

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/033 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 141 - 152

Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)

1. Klassifikation

1.1 Definition

"Persönlichkeitsstörungen" erfassen für das Individuum typische stabile und beherrschende (pervasive) Verhaltensweisen, die sich als rigide Reaktionsmuster in unterschiedlichsten Lebenssituationen manifestieren und mit persönlichen Funktionseinbußen und/oder sozialem Leid einhergehen. Diese Definition beinhaltet, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz aufgrund der noch vorhandenen Entwicklungspotenziale zurückhaltend gestellt werden sollte. Andererseits lässt sich bei einigen Persönlichkeitsstörungen ein eindeutiges Kontinuum zwischen den Verhaltensmustern in Kindheit und Jugend und denen des Erwachsenenalters nachweisen, sodass auch aus klinisch-praktischen Erwägungen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der späten Adoleszenz sinnvoll sein kann. Aufgrund neuerer Verlaufsuntersuchungen ist allerdings auch im Erwachsenenalter die Vorgabe der Klassifikationssysteme nach hoher Stabilität der Störung kaum aufrecht zu erhalten.

1.2 Leitsymptome

Persönlichkeitsstörungen beginnen in der Kindheit und Jugend, nehmen eine lebenslange Entwicklung und manifestieren sich in typischer Form im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund des Entwicklungsaspektes einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter darf in der ICD-10 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor Abschluss der Pubertät, d.h. vor dem 16.-17. Lebensjahr nur dann gestellt werden, wenn die geforderte Mindestzahl der Kriterien für die jeweilige Störung erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten. Die Stabilität der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ist geringer als im Erwachsenenalter. Die Zustandsbilder der Persönlichkeitsstörungen dürfen nicht auf andere psychiatrische Störungen zurückzuführen sein und nicht als Folge einer organischen Schädigung oder Erkrankung auftreten. Sie sind gekennzeichnet durch:

- Beeinträchtigungen mehrerer Bereiche wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie der sozialen Interaktion
- Lange zeitliche Dauer der Verhaltensstörung
- Tief greifende Verwurzelung der Verhaltensweisen und situationsübergreifendes Auftreten
- Einschränkung der sozialen, schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit
- Persönliches Leid des Betroffenen, das aber in vielen Fällen erst im Erwachsenenalter auftritt; im Jugendalter ist eine ego-dystone Symptomatik seltener als beim Erwachsenen.

1.3 Schweregradeinteilung

Der Schweregrad hängt von der Anzahl der jeweils für die spezifische Persönlichkeitsstörung erfüllten Kriterien und von dem Ausmaß der individuellen und sozialen Beeinträchtigung ab. So kann z.B. ein Patient mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung leichteren Schweregrades Routineanforderungen in Beruf und Privatleben nachkommen, wohingegen eine schwere Persönlichkeitsstörung zu vollständiger Funktionseinbuße führen kann.

1.4 Untergruppen

Die ICD-10 weist für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen Merkmalskataloge mit definierten Ein- und Ausschlusskriterien auf, die den jeweiligen Typus exemplarisch kategorisieren. Auf der Basis der o.g. Einschränkungen für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter sollen im Folgenden nur diejenigen Erscheinungsbilder differenzierter dargestellt werden, bei denen aufgrund empirischer Studien eine klinisch relevante Prävalenz für das Kindes- und Jugendalter wahrscheinlich ist oder eine ausdrückliche Beziehung zu Störungen dieses Lebensalters gegeben ist (z.B. dissoziale Persönlichkeitsstörung).

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

Während das DSM-IV die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung ausdrücklich erst ab dem 18. Lebensjahr gestattet, gibt die ICD-10 keine entsprechend enge Grenze vor. Die ICD-10-Kriterien beschreiben neben sozialer Devianz charakterologische Besonderheiten, insbesondere Egozentrik, mangelndes Einfühlungsvermögen und defizitäre Gewissensbildung. Kriminelle dissoziale Handlungen sind also keine Bedingung sine qua non!

