folgenden 9 Kriterien müssen erfüllt sein:

1. wenige oder überhaupt keine Tätigkeiten bereiten Vergnügen;
2. emotionale Kühle, Distanziertheit oder flache Affektivität;
3. geringe Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle oder auch Ärger anderen gegenüber zu zeigen;
4. anscheinende Gleichgültigkeit gegenüber Lob oder Kritik;
5. wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einer anderen Person (unter Berücksichtigung des Alters);
6. übermäßige Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen;
7. Übermäßige Inanspruchnahme durch Fantasie und Introspektion;
8. Mangel an engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen (oder höchstens zu einer Person) und fehlender Wunsch nach solchen Beziehungen;
9. deutlich mangelnde Sensibilität im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln.

Da der eigene Stil des Verhaltens und Erlebens in der Regel nicht als auffällig oder abweichend wahrgenommen wird, ist in den meisten Fällen keine Veränderungsmotivation vorhanden und eine Behandlung wird nicht aufgesucht. Vor allem begleitende depressive Verstimmungen (z. B. aus dem Erleben der Reaktionen anderer auf den eigenen Persönlichkeitsstil, aber auch aus der Wahrnehmung einer tiefen inneren Leere heraus) können jedoch zu einem Leidensdruck führen, der eine ausreichende Therapiemotivation ergibt. Angstsymptome können entstehen, wenn schizoide Menschen zu sozialen Interaktionen gezwungen werden (Wöller et al. 2002).

Im Jugendalter wird die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung in der Regel nur äußerst selten gestellt.

## 2.5.2 Cluster B

Im Cluster B sind dissoziale, emotional-instabile und histrionische (sowie im DSM-IV narzisstische) Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst. Bei ihnen steht eine übermäßig starke Verhaltensaktivierung im Vordergrund, und es kommt gehäuft zu dramatisch wirkenden Situationen, sodass Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen am wenigsten leicht übersehen werden.

### Dissoziale Persönlichkeitsstörung

#### Beispiel

*Ein 17-jähriger Junge wurde wegen akuter Suizidalität stationär aufgenommen. Er wirkte dysphorisch verstimmt und gab als Grund für seine Suizidgedanken das Ende einer sexuellen Beziehung zu einem gleichaltrigen Mädchen an. Anamnestisch war zu erfahren, dass er als Einzelkind mit seiner Mutter zusammenlebte, seinen Vater hatte er nie kennengelernt. Seit der Kindergartenzeit war er immer wieder in aggressive Auseinandersetzungen verwickelt gewesen, weshalb es auch in der Schule zu Problemen kam. Die Hauptschule verließ er ohne Abschluss. Ab dem 12. Lebensjahr war er wiederholt wegen Diebstählen mit der Polizei in Konflikt gekommen, später war es auch zu einer Anzeige wegen schwerer Körperverletzung gekommen, die er unter Alkoholeinfluss gemeinsam mit anderen Jugendlichen begangen hatte. Mit 16 Jahren begann er mit exzessivem Bodybuilding und Anabolika-Missbrauch und konsumierte neben Alkohol auch verstärkt illegale Substanzen. Er lebte vom Geld seiner Mutter und weigerte sich, einer Beschäftigung nachzugehen oder eine Ausbildungsstelle zu suchen. Verschiedenste Jugendhilfemaßnahmen waren bereits gescheitert. Auf der Station lebte er sich augenblicklich ein und seine dysphorische Stimmung verschwand sehr rasch. In kurzer Zeit hatte er eine führende Position eingenommen und übte auf verdeckte Weise Macht aus, wodurch er auch Mitpatienten schädigte. Die Überführung in eine Jugendhilfeeinrichtung, in der er die Möglichkeit hatte, in einem sehr engen und strukturierten Rahmen einen*

*Schulabschluss nachzuholen, führte vorübergehend zu einer gewissen Beruhigung der Situation, aber nach wenigen Monaten wurde er auch dort entlassen, nachdem er wieder eine schwere Körperverletzung begangen hatte.*

### Diagnosekriterien nach ICD-10

1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer;
2. deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen;
3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen;
4. sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten;
5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung;
6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierung für das eigene Verhalten anzubieten, durch das die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

Dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörungen sind in westlichen Gesellschaften keine seltenen Störungen (es werden Prävalenzen für Frauen von 1–2% und für Männer von 3–4% angegeben, wobei in anderen, nichtwestlichen Kulturkreisen, z. B. Taiwan, die Raten deutlich niedriger liegen sollen). Vor dem 18. Lebensjahr sollte dieses Störungsbild in der Regel nicht diagnostiziert werden, da mit der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ eine Klassifikation möglich ist, ohne auf eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose zurückgreifen zu müssen (in der Regel ist bei der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter anamnestisch eine Störung des Sozialverhaltens in der Vorgeschichte zu finden).

