

# Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

**Legt man die diagnostischen Kriterien für Erwachsene der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter zugrunde, finden sich im Jugendalter vergleichbare Prävalenzen, und auch die Stabilität der Diagnose unterscheidet sich kaum zwischen Jugend- und Erwachsenenalter. Eine frühzeitige und sorgfältige Diagnostik kann dabei helfen, speziell für Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter entwickelte Behandlungsverfahren einzusetzen, damit eine Chronifizierung der Störung so weit wie möglich verhindert werden kann.**



Klaus Schmeck



Susanne Schlüter-Müller

von Klaus Schmeck, Susanne Schlüter-Müller

## Störungsdefinition

Unter dem Begriff Persönlichkeitsstörungen werden tief verwurzelte und anhaltende Verhaltensmuster verstanden, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen und mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einhergehen. Patienten mit solchen Störungsbildern weisen deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehung zu anderen Menschen auf (1).

## Konzeptuelle Fragen

Die Debatte um die Verwendung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem 18. Lebensjahr wird zum Teil sehr heftig und ideologisch geprägt geführt und erinnert an frühere Diskussionen über die Frage, ob die Diagnose einer schizophrenen Psychose bereits im Kindes- und Jugendalter gestellt werden sollte. Häufig wird dabei der Entwicklungsaspekt der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen betont, weshalb eine stabile Persönlichkeitsentwicklung als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter noch nicht gegeben sei. Spiel und Spiel (2) versuchten einen Kompromiss in dem Sinne, dass vor dem 18. Lebensjahr der Begriff *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* verwendet werden soll.

Bei dieser Debatte werden in der Regel zwei grundlegende Irrtümer begangen (3):

1. Zunächst wird von der Vorstellung ausgegangen, dass sich Entwicklung vor allem in Kindheit und Jugend abspielt und mit dem 18. Lebensjahr weitgehend abgeschlossen ist. Bei der Entwicklung eines Menschen handelt es sich jedoch um einen lebenslangen Prozess. Von daher ist die Verwendung des Begriffs *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* im Kindes- und Jugendalter als problematisch einzuschätzen, weil damit die unzutreffende Eingrenzung des

Entwicklungsbegriffs auf Kindheit und Jugend festgeschrieben wird.

2. Als zweiter grundlegender Irrtum wird davon ausgegangen, dass Persönlichkeitsstörungen ein lebenslanges Schicksal für den Betroffenen darstellen, da sie nicht therapierbar seien. Eine Diagnosestellung würde somit zu einer nachhaltigen Stigmatisierung des betroffenen Patienten führen. Um das zu umgehen, wird die Verwendung des schlecht definierten Terminus *Adoleszentenkrise* vorgeschlagen.

Zwar ist nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Diagnosestellung auch schon vor dem 16. Lebensjahr möglich, wenn die geforderte Mindestzahl an Kriterien erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits in diesem Lebensalter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten. Auch 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 müssen. Dennoch wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung kaum vor dem 18. Lebensjahr gestellt.

Eine grosse Zahl an Untersuchungen der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, dass sich zentrale Aspekte des Störungsbilds (Symptomatik, Prävalenz, Stabilität, Behandelbarkeit) zwischen Jugendalter und Erwachsenenalter kaum unterscheiden (4). Folgerichtig gibt es im Jahr 2013 veröffentlichten amerikanischen Diagnosemanual DSM-5 (5) keine Altersbeschränkung mehr für die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen (mit Ausnahme der antisozialen Persönlichkeitsstörung, die nicht vor dem 18. Lebensjahr diagnostiziert werden soll), und auch für die 11. Revision des internationalen Klassifikationsschemas ICD ist eine Aufhebung der Altersbeschränkung geplant (6). Das ist sehr zu begrüßen, da es inzwischen ausreichend viele Therapieoptionen für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Ju-

gendalter gibt (siehe dazu auch den Beitrag von Schlüter-Müller et al. in diesem Heft [7]), sodass eine frühe Diagnosestellung dazu dient, den betroffenen Patienten eine störungsspezifische Behandlung anbieten zu können.