Mindestens 3 der in der ICD-10 genannten Merkmale müssen erfüllt sein. Hierzu gehören:

- Mangelnde Empathie und Gefühlskälte gegenüber anderen
- Missachtung sozialer Normen
- Beziehungsschwäche und Bindungsstörung
- Geringe Frustrationstoleranz und impulsiv-aggressives Verhalten
- Mangelndes Schulerleben und Unfähigkeit zu sozialem Lernen
- Vordergründige Erklärung für das eigene Verhalten und unberechtigte Beschuldigung anderer
- Anhaltende Reizbarkeit.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.3/F60.31)

Die Diagnose einer Borderline-Störung wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem bei Mädchen in der Adoleszenz gestellt. Die Borderline-Störung ist eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, wobei Impulsivität und Affektinstabilität im Vordergrund stehen. Der zweite, impulsive Subtypus scheint dagegen häufiger beim männlichen Geschlecht vorzukommen.

Für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung müssen mindestens 2 der folgenden Merkmale erfüllt sein:

- Mangelhafte oder fehlende Impulskontrolle
- Affektinstabilität
- Unzureichende Handlungsplanung
- Neigung zu aggressivem oder streitsüchtigem Verhalten
- Wutausbrüche, insbesondere wenn impulsives Verhalten behindert oder kritisiert wird.

Zusätzlich muss ein weiteres, für die Borderline-Störung spezifisches Kriterium erfüllt sein:

- Unsicherheit über das eigene Selbstbild und die Identität sowie der inneren Präferenzen (einschl. der sexuellen)
- Intensives, unbeständiges (in heterosexuellen Beziehungen häufig promiskuitäres) Beziehungsverhalten, das nicht selten Auslöser emotionaler Krisen ist
- Parasuizidale oder automutilative Handlungen.

Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)

Hier handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung mit oberflächlicher und labiler Affektivität bei insgesamt starkem Verlangen nach Anerkennung und Aufmerksamkeit. Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen für die Diagnose vorliegen:

- Dramatisierung bezüglich der eigenen Person mit theatralischem Verhalten und übertriebenem Ausdruck von Gefühlen
- Suggestibilität durch andere Personen oder Umstände
- Oberflächliche und labile Affektlage
- Egozentrik, fehlende Bezugnahme auf andere
- Andauerndes manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse
- Andauerndes Verlangen nach Anerkennung und Wunsch, im Mittelpunkt zu stehen.

Als weiteres Merkmal findet sich oft ein unangemessen verführerisches Verhalten sowie ein übermäßiges Interesse an der eigenen körperlichen Attraktivität.

Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

Als Kernpunkt der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung wird eine Selbstwertproblematik angesehen, die sich insbesondere in einem Konflikt zwischen dem Wunsch nach Bindung und der Angst vor Beschämung durch andere manifestiert. Merkmale sind:

- Ständige Anspannung und Überbesorgtheit
- Tiefgreifende Störung des Selbstwertgefühls
- Angst vor Kritik oder Zurückweisung
- Kontaktscheu, außer man ist sich der Zuneigung der anderen sicher
- Einschränkung von Aktivitäten aus Angst vor Gefahren
- Vermeidung sozialer Situationen aus Angst vor Ablehnung.

3 der 6 Merkmale müssen für die Diagnose der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung erfüllt sein.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Interview mit Eltern (oder Stellvertreter) und Patient/bzw. Patientin getrennt

- Allgemeine Anamnese des Jugendlichen
- Spezielle Anamnese.
- Die Anamnese sollte Hinweise dafür liefern, dass
 - die Symptomatik schon seit Kindheit bzw. Jugend besteht,
 - sie typisch für die Person der/des Jugendlichen ist und
 - sie in unterschiedlichsten Lebenssituationen auftritt.

In der näheren Familie können ähnliche Persönlichkeitszüge vorkommen.

Liegen nur Informationen von Seiten der/des Jugendlichen vor, sollte eine Exploration bzw. ein diagnostisches Interview zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt werden.

Spezielle Anamnese zur dissozialen Persönlichkeitsstörung

- Verschiedene dissoziale und kriminelle Handlungen in der Vorgeschichte
- Abbruch von Schule, Ausbildung oder Berufstätigkeit
- Leben auf Kosten anderer
- Materielle Schulden
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Fehlende Gewissensbildung und Schuldgefühle
- Fehlende Empathie
- Unzureichende Introspektionsfähigkeit
- Mangelnde Selbstkritik, Impulsivität.