Eine dissoziale Persönlichkeitsstörung muss nicht immer mit delinquentem Verhalten einhergehen. Es gibt durchaus eine größere Zahl dissozial-persönlichkeitsgestörter Menschen, die vordergründig angepasst sind und durch ihren oberflächlichen Charme zunächst ihre Umgebung beeindrucken. Auch die mangelnde Angst vor Gefahren wird in einem nicht-delinquenten Kontext (z. B. bei Extremsportlern, Entdeckungsreisenden, Finanzjongleuren, Sprengstoffexperten etc.) durchaus bewundert. Im politischen oder wirtschaftlichen Kontext ist zu beobachten, dass eine „geschickte“ Missachtung sozialer Normen und Regeln durchaus mit gesellschaftlichem Erfolg und Macht verknüpft sein kann. Hare (1980) griff in diesem Zusammenhang die problematische Bezeichnung „Psychopathie“ wieder auf, die von Cleckley (1941) auf der Grundlage früherer Störungskonzepte in die Diskussion gebracht worden war. Dieses Konzept beschreibt zwei grundlegende Störungsdimensionen: zum einen charakteristische Persönlichkeitszüge sowohl auf der interpersonellen Ebene (oberflächlicher Charme, keine dauerhaften Beziehungen, keine Empathie) als auch auf der emotionalen Ebene (keine Schuldgefühle, keine Angst, oberflächliche Emotionen), zum anderen einen charakteristischen Lebensstil, der durch Instabilität (mehrfache Ehen, wechselnde Arbeitsplätze) und antisoziale Verhaltensweisen (wiederholte Verhaftungen, Aggressionen) gekennzeichnet ist.

Das zentrale intrapsychische Defizit von dissozialen Kindern und Jugendlichen besteht im Fehlen von Gewissensstrukturen und damit einhergehend dem Fehlen von Scham- und Schuldgefühlen sowie mangelnder Empathie. Die Ausübung von Macht, die durch Einschüchterung anderer oder die Verbreitung von Angst und Schrecken gekennzeichnet ist, dient der Stabilisierung und Überhöhung des eigenen Selbstwertgefühls, wobei andere Menschen zur Erreichung eigener Interessen benutzt werden. Wenn

eine emotionale Beteiligung zu erkennen ist, hat diese mehr mit der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Gefühlszuständen zu tun als mit einem empathischen Sich-Einfühlen in die Situation anderer. Da die Integrität des eigenen Körpers häufig ebenso gering geschätzt wird wie die körperliche Unversehrtheit anderer, können sowohl fremdaggressives Verhalten als auch autoaggressive Verhaltensweisen bis hin zum Suizid beobachtet werden.

### **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Beispiel**

*Eine 16-jährige Patientin wurde mit eindrucksvoller Dringlichkeit und großer Aufgeregtheit von der Hausärztin in ambulante jugendpsychiatrische Behandlung überwiesen mit der Diagnose einer fraglich akuten Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten, starken Impulsdurchbrüchen, einer bulimischen Problematik, starken Stimmungsschwankungen und massiven innerfamiliären Problemen.*

*Das Mädchen würde sich bereits seit 2 Jahren in analytischer Psychotherapie befinden, die jedoch keine Verbesserung der Symptomatik gebracht hätte. Aufgrund des selbstverletzenden Verhaltens und der suizidalen Äußerungen der Patientin bestanden die Eltern auf einer stationären Behandlung, die 3 Monate dauerte. Trotz der eindeutigen Borderline-Symptomatik wurde keine Störung der Persönlichkeit diagnostiziert, sondern die Patientin mit folgenden Diagnosen entlassen:*

- Angst und depressive Störung gemischt (F41.2),
- soziale Phobie (F40.1),
- somatoforme Störung (F45),
- Derealisation (F48.1),
- Polytoxikomanie (F19.2).

*In der anschließenden ambulanten Behandlung bestanden die o. g. Symptome unverändert fort. Ein Gespräch mit der Mutter ergab, dass die Patientin schon von klein auf zu Pseudologien neigte, immer schon alle gegeneinander ausspielte und extrem manipulativ war. Dadurch habe sie schon immer instabile Freundschaften gehabt und viele Probleme mit Gleichaltrigen. Sie*

2 habe „mit und ohne Freunde nicht gekonnt“ und sich dadurch übermäßig an die Eltern gebunden, mit denen sie jedoch auch in ständige Auseinandersetzung verwickelt gewesen sei. Einerseits habe sie deren Nähe eingefordert, da sie Alleinsein kaum ertragen könne, andererseits ständig um ihre Selbstständigkeit gerungen. Bei kleinsten Anforderungen oder bei Kritik würde die Patientin mit „ausrasten“ reagieren oder sich selbst verletzen. Sie habe die gesamte Familie damit „im Griff“. Die Patientin selbst beschreibt große Einsamkeitsgefühle und unerträgliche Spannungszustände, die sie nur in Form von selbstverletzendem Verhalten unterbrechen könne. Andere (auch die Therapeutin) erlebt sie als feindselig und aggressiv. Es gelingt ihr kaum, Eigenanteile an ihren vielfältigen und immer wiederkehrenden Beziehungsproblemen zu sehen.