### Sollte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter bereits gestellt werden?

Grundlegende Persönlichkeitsmerkmale sind bereits in der mittleren Kindheit relativ stabil. Dennoch wird die Frage gestellt, ob man bereits in diesem Alter bei Auffälligkeiten der Persönlichkeitsentwicklung in Störungskategorien denken sollte, oder ob damit nicht ein Prozess der Stigmatisierung verbunden ist. Es ist an dieser Stelle wichtig festzuhalten, dass sich diese Frage nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern in gleichem Masse auch für Erwachsene stellt, da ja bei dieser Diagnose nicht einzelne Verhaltens- oder Erlebensweisen als «gestört» bezeichnet werden (wie das bei anderen Diagnosen der Fall ist), sondern die Person als Ganzes als gestört und damit als Problem angesehen wird.

Jeder Mensch hat seinen für ihn eigenen charakteristischen persönlichen Stil des Verhaltens und emotionalen Erlebens, der per se nicht pathologisch ist. Persönlichkeitsstörungen werden unter dieser Perspektive als extreme Varianten der normalen Verteilung von Persönlichkeitsmerkmalen gesehen, die man erst in dem Moment als pathologisch bezeichnet, wenn es zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung von interpersonellen Beziehungen, sozialer Adaptation, schulischer oder beruflicher Leistungsfähigkeit und zu Störungen der Affektregulation und der Impulskontrolle kommt. Weiterhin muss beachtet werden, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nur gestellt werden sollte, wenn entweder der Patient und/oder die Umgebung unter den Symptomen leidet. Wenn das nicht der Fall ist, handelt es sich um einen extremen Persönlichkeitsstil, der nicht als Störung klassifiziert werden sollte.

Auch das Nichtstellen einer Diagnose kann jedoch mit Problemen verbunden sein. Menschen haben ein Gespür dafür, wenn etwas mit ihnen «nicht stimmt», und sie suchen nach einer Erklärung. Darüber hinaus werden die Entwicklung und die Überprüfung von Behandlungskonzepten erschwert, wenn eine Diagnose nicht verwendet wird. In der Medizin hat es sich als sehr sinnvoll erwiesen, therapeutische Strategien je nach Diagnose zu differenzieren und spezifisch darauf auszurichten. Ohne eine adäquate Diagnose ist es schwierig, passende Behandlungskonzepte zu entwickeln und diese auch empirisch auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Unabhängig von der Frage des Alters bei Diagnosestellung sollte eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose generell erst nach sorgfältiger Prüfung aller Kriterien gestellt werden. Es ist nicht akzeptabel, wenn diese Diagnose gestellt wird als Reflex bei spezifischen Symptomen (bei selbstverletzendem Verhalten handelt es sich zum Beispiel nicht um ein pathognomonisches Kriterium einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) oder als Waffe, mit der ein Therapeut seine unkontrollierten Gegenübertragungsgefühle bei einem Patienten, der ihn erheblich nervt, ausagiert. Ebenfalls sollte man sich sehr davor

hüten, eine Persönlichkeitsstörung als Entschuldigung für das Versagen einer Therapie zu diagnostizieren. Wenn sich eine Störung auch nach zwei- bis dreijähriger Psychotherapie noch nicht verändert hat, kann das auch an der falschen Therapie liegen und muss nicht ein Hinweis für eine hohe Stabilität der Störung sein, wie sie Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben wird.

### Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Da es eine Kontinuität in der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen von der Kindheit über die Jugend bis hin ins Erwachsenenalter gibt, ist es wenig sinnvoll, in verschiedenen Lebensaltern eine unterschiedliche Klassifikation zu wählen. Sowohl für das Jugend- als auch für das Erwachsenenalter gilt, dass Reliabilität und Validität der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen in den beiden Klassifikationssystemen ICD und DSM unzureichend sind. So sind zum Beispiel verschiedene Persönlichkeitsstörungen nur schlecht voneinander abgegrenzt und treten gehäuft gemeinsam auf. Patienten, welche dieselbe Diagnose erhalten, unterscheiden sich zum Teil erheblich voneinander. Diese und andere Kritikpunkte, die für das Jugendalter in vergleichbarer Weise wie für das Erwachsenenalter gelten, führten zu dem Entschluss, die Diagnostik und die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen grundlegend zu überarbeiten. Im Zentrum der Diskussion bei der Überarbeitung des DSM stand die Frage, ob die Operationalisierung von Persönlichkeitsstörungen besser (wie bisher) kategorial (d.h. als voneinander getrennte Einheiten) oder (neu) dimensional erfolgen soll (d.h. als Profil der Persönlichkeitspathologie). Die letztlich gewählte Lösung war, dimensionale und kategoriale Ansätze miteinander zu kombinieren.