Spezielle Anamnese zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Impulsives Verhalten, Wut oder aggressive Durchbrüche sowie Selbstverletzungsverhalten und Suizidversuche
- Extreme, kurzweilige Stimmungsschwankungen
- Identitätskrisen bei inkonstanter Lebensplanung und häufigem Erleben von krisenhaften Situationen
- Depersonalisationserlebnisse, psychogene Amnesien, Tranceerlebnisse.

Spezielle Anamnese zur histrionischen Persönlichkeitsstörung

- Abhängigkeit von Lob, Bestätigung und Zustimmung durch andere
- Mittelpunktstreben, Suggestibilität und theatralisches Verhalten
- Übertriebener Ausdruck von Gefühlen, verführerische Erscheinung und Verhalten.

Spezielle Anamnese zur ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung

- Angst vor Kritik oder Missbilligung
- Rückzugstendenzen im persönlichen und beruflichen Bereich
- Tief greifende Gefühle der eigenen Unfähigkeit
- Angst, zu versagen und sich lächerlich zu machen
- Ängste, Außenseiter zu sein
- Vermeidung unbekannter Aktivitäten oder Situationen.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern und Patienten

Persönlichkeitsmerkmale sind stabil und überdauernd, bestehen gewöhnlich seit der Kindheit und werden von der Umwelt als charakteristisch für den Patienten angesehen ("War Ihr Sohn/Ihre Tochter schon immer so?"). Dabei kann das Funktionsniveau wechseln.

Für die dissoziale und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung ist ein Kontinuum zwischen Verhaltensweisen in der Kindheit und der Psychopathologie des Erwachsenenalters empirisch belegt.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens im Kleinkindes- oder frühen Schulalter
- Aggressives und Normen missachtendes Verhalten in Kindergarten und Grundschule (frühe Störung des Sozialverhaltens, sog. Early-onset-Typus)
- Wenige, oberflächliche und konfliktreiche Beziehungen zu anderen Kindern
- Keine tief greifenden Bindungen an Erwachsene.