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 5 der folgenden 9 Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelte Bemühen, Alleinsein zu verhindern;
2. intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen; Wechsel zwischen Überidealisierung und Entwertung;
3. Identitätsstörung;
4. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten;
5. wiederholte Suiziddrohungen oder -versuche, Selbstverletzungen;
6. affektive Instabilität;
7. chronisches Gefühl der Leere;
8. übermäßig starke Wut; Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren;
9. dissoziative Symptome; stressabhängige paranoide Fantasien.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen sind charakterisiert durch schwerwiegende Probleme von Impuls- und Affektregulation, die sich in rasch wechselnden Stimmungen, Gefühlen tiefer Leere oder explosiven aggressiven Durchbrüchen manifestieren können, sowie deutlichen

Auffälligkeiten in der Gestaltung von Beziehungen, die häufig sehr intensiv, in der Regel aber auch sehr unbeständig ablaufen. Diese Symptomkonstellation kann bei stationären Behandlungen zu einer erheblichen Belastung von Mitpatienten und Stationspersonal führen, wodurch Patient und Symptomatik häufig in den Fokus der Aufmerksamkeit gelangen. Dies mag einer der Gründe dafür sein, dass emotional instabile Persönlichkeitsstörungen auch schon im Jugendalter keine seltene klinische Diagnose darstellen, während andere Formen von Persönlichkeitsstörungen, die mit weniger Dramatik verbunden sind, in der Regel nur dann diagnostiziert werden, wenn ein systematisches Screening, z. B. mit klinischen Interviews, durchgeführt wird.

Das klinische Bild einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ähnelt sehr stark demjenigen im Erwachsenenalter. In einer Phase, die für alle Jugendlichen mit der Suche nach ihrer eigenen Identität verbunden ist, fällt es ihnen bedeutend schwerer als ihren Altersgenossen, ein kohärentes und stabiles Bild von sich selbst zu entwickeln (Foelsch et al. 2008). Diese Identitätsstörung geht einher mit multiplen psychopathologischen Auffälligkeiten wie klinisch bedeutsamen Ängsten, Zeichen für posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziativen Zustände, Selbstverletzungen, depressiven Verstimmungen bis hin zu akuter Suizidalität und Alkohol- oder Substanzmissbrauch. Hoch auffällig zeigt sich weiterhin eine mangelnde Fähigkeit zum Lösen von Problemen, die mit dem Einsatz von pathologischen Abwehrmechanismen wie Spaltung oder projektiver Identifizierung einhergeht (Kernberg et al. 2000).

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht heraus entwickelte Linehan (1989) ein „affektives Vulnerabilitätskonzept“ der Borderline-Persönlichkeitsstörungen, wonach die grundlegende Störung in einer dysfunktionalen Affektregulation liegt mit hoher Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, heftigen Reaktionen auch auf



## 2.5 Untergruppen

schwache Reize und einer verzögerten Rückkehr der Affektlage zum Ausgangsniveau. Pathogenetisch bedeutsam sollen die „invalidierenden Ursprungsfamilien“ mit gehäuft auftretendem physischem und/oder sexuellem Missbrauch sein, in denen Kinder eine emotionale Fehlregulation entwickeln, sodass sie emotionale Erregungen weder richtig wahrnehmen noch steuern oder aushalten können.