Im DSM-5 wird das bisherige kategoriale System des DSM-4 vorerst beibehalten. Die Einführung des dimensional Ansatzes wurde unter dem Titel «Alternatives DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen» in die Sektion 3 des Manuals verschoben, womit weiterer Forschungsbedarf benannt wurde (5). In diesem alternativen Modell umfasst die Erfassung der Persönlichkeitspathologie neben kategorialen Diagnosen eine dimensionale Einschätzung des Schweregrads sowie eine dimensionale Skala der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit. Schwerwiegende Beeinträchtigungen der selbstbezogenen und interpersonellen Funktionsfähigkeit sind im neuen Klassifikationssystem die zentralen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Zusätzlich werden pathologische Persönlichkeitsmerkmale auf den fünf Dimensionen «negative Affektivität», «Bindungslosigkeit», «Antagonismus», «Enthemmtheit» und «Psychotizismus» erfasst (8).

### Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Im Erwachsenenalter gehören Persönlichkeitsstörungen zu den häufigsten psychischen Störungen mit Prävalenzraten von zirka 10 Prozent (bis 15%) in der Bevölkerung (9, 10) und bis zu 50 Prozent in klinischen Populationen (11). Die Rate hängt von dem diagnostischen Vorgehen und dem Klassifikationssystem ab.

Wenn strukturierte Interviews benutzt werden (siehe Beitrag von Schrobildgen et al. in diesem Heft [12]), ist

die Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen in der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren sehr ähnlich zu derjenigen im jungen und mittleren Erwachsenenalter (13, 14). Coid et al. (10) benennen eine vergleichbare Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen von 11 Prozent sowohl für ältere Jugendliche als auch für junge Erwachsene (Altersbereich 16–34 Jahre). In einer englischen Studie (15) wurden mehr als 6000 11-jährige Kinder untersucht im Hinblick auf die Frage, ob Symptome einer Borderline-Psychopathologie zu beobachten waren. 3,6 Prozent der Mädchen und 2,8 Prozent der Jungen erfüllten die DSM-4-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu einer grossen epidemiologischen Studie bei Erwachsenen berichteten die untersuchten Kinder vergleichbar häufig von chronischer Leere und selbstschädigendem Verhalten und häufiger als Erwachsene, ärgerlich und launisch zu sein. Die anderen BPD-Symptome wurden häufiger von Erwachsenen berichtet.

### Verlauf und Prognose

Die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen Adoleszenten und Erwachsenen und ist auch ohne Behandlung deutlich niedriger als erwartet (16). Das gilt mehr für die kategoriale und weniger für die dimensionale Stabilität, wie in Studien sowohl für den natürlichen Verlauf als auch unter Behandlung bestätigt wurde. In der Collaborative Longitudinal Personality Study berichten Skodol und Mitarbeiter (17), dass auch ohne Behandlung 50 Prozent der Persönlichkeitsstörungen nach einem Jahr und 62 Prozent nach vier Jahren remittiert waren. Symptome wie «selbstverletzendes Verhalten» oder «Vermeiden, allein zu sein» waren weniger stabil als grundlegende Persönlichkeitsmerkmale wie «affektive Instabilität», «Impulsivität» oder «Erleben von intensivem Ärger». Psychosoziale Funktionseinschränkungen (erfasst mit der Global Assessment of Functioning Scale) waren stabiler als die diagnostischen Kriterien.

Chanen und Mitarbeiter (18) untersuchten in einer Längsschnittstudie die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen bei jugendpsychiatrischen Patienten und fanden eine ähnliche Stabilitätsrate wie bei Erwachsenen. In 55 Prozent der Fälle war eine Persönlichkeitsstörung zu beiden Messzeitpunkten zu beobachten. Bei 14,6 Prozent zeigte sich die Persönlichkeitsstörung nur bei der ersten Messung, bei 19,8 Prozent nur zum zweiten Messzeitpunkt. Die höchste dimensionale Stabilität wurde bei antisozialen und schizoiden Symptomen gefunden. Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen ebenso wie bei histrionischen und schizotypen Persönlichkeitsstörungen war die Stabilität der Symptome im mittleren Bereich, bei den übrigen Persönlichkeitsstörungen war sie relativ niedrig (19). Die Stabilität der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen war bei Mädchen im Vergleich zu Jungen und bei schwer gestörten stationären Patienten im Vergleich zu weniger gestörten ambulanten Patienten höher (18).