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

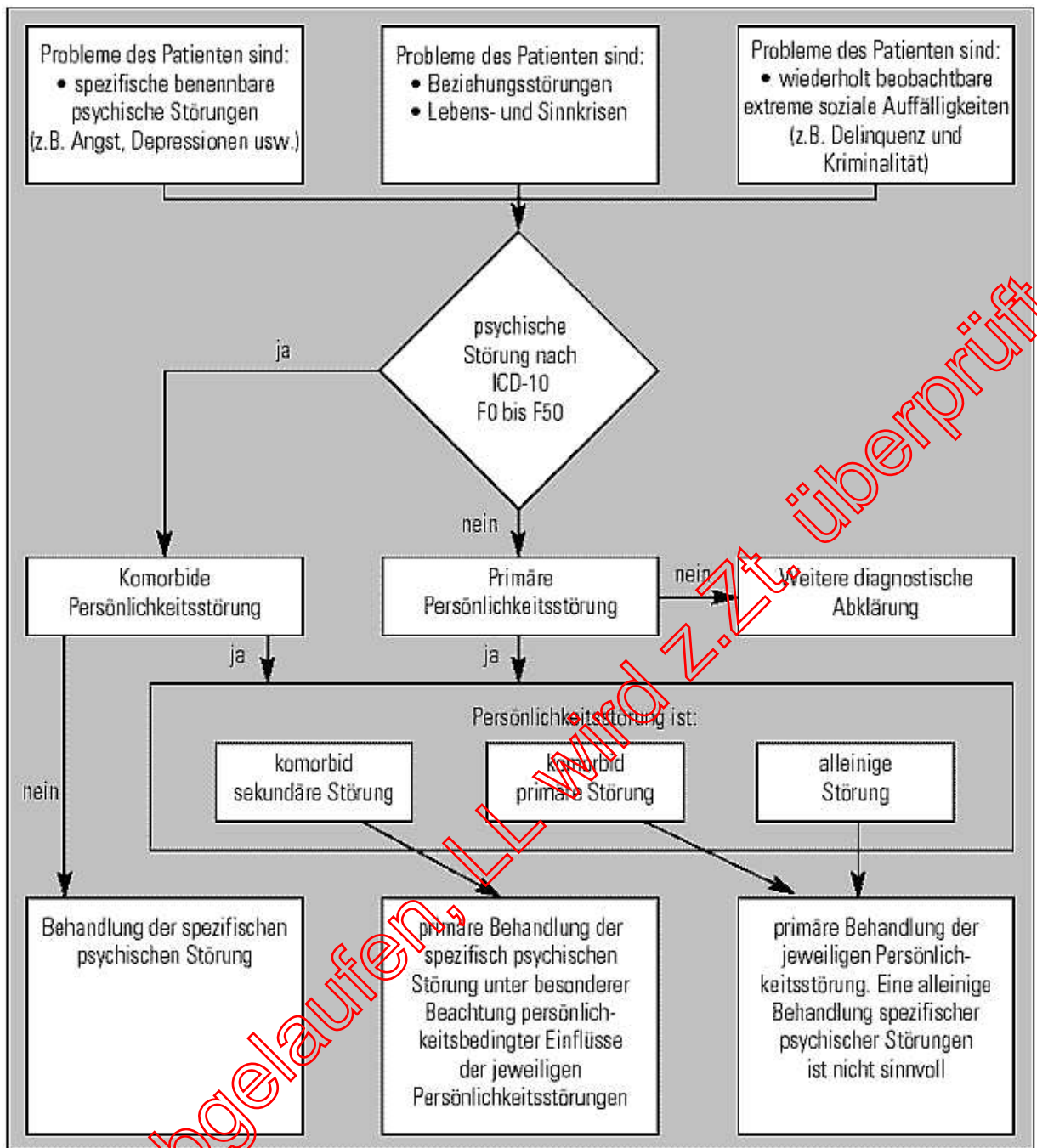
- Trennungsangst (Kindergarten-, Schulbeginn)
- Soziale Überempfindlichkeit
- Wenige Außenaktivitäten
- Ängste vor neuen Situationen.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Eltern und Patienten

Neben der Komorbidität mit Störungen aus F1-F50 hat die empirische Komorbiditätsforschung bei den Persönlichkeitsstörungen aufgezeigt, dass viele Patienten, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung erfüllen, zugleich auch Merkmalsträger anderer Persönlichkeitsstörungen sind. Je nach Persönlichkeitsstörung sind bestimmte Komorbiditäten typisch, die im Einzelnen aufgeführt werden. Bei psychiatrischen Störungen im engeren Sinne (F1-F50) ist die Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung als ungünstiger prognostischer Faktor anzusehen (s. auch Kap. 2.6 und Abb. 21).

Abb. 21: Differenzialdiagnostik und Komorbidität nach ICD-10 [modifiziert nach Fiedler 1994]



Dissoziale Persönlichkeitsstörung

- Affektive Störung (F3)
- Alkohol- und Substanzmissbrauch (F1)
- Komorbidität/Kriterienüberlappung mit narzisstischer, histrionischer und Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus

- Affektive Störung (F3)
- Alkohol- und Substanzmissbrauch (F1)
- Essstörungen (vor allem Bulimie) (F50)
- Komorbidität/Kriterienüberlappung mit dissozialer, histrionischer und narzisstischer Persönlichkeitsstörung.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

- Affektive Störungen (F3)
- Komorbidität/Kriterienüberlappung mit dissozialer, narzisstischer und Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

- Affektive und hier besonders depressive Störungen (F3)
- Komorbidität/Kriterienüberlappung mit abhängiger und schizoider Persönlichkeitsstörung.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Befragung von Eltern und Patienten zur Familienanamnese (einige der Items beruhen in erster Linie auf klinischer Erfahrung und sind noch nicht empirisch gesichert).

Familiäre Interaktion bei dissozialer Persönlichkeitsstörung

- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Akzeptanz dissozialen Verhaltens
- Selbst erlebte elterliche Gewalt und Grausamkeit
- Gewalttätige Durchsetzung eigener Bedürfnisse durch die Eltern
- Mangelnde Wärme in den familiären Beziehungen, Ehestreitigkeiten
- Psychische Auffälligkeiten in der Familie, insbesondere affektive und schizophrene Störungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Dissozialität oder Kriminalität, Störungen der Impulskontrolle.