### Histrionische Persönlichkeitsstörung

#### Beispiel

*Eine 14-jährige Patientin wurde ambulant von ihren Eltern vorgestellt, weil sie in ständige Konflikte mit Gleichaltrigen verwickelt sei, da sie sich immer und überall inszenieren würde, immer im Mittelpunkt stehen müsste und dabei die Bedürfnisse der anderen völlig ignorieren würde. Auf der anderen Seite sei sie sehr leicht zu beeinflussen. Das Mädchen war im Erstgespräch theatralisch und „unecht“ und durch ihre Art sich zurecht zu machen, sich zu schminken und zu kleiden erschien sie deutlich älter und in vielen Bereichen wie eine „Als-ob-Persönlichkeit“. Die Eltern berichteten über eine große Geltungssucht von klein auf und dass Äußerlichkeiten für sie eine überwertige Bedeutung hätten. Ferner wurden immer wiederkehrende Schwierigkeiten in Gruppen beschrieben (Schule, Konfirmationsunterricht, Sport), wo es zu den immer gleichen Klagen kam, nämlich, dass sie sich in den Vordergrund spiele und nicht aufhören könne Theater zu spielen und alle zu dominieren. Die Auftritte in den ersten Behandlungsstunden (Gruppentherapie) waren eindrucksvoll: Die Patientin erzeugte eine extrem aufgeheizte Stimmung, durch eine kaum zu korrigierende Aufgeregtheit, durch „Storys“ mit denen sie sofort die gesamte Gruppensitzung dominierte und alle Aufmerksamkeit theatralisch auf sich zog. Durch diese Aufgeregtheit war ein Arbeiten kaum möglich. Sofort hatte sie die Antipathie aller Gruppenteilnehmer auf sich gezogen, ohne es zu merken oder mit ihrem eigenen Verhalten in Zusammenhang zu bringen. Die entsprechenden Rückmeldungen der anderen Gruppenteilnehmer ließ die Stimmung wieder theatralisch überzogen ins andere Extrem kippen, da*

*nun sie das Opfer war, das von allen getröstet werden wollte.*

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen;
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Umstände;
3. oberflächliche und labile Affektivität;
4. andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere und Aktivitäten, bei denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht;
5. unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten;
6. übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität.

Das zentrale Merkmal von Patienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung besteht in ihrem ruhelosen Versuch, die Aufmerksamkeit und Anerkennung anderer zu erlangen, wobei eine massive Selbstwertproblematik zu erkennen ist. Dramatische und unecht wirkende Gefühlsäußerungen sind häufig. Während die Beziehungspartner den Patienten als verführerisch, provozierend oder manipulierend erleben, fühlt er sich im eigenen Erleben von seinen Mitmenschen vernachlässigt und versucht, Aufmerksamkeit und Fürsorge geradezu zu erzwingen (Tress et al. 2002). So kommt es auch dazu, dass Geschlechtsstereotypen häufig übertrieben ausgefüllt werden und Mädchen und Frauen in ihrer Kontaktaufnahme übermäßig emotionalisierend und erotisierend auftreten, während bei Jungen und Männern ein „machohaftes“ Verhalten mit Darstellung extremer Männlichkeit vorherrschen kann. Vergleichbar zu Borderline-Patienten zeigen histrionisch gestörte Patienten eine rasch wechselnde Affektivität und Unbeständigkeit in



zwischenmenschlichen Beziehungen. Weitere gehäuft auftretende Komorbiditäten finden sich zur narzisstischen (DSM-Diagnose) und zur dissozialen Persönlichkeitsstörung (Herpertz u. Wenning 2002b).

### Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Diese ebenfalls zum Cluster B zählende Form der Persönlichkeitsstörung wird im DSM-III/IV, nicht jedoch in der ICD-10 aufgeführt, da diese Diagnose nach Einschätzung der Autoren der ICD-10 nur über eine begrenzte Reliabilität und Validität verfügen soll (wodurch sie sich jedoch nach neueren Erkenntnissen nicht grundlegend von anderen Persönlichkeitsstörungen unterscheidet). Aufgrund ihrer klinischen Relevanz soll diese Diagnose dennoch behandelt werden.

### Beispiel

*Ein knapp 17-jähriger Patient wurde von seinen Eltern ambulant vorgestellt, nachdem er zur Krisenintervention in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik vorgestellt worden war, da er zu Hause „völlig ausgerastet“ sei, impulsiv sei und eine enorm leichte Kränkbarkeit zeigen würde. Der Patient selbst war im Erstkontakt extrem abweisend und wirkte arrogant, gab an, keine Hilfe zu benötigen, seine Eltern könnten ja zum Psychiater gehen, wenn diese ein Problem hätten. Des Weiteren erklärte er völlig realitätsfern, dass er dann eben, wenn ihn alle nervten, zu Hause ausziehen würde, das Jugendamt würde ihm schon ein Appartement bezahlen, das würde ihm ja schließlich zustehen.*

*Trotz des arroganten und entwertenden Auftretens des Jugendlichen äußerte er erstaunlicherweise, dass er einen erneuten Termin haben wolle, den er dann auch einhielt, jedoch als große Kränkung erlebte. Sein Auftritt im zweiten Gespräch war eine hasserfüllte Anklage mit dem Vorwurf, dass die Therapeutin wohl vorhabe, seine Persönlichkeit zu verändern oder ihn zu manipulieren, indem ihm seine Verletzbarkeit genommen werden solle, die ihn aber besonders machen würde und die er sich nicht nehmen lasse wolle. Er fühlte sich ext-*