### Zusammenfassung und Ausblick

Die Stabilität der Diagnose Persönlichkeitsstörung ist niedriger als erwartet, was sich sowohl in Studien zum natürlichen Verlauf von Persönlichkeitsstörungen als auch zum Verlauf unter Behandlung zeigt. Diese Aussage bezieht sich mehr auf die kategoriale als auf die dimensionale Stabilität. Symptome wie «selbstverletzendes Verhalten» verändern sich deutlich schneller als Persönlichkeits-Traits wie «affektive Instabilität» oder «Impulsivität», die kaum Veränderungen zeigen. Störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren haben sich als effektiv gezeigt (besonders für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Die Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen zeigt, dass diese Diagnose kein lebenslanges und unveränderbares Schicksal bedeutet. Ganz im Gegenteil hat sich mit ausreichender Evidenz gezeigt, dass Persönlichkeitsstörungen gut behandelbar sind, wenn spezifische Verfahren eingesetzt werden und die Störungen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt behandelt werden. Die Reduktion von Symptomen ist dabei von erheblicher Bedeutung, aber eine Steigerung der Lebensqualität der Patienten entsteht erst dann, wenn durch den Einsatz von spezifischen Behandlungsverfahren zusätzlich zur Symptomreduktion auch eine Verbesserung der selbstbezogenen und interpersonellen Funktionsfähigkeit erreicht werden kann, die mit einer Konsolidierung der Identität des Patienten einhergeht. ●

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck  
Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Klinikdirektor der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik  
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik  
Schaffhauserstrasse 55  
4058 Basel  
E-Mail: klaus.schmeck@upkbs.ch

Interessenkonflikte: keine

#### Merkpunkte:

1. Die kategoriale Stabilität von Persönlichkeitsstörungen ist deutlich geringer als die dimensionale Stabilität.
2. Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter unterscheiden sich kaum von Störungen im Erwachsenenalter im Hinblick auf Klassifikation, Stabilität, Prävalenz oder Behandelbarkeit.
3. Parallel zu den therapeutischen Angeboten für Erwachsene mit Persönlichkeitsstörungen sind inzwischen eine Reihe von Therapieangeboten für Jugendliche entwickelt worden.
4. Der frühzeitige Einsatz von spezifischen Therapieverfahren soll dazu beitragen, dass die Störungen nicht chronifizieren.

Literatur:

1. Weltgesundheitsorganisation – WHO (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F). Bern: Huber 1993.
2. Spiel, W., Spiel, G.: Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag 1987.
3. Schmeck K.: Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2008; 57(8–9): 625–640.
4. Schmeck, K., Schlüter-Müller, S.: Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Springer Verlag; Heidelberg, Berlin, New York, Wien 2009.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington VA, American Psychiatric Association 2013.
6. Rutter M. Do personality disorders constitute a meaningful diagnostic grouping? Vortrag. XIII International Congress on the Disorders of Personality. 16.–19. Sept. 2013. Kopenhagen, Dänemark.
7. Schlüter-Müller, S., Jung, E., Burger, V., Pick, O., Schmeck, K.: Behandlungsmöglichkeiten bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie & Neurologie* 2014; 2.
8. Schmeck, K., DSM-5: Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen PTT* 2014.
9. Torgersen S, Kringle E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun; 58(6): 590–6.
10. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S.: Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006 May; 188: 423–31.
11. Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, N., Langenbach, M. & Ott, J. *Persönlichkeitsstörungen. (Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)*. Stuttgart: Schattauer 2002.
12. C. Schrobildgen, M. Birkhölzer, K. Schmeck, K. Goth: Diagnostik von Identitäts- und Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Neurologie & Psychiatrie* 2014; 2.
13. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfield D, Edell WS.: Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998 Jan; 155(1): 140–2.
14. Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brook JS.: Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Sep; 56(9): 805–11.
15. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF.: Prevalence of DSM-4 borderline personality disorder in two community samples: 6330 English 11-year-olds and 34 653 American adults. *J Pers Disord* 2011; 25(5): 607–19.
16. Schmeck, K., Schlüter-Müller, S.: Verlauf und Prognose der schweren Persönlichkeitsstörungen. *Schweizer Archiv für Neurologie & Psychiatrie* 2012; 163(5), S. 166–170.
17. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA et al.: The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Personality Disorders* 2005; 19(5): 487–504.
18. Chanan AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP.: Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Dis* 2004; 18: 526–41.
19. Chanan AM, Jovev M, Jackson HJ.: Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; Feb, 68(2): 297–306.