Familiäre Interaktion bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung

- Mangelnde Wärme in den familiären Beziehungen
- Unberechenbares und feindseliges Erziehungsverhalten
- Frühe Trennungserfahrungen
- Erfahrungen durch körperliche Gewalt und/oder sexuellen Missbrauch
- Psychische Auffälligkeiten in der Familie wie schizophrene und affektive Störungen, Störungen der Impulskontrolle, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Dissozialität.

Familiäre Interaktion bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung

- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Frühkindliche Erfahrung familiärer Gewalt und/oder sexuellen Missbrauchs
- Verzernte familiäre Kommunikation
- Psychische Auffälligkeiten bei Familienangehörigen, insbesondere affektive Störungen, somatoforme Störungen, Konversionsstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Dissozialität.

Familiäre Interaktion bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung

- Überbehütung durch die Eltern
- Trennungsprobleme bei den Eltern
- Harmoniebedürfnis und Konfliktvermeidung bei den Eltern
- Psychische Auffälligkeiten bei Familienangehörigen, insbesondere affektive Störungen und Angsterkrankungen.

Für die Therapieplanung kann ein Familieninterview bzw. die direkte Beobachtung der familiären Interaktion empfehlenswert sein.

- Feststellung von Entwicklungsstörungen
- Feststellung kognitiver Probleme
- Eruiierung körperlicher Erkrankungen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Testpsychologische Diagnostik

Allgemeine Test- und Leistungsdiagnostik. Fakultativ spezifische Diagnostik in Form strukturierter Interview-Verfahren oder Fragebögen zur Selbstbeurteilung, z.B.:

- International Personality Disorder Examination (IPDE)
- Structured Clinical-Interview for DSM-IV (SCID-P)
- MMPI oder Personality Disorder Questionnaire
- Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)
- Internationale Diagnose-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P)

2.6 Weitergehende Diagnostik

Befragung von Eltern und Patient, Beobachtung, Testdiagnostik

Persönlichkeitsstörungen müssen von akuten und chronischen psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne, Residualsyndromen (nach Psychosen) sowie psychischen Störungen durch hirngorganische Veränderungen (im Jugendalter vor allem perinatale Hirnschädigung) abgegrenzt werden.

Überlappungen von Merkmalen mehrerer Persönlichkeitsstörungen sind häufig (s. auch Kap. 2.3).

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

- Manische Episoden (F30)
- Störungen der Impulskontrolle (z.B. Pyromanie, Kleptomanie, F63)
- Störung des Sozialverhaltens (F91, F92).

Das DSM-IV legt für die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung ein Mindestalter von 18 Jahren fest. Obwohl ein Kontinuum antisozialer Verhaltensweisen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter wiederholt nachgewiesen werden konnte, ist bei Jugendlichen die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens vorzuziehen, um den Entwicklungsaspekt und damit die Notwendigkeit pädagogischer und psychotherapeutischer Interventionen zu betonen.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus

- Schizophrene und affektive Störungen (F2, F3)
- Störung des Sozialverhaltens (F91, F92)
- Dissoziative Störung (F44)
- Artificielle Störung (F68.1).

Histrionische Persönlichkeitsstörung

- Affektive Störungen (F3)
- Somatoforme (insbesondere Konversions-) Störungen (F45)
- Dissoziative Störung (F44)
- Artificielle Störung (F68.1).

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

- Affektive und hier besonders depressive Störung (F3)
- Angststörungen (z.B. vor allem soziale Phobien, Agoraphobie) (F40).