*rem provoziert durch die ihm angebotene Hilfe, wo er doch in seiner narzisstischen Größenfantasie jegliche Hilfe verachtete. Als er auf seine Frage „Bilden Sie sich wirklich ein, dass ich Sie brauche?“ mit der Gegenfrage konfrontiert wurde, was er selbst denn glaube, warum er noch mal gekommen sei, antwortete er außer sich vor Wut, dass er ja schließlich von seinen Eltern und der Therapeutin dazu gezwungen worden sei (was nicht stimmte).*

*In einem erneuten Termin, in dem er dann mitteilte, dass er sich zu einer Psychotherapie entschlossen habe, zeigte er sich offener, auch in seiner Verletzbarkeit und sprach ehrlich über seine leichte Kränkbarkeit. Er habe das Schuljahr nicht geschafft, was ihn zusätzlich massiv kränkte, er befürchtete Häm und Schadenfreude seiner Umgebung. Er berichtete ferner über eine eigene Gefühlskälte, die ihn selbst manchmal erschrecken würde, weil ihn Leid aus seiner Umgebung kalt lassen würde.*

*Um befürchtete Bloßstellungen zu vermeiden, mied er nahezu alle sozialen Kontakte, er versuchte keine neuen Herausforderungen einzugehen, um sich der befürchteten Scham zu entziehen, wenn er eventuell scheitern würde. Sein Leitaffect in den ersten Kontakten war eine starke Gereiztheit (narzisstische Wut) und ein immer wieder auftretender starker Ärger.*

*Seine Schilderung von wichtigen Personen aus seinem Umfeld (Freunde, Geschwister) war geprägt von deutlichem Neid, den er aber im Umkehrschluss als Neid dieser Personen auf ihn darstellte. Alle würden eben merken, dass er so besonders sei, und würden ihn dafür beneiden, sie wären gerne so wie er. Dies sei auch der Grund, warum er sich von allen zurückziehen würde, die würden „ihm nichts bringen“. Vonseiten der Schule wurde den Eltern berichtet, dass der Jugendliche, hochmütig und arrogant auftreten würde, was die Lehrer oft sehr provoziere. Bei kleinster Kritik würde er aggressiv reagieren und den Unterricht verlassen.*

*Von den Eltern wurde angegeben, dass er immer schon leicht kränkbar gewesen sei. Auch seine Impulsivität sei ein Temperamentsmerkmal, das sich durch seine gesamte Kindheit gezogen hätte. Er würde das gesamte Familienklima vergiften, die Geschwister wären unterdessen durch die ständigen Entwertungen und Bös-*

## 2.5 Untergruppen

*artigkeiten an einem Punkt, wo sie die Eltern drängen würden, ihn vor die Tür zu setzen. Jegliches Gespräch mit ihm würde in bitterstem Spott und Hohn enden, das Leid der Eltern darüber würde ihn aufschrecken-de Art kalt lassen. Wenn er etwas erreichen wolle (z. B., dass ihn die Mutter mit dem Auto zu Verabredungen fahre) könne er sein Verhalten kurzfristig ändern, ohne jedoch eine Dankbarkeit dafür empfinden zu können, da ihm das ja schließlich zustünde.*

### Diagnosekriterien nach DSM-IV-TR (APA 2000; Saß et al. 2003)

Ein tief greifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden);
2. ist stark eingenommen von Fantasievorstellungen von grenzenlosem Erfolg, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe;
3. glaubt von sich, „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können;
4. verlangt nach übermäßiger Bewunderung;
5. legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen seiner Umwelt auf die eigenen Erwartungen;
6. ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h. zieht Nutzen aus anderen, um eigene Ziele zu erreichen;
7. zeigt einen Mangel an Empathie: Ist nicht willens, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren;
8. ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie;
9. zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Handlungen.

### 2.5.3 Cluster C

Während bei den Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen ein Übermaß an Verhaltensaktivierung zu erkennen ist, imponiert bei den Cluster-C-Störungen (anankastisch, ängstlich-vermeidend, abhängig) vor allem ein Übermaß an Verhaltenshemmung.

Schüchterne und gehemmte Kinder versuchen, soziale Interaktionen zu vermeiden. Dadurch haben sie weniger Möglichkeiten als ungehemmte Kinder, Erfahrungen mit fremden Menschen zu machen, wodurch ihre soziale Kompetenz sich nicht weiterentwickeln kann, was in einem sich negativ verstärkenden Circulus vitiosus ihre Schüchternheit weiter verstärkt. Dieses Übermaß an Vermeidungsverhalten in Konfrontation mit subjektiv erlebter Bedrohung ist ein zentrales Kennzeichen der Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. Die Welt wird als bedrohlich erlebt, und um die dadurch immer wiederkehrende Angst zu binden, werden unflexible und rigide Strategien eingesetzt: zwanghafte Verhaltensweisen (anankastische Persönlichkeitsstörungen), ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen) oder ein sich Anklammern an als stark erlebte andere Personen (dependente Persönlichkeitsstörungen).

### Anankastische Persönlichkeitsstörung Beispiel

*Ein 15-jähriger Patient wurde von seinen Eltern vorgestellt, da er ein massiv zwanghaftes Verhalten zeige, die gesamte Familie mit seiner Sturheit tyrannisiere und wenig flexibel sei. Er könne nicht spontan sein,*

schnelle Entscheidungen seien ihm zutiefst zuwider, sein Perfektionismus würde ihn in der Schule sowie unter Gleichaltrigen zum Außenseiter machen. In der Untersuchung wirkte er freudlos und scheu, aber auch kalt und distanziert. Das Leid der Eltern schien ihn völlig kalt zu lassen. Er gab an, sein Leben in einer strengen Ordnung zu führen, alles haarklein zu planen, um vorsichtig zu sein und keine Fehler zu machen. Die Eltern ergänzten, dass er vor lauter Planen oft nicht dazu käme, die geplanten Dinge auszuführen oder fertigzustellen. So könne er sich minutiös damit beschäftigen, sich mit einem Freund zu verabreden, könne dann aber das Telefonat, um sich zu verabreden, nicht führen, vor lauter Angst einen Fehler zu machen oder eine Abfuhr zu erhalten. Jegliche Einflussnahme der Eltern, vor allem der Mutter, würde mit Eigensinn beantwortet, die gesamte Familie habe sich seinen Vorstellungen unterzuordnen. Diese Eigenart des Jungen würde schon seit Jahren bestehen, habe sich aber im vergangenen Jahr deutlich verstärkt. So habe man auf ihn als Kind noch Einfluss nehmen können, wenn auch mit viel Mühe, aber nun sei er in seinem Wesen fast nicht mehr veränderbar. Von Freuden habe er sich völlig zurückgezogen, da er mit ihnen und diese mit ihm nichts mehr anzufangen wüssten. Von den Eltern wurde berichtet, dass zwei Cousins des Jungen an einer schweren Zwangstörung litten.

Eine Diagnostik zum Ausschluss eines Asperger-Syndroms ergab lediglich Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion. Die Kriterien einer Störung aus dem Autismus-Spektrum waren nicht erfüllt.

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:

1. übermäßiger Zweifel und Vorsicht;
2. ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen;
3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert;
4. übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen;
5. übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen;
6. Rigidität und Eigensinn;
7. unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren;
8. Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse.

Patienten mit anakastischen Persönlichkeitsstörungen erleben ihre Umwelt als unverbindlich und unzuverlässig und damit als bedrohlich. Zum Selbstschutz und zur eigenen Selbstwertregulation versuchen sie Ordnung in die von ihnen erlebte Unordnung zu bringen, in dem sie so viel Kontrolle wie möglich versuchen auszuüben. Von anderen werden sie als eigensinnig, dominant und rechthaberisch wahrgenommen, wodurch die Tendenz entsteht, sich von ihnen zurückzuziehen. Dies wird wiederum von den Patienten als Ablehnung wahrgenommen, wodurch das Kontrollbedürfnis weiter verstärkt wird (Tress et al. 2002).

Ein überkontrollierender und bestrafender Erziehungsstil wird als ätiopathogenetischer Faktor gesehen (Millon u. Davis 1996), wodurch Autonomiebestrebungen und die Suche nach einer eigenen Identität durch Kritik und Ermahnungen vonseiten der primären Bezugspersonen erschwert und verhindert werden. Eigene Wünsche und Impulse werden als schuldhaft erlebt und unterdrückt und vorgegebene Normen werden bedingungslos übernommen.

### Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

#### Beispiel

Ein 17-jähriger Patient wurde ambulant vorgestellt, da er seit 1 Jahr die Schule nicht mehr besuchen würde und jegliche Versuche es zu versuchen in „einer Katastrophe“ enden würden. So bekäme er dann Schweißausbrüche,