Die Abgrenzung von ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung zu sozialer Phobie ist in vielen Fällen schwierig. Patienten mit sozialer Phobie erleben diese mehr ego-dyston und auf definierbare Situationen begrenzt.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Unbedingt ist das Alter des Patienten zu berücksichtigen (s. Kap. 1.2). Die Kriterien der jeweiligen Persönlichkeitsstörung müssen über längere Zeitperioden und situationsübergreifend erfüllt sein. Bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung ist die hohe Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens, bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung die hohe Komorbidität mit der sozialen Phobie zu beachten. Bei allen Persönlichkeitsstörungen ist das Vorliegen weiterer psychiatrischer Diagnosen häufig.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von umschriebenen Entwicklungsstörungen, von Intelligenzminderung und abnormen psychosozialen Umständen, die unter Kapitel 2.4 dargestellt sind.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Kapitel 2.3 und Abbildung 21.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Überwiegend ambulant in enger Zusammenarbeit mit den Jugendhilfebehörden.

Für eine stationäre Maßnahme gibt es medizinische und psychosoziale Kriterien:

- Medizinische Kriterien sind Eigengefährdung im Rahmen von Suizidgefahr und Automutilationshandlungen sowie Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (vor allem Drogenmissbrauch)
- Psychosoziale Kriterien liegen vor im Rahmen von Kriseninterventionen bei z.B. familiärer Dekompensation sowie bei Scheitern ambulanter Maßnahmen und Planung neuer Jugendhilfemaßnahmen (V).

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ

Bei ausgeprägter Symptomatik ist häufig ein ambulantes Behandlungskonzept nicht ausreichend. Jugendliche mit Borderline-Persönlichkeitsstörung profitieren vielfach von der Überschaubarkeit und klaren Strukturierung einer psychiatrischen Station. Allerdings liegen aus dem Erwachsenenbereich gut evaluierte Therapieprogramme für den ambulanten teilstationären und stationären Bereich vor (II).

Medizinische Kriterien für eine stationäre Behandlung sind:

- Eigengefährdung in Form einer bestehenden Suizidalität
- Selbstverletzendes Verhalten, Fremdgefährdung, Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, z.B. affektive Störungen, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch (II).

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

Überwiegend ambulante Behandlungsmaßnahmen; bei ausgeprägter Symptomatik kann eine stationäre Behandlung sinnvoll sein, wenn besondere Defizite im Umgang mit Gleichaltrigen und in Gruppensituationen vorliegen (V).

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Bei der Mehrzahl der Patienten ambulant; stationär bei ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität (häufig), bei

Patienten mit parasuizidalem oder suizidalem Verhalten und Konversionsstörungen (V).

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Bei den Persönlichkeitsstörungen empfiehlt sich grundsätzlich ein multimodales Vorgehen. Bei Therapiestudien im Erwachsenenbereich hat sich gezeigt, dass strukturierte Therapiemanuale "offenen" Therapieangeboten überlegen sind. Verhaltensmodifikatorische und pädagogische Vorgehensweisen stehen bei der Mehrzahl der Patienten im Vordergrund, während eine medikamentöse Behandlung im Allgemeinen als supportive und zeitlich begrenzte Maßnahme anzusehen ist.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Kognitiv-Verhaltensmodifikatorisches Vorgehen (s. auch Leitlinie "Störungen des Sozialverhaltens"):

- Erforschung und Dokumentation des für den gestörten Jugendlichen typischen Auslösers für Impulsdurchbrüche und aggressives Verhalten
- Förderung und Verbesserung der Selbstwahrnehmung dieser individuellen Auslöser
- Festlegung und Einübung alternativer Möglichkeiten im Zusammenhang mit aggressionsstimulierenden Bedingungen
- Erlernen von Fertigkeiten, eigene Interessen aggressionsfrei zu artikulieren und adäquat durchzusetzen
- Einübung von Maßnahmen, um mit Kritik, Misserfolgen, Ärger, Wut, aber auch Lob angemessen umzugehen
- Stützend-psychotherapeutische und/oder pädagogische Führung mit dem Ziel eines positiven Selbstkonzeptes
- Evtl. Behandlung mit Psychopharmaka, z.B. niedrigpotenten Neuroleptika, Risperidon, Lithium oder Carbamazepin bei ausgeprägt impulsivem und ungesteuertem Verhalten
- Intensive Beratung von Eltern und/oder Erziehungspersonen (obligat!) im Hinblick auf Erarbeitung und Erprobung alternativer Problem- und Konfliktlösungsmaßnahmen (V).