## 2.5 Untergruppen

*Herzrasen und ein Gefühl zu sterben. Vorausgegangen sei ein Umzug aus einer anderen Stadt und somit ein Schulwechsel in die 11. Klasse eines Oberstufengymnasiums am neuen Wohnort. Er sei ein guter Schüler, aber immer schon sehr isoliert gewesen. Immer schon habe er das Gefühl gehabt, weniger wert zu sein als andere, deren Ansprüchen nicht zu genügen und diese zu langweilen. Zu den Gesprächen erschien der Patient gehetzt und nass geschwitzt, er wirkte extrem angespannt und voller Furcht. Obwohl er ein überdurchschnittlich gut aussehender, gepflegter Jugendlicher ist, war er sehr unsicher und hatte das Gefühl, dass alle ihn anschauten, weil an ihm etwas nicht stimme. Ständig betonte er mit tiefer Überzeugung seine Minderwertigkeit anderen gegenüber und die Angst, bei anderen nicht gut anzukommen. Die Wege in die Praxis machte er zu Fuß aus Angst, er könne in der U-Bahn kontrolliert werden und sein U-Bahn-Ticket nicht finden. Schon die Vorstellung dieser Situation versetzte ihn in tiefe Beunruhigung. Sein Leben war geprägt, von der Angst kritisiert oder nicht gemocht zu werden. Im Sportverein, den er nach einiger Zeit wieder besuchte, war er sich sicher, dass keiner ihn mochte und er floh nach jedem Training geradezu, um keine sozialen Kontakte eingehen zu müssen. Nachdem er nach einiger Zeit die Schule wieder besuchte (durch Medikamente unterstützt) konnte er auch dort keinerlei soziale Kontakte knüpfen und erklärt dies eloquent mit den kompliziertesten Beweisen, dass er den anderen nicht trauen könne und diese ihn nicht mögen würden. Er isolierte sich extrem und konnte Beziehungsangebote der anderen Mitschüler nicht annehmen, da er voller Angst war, durch diese kritisiert oder abgelehnt zu werden.*

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:

1. andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit;
2. Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein;
3. ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden;

4. Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, wenn keine ausreichende Sicherheit da ist, gemocht zu werden;
5. eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit;
6. Vermeidung sozialer oder beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung.

Gekennzeichnet ist dieses Störungsbild durch andauernde Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit. Der Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden steht die Angst vor Zurückweisung und Kritik gegenüber, woraus sich ein immer weiter zunehmendes Vermeidungsverhalten zur Angstreduktion entwickelt. Im Kindes- und Jugendalter wird die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nur sehr zurückhaltend gestellt, weil Schüchternheit und Vermeidungsverhalten in der kindlichen Entwicklung normale und vorübergehende Phänomene sein können.

Bedeutsam für die Entstehung dieses Störungsbildes scheinen neben dispositionellen Faktoren (Temperamentsmerkmale, die mit Schüchternheit und übermäßiger Ängstlichkeit einhergehen) gestörte Bindungsmuster und ein eher überprotektiver Erziehungsstil der primären Bezugspersonen zu sein. Als weiterer pathogener Faktor wird eine von den Eltern forcierte Autonomieentwicklung diskutiert, die zu einer massiven kognitiven und affektiven Überforderung führt mit daraus sich ableitender Selbstunsicherheit und einer übersteigerten Empfindlichkeit für Kritik (Langenbach et al. 2002)

### Abhängige (dependente) Persönlichkeitsstörung

#### Beispiel

*Eine 17-jährige Jugendliche stellte sich in der ambulanten Sprechstunde vor, da sie mit ihrem Leben überhaupt*

nicht zurechtkäme. Sie sei verwirrt und durcheinander, habe in ihrem Leben immer alles dafür getan, die Dinge, die gut für sie seien zu zerstören und so selbst dazu beigetragen, dass ihr Leben in eine Sackgasse geraten sei. Sie würde seit einem halben Jahr mit einem Mann zusammenleben, der ihr „Traummann“ sei, habe diesen aber so enttäuscht, dass auch er sie unterdessen schlecht behandeln würde. Sie habe die Schule abgebrochen und würde nun eine Ausbildung machen, obwohl sie eigentlich immer Abitur hätte machen wollen. Die Patientin war in der Untersuchungssituation sehr scheu, still und farblos. Sie sei immer ein scheues Kind gewesen, habe Angst vor vielen Menschen, traue sich nicht zu in der Schule (auch Berufsschule) vor der Klasse zu reden. Sie würde dann rot werden und wäre am liebsten allein. Andererseits sei sie jedoch völlig abhängig von anderen Menschen und würde sich alleine nichts zutrauen.

Die Mutter berichtete über immer schon bestehende massive Trennungsängste und die Angst des Kindes, aus dem Kindergarten nicht mehr abgeholt zu werden. Sie habe sich schlecht selbst beschäftigen können und immer die Anwesenheit anderer gebraucht. Das Verhältnis zu ihrem Freund beschrieb die Jugendliche selbst als unterwürfige „Demut für Liebe“. Sie wünsche einerseits totale Nähe zu anderen Menschen, sei jedoch von dieser wiederum bedroht. Lediglich ihren Freund hielt sie in symbiotischer Nähe an sich gebunden und sie konnte nicht spüren, wie sehr sie ihm damit auf die Nerven ging und er ihr deshalb drohte, sie zu verlassen.

Die Patientin zeigte deutliche Schwierigkeiten alltägliche Entscheidungen allein zu treffen, sie brauchte ständig den Rat und die Bestätigung anderer dafür. Ferner wollte sie, dass ihr Freund oder ihre Mutter die Verantwortung für wichtige Lebensbereiche ihres Lebens übernahmen. Sie hatte große Schwierigkeiten anderen Menschen gegenüber ihre Meinung zu vertreten aus Angst, deren Zustimmung und Unterstützung zu verlieren. Sobald sie allein war, fühlte sie sich hilflos und unwohl, mit übertriebener Angst, sich nicht mehr alleine versorgen zu können, sie musste dann bis zu 20-mal nacheinander ihren Freund über Handy anru-

fen, obwohl sie wusste und kognitiv in der Lage war zu erkennen, dass dieser davon stark belastigt war und drohte, sie deshalb immer mehr zurückzustoßen. Besonders auffällig war ihre masochistische Unterwerfung, was bereits in Anteilen zu einer sadomasochistischen Beziehung, auch im sexuellen Bereich, mit ihrem Freund geführt hatte.

### Diagnosekriterien nach ICD-10

Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:

1. bei den meisten Lebensentscheidungen wird an die Hilfe anderer appelliert oder die Entscheidung wird anderen überlassen;
2. Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht, und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber den Wünschen anderer
3. mangelnde Bereitschaft zur Äußerung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht;
4. unbehagliches Gefühl beim Alleinsein aus übertriebener Angst, nicht für sich alleine Sorgen zu können;
5. häufige Angst, von einer Person verlassen zu werden, zu der eine enge Beziehung besteht, und auf sich selbst angewiesen zu sein;
6. eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen ohne ein hohes Maß an Ratschlägen und Bestätigung von anderen.

Diese Form der Persönlichkeitsstörung wurde erst 1993 in die ICD-10 als eigenständige Diagnose aufgenommen. Sie charakterisiert Menschen, die sich hilflos und inkompetent fühlen, ihr eigenes Leben nicht glauben selbst meistern zu können und sich deshalb auf die Unterstützung anderer angewiesen sehen. Häufig werden Bindungen an einen starken und schutzgebenden Partner gesucht, die nur aufgegeben werden können, wenn ein anderer „Beschützer“ bereitsteht. Es sind Ähnlichkeiten zu erkennen zu dem von Winnicott beschriebenen Konzept des „falschen

Selbst“, d. h. eigene Wünsche und Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen und stattdessen richtet sich der Betroffene an den Wünschen seiner Mitmenschen aus, um Beziehung nicht zu gefährden. Falls doch einmal eigene Wünsche in die Beziehung eingebracht werden, geschieht dies auf eine verdeckte und manchmal passiv-aggressive Art und Weise, die beim Beziehungspartner in der Gegenübertragung Gefühle von Ärger auslöst.

Die Diagnose einer dependenten Persönlichkeitsstörung wird im Kindes- und Jugendalter nur sehr selten gestellt, da Kinder und Jugendliche aufgrund ihres Entwicklungsniveaus noch grundlegend auf Unterstützung durch Erwachsene angewiesen sind und die Differenzierung zwischen dem altersgemäßen Wunsch nach Unterstützung und einer tief greifenden Störung der eigenen Autonomiebestrebungen noch schwierig erscheint.

### **Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen**

Bei dieser Diagnose handelt es sich um eine Restkategorie, die vorgesehen ist für die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen,

die häufig zu Beeinträchtigungen führen, aber nicht die spezifischen Symptombilder der in F60 beschriebenen Störungen aufweisen (ICD-10 2005, S. 233)

Es geht dabei um eine Kombination von Merkmalen verschiedener Persönlichkeitsstörungen, ohne dass die Kriterien für eine einzelne Störung voll erfüllt wären. Nicht verwendet werden sollte diese Kategorie, wenn die Kriterien für verschiedene Arten von Persönlichkeitsstörungen zutreffen. In diesem Fall wird von einer Komorbidität ausgegangen und alle einzelnen Störungen werden aufgeführt.

## **2.6 Ausschlussdiagnostik**

---

Im Klassifikationssystem ICD-10 ist bei den allgemeinen Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen festgehalten, dass eine Diagnose nur gestellt werden darf, falls die beschriebenen Auffälligkeiten „nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind“ (ICD-10 2005, S. 227). Nach dieser Vorschrift handelt es sich bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung streng genommen um eine Ausschlussdiagnose.

- ! Eine ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische sowie (bei begründetem Verdacht) eine neuropädiatrische Untersuchung ist also dringend erforderlich, um auszuschließen, dass die beobachteten Auffälligkeiten besser durch andere Störungen erklärt werden können





Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Schmeck, K.; Schlüter-Müller, S.

2009, VIII, 140 S. 5 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-540-20933-1