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen zeigt sich in kontrollierten Studien bei Erwachsenen als effektiv, und zwar im ambulanten wie im stationären Setting (I). Dies gilt besonders für die dialektisch-behaviorale Therapie [DBT nach Linehan 1992].

Kognitiv-verhaltensmodifikatorisches Vorgehen dient der:

- Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Einschätzung nahe stehender Personen
- Erforschung der auslösenden Situationen für Affektauslenkungen und (selbstschädigende) Impulshandlungen
- Erlernen affektregulierender Verhaltensweisen
- Einübung eines Krisenmanagements zur Suizidprophylaxe und zur Prophylaxe autodestruktiven Verhaltens
- Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen
- Kognitive Umstrukturierung und Abbau dichotomen Denkens
- Training sozialer Fertigkeiten.

Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie zeigt sich ebenfalls in kontrollierten Studien bei Erwachsenen als effektiv (I). Hier liegen kontrollierte Studien für den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich vor. Die sog. Mentalization based therapy erwies sich ebenfalls in einer Studie bei Erwachsenen als wirksam (II).

Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie dient dem:

- Aufbau oder Reorganisation des Selbstbildes und der Eigenintegrität
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit durch korrektive emotionale Erfahrung
- Einsicht in Zusammenhänge zwischen biographischen Erfahrungen und aktuellen konflikthaften Beziehungen
- Bewältigung akuter oder chronischer Traumata und Reifungskrisen
- Förderung ambivalenter Erlebniszufähigkeit
- Stärkung der Ich-Funktionen, besonders der Affektregulation.

Pharmakologische Behandlung:

- Eine Indikation zur Pharmakotherapie besteht bei ausgeprägten Impulskontrollstörungen, bei massiven Angstzuständen bis hin zu psychotischen Dekompensationen sowie bei schwerwiegenden affektiven Ausnahmezuständen.
- Carbamazepin bei starken Stimmungsschwankungen und Autoaggressivität (IV-V)
- Atypische Neuroleptika (z.B. Olanzapin, Clozapin und Risperidon) bei Impulsivität und depressiven Störungen (II-III), auch bei affektiver Instabilität
- SSRI (z.B. Fluoxetin) bei ausgeprägten affektiven Störungen und/oder Impulsivität (unter Beachtung der Risiken) (II-III)
- MAO-Hemmer beeinflussen Wut, Affekte und Impulskontrollstörungen in kontrollierten Studien positiv. SSRIs zeigen im Hinblick auf Impulshandlungen, Fremd- und Autoaggression ebenfalls positive Effekte (III).
- Lithium, Carbamazepin oder Valproat können bei ausgeprägten impulshaften und aggressiven Symptomen eingesetzt werden (II-III).
- Beratung von Eltern und/oder Erziehungspersonen (obligat für den Umgang mit dem vom Jugendlichen gezeigten Problemverhalten und für seine Modifizierung). Bestehen pathogene Interaktionsmuster in der Familie, kann eine strukturierende Familientherapie sinnvoll sein.

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

Die Behandlungsmaßnahmen entsprechen vielfach denen bei sozialen Phobien, sollten aber längerfristiger angelegt

sein, da die Reflexion allgemeiner Lebensprobleme und Lebensziele der Patienten mehr Raum einnimmt.

Kognitiv-verhaltensmodifikatorisches Vorgehen (V) (s. auch Leitlinie "Angststörungen")

- Training und Einübung sozialer Fertigkeiten (Social-Skills-Training)
- Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes und Stärkung des Selbstwertgefühls (Selbstsicherheitstraining).

Medikation

- Positive Effekte zeigten sich in kontrollierten Studien für reversible MAO-Hemmer und SSRIs, aber auch für potente Benzodiazepine wie Alprazolam und Clonazepam (II-III).

Entspannung (V)

- Autogenes Training nach Schulz
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson.

Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie ist bei ausgeprägten zwischenmenschlichen Unsicherheiten und Beziehungsstörungen angezeigt.

Ferner sollte eine Beratung der Eltern und/oder Erziehungspersonen zur Unterstützung des Jugendlichen in der Beziehungsaufnahme und sozialen Kompetenz erfolgen.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Zur Behandlung der histrionischen Persönlichkeitsstörung gibt es nur wenige empirische Studien.

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen (V)

- Reduktion der Bedürfnisse des Patienten auf ein real erfüllbares Maß
- Entwicklung von Problemlösestrategien bei bestehenden Beziehungskonflikten.

Stützend-educative und konfrontative Maßnahmen (V)

- Verbesserung der Selbstwahrnehmung im Hinblick auf Selbstbezogenheit, sofortige Bedürfnisbefriedigung und Verlangen nach Aufmerksamkeit

Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie ist bei Vorhandensein von Traumata in der Vorgeschichte und/oder Reifungskrisen indiziert.

Ferner sollte eine Beratung der Eltern und/oder Erziehungspersonen und/oder eine strukturierend stützende Familientherapie erfolgen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Das Vorgehen in den unterschiedlichen Behandlungssettings unterscheidet sich nicht qualitativ, sondern in der Intensität der Betreuung des Patienten.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.3

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.3

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sind wohnortbezogene Maßnahmen in Form von Freizeitgestaltung zur Förderung von sozialer Kompetenz, Selbstsicherheit und Beziehungsaufbau sinnvoll.

Bei chronischen Interaktionsstörungen (insbesondere dissoziale, Borderline- und histrionische Persönlichkeitsstörungen) im häuslichen und sozialen Umfeld kann eine stationäre Behandlungsmaßnahme in einer spezifischen Jugendhilfeeinrichtung sinnvoll sein.

Bei erheblicher Fremd- und/oder Selbstgefährdung muss die Durchführung von stationären Jugendhilfemaßnahmen unter freiheitsentziehenden Bedingungen erwogen werden.

Bei entsprechender Indikationsstellung muss die Fortführung ambulanter jugendpsychiatrischer Behandlung sichergestellt werden.

Literatur:

1. Bateman A, Fonagy P, Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry (2001), 158, 1932-1933
2. Fiedler P (2003) Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Psychologie Verlags Union, Weinheim
3. Grilo C et al., Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. American Journal of Psychiatry (1996), 153, 1089-1091
4. Herpertz S, Sass H (2003) Persönlichkeitsstörungen. Georg Thieme, Stuttgart, New York

5. Herpertz-Dahlmann B (2003) Persönlichkeitsstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen, 167-176. Georg Thieme, Stuttgart, New York
6. Herpertz-Dahlmann B, Herpertz S. Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann B et al. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie, 2. Aufl. im Druck. Schattauer, Stuttgart, New York
7. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (2000) Handbuch der Borderline-Störung. Schattauer, Stuttgart, New York
8. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK (2001) Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart
9. Lieb K et al., Borderline personality disorder. Lancet (2004), 31, 453-461
10. Linehan MM, Heard HL (1992) Dialectic behavior therapy for borderline personality disorder. In: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H (Hrsg.), Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives, 248-267. Guilford, New York
11. Markowitz PJ, Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders. Journal of personality disorders (2004), 18 (1), 90-101
12. Newton-Howes G, Typer P, Pharmacotherapy for personality disorders. Expert Opinion Pharmacotherapy (2003), 4 (10), 1643-1649
13. Nissen G (2000) Persönlichkeitsstörung, Ursachen - Erkennung - Behandlung. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin
14. Perry JC, Banon MD, Eanne F, Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. American Journal of Psychiatry (1999), 156, 1312-1321
15. Petermann F, Petermann U (1993) Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. Psychologie Verlags Union, Weinheim
16. Sass H, Herpertz S (1996) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In: Gastpar MT, Kasper S, Linden M (Hrsg.), Lehrbuch der Psychiatrie und Repetitorium, 188-206. De Gruyter, Berlin, New York

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

C. Wewetzer, S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

C. Wewetzer, S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, K.-U. Oehler

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Christoph Wewetzer

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Städtischen Kliniken Köln gGmbH

Florentine-Eichler-Str. 1

51067 Köln

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim

Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena

Joachim Jungmann, Weinsberg

Gerhard Lehmkuhl, Köln

Helmut Remschmidt, Marburg

Franz Resch, Heidelberg

Christa Schaff, Weil der Stadt

Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 25.01.2008; 10:02:51

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft