

**Bachelor-Thesis zum Thema:**

**Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter**

Besonderheiten der Diagnostik in der Übergangsphase zwischen  
Kindheit und Erwachsensein

**Erstprüferin:**

Prof. Dr. Susanne Hagen

**Zweitprüferin:**

Prof. Dr. Manuela Weidekamp-Maicher

**vorgelegt von:**

Simone Köbele

Matrikel-Nr. XXXXXXXXXX

**Düsseldorf, 05.08.2020**

# Inhalt

<b>Glossar</b> .....	<b>IV</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Persönlichkeit – Normen und Abweichungen</b> .....	<b>3</b>
2.1 Persönlichkeitsmerkmale – das Fünf-Faktoren-Modell.....	4
2.2 Persönlichkeitsentwicklung .....	5
2.2.1 Biologische Grundlagen .....	6
2.2.2 Entwicklungsaufgaben.....	7
2.2.3 Identitätsentwicklung.....	9
2.3 Adoleszenzkrise.....	10
2.4 Persönlichkeitsstörungen .....	11
<b>3 Jugend – eine multidisziplinäre Betrachtung</b> .....	<b>13</b>
3.1 Biologisch.....	14
3.2 Soziologisch.....	14
3.3 Psychologisch.....	16
3.4 Zwischenfazit .....	17
<b>4 Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen</b> .....	<b>17</b>
4.1 Kategoriale Diagnostik.....	18
4.1.1 ICD-10 .....	19
4.1.2 DSM-5 – Traditionelles Modell.....	20
4.2 Dimensionale Diagnostik .....	21
4.2.1 DSM-5 – Hybridmodell.....	22
4.2.2 ICD-11 .....	24
4.2.3 Kritische Einschätzung .....	25
4.3 Jugendspezifische Kriterien .....	27
4.4 Differenzialdiagnostik und Komorbidität.....	28
<b>5 Besonderheiten und Kontroversen um die Diagnostik im Jugendalter</b> .....	<b>29</b>
5.1 Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis.....	30
5.2 Entwicklungsspezifische Aspekte .....	33

5.2.1 Biologische Besonderheiten.....	34
5.2.2 Abgrenzung zur Adoleszenzkrise.....	36
5.2.3 Entwicklungsaufgaben.....	39
5.2.4 Emerging Adulthood.....	42
5.3 Stabilitätsanspruch – Remission vs. Genesung.....	44
5.4 Persönlichkeitsentwicklungsstörung.....	46
<b>6 Mögliche Konsequenzen.....</b>	<b>47</b>
6.1 Stigmatisierung.....	48
6.2 Frühintervention und Therapie.....	51
6.3 Bedarfsermittlung.....	54
<b>7 Zusammenfassung und Handlungsempfehlung.....</b>	<b>55</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>61</b>
<b>Anhang</b>	
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

## Glossar

Begriff	Erklärung
<b>American Psychiatric Organization (APA)</b>	US-amerikanische Vereinigung forschender, lehrender und praktizierender Psychiater*innen. Mit aktuell 38.800 Mitgliedern aus über 100 Ländern ist sie der weltweit größte und führende psychiatrische Verbund (American Psychiatric Association, o.J.).
<b>Amygdala</b>	Teilbereich des <b>limbischen Systems</b> , das insbesondere mit Angst- und Stresserleben in Verbindung gebracht wird (Biesinger, 2019, S. 40).
<b>Angststörung</b>	Überbegriff für verschiedene Formen psychischer Störungen, deren Hauptsymptom eine Angstreaktion ist, die nicht auf einer objektiv begründbaren Bedrohungslage basiert (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 255ff.)
<b>Anpassungsstörung</b>	Krankheitswertiger Zustand einer emotionalen Überforderung als Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Möglich sind Symptome einer <b>Depression</b> , <b>Angststörung</b> und / oder <b>Störung des Sozialverhaltens</b> , ohne dass jedoch die Kriterien für eines dieser Störungsbilder erfüllt werden. Es handelt sich stets um eine einmalige Episode, die spätestens drei Monate nach dem Ereignis beginnt und maximal sechs Monate anhält (Dilling & Freyberger, 2019, S. 175ff.).
<b>Antisoziale Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch die regelmäßige Missachtung und Verletzung sozialer Normen, Rücksichtslosigkeit sowie einen Mangel an Empathie und Gewissenhaftigkeit aus. Betroffene weisen in der Regel eine erhöhte Risikobereitschaft auf (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 903ff.).
<b>Asperger-Syndrom</b>	Unterform des <b>Autismus</b> , bei der die Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und einseitige Interessengebiete im Vordergrund stehen. Intelligenz und Sprache sind in der Regel durchschnittlich entwickelt (vgl. Dilling & Freyberger, 2019, S. 304f.). <i>Anmerkung: Die Unterteilung in verschiedene Formen von Autismus gilt mittlerweile als überholt und wird durch den</i>

	Überbegriff ‚Autismus-Spektrum-Störung‘ abgelöst (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 68).
<b>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</b>	Störung, die vor dem 13. Lebensjahr beginnt und durch Schwierigkeiten beim Fokussieren der Aufmerksamkeit, motorische Unruhe und impulsives Verhalten charakterisiert ist (vgl. ebd., S. 77ff.).
<b>Autismus(-Spektrum-Störung)</b>	Zusammenfassung für eine Gruppe von Entwicklungsstörungen, die sich unter anderem durch Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion äußern. Betroffene haben meist einseitige Interessengebiete und ein verringertes Interesse an zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwicklungsverzögerungen, insbesondere in Kognition und Sprache, treten vermehrt auf (vgl. ebd., S. 64ff.).
<b>Bipolare Störung</b>	Bipolare Störungen zeichnen sich – je nach Subtyp – durch einen Wechsel aus manischen bzw. hypomanischen und depressiven Episoden ab. Als <i>Manie</i> wird ein Zustand krankhaft gehobener Stimmung und gesteigerter Aktivität bezeichnet, der als Gegenstück zur <b>Depression</b> verstanden werden kann. Die <i>Hypomanie</i> ist eine abgeschwächte Form der Manie (vgl. ebd., S. 167ff.).
<b>Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch ein intensives und wechselhaftes affektives Erleben, impulsives Verhalten und instabile zwischenmenschliche Beziehungen aus. Selbstbild und Selbstwertgefühl sind stark beeinträchtigt. Häufig kommt es zu autoaggressivem Verhalten (vgl. ebd., S. 908ff.).
<b>Dependente Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch überangepasstes und unterwürfiges Verhalten aus, das auf der Angst basiert, verlassen zu werden und den Alltag nicht ohne Hilfe bewältigen zu können (vgl. ebd., S. 926ff.).
<b>Depression</b>	Depressive Symptomatik, die mindestens zwei Wochen anhält und zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag führt. Bei Kindern und Jugendlichen kann sie sich auch in Form von erhöhter Reizbarkeit äußern (vgl. ebd., S. 217ff.).
<b>Extraversion</b>	Persönlichkeitsmerkmal, das sich durch eine hohe Kontaktfreudigkeit und Zuwendung zu anderen Menschen auszeichnet. Das Gegenteil ist die <i>Introversion</i> , also die Tendenz, in sich gekehrt zu sein.

	<i>Anmerkung: In der Umgangssprache werden die Begriffe teilweise mit Selbstsicherheit und Schüchternheit in Verbindung gebracht, was jedoch unzutreffend ist.</i>
<b>Gegenübertragung</b>	Prozess, bei dem die Verhaltensweisen von Patient*innen eine komplementäre emotionale Reaktion bei den Therapeuten auslösen.
<b>Hippocampus</b>	Teil des <b>limbischen Systems</b> , der insbesondere mit Gedächtnisleistungen in Verbindung gebracht wird (Biesinger, 2019, S. 51).
<b>Histrionische Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch ein erhöhtes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und eine dramatisierende, manipulative Inszenierung der eigenen Emotionalität aus (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 914ff.).
<b>Ich-Syntonie</b>	Zustand, in dem problematische Anteile als integrierter Teil der eigenen Persönlichkeit wahrgenommen und nicht als problematisch erkannt werden. Dies erschwert die Krankheitseinsicht.
<b>Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen</b>	Kombination aus einer <b>Störung des Sozialverhaltens</b> und einem weiteren Störungsbild, das das emotionale Erleben betrifft, mit Beginn im Kindes- oder Jugendalter (vgl. Dilling & Freyberger, 2019, S. 321ff.).
<b>Limbisches System</b>	Als limbisches System wird eine bestimmte Gruppe neuronaler Strukturen zusammengefasst, die im Gehirn ein Netzwerk bilden. Es ist unter anderem an instinktivem Verhalten und affektivem Erleben beteiligt (Biesinger, 2019, S. 51). Teile des limbischen Systems sind unter anderem die <b>Amygdala</b> und der <b>Hippocampus</b> .
<b>Narzisstische Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch ein übermäßiges Bedürfnis aus, anderen Menschen zu imponieren, um das eigene Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Damit verbunden sind ein verringertes Einfühlungsvermögen und eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Stellenwertes für andere Personen. Typisch sind manipulative Verhaltensweisen (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 918ff.).
<b>Neuroplastizität</b>	Unter Neuroplastizität wird die physiologische Anpassungsfähigkeit von Nervenzellen an die jeweiligen Bedingungen

	verstanden. Sie stellt die biologische Voraussetzung für Lernfähigkeit dar (vgl. Schandry, 2011, S. 105ff.).
<b>Paranoide Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch übermäßiges und unbegründetes Misstrauen gegenüber anderen Personen aus. Betroffene tendieren dazu, die Handlungen ihrer Mitmenschen auf sich zu beziehen und negativ zu interpretieren. Hierauf reagieren sie häufig gekränkt und nachtragend (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 889ff.).
<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	Störung, die sich in Folge eines psychischen Ausnahmezustandes (z.B. Gewalterfahrung, Naturkatastrophe, Todesfall) entwickeln kann. Die Symptomatik ist vielfältig. Es kommt wiederholt zum unkontrollierten mentalen Wiedererleben des belastenden Ereignisses, Vermeidungsverhalten und verschiedenen Veränderungen im Verhalten und Erleben (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 369f.).
<b>Prävalenz</b>	Statistische Größe, die besagt, wie viele Personen einer festgelegten Population zu einem festgelegten Zeitraum oder Zeitpunkt von der jeweiligen Störung betroffen sind. In der Regel ist die sogenannte <i>Punkt-Prävalenz</i> gemeint, die sich auf den Zeitpunkt der Messung bzw. Schätzung bezieht.
<b>Psychodynamisch</b>	Sammelbegriff für verschiedene psychologische Ansätze und Therapieverfahren, die sich vorwiegend auf unbewusste Mechanismen und biographische (v.a. frühkindliche) Erfahrungen beziehen. Darunter fallen die <i>Psychoanalyse</i> und die <i>Tiefenpsychologie</i> .
<b>Psychoedukation</b>	Umfassende Aufklärung über ein spezifisches Störungsbild, inkl. Ursachen und Behandlung. Oft im therapeutischen Rahmen mit dem Ziel, die Kompetenz im Umgang mit der Störung zu verbessern.
<b>Psychopathologie</b>	Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Symptomatik psychischer Störungen auseinandersetzt.
<b>Psychotische Störung</b>	Überbegriff für eine Gruppe von Störungen, deren Leitsymptomatik mit dem Verlust des Bezuges zur Realität zusammenhängt (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 117ff.).
<b>Remission</b>	Nachlassen der Symptomatik einer Erkrankung oder Störung bis hin zur Nichterfüllung der Kriterien. Bei einer

	<i>Vollremission</i> liegt eine vollständige Symptombefreiheit vor, wobei die Erkrankung oder Störung nicht als geheilt gilt.
<b>Rezidiv</b>	Erneutes Auftreten einer Störung nach einer Phase der Remission oder Genesung.
<b>Schizoide Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch ein großes Bedürfnis nach sozialem Rückzug aus, welches auf mangelndem Interesse an zwischenmenschlichem Kontakt beruht. Das emotionale Erleben ist wenig intensiv (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 894ff.).
<b>Schizophrene Psychose / Schizophrenie</b>	Untergruppe der <b>psychotischen Störung</b> (vgl. ebd., S. 133ff.).
<b>Schizotype Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen und realitätsferne Überzeugungen (z.B. Glaube an Übernatürliches) aus. Betroffene neigen zu exzentrischen Verhaltensweisen (vgl. ebd., S. 898ff.).
<b>Spaltung</b>	Psychologischer Abwehrmechanismus, bei dem Gedanken und Gefühle, die als widersprüchlich erlebt werden, mental voneinander getrennt werden. Die Gedanken und Gefühle werden dann nicht mehr gleichzeitig, sondern abwechselnd wahrgenommen, wodurch der gefühlte Widerspruch aufgelöst wird. Eine Person wird beispielsweise abwechselnd als ‚gut‘ und ‚schlecht‘ betrachtet, ohne dass ihr beide Eigenschaften zeitgleich zugeschrieben werden. Das Selbst- bzw. Fremdbild ist dementsprechend instabil.
<b>Störung des Sozialverhaltens</b>	Gruppe von Störungen mit Beginn im Kindes- oder Jugendalter, die durch ein mindestens sechs Monate andauerndes Muster von antisozialen Verhaltensweisen gekennzeichnet ist (vgl. Dilling & Freyberger, 2019, S. 314ff.).
<b>Symptomverschiebung</b>	Phänomen, bei dem ein Symptom nachlässt, an dessen Stelle jedoch ein anderes Symptom auftritt. Beispielsweise unterdrückt eine Person ihre Aggression, wird jedoch infolgedessen depressiv, weil die Ursache der Aggression nicht behoben wurde.
<b>Subklinisch</b>	Ein Störungsverlauf ist subklinisch, wenn die Symptomatik nur unterschwellig vorliegt oder die Kriterien nicht im erforderlichen Maß erfüllt sind.



<b>Substanzkonsum-Störung</b>	Gebrauch von psychotropen Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen) trotz damit einhergehender körperlicher und / oder psychischer Belastungen (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 662f.).
<b>Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch situationsübergreifende Gefühle von Verunsicherung und Anspannung aus. Betroffene nehmen sich selbst als minderwertig und inkompetent wahr und haben Sorge, aufgrund dessen auf Ablehnung oder Kritik zu stoßen. Sie neigen zu zurückhaltendem, übervorsichtigem Verhalten und vermeiden potenziell bedrohliche Situationen (vgl. ebd., S. 922ff.).
<b>World Health Organization (WHO)</b>	Mit derzeit 194 Mitgliedsstaaten die weltweit führende Vereinigung der Gesundheitsfürsorge. Der Hauptsitz befindet sich in der Schweiz, hinzu kommen über 150 internationale Büros. In der Vereinigung sind mehr als 7.000 Mitarbeitende tätig (Craggs, o.J.).
<b>Z-Diagnose</b>	Umgangssprachliche Bezeichnung für Diagnosen, die in Kapitel XXI der ICD-10 aufgeführt sind. Dabei handelt es sich um „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Dilling & Freyberger, 2019, S. 395). Diese stellen keine eigenständigen Erkrankungen bzw. Störungen dar.
<b>Zwanghafte Persönlichkeitsstörung</b>	Dieses Störungsbild zeichnet sich durch ein übertriebenes Bedürfnis nach Kontrolle und Ordnung aus, das sich in Rigidität, Pedanterie und Perfektionsstreben äußert. Ziel dieses Verhaltens ist die Kompensation von Ängsten und Zweifeln (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 926ff.).
<b>Zwangsstörung</b>	Störung, bei der die Betroffenen den unkontrollierbaren Drang verspüren, bestimmte Gedanken und / oder Handlungen wiederholt auszuführen, wodurch sie im Alltag und / oder Wohlbefinden beeinträchtigt sind (ebd., S. 322ff.).

# 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der leitenden Fragestellung, unter welchen Umständen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (PS) bereits im Jugendalter adäquat und sinnvoll ist. Diese Frage wird sowohl unter Forschenden als auch Praktizierenden seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. Dabei wird der Diskurs im Wesentlichen auf zwei Ebenen geführt: Erstens geht es um die Frage, ob das Konzept der Persönlichkeitsstörung, welches auf Erwachsene zugeschnitten ist, valide auf Jugendliche übertragen werden kann und ob das Erscheinungsbild eindeutig von anderen alterstypischen Phänomenen unterscheidbar ist. Hier wird also die wissenschaftliche und fachliche Korrektheit der Diagnostik hinterfragt. Zweitens wird die ethische Vertretbarkeit aufgrund potenziell negativer Folgen diskutiert. Dabei geht es um die Abwägung zwischen den Konsequenzen, die die Diagnosevergabe mit sich bringt, gegenüber denen, die sich aus der Unterlassung der Vergabe ergeben können.

Kinder- und Jugendpsychiater\*innen stellen die PS-Diagnose „nur spärlich“ (Steinhausen, 2019, S. 364). Schmid, Schmeck und Petermann (2008, S. 190) halten verallgemeinernd fest: „Niemand der mit Kindern arbeitet [sic!] diagnostiziert gerne eine chronische psychische Störung“. Diese Aussage ist einerseits sicherlich auch heute noch aktuell und andererseits auf Minderjährige im Allgemeinen erweiterbar; und zwar nicht nur deshalb, weil diese sich offenkundig noch in einem Entwicklungsprozess befinden, sondern auch, weil ihnen aus juristischer Perspektive nach § 107 BGB die Fähigkeit zur „Willenserklärung, durch die [sie] nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlang[en]“, abgesprochen wird. Dies lässt das Stellen einer solchen Diagnose als besonders fremdbestimmende Maßnahme erscheinen, insbesondere unter der Berücksichtigung eventueller Konsequenzen, die sich aus der Diagnose für die Betroffenen ergeben, wie beispielsweise einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Das Zitat von Schmid, Schmeck & Petermann wirft allerdings zugleich die Frage auf, inwiefern die Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen als *chronisch* im Sinne eines „lebenslangen Schicksals“ (Sevecke & Fuchs, 2017, S. 26) anhand der aktuellen Forschung haltbar ist und ob einer Chronifizierung nicht durch frühzeitiges Intervenieren entgegengewirkt werden kann. Zudem stellt sich die Frage, ob der moralische Unwille, die Diagnose an Minderjährige zu vergeben, als Begründung ausreicht, es nicht zu tun. Erschwerend kommt hinzu, dass im Fachdiskurs selten explizit auf Minderjährige Bezug genommen wird, sondern meist unspezifischer von *Jugendlichen* gesprochen wird. Dabei wird in der Regel entweder für oder gegen die Diagnosevergabe argumentiert, ohne klar zu definieren, welche Altersgruppe oder welchen Personenkreis der Begriff der Jugend einschließt. Um eine konkrete Handlungsempfehlung ableiten zu können, bedarf es jedoch einer begrifflichen Eingrenzung. Aus diesem Grund ist eine Analyse dieses Begriffs Teil des Forschungsgegenstandes der vorliegenden Arbeit.

Die Basis der Arbeit bilden die beiden in Deutschland anerkannten Klassifikationssysteme für psychische Störungen. Dies ist einerseits die *Internationale Klassifikation der Krankheiten* (ICD), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), und andererseits das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM) der American Psychiatric Association (APA). Zum Verständnis der Aktualität des Forschungsgegenstandes ist zu beachten, dass beide Manuale sich in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen derzeit in einem grundlegenden Überarbeitungsprozess befinden und sich ein Paradigmenwechsel abzeichnet, der in dieser Arbeit ebenfalls thematisiert wird.

In der Praxis ist der Forschungsgegenstand besonders für Sozialarbeiter\*innen und andere Fachkräfte relevant, die als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen tätig und somit für die Diagnostik verantwortlich sind. Zudem sind Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen und verwandten Problematiken überproportional häufig in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe vertreten, oftmals unmittelbar nach einem Psychatrieaufenthalt und nachdem sie bereits viele andere Maßnahmen durchlaufen haben (Breithaupt-Peters & Dufner, 2012, S. 372f.). Folglich ist es auch für die dortigen Mitarbeitenden von Belang, sich mit Persönlichkeitsstörungen in dieser Altersstufe auseinanderzusetzen und über die Besonderheiten im Bilde zu sein, die die diagnostische Praxis mit sich bringt. Grundsätzlich ist die Thematik aber für alle Berufsgruppen von Interesse, die mit Jugendlichen arbeiten, da entsprechende Kenntnisse sowohl hilfreich für einen reflektierten Umgang als auch für die Initiierung geeigneter Hilfemaßnahmen sein können. Im sozialarbeiterischen Sektor gehören hierzu unter anderem die Bereiche Schulsozialarbeit, Jugendamt, offene Kinder- und Jugendarbeit oder Tätigkeitsfelder in der psychosozialen Beratung. Die Relevanz wird hier vor allem unter dem Gesichtspunkt deutlich, dass seitens Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen nicht zwangsläufig eine PS-Diagnose gestellt wird, obwohl die Charakteristika vorliegen. In solchen Fällen ist es hilfreich, einschätzen zu können, welche möglichen Gründe es hierfür gibt.

Um zu verstehen, was eine Persönlichkeitsstörung ist und weshalb deren Diagnostik speziell im Jugendalter kontrovers betrachtet wird, wird in Kapitel 2 zunächst Bezug auf den Themenkomplex *Persönlichkeit* insgesamt genommen. Hier wird Persönlichkeit definiert und erklärt, aus welchen Merkmalen sie sich zusammensetzt. Zudem wird auf die Persönlichkeitsentwicklung eingegangen und aufgezeigt, wie sich krisenhafte Verläufe äußern können. Unterschieden wird dabei zwischen Adoleszenzkrise und Persönlichkeitsstörungen.

Kapitel 3 beinhaltet eine *Jugendbegriffs* Analyse aus der Perspektive verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen, die mit einem Zwischenfazit abgeschlossen wird.

Anschließend wird in Kapitel 4 der *diagnostische Prozess* von Persönlichkeitsstörungen in Anbetracht des oben genannten Paradigmenwechsels erläutert. Dabei werden zunächst die Kriterien der bisherigen Modelle und des zukünftigen Modells vergleichend dargestellt und

anschließend kritisch eingeschätzt. Zudem wird eine Übersicht über mögliche jugendspezifische Kriterien gegeben. Auf die umfangreichen Themenkomplexe der Differenzialdiagnostik und Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wird nur oberflächlich eingegangen, da in dieser Arbeit vordergründig die Abgrenzung zu alterstypischen Phänomenen untersucht wird.

In Kapitel 5 werden schließlich die *Besonderheiten und Kontroversen* in Hinblick auf die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter erörtert. Dies erfolgt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den vorherigen Kapiteln und verschiedener Studien. Auf einen genaueren Ausblick auf die Inhalte wird an dieser Stelle verzichtet, da diese sich erst im Kontext erschließen.

Kapitel 6 umfasst die *möglichen Konsequenzen* der Diagnosevergabe einerseits sowie des Verzichts auf die Vergabe andererseits, die bei dem Diskurs zu berücksichtigen sind. Neben der Stigmatisierung, die mit der Diagnose verbunden ist, geht es dabei um die Möglichkeiten der Frühintervention und Therapie. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht wird auf die Bedarfsermittlung für weitere Forschung und Praxis Bezug genommen.

In Kapitel 7 folgen eine abschließende *Zusammenfassung und Handlungsempfehlung*.

Auf diagnostische Instrumente wird in dieser Arbeit nur nebensächlich eingegangen. Um diesem umfangreichen Themenkomplex gerecht werden zu können, wäre eine intensive Auseinandersetzung notwendig, die der Rahmen dieser Arbeit nicht hergibt. Anhang 9 gibt allerdings einen Überblick über die wichtigsten Instrumente. Neben denjenigen, die im Fließtext erwähnt werden, enthält die Darstellung ausschließlich Instrumente, die für das Jugendalter validiert sind und sich auf Persönlichkeitsstörungen und damit verwandte Psychopathologien beziehen.

Die Inhalte dieser Arbeit beziehen sich – sofern nicht anders vermerkt – auf die Situation in Deutschland. Dabei werden die Bezeichnungen von Störungen jeweils so übernommen, wie sie in der zitierten Literatur verwendet worden sind, um den Originalinhalt nicht zu verfälschen. In Abhängigkeit davon, auf welches Diagnosemanual sich die zitierten Autor\*innen beziehen, kommt es daher stellenweise zu einer uneinheitlichen Verwendung dieser Begriffe. Dies spiegelt sich auch im Glossar wider.

## 2 Persönlichkeit – Normen und Abweichungen

Nimmt man den Begriff *Persönlichkeitsstörung* wörtlich, ist zunächst zu klären, wie *Persönlichkeit* definiert wird, welche Normen, Varianten und Abweichungen diesbezüglich existieren und welche Bedingungen dementsprechend vorliegen müssen, um von einer *Störung* der

Persönlichkeit sprechen zu können. Steinhausen (2019, S. 363) merkt an, dass „klare Konzepte einer normalen Persönlichkeit“ fehlen, anhand derer eine Störung abgeleitet werden könnte. Folglich erscheint es sinnvoll, sich mit beiden Begrifflichkeiten inhaltlich auseinanderzusetzen.

Asendorpf (2019, S. 2) definiert Persönlichkeit als die Gesamtheit der „individuellen Besonderheiten in der körperlichen Erscheinung und in Regelmäßigkeiten des Verhaltens und Erlebens“. Rauthmann (2016, S. 3) spricht ergänzend von „relativ stabilen (...) Mustern“, die die jeweilige Person von anderen unterscheidbar machen. Fiedler und Herpertz (2016, S. 34) erweitern den Persönlichkeitsbegriff noch um den Interaktionsaspekt und die Zweckmäßigkeit der Verhaltensweisen, mit denen ein Mensch den „gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht“. Somit lässt sich Persönlichkeit zusammenfassen als eine stabile Konstellation individueller Muster des Erlebens und Verhaltens, die einerseits individuelle Abgrenzung und andererseits soziale Integration ermöglicht. Persönlichkeit und Identität sind eng miteinander verwoben und weisen Überschneidungen auf. Mit dem Themenkomplex der Identität befassen sich Kapitel 2.2.2 und 2.2.3.

## 2.1 Persönlichkeitsmerkmale – das Fünf-Faktoren-Modell

Um die Persönlichkeit eines Menschen zu beschreiben und messbar machen zu können, lassen sich verschiedene Merkmale heranziehen. In der Persönlichkeitspsychologie ist in einem langjährigen Prozess das heute etablierte *Fünf-Faktoren-Modell*, auch *Big Five* genannt, entwickelt worden (vgl. Neyer & Asendorpf, 2018, S. 104ff.). Hierfür wurden aus einem umfangreichen Katalog verschiedener Persönlichkeitseigenschaften „fünf Hauptfaktoren der Persönlichkeit“ (ebd., S. 108) herausgearbeitet, anhand derer sich die grundlegende Persönlichkeitsstruktur eines Menschen dimensional beschreiben lässt. Dabei handelt es sich um *Extraversion*, *Verträglichkeit*, *Gewissenhaftigkeit*, *Neurotizismus* und *Offenheit für Erfahrungen*. Verträglichkeit bezieht sich dabei auf den zwischenmenschlichen Bereich. Unter Neurotizismus wird eine Tendenz zu verschiedenen Eigenschaften zusammengefasst, die im Zusammenhang mit psychischen Störungen vermehrt auftreten. Dazu gehören beispielsweise Ängstlichkeit, Verletzlichkeit oder Impulsivität (Cramer & Binder, 2015, S. 103). Alle fünf Persönlichkeitsmerkmale verfügen jeweils über einen entsprechenden Gegenpol, sodass sich auf diesen fünf Kontinuen eine Vielzahl an möglichen Kombinationen ergibt.

Das Fünf-Faktoren-Modell lässt sich auch auf Kinder und Jugendliche anwenden. Kupper, Krampen, Rammstedt und Rohmann (2019, S. 86f.) haben hierzu eine Studie unter Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 16 Jahren durchgeführt, in der sich das Konzept als valide und reliabel erwiesen hat. Sevecke und Fuchs (2017, S. 26) ergänzen, dass eine Messung

dieser Eigenschaften „ab dem dritten Lebensjahr“ nachweislich gelungen sei. Einer neuseeländischen Längsschnittstudie zufolge sind sie ab diesem Zeitpunkt bereits stabil genug, um „überzufällige Prognosen vom Alter von 3 Jahren bis ins Erwachsenenalter“ zu ermöglichen (Neyer & Asendorpf, 2018, S. 293). Sevecke und Fuchs (2017, S. 26) sprechen dabei von einer „moderaten Stabilität“.

Für das Verständnis dieser Arbeit ist es wichtig, den Unterschied zwischen diesen Persönlichkeitsmerkmalen – auch *Traits* genannt – und sogenannten *States* zu verstehen. Unter *States* werden akute Zustände verstanden, die sporadisch oder regelmäßig auftreten können, aber in der Regel zwischenzeitlich vorübergehen, also eher durch ein periodisches Auftreten gekennzeichnet sind. Oftmals sind sie an situative Faktoren gebunden (Schmeck & Schlüter-Müller, 2009, S. 11). In Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen sind *States* meist akute Symptome, wie beispielsweise selbstverletzendes Verhalten (Sevecke & Krischer, 2011, S. 158). *Traits* hingegen sind dauerhafte, tief verwurzelte Eigenschaften, „die eher genetisch-biologisch verankert sowie relativ unspezifisch sind“ (ebd.). Diese können sich zwar ebenfalls verändern, jedoch in einem langsameren und gleichmäßigeren Prozess als dies bei *States* der Fall ist.

## 2.2 Persönlichkeitsentwicklung

Eine häufige Begründung, die gegen die Vergabe einer PS-Diagnose im Jugendalter aufgeführt wird, ist die Annahme, dass die Persönlichkeit Jugendlicher noch nicht vollständig entwickelt sei und somit auch keine Störung der Persönlichkeit vorliegen könne (Sevecke & Fuchs, 2017, S. 26). In der aktuellen Forschung ist allerdings mittlerweile unumstritten, dass es sich bei der Persönlichkeitsentwicklung um einen lebenslangen Prozess handelt (vgl. Berk, 2019, S. 616; Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 25; Hurrelmann, 2012, S. 73), sodass dieses Argument obsolet ist. Zugleich besteht Einigkeit darüber, dass Jugendliche, genau wie Kinder, bereits über eine eigene Persönlichkeit verfügen (vgl. Greve & Thomsen, 2019, S. 12; Herpertz-Dahlmann & Herpertz, 2010, S. 1298).

Weil „die Komplexität menschlicher Entwicklung nur durch eine interdisziplinäre Sichtweise erfasst werden kann“ (Petermann & Resch, 2013, S. 57f.), wird die Persönlichkeitsentwicklung in diesem Abschnitt aus der Sicht verschiedener Disziplinen geschildert. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich allerdings auf diejenigen Prozesse, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Zunächst werden in Kapitel 2.2.1 die *biologischen Grundlagen* und die daraus typischerweise resultierende Verhaltensweisen beschrieben, die mit der Pubertät einhergehen und bei der Diagnostik zu berücksichtigen sind. Im Anschluss wird in Kapitel 2.2.2 das Konzept der *Entwicklungsaufgaben* vorgestellt, die im Jugendalter zu bewältigen sind und einen wichtigen Bezugspunkt darstellen, um zwischen Jugend- und

Erwachsenenalter differenzieren zu können. Auch sie sind in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu berücksichtigen, da es hier inhaltliche Überschneidungen gibt, wie Kapitel 5.2.3 zeigen wird. Die *Identitätsentwicklung* als zentrale Entwicklungsaufgabe des Jugendalters wird gesondert in Kapitel 2.2.3 aufgeführt, da sie eine wichtige Rolle sowohl in der Persönlichkeitsentwicklung als auch in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen spielt.

### 2.2.1 Biologische Grundlagen

Aus biologischer Sicht wird die Jugend insbesondere mit der Pubertät in Verbindung gebracht. Diese beginnt im Durchschnitt mit etwa elf bis 13 Jahren (Resch & Lehmkuhl, 2015, S. 19). Neben den typischen körperlich sichtbaren Veränderungen, mit denen die Jugendlichen sich auseinandersetzen müssen, sind für die Forschungsfrage vor allem die weniger offensichtlichen neurobiologischen Veränderungen von Bedeutung. Streeck-Fischer (2016, S. 315) spricht von einer „substanziellen Reorganisation des Gehirns“. Diese geht laut Fegert, Hauth, Banaschewski und Freyberger (2017, S. 36) sowohl mit einer Rückbildung bestehender, „überflüssiger synaptischer Verbindungen aus der früheren kindlichen Entwicklung“, als auch mit dem Aufbau spezifischer neuer Strukturen einher. In Bezug auf die kognitive Entwicklung ist hier vor allem die Reifung des *präfrontalen Kortex* zu nennen. Dieser trägt unter anderem zur Handlungsplanung und Emotionsregulation bei (vgl. Berk, 2019, S. 556f.). Resch und Lehmkuhl (2015, S. 17) weisen allerdings darauf hin, dass sich der Reifungsprozess des präfrontalen Kortex später vollzieht als der des *limbischen Systems*. Da sich im limbischen System die emotionale Bewertung von Erfahrungen vollzieht, entsteht durch die unterschiedlich schnelle Reifung eine temporäre Dysbalance zwischen Affekterleben und Affektsteuerung. Dies hat unter anderem eine erschwerte Impulskontrolle und eine erhöhte Anfälligkeit für Stress zur Folge (vgl. Berk, 2019, S. 556f.). Berk vermutet dahingehend außerdem einen Zusammenhang mit einer erhöhten Risikobereitschaft. Eine weitere Folge der Hirnreifung ist eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten. Dies bringt wiederum ein vermehrtes und abstrakteres Nachdenken über sich selbst mit, auch mit Blick auf die eigene Außenwirkung (ebd., S. 585f.). Dieser Perspektivwechsel, dem im Wesentlichen eine empathische Kompetenz zugrunde liegt, führt paradoxerweise zu einem verstärkten Egozentrismus und einer „übertriebene[n] Vorstellung der eigenen Wichtigkeit“ sowie Empfindlichkeit gegenüber Kritik an der eigenen Person (ebd.). Auf hormoneller Ebene beschreibt Berk (S. 560) eine moderate Korrelation mit „ausgeprägter Launenhaftigkeit“, woraus ein erhöhtes Konfliktpotenzial resultiert.

Berk verortet alle hier genannten Phänomene insbesondere in der frühen Adoleszenz (S. 654f.), was einem ungefähren Alter von elf bis 14 Jahren entspricht (ebd., S. 549). Die einzige Ausnahme bildet die Entwicklung des präfrontalen Kortex. Diese beginnt zwar im selben Zeitfenster, dauert aber in etwa bis zum 23. oder 24. Lebensjahr an (Schmeck, 2014, S. 7).

Folglich ist anzunehmen, dass das launisch-impulsive und konfliktbehaftete Verhalten sich früh normalisiert, während die kognitiv bedingten Herausforderungen und daraus resultierenden Selbstzweifel länger anhalten.

Resch und Lehmkuhl (2015, S. 20) weisen darauf hin, dass die Hirnreifungsprozesse durch äußere Erfahrungen beeinflusst werden können. Diese Aussage verdeutlichen sie allerdings nur anhand von Negativbeispielen wie traumatischen Erfahrungen oder Substanzmissbrauch. Ergänzend ist festzuhalten, dass sich durch das Prinzip der Neuroplastizität günstige Bedingungen im Gegenzug positiv auf die zerebrale Entwicklung auswirken.

### 2.2.2 Entwicklungsaufgaben

Auf psychosozialer Ebene ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung die Bewältigung verschiedener *Entwicklungsaufgaben*. Damit ist eine bestimmte Abfolge normativer Anforderungen gemeint, die im Laufe der Entwicklung sowohl durch innerpsychische als auch gesellschaftliche Faktoren entstehen und einer aktiven Bearbeitung bedürfen. Das Ziel dieser Aufgaben ist aus psychologischer Sicht die Reifung der Persönlichkeit, aus soziologischer Sicht die Rollenübernahme und Integration in die Gesellschaft, wobei diese Prozesse in Wechselbeziehung zueinander stehen (Niekrenz & Witte, 2018, S. 391). Beide Ziele sind in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen relevant, wie die nachfolgenden Kapitel zeigen werden.

Der Begriff der Entwicklungsaufgaben geht auf Robert J. Havighurst zurück, der ihn erstmals im Jahr 1948 prägte. Im Laufe der Zeit wurde er aber von verschiedenen Autor\*innen aufgegriffen und überarbeitet, mitunter von Havighurst selbst. Havighurst schreibt dem Jugendalter acht zentrale Entwicklungsaufgaben zu. Diese umfassen:

- (1) den Aufbau von Freundschaften zu Gleichaltrigen beider Geschlechts,
- (2) die Übernahme einer Geschlechtsrolle,
- (3) die Akzeptanz und Nutzung des eigenen Körpers,
- (4) die emotionale Loslösung von den Eltern,
- (5) die Vorbereitung auf Heirat und Familiengründung,
- (6) die berufliche Qualifizierung,
- (7) die Entwicklung eines Wertesystems und
- (8) die Aneignung sozialer Verantwortung (vgl. Fimpler & Hannen, 2016, S. 30ff.).



Havighurst (1972, zit. nach Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 30) beschreibt des Weiteren bestimmte „sensitive Perioden“ im Laufe der Entwicklung. Diese betrachtet er als optimal für die Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgabe. Ihm zufolge ist die Bearbeitung einer Entwicklungsaufgabe vor oder nach der jeweils dafür vorgesehenen Periode weniger effektiv und effizient (vgl. ebd., S. 30f.). In den letzten Jahren hat sich das starre aufeinander Aufbauen seiner Entwicklungsaufgaben jedoch dahingehend verändert, dass die Reihenfolge sich zunehmend individualisiert und einzelne Aufgaben, wie beispielsweise die Familiengründung, häufiger unbearbeitet bleiben (vgl. Harring & Schenk, 2018, S. 122).

Obwohl sämtliche Variationen dieses Konzeptes schlussendlich auf Havighurst zurückgeführt werden, unterscheiden sie sich inhaltlich zum Teil erheblich. Dies lässt sich einerseits durch die stetige Anpassung an die gesellschaftlichen Veränderungen erklären, andererseits durch den unterschiedlichen Fokus je nach wissenschaftlicher Disziplin. Dabei fällt auf, dass soziologische Ansätze meist Aufgaben benennen, die der gesellschaftlichen Integration und Rollenübernahme dienen und hierfür relativ konkrete Vorgaben beinhalten. Psychologisch ausgerichtete Ansätze hingegen entfernen sich inhaltlich mehr von den Ausführungen Havighursts und benennen abstraktere Aufgaben, die sich vornehmlich auf innerpsychische Prozesse beziehen und mehr gestalterische Freiheit bieten. Resch und Lehmkuhl (2015) haben die psychologisch orientierten Entwicklungsaufgaben übersichtlich zusammengefasst. Sie benennen die folgenden zehn Entwicklungsaufgaben für die Adoleszenz:

- (1) Identität,
- (2) Selbstwert,
- (3) Affektregulation,
- (4) Autonomie und Ablösung,
- (5) Autarkie
- (6) Intimität,
- (7) soziale Kompetenz,
- (8) Integration von Bindung und Selbstentfaltung,
- (9) Entwicklung einer Zukunftsperspektive und
- (10) Entwicklung von Verantwortlichkeit (vgl. ebd., S. 20ff.).

Gemeinsam haben alle Variationen des Konzeptes der Entwicklungsaufgaben, dass sie – direkt oder indirekt – die *Identitätsbildung* als eine zentrale Aufgabe der Jugend betrachten. King (2012, S. 35) definiert *Identität* als die „Kontinuität des Selbsterlebens einer Person“, Resch und Sevecke (2018, S. 614) als „die Übereinstimmung des Subjektes mit sich selbst“. Beide Definitionen implizieren, dass es sich hierbei um das Resultat einer aktiven und bewussten Auseinandersetzung der Person mit ihren Eigenschaften handelt. Identität beschreibt also – im Gegensatz zur Persönlichkeit – die subjektive Art, sich selbst zu definieren. Daher kann sie

als Metaebene der Persönlichkeit verstanden werden. Während die Persönlichkeit situationsübergreifend gleich bleibt, kann eine Person über mehrere Identitäten verfügen und in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen Kontext zwischen diesen wechseln, also verschiedene soziale Rollen einnehmen (Resch & Sevecke, 2018, S. 616). Können die verschiedenen Identitäten widerspruchsfrei nebeneinander existieren und ergeben sie ein stimmiges Gesamtbild, spricht man von einer *integrierten Identität* (vgl. Foelsch et al., 2010, S. 420). Das Gegenteil, also ein inkonsistentes Selbstbild, wird als *Identitätsdiffusion* bezeichnet (ebd.). Die Identitätsdiffusion ist ein Leitsymptom aller Persönlichkeitsstörungen (Dammann, 2018, S. 371).

Bleibt die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben aus, spricht Streeck-Fischer (2016, S. 337) von einem pathologischen Verlauf. In dem Fall ist eine gesunde Identitätsentwicklung nicht möglich, da hierfür laut Hurrelmann (2012, S. 73) die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zwingend erforderlich ist. Eine integrierte Identität ist wiederum Voraussetzung für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Identität und Persönlichkeit stehen also in Wechselwirkung zueinander.

### 2.2.3 Identitätsentwicklung

Obwohl die Persönlichkeitsentwicklung, wie in Kapitel 2.2 geschildert, ein Leben lang fort dauert, wird die *Identitätsbildung* als Entwicklungsaufgabe speziell dem Jugendalter zugeschrieben. Dies lässt sich dadurch erklären, dass auf Basis der in Kapitel 2.2.1 beschriebenen biologischen Grundlagen erst auf dieser Entwicklungsstufe die kognitive Fähigkeit gegeben ist, sich auf einer Metaebene mit der eigenen Persönlichkeit auseinanderzusetzen. Somit ist auch erst ab diesem Zeitpunkt ein semantisches Verständnis von Identität möglich. Die in dieser Lebensphase gebildete Identität lässt sich als eine Art ‚Basis-Identität‘ betrachten, die im weiteren Lebensverlauf immer wieder hinterfragt, weiterentwickelt und neu definiert wird.

Der Psychoanalytiker Erik H. Erikson hat ein *Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung* über die gesamte Lebensspanne entworfen, das aus insgesamt acht Stufen besteht. Für das Jugendalter, das er in der ungefähren Altersspanne vom 13. bis 18. Lebensjahr ansiedelt, sieht er dabei die fünfte Stufe vor, die er „Identität gegen Identitätsdiffusion“ nennt (Erikson, 2015, S. 106). Im Anschluss folgt Stufe 6: „Intimität vs. Isolation“ (Erikson, 2018, S. 72), etwa ab dem 19. bis zum 25. Lebensjahr.

Die Identitätsbildung ist ein wechselseitiger Prozess von *Identifikation* – also der Akzeptanz einer sozialen Rolle mit einem Gefühl von Zugehörigkeit – und *Abgrenzung*, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen (vgl. Resch & Sevecke, 2018, S. 615). Die Aufgabe der Jugendlichen besteht darin, dieses Spannungsverhältnis aufzulösen. Erikson bezeichnet das Spannungsverhältnis als *Identitätskrise*, die er als normalen, für die Identitätsbildung

notwendigen Prozess betrachtet (Berk, 2019 S. 611). Manche Autor\*innen, die sein Modell aufgegriffen haben, lehnen den Begriff der *Krise* in diesem Kontext ab, da der Prozess nicht zwangsläufig krisenhaft verlaufen und erlebt werden muss (Berk, 2019, S. 612). Möglich ist allerdings umgekehrt auch, dass hieraus eine derart intensive Krise entsteht, dass eine therapeutische Behandlung indiziert ist (vgl. Foelsch et al., 2010, S. 427). Den Zeitraum sowie den Zustand, in dem die Identitätsentwicklung hauptsächlich stattfindet, bezeichnet Erikson (2018, S. 98) als *Moratorium*. In dieser Phase experimentieren die Jugendlichen mit verschiedenen Rollen und Identitäten. Resch und Sevecke (2018, S. 619) verzeichnen aktuell einen Anstieg an Jugendlichen, die sich im Zustand des Moratoriums oder der Identitätsdiffusion befinden. Eine Metaanalyse von Jane Kroger aus dem Jahr 2010 (zit. nach Seiffge-Krenke, 2012, S. 22) hat ergeben, dass 14% der 17-Jährigen, 34% der 22-Jährigen und nur 46% der 36-Jährigen den Zustand einer integrierten Identität erreicht haben. Hieran ist erkennbar, dass die Identitätsentwicklung weit über das Jugendalter hinausgeht.

In den 1980er Jahren galten Partnerschaft und Beruf für Erikson noch als Voraussetzung zur „abgeschlossenen Identitätsbildung“ (Haring & Schenk, 2018, S. 121) und zum Status des Erwachsenseins. Diese Vorstellung ist mittlerweile überholt.

### 2.3 Adoleszenzkrise

Der Begriff *Identitätskrise* – im Zusammenhang mit der jugendlichen Entwicklung auch *adoleszente Identitätskrise* oder *Adoleszenzkrise* genannt – wird in der Literatur unterschiedliche interpretiert. Wie im vorherigen Unterkapitel beschrieben, betrachtet Erikson die Identitätskrise als vorübergehenden Spannungszustand, der durch eine anstehende Entwicklungsaufgabe hervorgerufen wird. Ihm zufolge handelt es sich dabei um einen normalen Entwicklungsprozess, dessen Bewältigung zur Identitätsfindung beiträgt. Im Gegensatz dazu definieren Sevecke und Krischer (2016, S. 24) Adoleszenzkrise als „fehlgeschlagene Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben“ und somit als von der Norm *abweichend*. Dies entspräche nach Foelsch et al. (2010, S. 427) eher dem Zustand der Identitätsdiffusion. Erikson (2018, S. 95) wiederum bewertet auch die Identitätsdiffusion als „normative und notwendige Erfahrung“, also als nicht pathologisch, obwohl er einräumt, dass sie eine „Kernstörung“ verursachen könne. Umgekehrt betrachten Sevecke und Krischer (2011, S. 156) Adoleszenzkrise als *Folge* frühkindlicher Entwicklungsstörungen. Laut Fuhrer (2013, S. 123) wiederum können Adoleszenzkrise entweder normal oder pathologisch verlaufen, wobei er den Übergang als fließend betrachtet. Es besteht also große Uneinigkeit über die Begriffsbestimmungen und Interpretationen.

Auch das Erscheinungsbild einer Adoleszenzkrise kann sich erheblich unterscheiden. In manchen Fällen äußert sie sich durch sozialen Rückzug, in anderen durch offenkundiges

Ausagieren des eigenen Leids. Fegert, Spröder, Streeck-Fischer und Freyberger (2019, S. 5) sprechen von einer „narzisstischen Durchgangsphase“, die sich in Form von Egozentrismus, Egoismus, Kritikempfindlichkeit, Selbstüberschätzung und Risikoverhalten zeigen kann. Möglich sei auch ein „Borderline-ähnliches Agieren“ (ebd., S. 9) bis hin zu selbstverletzendem Verhalten. Zudem kämen bei etwa 25% der Heranwachsenden Suizidgedanken auf, wodurch jene „fast schon Teil vieler mehr oder weniger normalen Adoleszenzentwicklungen“ seien (ebd.). An dieser unpräzisen Formulierung wird abermals deutlich, wie unterschiedlich die Vorstellungen eines ‚normalen‘ Entwicklungsverlaufs ist und wie komplex es dadurch ist, Abweichungen zu definieren. Auffällig ist zudem, dass für die Beschreibung möglicher Erscheinungsformen einer Adoleszenzkrise spezifische Begriffe aus dem Spektrum der Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden, woran bereits die Ähnlichkeit beider Phänomene deutlich wird. Aufgrund dessen gilt die Adoleszenzkrise im Jugendalter auch als wichtigste Differenzialdiagnose zur Persönlichkeitsstörung (Sevecke & Krischer, 2016, S. 23). Tatsächlich existiert hierfür allerdings keine offizielle klinische Diagnose, sodass im Bedarfsfall auf andere Diagnosen zurückgegriffen werden muss. Welche Diagnosen hierfür herangezogen werden und wie sich die beiden Phänomene voneinander unterscheiden lassen, wird in Kapitel 5.2.2 genauer thematisiert.

## 2.4 Persönlichkeitsstörungen

Die WHO definiert Persönlichkeitsstörungen als „tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 274). Diese seien durch „deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen“ geprägt und gingen meist „mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher“ (ebd.). Es sind also auf zwei Ebenen Probleme erkennbar: einerseits im Verhältnis zu sich selbst und andererseits im Verhältnis zur sozialen Umwelt. Dabei ist zu bedenken, dass die sozialen Beeinträchtigungen sowohl die Betroffenen selbst als auch ihr Umfeld betreffen können. Folglich kann auch dann eine Persönlichkeitsstörung vorliegen, wenn hauptsächlich das Umfeld leidet. Murafi (2010, S. 42) hält dazu fest, dass letzteres insbesondere für das Jugendalter typisch sei. Dies hänge damit zusammen, dass sich die Fähigkeit, subjektives Leiden als solches zu identifizieren und dessen Ursache im ‚Selbst‘ zu verorten, erst im Altersverlauf entwickelt und Jugendliche, so Murafi, ihre Problematik daher in der Regel stärker als ich-synton erleben. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es kein hinreichendes Merkmal einer Persönlichkeitsstörung ist, wenn andere Menschen sich durch das Verhalten einer Person gestört fühlen, solange keine ernsthafte Gefährdung vorliegt (vgl. Fiedler & Herpertz, 2016, S. 41ff.). Als notwendiges Merkmal gilt zudem, dass die Problematik situationsübergreifend und von

langfristiger Dauer ist, wobei Sevecke und Krischer (2016, S. 17) periodische Verläufe mit symptomfreien Phasen als üblichen Verlauf beschreiben. Weitere Kriterien und Definitionen werden in Kapitel 4 behandelt.

Je nach Diagnosemanual existieren verschiedene *Subtypen*, auch *spezifische Persönlichkeitsstörungen* genannt, anhand derer eine Persönlichkeitsstörung genauer klassifiziert werden kann. Anhang 1 enthält eine Übersicht über alle aktuell gültigen Subtypen und deren Unterteilung je nach Diagnosemanual.

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen wird von der APA auf 9,1% geschätzt (Falkai & Wittchen, 2018, S. 884). Anhang 2 enthält eine tabellarische Darstellung der Prävalenzen je nach Subtyp und Region. Studien zur Prävalenz bei Jugendlichen sind „sehr begrenzt“, so Ponton-Rodriguez und Krischer (2018, S. 189). Ihnen zufolge ergaben amerikanische Studien Zahlen zwischen 15% und 20% in der Altersgruppe der Elf- bis 17-Jährigen, also eine etwa doppelt so hohe Prävalenz wie bei Erwachsenen. Zur Verteilung der Subtypen liegen keine vergleichbaren Daten vor. Gemäß Kölch, Allroggen und Plener (2013, S. 308) kommt im Jugendalter die Borderline-PS am häufigsten vor, gefolgt von der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Fiedler & Herpertz (2016, S. 217.) benennen hingegen die vermeidend-selbstunsichere PS als am häufigsten unter Jugendlichen. Dabei ist aus keiner der Quellen ersichtlich, woher die Informationen stammen und wie diese erhoben worden sind. Es bleibt also unklar, ob es sich dabei um die totale Anzahl klinisch gestellter Diagnosen, um subjektive Einschätzungen, um Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung oder methodisch anderweitig erhobene Ergebnisse handelt. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit Studien zur Prävalenz, auch innerhalb klinischer Populationen, folgt in Kapitel 5.1.

Ätiologisch wird ein *Diathese-Stress-Modell* herangezogen, also eine Wechselwirkung aus genetischen und psychosozialen Faktoren vermutet (Schmeck, Streeck-Fischer & Herpertz, 2011, S. 240). In Kapitel 2.2.1 wurde das Prinzip der Neuroplastizität beschrieben. Merod (2010, S. 17f.) beschreibt, wie dieser neuronale Lernprozess ermöglicht, dass sich im Laufe der Entwicklung bestimmte neuronale Schemata im Gehirn ausbilden. Je häufiger ein solches Schema – beispielsweise in Form einer wiederholten Handlungsabfolge – aktiviert werde, desto stärker bilde es sich aus. Dadurch komme es wiederum bevorzugt zum Einsatz. So entstehe ein Kreislauf, der zu einer dauerhaften Festigung führe. Dieser Prozess bietet eine Erklärungsgrundlage zur Entstehung von maladaptiven Verhaltensweisen und somit auch von Persönlichkeitsstörungen. Wenn bestimmte Verhaltensweisen, so Merod (S. 20), sich in der frühen Kindheit als vorteilhaft erwiesen haben, weil sie beispielsweise eine wichtige Schutzfunktion innehatten, werden sie neuronal verankert. Werden die gleichen Verhaltensweisen später auf andere Situationen übertragen, können sie jedoch unangemessen sein, weil die ursprüngliche Bedrohung nicht mehr vorliegt (ebd.). Gemäß Sevecke und Krischer (2016, S.

13ff.) wird die Wurzel von Persönlichkeitsstörungen insbesondere aus psychodynamischer Sicht in der frühen Kindheit verortet. Das Verhältnis zur primären Bezugsperson soll dabei besonders entscheidend sein. Gelingt es in diesem Alter nicht, eine stabile psychische Struktur aufzubauen, zeigen Betroffene im Jugendalter Schwierigkeiten bei der Identitätsentwicklung und Beziehungsgestaltung, so Sevecke und Krischer. Die daraus resultierenden Probleme kämen in der Pubertät besonders zur Geltung.

Einige Studien haben die Zusammenhänge von Persönlichkeitsstörungen und den Merkmalen aus dem Fünf-Faktoren-Modell untersucht. Fiedler & Herpertz (2016, S. 141ff.) fassen die wichtigsten Ergebnisse aus fünf dieser Studien zusammen, wobei sich plausible Muster zeigen. Gemeinsam hatten fast alle Subtypen, dass sie mit deutlich verringerter Verträglichkeit und überdurchschnittlichem Neurotizismus einhergingen. Deutliche Unterschiede fanden sich zwischen den Subtypen: Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung zeigten sich unterdurchschnittlich gewissenhaft, während zwanghafte Persönlichkeitsstörungen im Gegenzug mit hoher Gewissenhaftigkeit korrelierten. Eine deutliche Tendenz zur Extraversion zeigte sich bei Personen mit histrionischer und in etwas geringerem Ausmaß bei denjenigen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Die paranoide, schizotype, vermeidend-selbstunsichere und zwanghafte Persönlichkeitsstörung wiesen hier eine negative Korrelation auf, gingen also eher mit Introversion einher. Dies seien nur einige exemplarische Auszüge. Zu beachten ist allerdings, dass die Ergebnisse keinen kausalen Rückschluss zulassen. Es ist also weder ersichtlich, ob eine bestimmte Verteilung von Persönlichkeitsmerkmalen die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung begünstigt, noch ob sich umgekehrt das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung auf die Verteilung der Merkmale auswirkt. Zudem bleibt unklar, ob die individuelle Konstellation der Persönlichkeitsmerkmale im Gegenzug auf das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung hinweisen kann oder ob dahingehend andere Faktoren ausschlaggebend sind, die in diesen Studien nicht erfasst wurden.

### **3 Jugend – eine multidisziplinäre Betrachtung**

In diesem Kapitel wird der Jugendbegriff unter Berücksichtigung verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen analysiert, um im Anschluss erarbeiten zu können, wie sich dies auf die Argumentation in dem Diskurs um die jugendspezifische Diagnostik auswirkt.

Die eindeutigste Definition stellt die juristische Perspektive dar. Im Jugendschutz und Strafrecht herrscht Einigkeit: Jugendlich ist gemäß §1 Abs. 1 JuSchG und §1 Abs. 2 JGG jeder Mensch im Alter von 14 bis 17 Jahren. Wer volljährig, aber noch unter 27 Jahren ist, gilt darüber hinaus nach §7 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VIII als „junger Volljähriger“ und ist somit berechtigt, Leistungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe wahrzunehmen. Eine alternative Definition

von Jugend wurde 2010 im Rahmen des *International Year of Youth* von den Vereinten Nationen ausgearbeitet. Demnach gelten Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren als jugendlich (UN, 2010, S. 4, zit. nach Niekrenz & Witte, 2018, S. 382).

In anderen Disziplinen gestalten sich die Definition komplexer. Hier erfolgt die Orientierung nicht am numerischen Alter, sondern an bestimmten Gegebenheiten, die aus der jeweiligen Perspektive als maßgeblich für die Lebensphase Jugend betrachtet werden. In der *Biologie* sind dies vor allem körperliche Veränderungen. *Psychologie* und *Soziologie* orientieren sich dagegen an den Entwicklungsaufgaben, die bereits in Kapitel 2.2.2 vorgestellt wurden. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird der Jugendbegriff aus den jeweiligen Perspektiven dieser drei Disziplinen analysiert und in einem abschließenden Zwischenfazit in Bezug zueinander gesetzt.

### 3.1 Biologisch

Aus biologischer Perspektive wird die Jugend vor allem mit der *Pubertät* in Verbindung gebracht (Fimpler & Hannen, 2016, S. 12). Die dabei stattfindenden Reifungsprozesse beginnen oftmals bereits im Kindesalter, weshalb die Pubertät nicht mit dem juristischen Jugendbegriff kompatibel ist. Sie beginnt bei Jungen durchschnittlich mit zwölf oder 13 Jahren, bei Mädchen noch etwas früher mit ungefähr elf Jahren und verläuft auch geschlechtsspezifisch unterschiedlich (vgl. Resch & Lehmkuhl, 2015, S. 19). Sowohl Beginn als auch Dauer der Pubertät unterliegen allerdings einer großen Streuung. Im Schnitt dauert sie etwa vier Jahre an, kann jedoch auch bereits nach zwei Jahren oder erst nach sechs Jahren abgeschlossen sein, ohne dass dies als normabweichend gilt (Berk, 2019, S. 553). Es ist also nur begrenzt möglich, anhand des Alters zu bestimmen, ob ein\*e Heranwachsende\*r sich gerade in der Pubertät befindet oder nicht. Auch anhand von optischen Markern (z.B. Brustwachstum, Bartwuchs, Stimmbruch) lässt sich lediglich erkennen, dass der Prozess bereits in Gang ist. Wann er genau eingesetzt hat und wann er vorüber ist, lässt sich von außen nicht exakt bestimmen, da die Veränderungen in einem schleichenden Prozess stattfinden. Um den Jugendbegriff zu definieren, eignet sich die biologische Perspektive daher nur bedingt. Sie bietet jedoch einen hilfreichen Anhaltspunkt.

### 3.2 Soziologisch

In der Soziologie wird Jugend im Verhältnis zur Gesellschaft betrachtet (vgl. Chassé, 2017, S. 171). Definitiv umfassen Niekrenz und Witte (2018, S. 384) den „sozialen Status, der durch die ökonomische und soziale Abhängigkeit von Anderen (Erwachsenen, Familie) und eingeschränkten Rechten bestimmt ist und (in der Regel) mit dem Zugang zu Bildung und

Ausbildung sowie mit Entwicklungsaufgaben einhergeht, die den Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter regeln“.

Chassé (2008, S. 106, zit. nach Hüning, 2018, S. 406f.) unterteilt Jugend in drei Phasen. Er definiert eine *adoleszente Phase* von zwölf bis 18 Jahren, eine *nachpubertäre Phase* von 18 bis 21 Jahren und eine *Spätjugendphase* von 22 bis 25 Jahren, wobei er ebenfalls festhält, dass das Ende „relativ offen“ ist (S. 408). Andere Modelle gehen bis 27 Jahre und darüber hinaus (vgl. Hüning, 2018, S. 404). Chassés Modell hebt sich dadurch hervor, dass jede Phase einen Begriff aus einer anderen Disziplin enthält, also *Pubertät* als biologische Komponente, *Adoleszenz* als psychologische und *Jugend* als soziologische bzw. übergreifende Bezeichnung. Dadurch entsteht der Eindruck, dass in diesem Konstrukt die wichtigsten Disziplinen vereint sind.

Während Niekrenz und Witte (2018, S. 383) explizit den fachwissenschaftlichen Terminus „Lebensphase des Übergangs“ zwischen Kindheit und Erwachsensein anführen, kritisieren unter anderem Harring und Schenk (2018, S. 113), Hüning (2018, S. 405) und Chassé (2017, S. 170) diese Bezeichnung und sprechen sich stattdessen dafür aus, Jugend als eigenständige, vollwertige Lebensphase anzuerkennen. Paradoxerweise stellen alle genannten Autor\*innen jedoch heraus, dass die Grenze zwischen Jugend und Erwachsensein zunehmend zerfließt und eine klare Abgrenzung kaum mehr möglich ist. Dies entspricht nach Hüning (2018, S. 410) auch der Selbstwahrnehmung heutiger junger Erwachsener, die sich oftmals weder als Jugendliche noch als Erwachsene betrachten. Nur etwa ein Viertel der Personen im Alter zwischen 18 und „Ende 20“, so Seiffge-Krenke (2012, S. 16), fühlt sich erwachsen. Auch diejenigen, die sich erwachsen fühlen, können rückblickend nicht benennen, wann sie die Schwelle zum Erwachsensein überschritten haben (Harring & Schenk, 2018, S. 114).

Derzeit ist ein Trend dahingehend zu beobachten, dass die Entwicklungsphase der Jugend sich zunehmend verlängert. Dies hängt insbesondere mit den verlängerten durchschnittlichen Bildungs- und Ausbildungszeiten zusammen, die ein größer werdender Teil der Jugendlichen heutzutage bestreitet, bevor sie sich beruflich festlegen (vgl. Seiffge-Krenke, 2015, S. 34ff.). Niekrenz und Witte (2018, S. 396) bezeichnen diese Entwicklung als „arbeitsgesellschaftliche[...] Entgrenzungsprozesse“, die es erschweren, den Rahmen zu definieren, in dem Jugend endet und Erwachsensein beginnt. Aber auch andere entscheidende Prozesse verschieben sich nach hinten. Im Jahr 2009 waren lediglich 8% der 24-Jährigen verheiratet, wohingegen es im Jahr 1950 noch rund 50% gewesen sind (Seiffge-Krenke, 2012, S. 17). Die Familiengründung beginnt heutzutage im Schnitt erst im Alter von 32 Jahren (Chassé, 2017, S. 173). Zudem ist es nicht mehr ungewöhnlich, dass einzelne Entwicklungsaufgaben individuell ausgespart werden (Harring & Schenk, 2018, S. 115). Auch verlieren die Entwicklungsaufgaben



zunehmend ihre festgelegte Reihenfolge, sodass sich der Ablauf immer stärker individualisiert (ebd., S. 122).

Arnett (2004, zit. nach Harring & Schenk, 2018, S. 121) prägte für die Beschreibung dieser schwer eingrenzbaaren Entwicklungsphase zwischen Jugend und Erwachsenenalter die Bezeichnung *Emerging Adulthood*. Seiffge-Krenke (2012, S. 18) hält fest, dass sich mit der Verschiebung bzw. Verzögerung der Entwicklungsaufgaben auch die Identitätsentwicklung tendenziell nach hinten verschiebt und heutzutage eher in der *Emerging Adulthood* stattfindet.

Innerhalb der Forschung besteht Einigkeit darüber, dass Jugend einem ständigen gesellschaftlichen Wandel unterliegt und somit der Bedarf besteht, den Begriff stetig neu zu evaluieren (vgl. Harring & Schenk, 2018, S. 111ff.).

### 3.3 Psychologisch

In der Psychologie wird Jugend insbesondere im Teilgebiet der Entwicklungspsychologie erforscht. Hier ist anstelle des Jugendbegriffs häufig die Bezeichnung *Adoleszenz* zu finden, die ebenfalls die Übergangszeit von der Kindheit zum Erwachsenenalter definiert (Resch & Lehmkuhl, 2015, S. 17). Daher wird sie annähernd synonym zum Jugendbegriff verwendet. Berk (2019, S. 549) unterteilt die *Adoleszenz* in drei Phasen: Die *frühe Adoleszenz* erstreckt sich ungefähr von elf bis 14 Jahren, die *mittlere Adoleszenz* von 14 bis 16 Jahren und die *späte Adoleszenz* von 16 bis 18 Jahren. In der Summe ergeben diese drei Phasen die adoleszente Phase in Chassés Modell. Alternative Modelle verorten die *Adoleszenz* im Alter von zehn bis hin zu 22 Jahren (Steinberg 2005, S. 7 nach Fimpler & Hannen, 2016, S. 18).

Im Gegensatz zur Soziologie wird der Lebensabschnitt Jugend in der Entwicklungspsychologie primär aus individualistischer Perspektive betrachtet, wobei der Fokus auf dem „Verhalten und Erleben“ liegt (Fimpler & Hannen, 2016, S. 17). Dieser Fokus passt zum Thema Persönlichkeitsstörungen, welche als Abweichungen im „Erleben und Verhalten“ (Falkai & Wittchen, 2018, S. 883) definiert werden. Allerdings ist zu bedenken, dass innerhalb der Entwicklungspsychologie wiederum *biologische* und *soziologische* Gegebenheiten herangezogen werden, um menschliches Erleben und Verhalten erklären zu können (vgl. Fimpler & Hannen, 2016, S. 15ff.). Eine klare Trennung der Disziplinen ist daher nicht möglich ist. Die psychologischen Entwicklungsaufgaben bestehen also im Grunde darin, die biologischen, gesellschaftlichen und innerpsychischen Veränderungen miteinander in Einklang zu bringen, während diese sich laufend gegenseitig anstoßen.

### 3.4 Zwischenfazit

Die Jugendphase dehnt sich zeitlich zunehmend nach hinten aus. Sie beginnt zumeist mit der Pubertät mit etwa elf bis 13 Jahren und endet aus entwicklungspsychologischer Sicht mit etwa 18 bis spätestens 22 Jahren. Aus soziologischer Sicht kann die Jugend noch länger, bis zum Alter von 27 Jahren dauern. Aus beiden Perspektiven endet sie aber spätestens dann, wenn die Entwicklungsaufgaben vollzogen sind. Zu beachten ist dabei, dass sowohl Havighurst als auch Resch und Lehmkuhl die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben für die Adoleszenz angesetzt haben, also für die Altersstufe von etwa elf bis 18 Jahren. Da sich die Bewältigung dieser Aufgaben jedoch zunehmend hinauszögert, verschiebt sich auch der Eintritt in das Erwachsenenalter tendenziell nach hinten. Arnett prägte hierfür die Bezeichnung *Emerging Adulthood*. Somit lässt sich Jugend grob in Adoleszenz und Emerging Adulthood unterteilen, wobei die Grenze dieser beiden Phasen ungefähr durch den Eintritt in die Volljährigkeit markiert wird. Der Gesetzgeber hat sich dem offenbar angepasst, indem die Bezeichnung *junger Volljähriger* für Personen zwischen 18 und 25 Jahren explizit Berücksichtigung findet.

Beim Übergang von der Jugend in das Erwachsenenalter handelt es sich also um einen schleichen Prozess, der nicht eindeutig an spezifischen Altersmarkierungen festgemacht werden kann. Der Begriff kann somit dimensional betrachtet werden: Je mehr Entwicklungsaufgaben bewältigt wurden, desto mehr nähern sich Jugendliche dem Erwachsensein an. Eine klare Grenze, wann genau diese Schwelle überschritten wird, lässt sich nicht festlegen. Dies entspricht auch der subjektiven Wahrnehmung junger Erwachsener. Aus diesem Grund erfolgt in den nachfolgenden Ausführungen bei der Verwendung der Begriffe keine Festlegung auf bestimmte Altersgrenzen, da die Übergänge nicht nur fließend sind, sondern darüber hinaus individuell unterschiedlich. Eine Pauschalisierung würde somit der Komplexität des Themas nicht gerecht werden.

## 4 Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

In Deutschland gibt es zwei anerkannte Manuale, anhand derer die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden darf: die ICD und das DSM. Da die Codierung nach ICD gemäß §295 Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtend für die kassenärztliche Abrechnung gesundheitsbezogener Leistungen ist, gilt sie in Deutschland als Standard. Aus Sicht der Forschung wird hingegen das DSM als fortschrittlicher betrachtet (Stieglitz & Freyberger, 2018, S. 71f.).

Das derzeit gültige DSM-5 erschien im amerikanischen Raum im Jahr 2013, in der deutschen Fassung zwei Jahre später. Darin befinden sich aktuell zwei verschiedene Modelle zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörung. Eines ist im Hauptteil des DSM befindlich und stellt lediglich eine geringfügig veränderte Version des Vorgängermodells aus dem DSM-IV dar. Eine

alternative, grundlegend überarbeitete Version ist hingegen im Anhang des Manuals zu finden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es als „wissenschaftlich verfrüht“ betrachtet wurde, sich auf das neuere Modell zu beschränken, da dieses sich noch im Forschungsprozess befindet (Falkai & Wittchen, 2018, S. 18). Die wesentliche Veränderung des neuen Systems liegt in einem Übergang von einer rein kategorialen zu einer kategorial-dimensionalen Diagnostik, was in den nachfolgenden Unterkapiteln näher erläutert wird. Welche der beiden Varianten in der Praxis bevorzugt wird, bleibt derzeit den Diagnostizierenden überlassen (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 41).

Die deutsche Version der aktuell gültigen ICD-10 wurde im Jahr 1993 herausgegeben und seitdem regelmäßig aktualisiert, zuletzt im Januar 2020 (DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2020). Die Kriterien für Persönlichkeitsstörungen sind allerdings seit 1993 unverändert (vgl. World Health Organization, 1993, S. 123ff.). Im Mai 2019 wurde die finale Version der Nachfolgerin ICD-11 verabschiedet. Diese wird am 1. Januar 2022 in Kraft treten, wobei noch unklar ist, wann die Anwendung in Deutschland beginnen soll (DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, o.J.). Die ICD-11 wird ebenfalls eine grundlegende Veränderung des Persönlichkeitsstörungskonzepts beinhalten, auf die in Kapitel 4.2.2 eingegangen wird.

Bei Minderjährigen können und sollen die Erziehungsberechtigten in den Diagnoseprozess mit einbezogen werden (Döpfner & Petermann, 2012, S. 19). Die *Leitlinien für die Grundlagen der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* sehen zudem vor, im diagnostischen Prozess auch die psychologischen Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen (vgl. Lehmkuhl & Resch, 2015, S. 55).

Nachfolgend wird zunächst in Kapitel 4.1 die *kategoriale Diagnostik* von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-5 vorgestellt. Im Anschluss wird in Kapitel 4.2 auf die *dimensionale Diagnostik* eingegangen, die im alternativen Modell des DSM-5 und künftig in der ICD-11 Anwendung finden wird. Im Anschluss erfolgt eine *kritische Einschätzung* der dimensionalen Diagnostik. Kapitel 3.4 enthält eine Sammlung von Vorschlägen für *jugendspezifische Kriterien*. *Differenzialdiagnostik* und häufige *Komorbiditäten* sind in Kapitel 4.4 zusammengefasst.

## 4.1 Kategoriale Diagnostik

Die bislang vorherrschenden Diagnosesysteme funktionieren nach einem kategorialen System. Das bedeutet, dass festgelegte Kriterien entweder als *zutreffend* oder *nicht zutreffend* bestimmt werden, um eine Verdachtsdiagnose zu bestätigen oder auszuschließen. Dieser Systematik liegt eine sogenannte *Diskontinuitätsannahme* (Döpfner & Petermann, 2012, S. 7)

zugrunde, also die Vorstellung eines binären Systems, in dem ein Mensch entweder *gesund* oder *gestört* sein kann, wodurch eine künstliche Grenze generiert wird. Abstufungen existieren in diesen Modellen nicht, ebenso wenig wie eine Rangfolge der Kriterien nach ihrer Relevanz für die Diagnose (vgl. Sachse, 2020, S. 24).

#### 4.1.1 ICD-10

Im diagnostischen Prozess ist vorgesehen, dass zunächst die Erfassung der *allgemeingültigen Kriterien* für Persönlichkeitsstörungen erfolgt (vgl. Anhang 3). Dabei sollen auch die Voraussetzungen berücksichtigt werden, die separat in den *klinisch-diagnostischen Leitlinien* aufgeführt sind (vgl. Dilling et al., 2015). In diesen Leitlinien weist die WHO darauf hin, dass noch nicht abschließend geklärt ist, ab welcher Anzahl an erfüllten Kriterien (S. 38) sowie Voraussetzungen (S. 23) eine PS-Diagnose als *sicher* gilt, was ein großes Problem darstellt. Aus diesem Grund werden auch *wahrscheinliche* Diagnosen akzeptiert. Diese können anhand verschiedener Zusätze optional als solche kenntlich gemacht werden: Falls die Nichterfüllung einzelner Voraussetzungen auf einem Mangel an Informationen beruht, die erwartungsgemäß zu einem späteren Zeitpunkt vervollständigt werden können, kann eine *vorläufige* Diagnose gestellt werden. Ist mit einer späteren Ergänzung nicht zu rechnen, kann der Diagnose die Bezeichnung ‚*Verdacht auf*‘ vorangestellt werden. Beides ist jedoch nicht verpflichtend. Weiterhin wird empfohlen: „Sofern die Voraussetzungen nur teilweise erfüllt sind, ist es in den meisten Fällen dennoch sinnvoll, eine Diagnose zu stellen“ (ebd.). Dabei wird nicht darauf eingegangen, unter welchen Umständen diese Vorgehensweise sinnvoll ist. Diese Empfehlung führt das System ad absurdum und zeigt, wie anfällig es für subjektive Verzerrungen und Willkür ist.

Sind die allgemeingültigen Kriterien erfüllt, ist im nachfolgenden Schritt zu untersuchen, ob das Störungsbild einem oder mehreren spezifischen Subtypen zugeordnet werden kann. Die Kriterien der Subtypen sind allesamt so aufgebaut, dass eine Reihe bestimmter Erlebens- und Verhaltensweisen (Symptome) beschrieben wird, von denen jeweils eine Mindestanzahl zutreffen muss. Dabei gilt die Richtlinie, dass alle spezifischen Typen, deren Kriterien erfüllt sind, auch diagnostiziert werden sollen, was als *Komorbiditätsprinzip* bezeichnet wird (Dammann, 2018, S. 369). Trifft keiner der acht Subtypen zu, ist auch eine Codierung als *andere* bzw. *sonstige* oder *kombinierte* Persönlichkeitsstörung möglich (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016, S. 169f.). In der klinischen Praxis werden Persönlichkeitsstörungen allerdings am häufigsten mit dem Zusatz ‚*nicht näher bezeichnet*‘ codiert, also keinem Subtyp zugeordnet (Zaudig, 2017, S. 244).

In den Leitlinien spricht die WHO eine Altersempfehlung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus: „Persönlichkeitsstörungen treten häufig erstmals in der Kindheit oder in der

Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter. Daher ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren wahrscheinlich unangemessen“ (Dilling et al., 2015, S. 276). Dieses Zitat beschreibt bereits in sich geschlossenen die Kontroversität der Thematik. Zunächst weisen Sevecke und Krischer (2011, S. 155) auf einen internen Widerspruch hin: Im ersten Satz werde explizit erwähnt, dass dieses Störungsbild oftmals schon im Kindesalter auftritt. Gleich im darauffolgenden Satz werde ebendiese Aussage – zumindest teilweise – wieder revidiert, indem die vermutliche Unangemessenheit der Diagnose vor der Vollendung des 16. Lebensjahres betont wird. Des Weiteren lässt die vage Formulierung: „vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren“, erkennen, dass es sich hier lediglich um einen Richtwert handelt. Dieser wird durch die Formulierung: „wahrscheinlich“, zusätzlich entkräftet. Die Begründung, dass sich das Erscheinungsbild erst im Erwachsenenalter „endgültig“ manifestiert, impliziert die Erwartung einer lebenslangen Chronifizierung des Störungsbildes als indirekte Voraussetzung.

#### 4.1.2 DSM-5 – Traditionelles Modell

Das traditionelle Modell des DSM-5 ähnelt dem der ICD-10 stark. Die diagnostische Vorgehensweise und die Richtlinien sind annähernd identisch. Gleiches gilt für die allgemeinen Kriterien, deren Formulierungen leicht abgewandelt sind, aber strukturell und inhaltlich dem gleichen Prinzip folgen (vgl. Anhang 4).

In Bezug auf die Altersfrage unterscheiden sie sich allerdings. So muss der Beginn im DSM-5 „mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen“ sein (Falkai & Wittchen, 2018, S. 885), wohingegen in der ICD-10 die Adoleszenz als *spätester* Beginn festgesetzt ist. Relevant ist außerdem der Umstand, dass das empfohlene Mindestalter hier mit 18 Jahren etwas höher liegt und nur „in Ausnahmefällen“ außer Kraft gesetzt werden darf (ebd., S. 887). Einen solchen Ausnahmefall definiert die APA dadurch, dass die „unangepasste[n] Persönlichkeitszüge tiefgreifend und andauernd und wahrscheinlich nicht auf eine bestimmte Entwicklungsphase oder andere psychische Störung begrenzt sind“ (ebd.). Da diese Voraussetzungen allerdings mit den allgemeinen Kriterien identisch sind, ist nicht ersichtlich, was daran die Ausnahme darstellt. Einzig der Verweis auf die *Entwicklungsphase* ist darin nicht enthalten. Letztlich ist dieser Aspekt jedoch redundant, weil das Muster ohnehin „überdauernd“ und „lang andauernd“ sein muss, um die allgemeinen Kriterien zu erfüllen (vgl. Anhang 4). Diesbezüglich muss das Muster für eine Diagnose bei Minderjährigen „mindestens ein Jahr andauern“ (Falkai & Wittchen, 2018, S. 887). Für Volljährige findet sich diesbezüglich hingegen keine derart konkrete Vorgabe. Die Formulierung lässt daher lediglich den Rückschluss zu, dass die Diagnose bei Volljährigen nach *weniger* als einem Jahr gestellt werden darf.

Einen Sonderfall in Bezug auf die Altersfrage bildet die antisoziale Persönlichkeitsstörung, für die ein absolutes Diagnoseverbot bei Minderjährigen besteht (ebd., S. 903). Dies stellt einen entscheidenden Unterschied zur ICD-10 dar. Darin gibt es keine verpflichtende Sonderregelung für die dissoziale Persönlichkeitsstörung, welche als Äquivalent zur antisozialen Persönlichkeitsstörung gilt. Des Weiteren wird im DSM-5 gefordert, dass das antisoziale Verhaltensmuster „seit dem Alter von 15 Jahren auftritt“ (ebd.), was bedeutet, dass der Störungsbeginn in diesem Fall ausdrücklich bis weit vor das junge Erwachsenenalter zurückzuverfolgen sein muss. Darüber hinaus muss vor Vollendung des 15. Lebensjahres bereits eine *Störung des Sozialverhaltens* erkennbar gewesen sein. Auf die Fragen, weshalb speziell diese Altersgrenzen festgelegt worden sind und derart strenge Bestimmungen für keinen anderen Subtyp gelten, wird weder im DSM-5 selbst noch in der dazugehörigen Fachliteratur eingegangen. Schmeck (2014, S. 12) empfindet diese Sonderregelung als nicht nachvollziehbar und willkürlich.

## 4.2 Dimensionale Diagnostik

Forschungsergebnisse zeigen, dass die kategoriale Diagnostik als „empirically problematic and of limited clinical utility“ (Hopwood et al., 2018, S. 83) anzusehen ist, weil es ihr an Validität und Reliabilität mangelt (Sevecke & Krischer, 2016, S. 19). Somit besteht derzeit das Problem, dass einerseits die kategorialen Modelle wissenschaftlich nicht haltbar und somit überholt sind, andererseits jedoch noch keine ausreichend empirisch überprüfte Alternative existiert, obwohl hieran bereits seit mehr als 18 Jahren geforscht wird (ebd.). Die Tendenz geht aber eindeutig in Richtung einer dimensional Diagnostik. Das bedeutet, dass – ähnlich wie beim Fünf-Faktoren-Modell – vorgegebene Kriterien anhand eines Kontinuums erfasst werden und deren Ausprägung mitberücksichtigt wird. Dabei verschiebt sich der Fokus von States hin zu Traits. Diese sind so beschaffen, dass sich alle Menschen auf allen Kontinuen einordnen lassen, unabhängig davon, ob eine Psychopathologie vorliegt oder nicht. Als Konsequenz wird auch die künstliche Grenze zwischen *gesund* und *gestört* aufgegeben zugunsten eines Modells mit fließenden Übergängen (*Kontinuitätsannahme*) (Döpfner & Petermann, 2012, S. 7). Um das gesamte Spektrum abzudecken, sind daher in der jüngeren Literatur Begriffe wie *Persönlichkeitsproblematik* (vgl. Fiedler & Herpertz, 2016, S. 474; Zimmermann, 2014, S. 16f.) oder *Persönlichkeitsschwierigkeit* (vgl. Steinhausen, 2019, S. 367; Tyrer, 2017, S. 1077) zu finden. Diese werden allerdings nicht bedeutungsgleich verwendet.

Das Gesundheitssystem sieht weiterhin kategoriale Elemente in der Diagnostik vor, sodass vorerst kein rein dimensionales Modell zu erwarten ist (Sevecke, Schmeck & Krischer, 2014, S. 280). Die bisher entwickelten Modelle stellen jeweils eine Mischform dar. Zugunsten der

besseren Lesbarkeit wird im Folgenden dennoch verkürzt nur von *dimensionalen* Modellen gesprochen, wenn kategorial-dimensionale Modelle gemeint sind.

#### 4.2.1 DSM-5 – Hybridmodell

Aufgrund der Fusionierung von kategorialen und dimensionalen Elementen wird das in diesem Kapitel vorgestellte System auch als „Hybridmodell“ (Sevecke et al., 2014, S. 279) bezeichnet. Konkret bedeutet dies, dass das Vorliegen bzw. der Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung dimensional gemessen wird, jedoch im nachfolgenden Schritt weiterhin kategorial zwischen sechs qualitativ unterschiedlichen Subtypen differenziert wird (Berberich, 2019, S. 42). Die übrigen Subtypen wurden entfernt (vgl. Anhang 1).

Die Ziele dieser Veränderungen sind eine Verringerung von (künstlichen) Komorbiditäten, eine bessere Stabilität der Diagnose und insgesamt eine verbesserte Validität (Sevecke et al., 2014, S. 279). Für den Forschungsgegenstand ist besonders hervorzuheben, dass die Altersvorgaben in diesem Modell fast vollständig aufgehoben worden sind. Die einzige Ausnahme bildet weiterhin die antisoziale Persönlichkeitsstörung, die nach wie vor nicht bei Minderjährigen diagnostiziert werden darf (Falkai & Wittchen, 2018, S. 1050). Eine Begründung wird hierfür weiterhin nicht genannt. Sevecke, Schmeck & Krischer (2014, S. 279) betrachten die Aufhebung der Altersgrenze als „eindeutige Stellungnahme“ in Bezug auf die Diagnosevergabe im Jugendalter.

Die allgemeinen Kriterien des alternativen Modells im DSM-5 sind in Anhang 5 zu finden. In diesem Modell wurden zwei neue Kernbegriffe eingeführt: *Funktionsniveau* und *Persönlichkeitsmerkmale*.

Das *Funktionsniveau* (Kriterium A) wird in vier Funktionsbereiche untergliedert: *Identität* und *Selbststeuerung* (ergeben zusammen das *Selbst*) sowie *Empathie* und *Nähe* (ergeben *interpersonelle Beziehungen*). Die Einschätzung erfolgt auf einer Schweregradskala von Stufe 0 (*keine bis geringfügige Beeinträchtigung*) bis 4 (*extreme Beeinträchtigung*), wobei für eine Persönlichkeitsstörung wenigstens eine *mittelgradige Beeinträchtigung* (Stufe 2) in mindestens zwei Bereichen vorliegen muss (Falkai & Wittchen, 2018, S. 1046f.). Dieser Schwellenwert wurde empirisch ermittelt und ist durch diagnostische Instrumente messbar, wobei er im Vergleich zum traditionellen Modell gesunken ist (Zaudig, 2017, S. 252). Eine *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP)* ist als diagnostisches Instrument direkt im DSM-5 enthalten (vgl. Anhang 7).

Die in Kriterium B genannten *Persönlichkeitsmerkmale*, auch *Domänen* genannt, sind an das Fünf-Faktoren-Modell angelehnt. Dabei stellen vier dieser Domänen jeweils die unangepasste Variante eines Pols dar (Falkai & Wittchen, 2018, S. 1062), nämlich *negative Affektivität*

(Neurotizismus), *Verschlossenheit* (Extraversion), *Antagonismus* (Verträglichkeit), *Enthemmt-heit* (Gewissenhaftigkeit) und als fünfte Domäne *Psychotizismus* (Zaudig, 2017, S. 255). Zimmermann (2014, S. 18) beschreibt Psychotizismus als den Gegenpol von Adäquatheit, Goth, Schmeck und Schmid (2011, S. 157) als Gegenpol von Impulskontrolle. Ein Bezug zum Merkmal *Offenheit* nach dem Fünf-Faktoren-Modell ist hingegen nicht ersichtlich.

Die fünf Domänen sind wiederum in insgesamt 25 *Facetten* unterteilt (vgl. Anhang 8). Kriterium B gilt dann als erfüllt, wenn entweder mindestens ein problematisches Persönlichkeitsmerkmal vorliegt *oder* je eine Facette aus allen fünf Domänen zutrifft (Falkai & Wittchen, 2018, S. 1058). Bei den Facetten handelt es sich um kategoriale, teils symptomatische Beschreibungen (z.B. Depressivität oder Impulsivität). Sie dienen vor allem der Zuordnung zu den Subtypen (vgl. ebd., S. 1068ff.). Dabei wurde das Komorbiditätsprinzip aufgegeben und durch die gegenteilige Voraussetzung ersetzt: „Die Subtypen einer diagnostischen Kategorie schließen sich wechselseitig aus“ (ebd., S. 28f.). Wer die Kriterien eines Subtypus erfüllt, soll auch entsprechend diagnostiziert werden, so Falkai & Wittchen (S. 1059.). Als Restkategorie bleibt die Codierung als *Persönlichkeitsstörung, merkmalspezifiziert*, die eine individuelle Beschreibung des Störungsbildes anhand von Persönlichkeitsmerkmalen zulässt. Auf diese Weise können auch die Subtypen, die in diesem Modell entfernt wurden, indirekt diagnostiziert werden (Sevecke et al., 2014, S. 281).

Die Kriterien C bis F bleiben annähernd unverändert. Hier ist lediglich anzumerken, dass nur noch eine *relative* Durchgängigkeit (Kriterium C) und *relative* Stabilität (Kriterium D) gefordert werden, wodurch diese Kriterien im Vergleich zum traditionellen Modell entkräftet wurde. Progressiv ist zudem das neu hinzugekommene Kriterium G, in dem gefordert wird, den jeweiligen Entwicklungsstand zu berücksichtigen. Dies dient einerseits als Ausgleich dafür, dass die Altersempfehlung von 18 Jahren aufgehoben wurde, und impliziert andererseits die Notwendigkeit, Persönlichkeitsstörungen von Adoleszenzkrise abzugrenzen.

Das Hybridmodell ist deutlich umfangreicher und komplexer in der Anwendung als die kategorialen Ansätze. Schmeck (2014, S. 14) betrachtet dies jedoch als sinnvolle und logische Konsequenz, da es der Komplexität des Störungsbildes gerecht werden muss. Insbesondere in Bezug auf das Jugendalter ist dies ein wichtiger Aspekt, da hier eine besonders gründliche Diagnostik gefordert ist, um Fehldiagnosen durch die inhaltliche Nähe zu Adoleszenzkrise zu vermeiden. Insgesamt ist so eine wesentlich genauere Erfassung und Beschreibung der jeweils individuellen Problematik möglich (Sevecke et al., 2014, S. 282).

Ersten Studien zufolge bevorzugen die Diagnostizierenden in den Ländern, in denen das DSM-5 Anwendung findet, das Hybridmodell gegenüber dem traditionellen Modell (Tyrer, 2020, S. 65).



#### 4.2.2 ICD-11

Da die ICD-11 zwar verabschiedet, aber noch nicht veröffentlicht wurde, ist ein direkter Zugriff auf das offizielle Dokument derzeit noch nicht möglich. Steinhausen (2019, S. 365ff.) gibt jedoch einen ersten Einblick (vgl. Anhang 6).

Angelehnt an das Hybridmodell wird zunächst das Funktionsniveau (Kriterium I) anhand der beiden Bereiche *Selbst* und *interpersonelle Beziehungen* bestimmt. Die Angabe zur Dauer (Kriterium II) wurde im Vergleich zur Vorgängerin relativiert und konkretisiert. Allerdings lässt die Formulierung: „z.B. zwei oder mehr Jahre“, erkennen, dass es sich hierbei um einen Vorschlag bzw. eine Orientierungshilfe handelt, die Handlungsspielraum in beide Richtungen zulässt. Darüber hinaus wird nicht mehr gefordert, dass die Störung bis in die Kindheit oder Adoleszenz zurückzuverfolgen ist. Informationen zu Altersvorgaben sind in Steinhausens Ausführungen über Kinder und Jugendliche nicht zu finden. Da allerdings – wie im Hybridmodell – der Entwicklungsaspekt (Kriterium V) in den Kriterien berücksichtigt wurde, erscheint es realistisch, dass in der ICD-11 ebenfalls auf eine Altersempfehlung verzichtet werden wird. In dem Fall wäre das zukünftige Konzept losgelöst von jeglichen Altersvorgaben. Die Kriterien III, IV und VI entsprechen sinngemäß den übrigen Kriterien aus der ICD-10.

Sind die allgemeinen Kriterien erfüllt, ist der *Schweregrad* zu beurteilen in *leicht*, *mittelgradig*, *schwer* oder *unspezifiziert* (Herpertz, 2018, S. 153). Dessen Operationalisierung soll mithilfe der Symptomebene erfolgen. Herpertz zufolge liegt ein leichter Schweregrad beispielsweise dann vor, wenn nur einzelne Lebensbereiche betroffen sind und die Störung „nicht zu nachhaltiger Lebensuntüchtigkeit“ führt. Ein schwerer Verlauf hingegen bei „umfassender Lebensuntüchtigkeit“ und „ausgeprägtem Leiden“ (ebd.)

Problematische Persönlichkeitsmerkmale sind in diesem Modell hingegen *nicht* diagnoserelevant. Sie werden stattdessen als „Satz von Dimensionen, die mit der zugrunde liegenden Struktur der Persönlichkeit korrespondieren“, betrachtet und können in diesem Modell ergänzend und deskriptiv angewandt werden (Steinhausen, 2019, S. 367). Die zur Auswahl stehenden Persönlichkeitsmerkmale unterscheiden sich geringfügig von denen im DSM-5: *negative Affektivität*, *Distanziertheit*, *Dissozialität*, *Enthemmung* und *Zwanghaftigkeit*. Als separates Merkmal wurde zudem das *Borderline-Muster* ergänzt. Dieses hat eine Sonderstellung, was daran zu erkennen ist, dass es mit einem ‚B‘ markiert ist, wohingegen die anderen fünf Merkmale numerisch beziffert sind (vgl. ebd.). Die Einbeziehung dieses zusätzlichen Merkmals erfolgte erst in letzter Instanz. Grund dafür war laut Herpertz et al. (2017, S. 584) die Erkenntnis, dass dieses spezielle Persönlichkeitsmuster durch die anderen Merkmale nicht ausreichend beschrieben werden kann.

Anders als im Hybridmodell werden die Subtypen nicht länger Teil des Klassifikationssystems sein (Berberich, 2019, S. 42). Sie sollen durch die dimensionale Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale ersetzt werden, die eine große Anzahl an Kombinationsmöglichkeiten bietet. Dadurch soll, so Berberich, der Heterogenität und Individualität der störungsspezifischen Erscheinungsbilder besser gerecht werden, als dies bisher der Fall war. Schlussendlich soll somit also, trotz der Vereinheitlichung, eine differenziertere Beschreibung der jeweiligen Person und ihrer Problematik ermöglicht werden. Diese Begründung wirft allerdings die Frage auf, weshalb die Beschreibung der Persönlichkeitsmerkmale optional ist.

### 4.2.3 Kritische Einschätzung

Herpertz et al. (2017, S. 581) kritisieren die Umstellung auf eine dimensionale Diagnostik zum jetzigen Zeitpunkt. Sie sei in Bezug auf Jugendliche nahezu unerforscht sei, wohingegen das Forschungsdefizit bei den kategorialen Modellen mittlerweile aufgeholt worden sei. Fraglich ist allerdings, wie valide diese Forschungsergebnisse sind, wenn die kategorialen Modelle insgesamt empirisch nicht haltbar sind.

Auf die Zuverlässigkeit von PS-Diagnosen im Jugendalter dürfte sich die Einführung einer dimensional Diagnostik vorteilhaft auswirken. So bestätigen Herpertz et al. (2017, S. 580), dass sich Persönlichkeitsstörungen in Studien anhand von Traits zuverlässiger voraussagen ließen als anhand von States. Eine Langzeitstudie von Bock et al. (2019) mit 44 Teilnehmenden, die zu Beginn 14 bis 17 Jahre alt waren, ergab wiederum eine hohe Vorhersagbarkeit für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung anhand des Funktionsniveaus (gemessen mit OPD-KJ; vgl. Anhang 9). Alle Teilnehmenden mit einem anfänglich guten Funktionsniveau blieben psychisch gesund. Unter denjenigen, die strukturelle Defizite aufwiesen, entwickelte hingegen die Mehrzahl eine Persönlichkeitsstörung (vgl. S. 405ff.). Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Aussagekraft der Studie allerdings begrenzt. Zu beachten ist außerdem, dass hier jeweils nur die *Vorhersagbarkeit*, nicht jedoch das akute Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz gemessen wurde. Auch die im DSM-5 enthaltene *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* ist nicht für das Jugendalter validiert.

Darüber hinaus wird die Abgrenzung zur Adoleszenzkrise in den dimensional Modellen besser funktionieren, da hier klarer zwischen akuten Überforderungssituationen bzw. Verhaltensweisen und dem allgemeinen psychischen Funktionsniveau unterschieden wird (Sevecke et al., 2014, S. 282). Zusätzlich ist ein geringeres Risiko zu erwarten, dass einzelne Verhaltensweisen vorschnell und ohne ausreichende Berücksichtigung der *allgemeinen Kriterien* zur Diagnose eines spezifischen Subtyps führen. So kritisieren Schmeck und Schlüter-Müller (2009, S. 139), dass eine autoaggressive Symptomatik derzeit teils „reflexartig“ zur Vergabe einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führe. Wie Kapitel 2.3 gezeigt hat, ist selbstverletzendes

Verhalten in der Adoleszenz allerdings nicht ungewöhnlich und rechtfertigt diese Diagnose somit nicht zwangsläufig.

Die im Hybridmodell vollzogene Senkung des Schwellenwertes auf eine mittelgradige Beeinträchtigung müsste erwartungsgemäß zu einem generellen Anstieg der Prävalenz führen, da vormals subklinische Verläufe nun mitgezählt werden. Schmeck (2014, S. 13) betrachtet den gesenkten Schwellenwert als problematisch, da er dadurch mehr falsch-positive Diagnosen erwartet. Dieser Einwand ignoriert allerdings die Tatsache, dass der neue Schwellenwert – im Gegensatz zum vorherigen – evidenzbasiert ist. Somit sind mehr falsch-positive Diagnosen nur dann zu erwarten, wenn man davon ausgeht, dass mittelgradige Beeinträchtigungen in Wirklichkeit *keine* Persönlichkeitsstörung sind. Zudem ist zu bedenken, dass nicht nur der Grenzwert als isoliertes Diagnosekriterium verändert, sondern das Konzept der Persönlichkeitsstörung insgesamt neu definiert wurde. Dadurch müsste die Neuerung sogar im Gegenteil dazu führen, dass ursprünglich falsch-positiv gestellte Diagnosen sich bei Anwendung des Hybridmodells nachträglich doch als korrekt herausstellen können. Entgegen Schmeck argumentieren Sevecke und Krischer (2016, S. 40), dass eine Herabsetzung der Schwelle bei Jugendlichen sogar ausdrücklich angebracht sei, um die „vergleichsweise geringen Erfahrungen im Bereich der Beziehungen“ zu berücksichtigen, die für eine sichere Diagnose relevant wären.

Besonders positiv ist die eingebettete Darstellung einer gesunden bzw. funktionalen Persönlichkeitsstruktur (Stufe 0) im Hybridmodell hervorzuheben, deren bisherige Abwesenheit unter anderem Zaudig (2017, S. 244) kritisiert hat. Durch das so entstandene universelle Kontinuum wird eine weniger ‚exotische‘ Betrachtungsweise von Persönlichkeitsstörungen gefördert und stattdessen verdeutlicht, dass es sich dabei im Wesentlichen um die Abwesenheit von erlernbaren psychosozialen Kompetenzen handelt. Diese Darstellung ermöglicht zudem einen anderen Fokus, der sich vom Defizitären entfernt und stattdessen einen konkreten Zielzustand anvisiert. Zusätzlich werden Therapieerfolge auf diese Weise sichtbar und quantifizierbar. Dabei merkt Tyrer (2020, S. 65) an, dass eine „normal personality“, also Stufe 0, einen Idealzustand beschreibt, den womöglich nur eine Minderheit aller Menschen erreicht. Für wahrscheinlicher hält er, dass die meisten Menschen in Stufe 1 anzusiedeln sind, also geringe Probleme in vereinzelt Situationen aufweisen.

Die ICD-11 wirkt demgegenüber weniger ausdifferenziert. Die Beschreibung einer funktionalen Persönlichkeit bleibt – zumindest in Steinhausens Ausführungen – aus. Zudem stellt sich die Frage, weshalb die Beschreibung problematischer Persönlichkeitsmerkmale optional ist, nachdem die Subtypen vollständig entfernt wurden. Für die Praxis bedeutet dies, dass eine Diagnose gestellt werden kann, ohne spezifische Angaben zur eigentlichen Problematik zu beinhalten. Dies begünstigt eine vorschnelle, oberflächliche Diagnostik und somit Fehleranfälligkeit.

keit. Darüber hinaus erhält auf diese Weise beispielsweise ein Mensch mit antisozialen Muster die gleiche Diagnose wie jemand mit zwanghaftem, obwohl es sich dabei um zwei grundlegend verschiedene Persönlichkeitsstrukturen handelt, wie Kapitel 2.4 gezeigt hat.

### 4.3 Jugendspezifische Kriterien

Kritisch wird von verschiedenen Autor\*innen, so auch Sevecke und Fuchs (2017, S. 27), angemerkt, dass die Manuale allesamt „keine jugendspezifischen Formulierungen für Persönlichkeitsstörungen“ enthalten. Dies sei insofern problematisch, als sich die Merkmale von Persönlichkeitsstörungen üblicherweise im Laufe der Entwicklung verändern. Letzteres ist der WHO offenbar bewusst. So wird in den Anwendungshinweisen der ICD-10 erklärt, dass „Kinder (...) oft mit allgemeiner Verstimmtheit und Niedergeschlagenheit (reagieren). Sie entwickeln weniger spezifische Klagen und Symptome als solche, die charakteristisch sind für die Störungen der Erwachsenen“ (Dilling et al., 2016, S. 27). Auf welche Besonderheiten bei Jugendlichen zu achten ist, wird hingegen nicht thematisiert.

Verschiedene Autor\*innen haben versucht, jugendspezifische Kriterien für Persönlichkeitsstörungen zu identifizieren. So stellen Bock et al. (2019, S. 402) fest, dass Defizite in den Bereichen der Selbstkontrolle und Emotionsregulation im Erwachsenenalter ausschlaggebend seien, im Jugendalter hingegen nicht. Als typische Indikatoren gälten ihnen zufolge dafür eine „[g]eringere Integration der Identität, geringere Kapazität, verantwortungsvoll zu handeln, und ein schnelleres affektives Getriggert-Werden“. Dabei ist fraglich, inwiefern sich ein „schnelleres affektives Getriggert-Werden“ in der Praxis trennscharf von Schwierigkeiten in der Emotionsregulation unterscheiden lässt. Zudem wird nicht berücksichtigt, dass Identität und verantwortungsvolles Handeln Kompetenzen sind, die erst im Laufe der Jugend entwickelt werden, so dass unklar ist, woran diesbezüglich Defizite festzumachen sind. Passender spricht Breithaupt-Peters (2010, S. 90) stattdessen von Spaltung und übermäßiger Schuldzuweisung. Anders als Bock et. al., sieht Murafi (2010, S. 46) zudem die Regulation von Impulsen und Affekten im Jugendalter durchaus beeinträchtigt. Steinhausen (2019, S. 369) weist ergänzend darauf hin, dass Impulsivität sich bei Jugendlichen anders niederschlagen kann, beispielsweise in Form von Weglauftendenzen, die für Erwachsene wiederum weniger typisch seien. Zudem ist laut Breithaupt-Peters (2010, S. 90) häufig die Fähigkeit eingeschränkt, Gefühle und Bedürfnisse zu verbalisieren. Dies könne zu Frustration, Überreaktion und unangemessenem Ausagieren auf nonverbaler Ebene führen, zum Beispiel in Form von heftigen Wutausbrüchen. Des Weiteren werden Teilleistungsstörungen (ebd.) und Schulverweigerung (Steinhausen, 2019, S. 369) als mögliche Indikatoren benannt. Weitere Anzeichen sind eine „vermehrte Irritabilität“ (Murafi, 2010, S. 45) und höhere Sensibilität gegenüber zwischenmenschlichen Signalen bei gleichzeitig schwach ausgeprägter Empathie (Sevecke & Krischer, 2016, S. 22).

#### 4.4 Differenzialdiagnostik und Komorbidität

Die Themenkomplexe Differenzialdiagnostik und Komorbidität werden in einem gemeinsamen Kapitel aufgeführt, weil es sich meist um dieselben Störungsbilder handelt, die entweder differenzialdiagnostisch auszuschließen oder als Komorbidität einzuschließen sind.

Durch inhaltliche Überschneidungen erfüllen etwa 50% aller Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nach den kategorialen Modellen die Kriterien für *mehrere* Subtypen (Herpertz, 2018, S. 151). Hieran wird auch die Intention hinter der Reduktion bzw. Abschaffung der Subtypen deutlich. Schmid und Schmeck (2013, S. 519) zufolge ist diese interne Komorbidität unter Jugendlichen besonders hoch. Entgegen dieser Forschungsergebnisse und der Richtlinie des Komorbiditätsprinzips wird in der Praxis jedoch üblicherweise nur ein Subtyp diagnostiziert (vgl. Fiedler & Herpertz, 2016, S. 197f.).

Rund 92% aller Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörung weisen mindestens eine psychische Komorbidität auf (Breithaupt-Peters & Dufner, 2012, S. 372), bei Jugendlichen mit Borderline-PS sind es sogar fast 100% (Fischer & Kaess, 2016, S. 49). Murafi (2010, S. 54) beschreibt, dass bei Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen zu rund 75% auch eine Traumafolge vorliegt, weshalb *posttraumatische Belastungsstörungen* oft komorbide auftreten. Häufig kommen nach Sevecke und Pukrop (2015, S. 163f.) zudem *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen* und *Essstörungen* vor. Steinhausen (2019, S. 369) ergänzt *Depressionen*, *Angststörungen* und *Substanzkonsumstörungen*. Auch *psychotische*, *bipolare* (Fischer & Kaess, 2016, S. 49f.) und *Zwangsstörungen* (Schmeck & Schlüter-Müller, 2009, S. 59) können parallel auftreten.

Alle hier aufgezählten Störungen sind auch *differenzialdiagnostisch* abzuklären. Sevecke und Pukrop (2015, S. 164) zufolge kann insbesondere die Abgrenzung zwischen *posttraumatischer Belastungsstörung* und Borderline-Persönlichkeitsstörung schwierig sein. Dies hänge damit zusammen, dass sie oft eine gemeinsame traumatische Grundlage haben. Gleiches gilt für die Abgrenzung zur *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*, die bisweilen auch als „Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen“ betrachtet wird (vgl. Streeck-Fischer, 2018, S. 196). Darüber hinaus ist das *Asperger-Syndrom* auszuschließen (Steinhausen, 2018, S. 369).

Besondere differenzialdiagnostische Relevanz kommen der *Störung des Sozialverhaltens* sowie der kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen zu. Die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen weist Ähnlichkeiten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, ist aber deutlich unspezifischer in ihren Kriterien. Streeck-Fischer, Düwell, Bauers und Siebert (2018, S. 348) bezeichnen sie daher auch als deren „Vorläuferdiagnose“.

Die Störung des Sozialverhaltens weist wiederum viele diagnostische Überschneidungen mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung auf, ist allerdings ebenfalls unspezifischer und somit weniger aussagekräftig (Breithaupt-Peters, 2010, S. 91). Im DSM-5 wird das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens vor dem Alter von 15 Jahren vorausgesetzt, um eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu dürfen. In etwa 25% der Fälle geht sie in eine antisoziale Persönlichkeitsstörung über (Klicpera, Gasteiger-Klicpera & Bešić, 2019, S. 184). Dabei gilt: Je früher antisoziales Verhalten auftritt, desto ungünstiger ist die Prognose und desto wahrscheinlicher ist es, dass das Verhalten pathologisch ist. Tritt das Verhalten hingegen erstmals im Jugendalter auf, ist dies nicht ungewöhnlich und reguliert sich oftmals im Lauf der Zeit von selbst (Fuhrer, 2013, S. 124f.). Dies könnte der Grund sein, weshalb die antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 18. Geburtstag diagnostiziert werden darf.

Die WHO gibt diesbezüglich eine andere Richtlinie vor: „Falls kinderpsychiatrische Störungen unter Bezeichnungen zusammengefasst werden können, die in der Erwachsenenpsychiatrie benutzt werden, sollten sie auch so codiert werden“ (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2017, S. 29f.). Da es sich bei der Störung des Sozialverhaltens und der Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen um „nur für die Kindheit und Jugend spezifische Störungen“ handelt (Dilling et al., 2015, S. 27), ist zu vermuten, dass diese Richtlinie hier gleichermaßen gilt. In dem Fall müsste also die dissoziale Persönlichkeitsstörung bevorzugt diagnostiziert werden, wenn die Kriterien für beide Störungsbilder erfüllt sind. Gleiches gilt für die Borderline-PS.

Die Differenzialdiagnostik von Persönlichkeitsstörungen gilt allgemein als anspruchsvoll. Dobiosch und Benecke (2018, S. 189) sehen eine mögliche Erklärung für die hohe Komorbidität und schwierige Differenzialdiagnostik in einer „starken Evidenz für einen „*general psychopathology factor*““ (Hervorhebung im Original), also einen bisher ungeklärten gemeinsamen Faktor, der verschiedene Formen psychischer Störungen mitbedingt. Denkbar ist, dass dieser Faktor auch mit den Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhängen könnte.

## 5 Besonderheiten und Kontroversen um die Diagnostik im Jugendalter

Im Kapitel 4.4 wurde geschildert, dass sich die differenzialdiagnostische Abgrenzung bei Persönlichkeitsstörungen schwierig gestaltet. Dies zeigt sich auch an der hohen Anzahl von Komorbiditäten. Bei Jugendlichen stellt sich die Differenzialdiagnostik noch anspruchsvoller dar als bei Erwachsenen, da keine jugendspezifischen Kriterien existieren. Biologische und psychologische Reifungsprozesse tragen dazu bei, dass selbst psychisch gesunde Jugendliche Verhaltensweisen an den Tag legen, die einer Persönlichkeitsstörung ähneln können. Verstärkt wird dieser Effekt durch gesellschaftliche Prozesse und Anforderungen, die an die

Jugendlichen gestellt werden und zu Überforderungen führen. Aus diesem Grund ist eine gründliche Diagnostik unumgänglich, insbesondere, weil Persönlichkeitsstörungen den Ruf haben, kaum behandelbar zu sein, sodass eine langwierige Stigmatisierung die Folge sein kann.

Nachfolgend werden in Kapitel 5.1 einige *Diskrepanzen zwischen Forschung und Praxis* in Bezug auf die Diagnostik im Jugendalter dargestellt. Danach werden in Kapitel 5.2 die *entwicklungsspezifischen Aspekte* aus den vorherigen Kapiteln noch einmal aufgegriffen und in Bezug zu den diagnostischen Kriterien von Persönlichkeitsstörungen gesetzt. In Kapitel 5.3 wird anschließend der *Stabilitätsanspruch*, der an Persönlichkeitsstörungen gestellt wird, kritisch geprüft, und damit einhergehend die Phänomene *Remission und Genesung* einander gegenübergestellt. Schließlich wird in Kapitel 5.4 Vorschlag, den Begriff der *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* als alternative Diagnose für das Jugendalter einzuführen, dargestellt und diskutiert.

## 5.1 Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis

Nach vielen Jahren kontroverser Diskussion besteht innerhalb der Forschung mittlerweile größtenteils Einigkeit darüber, dass Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter vorkommen und auch diagnostiziert werden sollten (vgl. Schmeck, 2014, S. 12; Sevecke & Fuchs, 2017, S. 26; Sevecke, Lehmkuhl, Petermann & Krischer, 2011, S. 256). Unter Praktizierenden ist diesbezüglich hingegen eine deutliche Hemmschwelle zu erkennen: „Unabhängig von der Definition [DSM-5 und ICD-10; Anm. d. Autorin] haben viele Kliniker und Therapeuten deutliche Vorbehalte gegenüber der Vergabe einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose, insbesondere bei Jugendlichen“ (Sevecke & Pukrop, 2015, S. 153). Verlaufsstudien haben gezeigt, dass viele Patient\*innen in kinder- und jugendpsychiatrischen Settings erst im Erwachsenenalter die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bekommen, obwohl die Störung je nach Definition bereits in der Adoleszenz begonnen haben muss (Sevecke & Fuchs, 2017, S. 29).

Laurenssen, Hutsebaut, Feenstra, van Busschbach und Luyten (2013) führten eine Querschnittstudie in Belgien und den Niederlanden durch, an der 367 praktizierende Psycholog\*innen teilnahmen, die mit Adoleszenten arbeiten. Dabei waren 64% der Befragten der Überzeugung, dass Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz vorkämen und auch diagnostizierbar seien. Jedoch gaben lediglich 8,7% an, die Diagnose tatsächlich zu vergeben, was im Umkehrschluss bedeutet, dass 91,3% grundsätzlich *keine* Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz diagnostizieren. Nur 6,5% von ihnen boten PS-spezifische Therapiemethoden an. Als Begründung für diese Diskrepanz gaben 41,2% der Befragten an, die Adoleszenz sei „a stormy developmental phase“ (S. 2) und die Symptomatik sei nicht von Dauer. 25,9% waren fälschlicherweise der Ansicht, die Diagnose sei nach DSM-IV – welches zum Erhebungszeitpunkt in

diesen Ländern genutzt wurde – nicht zulässig, und 9% wollten bewusst eine Stigmatisierung vermeiden. Laurensen et al. kommen zu dem Schluss, dass Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz vermutlich „underdiagnosed“ (S. 3) sind und aktuelle Forschungsergebnisse in der Praxis kaum Beachtung finden.

Die Krankenkasse DAK erfasste im Jahr 2016 die prozentuale Häufigkeit von psychischen Störungen in der Altersklasse der 15- bis 17-Jährigen. Die Zahl der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen betrug dabei geschlechterübergreifend 1,46% (Batram, Damm, Scholz & Witte, 2018, S. 38). Die Krankenkasse BARMER erhob die gleichen Daten für dasselbe Jahr innerhalb der nächsthöheren Altersstufe (18 bis 25 Jahre), wobei sich ein Gesamtwert von 2,36% innerhalb dieser Störungsgruppe ergab (Grobe, Steinmann & Szecsenyi, 2018, S. 138ff.). Zu beachten ist hierbei, dass unter diese Störungskategorie nicht ausschließlich Persönlichkeitsstörungen fallen, sondern auch Verhaltensstörungen, wie beispielsweise Störungen der Impulskontrolle, Geschlechtsidentität, Sexualpräferenz und weitere (vgl. Dilling et al., 2016, S. 170ff.). Daher dürfte die Zahl der PS-Diagnosen sogar noch geringer ausfallen. Zwar ist zu bedenken, dass nicht alle Menschen, auf die die Kriterien einer PS zutreffen, sich einer Diagnostik unterziehen; dennoch können diese deutlichen Abweichungen der gestellten Diagnosen gegenüber der empirisch untersuchten Prävalenz von 14,7% (vgl. Kapitel 2.4) als Indiz dafür gesehen werden, dass entweder auch hierzulande die Diagnosevergabe von Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen in der klinischen Praxis zögerlich erfolgt, oder dass in diesen Altersgruppen eine Versorgungslücke besteht.

Für den Forschungsgegenstand sind besonders Studien von Relevanz, die sich mit der Diagnostik in *klinischen* Stichproben befassen, da sich anhand dieser einschätzen lässt, in welchem Ausmaß falsch-negative Befunde gestellt werden. Laut Sevecke et al. (2011, S. 258) belegen mehrere Studien, dass bei Jugendlichen signifikant mehr PS-Diagnosen gestellt werden, wenn entsprechende Diagnoseinstrumente zum Einsatz kommen, als wenn klinische Urteile anhand von Erfahrungswerten gestellt werden (32,7% mit SKID-II im Vergleich zu 10,9% ohne Instrument). Ponton-Rodriguez und Krischer haben eine solche Studie mit 149 adolescenten stationären Patient\*innen am Universitätsklinikum Köln durchgeführt und 2018 veröffentlicht. Die Teilnehmenden waren zwischen 13 und 19 Jahre alt und zu Beginn hatten 19,5% von ihnen eine diagnostizierte Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (S. 190). Nach der Messung via IPDE (vgl. Anhang 9) lag bei 59,7% eine Persönlichkeitsstörung vor, aufgeteilt in 35,6% gesicherte und 24,2% wahrscheinliche Diagnosen (S. 192). Rechnerisch weisen diese Studien also darauf hin, dass gegenüber klinischen Urteilen etwa dreimal so viele Diagnosen zu erwarten sind, wenn validierte Instrumente zum Einsatz kommen. Darüber hinaus ist gemäß Sevecke et al. (2011, S. 258) die Prävalenz in klinischen Stichproben unter Einsatz der Instrumente mit der Prävalenz im klinischen Erwachsenenbereich vergleichbar.



Auf der anderen Seite ist zu bedenken, dass es sich bei SKID-II und IPDE um Instrumente handelt, die sich auf die kategorialen Modelle beziehen. Aus dieser Perspektive ist die Frage zu stellen, inwiefern die Definitionen von Persönlichkeitsstörungen nach diesen Modellen noch dem aktuellen Forschungsstand entsprechen. Ein berühmtes Zitat von Edwin G. Boring (1923, S. 35) in Bezug auf Intelligenz lautet: "Intelligence is what the tests test". Damit wollte er ausdrücken, dass Intelligenz ein facettenreiches Phänomen ist, das definitorisch schwer zu erfassen ist, und die Definition folglich paradoxerweise von dem jeweiligen Intelligenztest abhängt. Das Zitat lässt sich analog auf Persönlichkeitsstörungen übertragen. Die Umstellung auf eine dimensionale Betrachtungsweise zeigt deutlich, dass Persönlichkeitsstörungen einem definitorischen Wandel unterliegen. Während SKID-II und IPDE also Persönlichkeitsstörungen nach den kategorialen Modellen messen, messen dimensional ausgerichtete Tests zwar die *gleiche*, aber nicht *dieselbe* Störung, da es sich de facto um verschiedene Versionen der Störung handelt. Folgerichtig ist davon auszugehen, dass manche Personen, die gemäß kategorialer Diagnostik eine Persönlichkeitsstörung haben, nach dimensionaler Diagnostik keine mehr hätten – und umgekehrt. Auf Basis dieser Überlegung lässt sich kritisch hinterfragen, ob der Einsatz standardisierter Diagnoseinstrumente zwangsläufig dem klinischen Urteil erfahrener Diagnostizierender überlegen ist. Oder anders gefragt: Wie zutreffend kann eine Diagnose sein, deren theoretisches Konstrukt wissenschaftlich überholt ist? Sachse (2020, S. 30) stellt überdies die Hypothese auf, die Expertise der Diagnostizierenden sei entscheidend für die Validität einer Diagnose, und spricht „Anfänger[\*innen]“ infolgedessen die Kompetenz ab, zuverlässige Diagnosen zu stellen.

Die Berechtigung dieser Kritik wird noch deutlicher, wenn man bedenkt, dass es sich bei der klinischen Studie von Ponton-Rodriguez und Krischer um eine Querschnittstudie handelt und für die Diagnostik nach IPDE lediglich zwei Wochen angesetzt waren (vgl. S. 189). Das Stabilitätskriterium konnte hier folglich – sofern keine Vorberichte vorlagen – nur durch die retrospektiven Aussagen der Patient\*innen und ggf. ihrer Angehörigen erfasst werden. Dadurch ist ein stärkerer Grad an Verzerrung zu erwarten, als wenn die Diagnostik im Rahmen einer Langzeittherapie stattgefunden hätte. Daher stellt sich auch die Frage, inwieweit die Qualität der Diagnostik in Forschung und Praxis miteinander vergleichbar ist. Sevecke und Krischer (2014) sind beispielsweise der Auffassung, dass Persönlichkeitsstörungen weder anhand der aktuellen Instrumente (S. 12) noch anhand der Manuale (S. 25) eindeutig von Adoleszenzkrise abgegrenzt werden können, und zweifeln folglich an deren Validität. Insofern ist nicht auszuschließen, dass die Querschnittstudie von Ponton-Rodriguez und Krischer durch falsch-positive Diagnosen verzerrt wurde.

Unabhängig davon zeigt die zuvor genannte belgisch-niederländische Studie von Laurensen et al., dass der Verzicht auf die PS-Diagnose zu großen Teilen auf nicht-fachlichen Gründen

beruht – im Gegenteil ging sogar ein Viertel der Diagnostizierenden von der falschen Annahme aus, dass die Diagnose bei Minderjährigen unzulässig wäre.

In der Praxis wird in solchen Fällen auf andere Diagnosen zurückgegriffen. Gängig sind dabei Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel F9: *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (Streeck-Fischer, 2014, S. 84). Darunter fallen unter anderem die *Störung des Sozialverhaltens* und die *kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen*, die bereits in Kapitel 4.4 genannt wurden. Üblich ist laut Schmeck et al. (2011, S. 248) auch die Diagnose einer *Anpassungsstörung* in Kombination mit einer *Angststörung* oder *Depression*.

Steinhausen (2019, S. 364) beschreibt „in jüngster Zeit“ zumindest in Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Zunahme der Diagnosen bei Jugendlichen. Dies könnte mit der vergleichsweise guten Forschungslage bezogen auf diesen Subtyp zusammenhängen. Bei der Recherche für diese Arbeit zeichnete sich ab, dass der Literaturbestand zu den einzelnen Subtypen verhältnismäßig nicht zu den Prävalenzen passt. So scheinen die Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung in der Forschung deutlich überrepräsentiert, während beispielsweise die vermeidend-selbstunsichere oder zwanghafte PS trotz vergleichbarer oder sogar höherer Prävalenzen kaum Erwähnung finden.

## 5.2 Entwicklungsspezifische Aspekte

Die Aufhebung der Altersempfehlungen in den dimensional Modellen lässt die kritische Frage zu, ob eine Persönlichkeitsstörung unabhängig vom Alter auftreten kann und diagnostizierbar ist. Da die Ursachen für Persönlichkeitsstörungen bislang nur begrenzt erforscht sind, ist auch nicht klar, *wann* diese entstehen. So lässt sich beispielsweise die Frage stellen, ob ein fünfjähriges Kind eine Persönlichkeitsstörung haben kann. Aus psychodynamischer Perspektive, der zufolge Persönlichkeitsstörungen zumindest ihren *Ursprung* in der frühen Kindheit haben, scheint dies denkbar. Auch gelten Persönlichkeitsmerkmale nach dem Fünf-Faktoren-Modell ab dem Alter von drei Jahren als relativ stabil und prognostizierbar (vgl. Kapitel 2.1). Breithaupt-Peters (2010, S. 89) beschreibt, dass Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörung teils bis ins Kindergartenalter zurückzuverfolgen sind, und nennt sogenannte „Schreikinder“ als Beispiel, wobei sie sie nicht darauf eingeht, was mit dieser Bezeichnung konkret gemeint ist. Ob dies im Gegenzug bedeutet, dass diese Menschen bereits im Kindergartenalter eine Persönlichkeitsstörung hatten, oder ob die Störung sich erst im weiteren Verlauf entwickelt hat, bleibt zudem unklar, ebenso wie die Frage, woran eine potenzielle PS in dieser Altersgruppe eindeutig von anderen Störungen oder gar altersgerechtem Verhalten unterscheidbar ist; schließlich stellen „Schreikinder“ nicht zwangsläufig eine Abweichung von der Norm dar, geschweige denn muss bei ihnen eine Psychopathologie vorliegen.

Folglich wäre herauszuarbeiten, welche Indikatoren eine Abweichung von der Norm begründen – oder anders formuliert: Welche Art oder Intensität muss ein Verhalten aufweisen, um für das jeweilige Alter inakzeptabel zu sein? Umgekehrt wäre zu ermitteln, ab welchem Alter Verhaltensweisen, die bei Jüngeren noch akzeptiert werden, *nicht mehr* der Norm entsprechen. An diesen exemplarischen Überlegungen wird deutlich, wie wichtig es trotz der Aufhebung der Altersempfehlungen ist, den Entwicklungsstand in Relation zu durchschnittlichen Gleichaltrigen zu setzen – so wie es auch in den Diagnosemanualen vorgesehen ist.

Obwohl dies am Beispiel von Kindern besonders deutlich wird, gilt es gleichermaßen für das Jugendalter. Nachfolgend werden deshalb die diagnostischen Kriterien mit den entwicklungs-spezifischen Aspekten aus den vorherigen Kapiteln gegenübergestellt. Zunächst wird in Kapitel 5.2.1 zunächst auf die *biologischen Besonderheiten* eingegangen. In Kapitel 5.2.2 wird anschließend beschrieben, wie Persönlichkeitsstörungen von *Adoleszenzkrise*n abzugrenzen sind. In Kapitel 5.2.3 werden die psychologischen *Entwicklungsaufgaben* von Resch und Lehmkuhl noch einmal aufgegriffen und in Bezug zu den Diagnosekriterien des Hybridmodells gesetzt. Dadurch soll exemplarisch herausgearbeitet werden, ab wann eine Persönlichkeitsstörung nach diesem Modell diagnostizierbar ist. Im Gegenzug wird schließlich in Kapitel 5.2.4 noch auf die Phase der *Emerging Adulthood* eingegangen. Diese ist neben der Adoleszenz gesondert zu betrachten, da die Kombination aus Volljährigkeit und einer Verzögerung der Entwicklungsaufgaben spezielle Anforderungen an die Diagnostik stellt.

### 5.2.1 Biologische Besonderheiten

Um mit stressverbundenen Anforderungen konstruktiv umgehen zu können, bedarf es verschiedener Fähigkeiten und Fertigkeiten. Bewältigungsstrategien müssen zunächst entwickelt oder erlernt werden. Im Anschluss müssen diese Strategien flexibel und oft spontan an die jeweilige Situation angepasst werden, was eine kognitiv und emotional anspruchsvolle Leistung darstellt. Dabei verfügen Adoleszente einerseits aufgrund ihrer fehlenden Lebenserfahrung nur über eine begrenzte Anzahl an Strategien, auf die sie zurückgreifen können; andererseits ist ihr Gehirn vor allem in der frühen Adoleszenz noch nicht ausreichend entwickelt, um die notwendigen Anpassungsleistungen zu vollbringen (Sevecke & Pukrop, 2015, S. 157). Daher führen krisenhafte Situationen je nach Entwicklungsstand zwangsläufig zu einer Überforderung.

Während die Altersspanne von 13 bis 15 Jahren von Fuhrer (2013, S. 121) als „besonders belastend“ beschrieben wird, ergab eine repräsentative Studie aus Kanada ein anderes Bild: Hier zeigte sich „dass 46 Prozent der 13-jährigen, 33 Prozent der 16-jährigen und 42 Prozent der 18-jährigen Jugendlichen auffällige Persönlichkeitsmerkmale“ aufweisen (Korenblum et al., 1990, zit. nach Streeck-Fischer, 2016, S. 315). Diese Daten sind bemerkenswert, weil

offenbar im Alter zwischen 13 und 16 Jahren – also in der erwartungsgemäß kritischsten Phase – ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist, dem ein anschließender Wiederanstieg folgt. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte im Ablauf der Hirnentwicklung liegen. In Kapitel 2.2.1 wurde beschrieben, dass die entwicklungsbedingte Dysbalance zwischen limbischem System und präfrontalem Kortex sich im ungefähren Alter von elf bis 14 Jahren abspielt. Dies könnte die hohe Belastung unter 13-Jährigen erklären. Denkbar ist, dass das Ende dieser Phase anschließend als Entlastung wahrgenommen wird. Der anschließende Wiederanstieg könnte dadurch erklärt werden, dass die kognitive Entwicklung im Anschluss weiter voranschreitet und neue Herausforderungen mit sich bringt, zumal in Hinblick auf die Volljährigkeit zunehmend mehr Verantwortung von den Jugendlichen erwartet wird.

Kurios ist an dieser Studie allerdings, dass nicht etwa auffällige Verhaltensweisen (States) untersucht worden sind, sondern ausdrücklich *Persönlichkeitsmerkmale*, also Traits. Dass ein so hoher Prozentsatz an Jugendlichen problematische Traits aufweist, die obendrein derartigen Schwankungen unterliegen, erscheint widersprüchlich. Interessant wäre hier zu erfahren, wie diese Merkmale ermittelt worden sind und wie „auffällige Persönlichkeitsmerkmale“ definiert wurden – insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass die Studie mittlerweile mindestens 30 Jahre alt ist.

In Untersuchungen sind anatomische Besonderheiten im Gehirn von Personen mit antisozialer und Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgewiesen worden, die Parallelen zum pubertären Hirnreifungsprozess aufweisen. Fiedler und Herpertz (2016, S. 178) schildern, dass beide Subtypen mit einer verringerten Konnektivität zwischen dem präfrontalen Kortex und Teilen des limbischen Systems einhergingen. Bei denjenigen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung sei in Teilen des präfrontalen Kortex zudem ein verringertes Volumen und eine verminderte Aktivität erkennbar gewesen. Kölch et al. (2013, S. 312) berichten auch bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung von Veränderungen im präfrontalen Kortex. In erster Linie fiel bei diesem Subtyp aber ein um 11% bzw. 13% reduziertes Hippocampus- und Amygdalavolumen auf (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 172ff.).

Bemerkenswert ist, dass es sich dabei um die gleichen Hirnareale handelt, die in der pubertären Hirnentwicklung mit Phänomenen wie erhöhter Risikobereitschaft und mangelnder Emotionsregulation in Verbindung gebracht werden. Zwar sind die Ursachen für die anatomischen Veränderungen nicht eindeutig geklärt, sodass ein kausaler Rückschluss unzulässig ist; allerdings bieten diese Parallelen eine mögliche Erklärung für die Ähnlichkeit im Erscheinungsbild von Adoleszenzkrise und Persönlichkeitsstörungen. Interessant ist dabei auch die Feststellung, dass sich die Konnektivität zwischen Amygdala und präfrontalem Kortex in Stresssituationen durch die Anwendung von Schmerzreizen verbessern ließ (ebd., S. 174f.). Dies könnte den hohen Prozentsatz an Selbstverletzungen in der Pubertät erklären. So zeigen in der

Allgemeinbevölkerung rund 30% der Jugendlichen mindestens einmal autoaggressives Verhalten, die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen hingegen nur etwa 1%. (Fischer & Kaess, 2016, S. 46).

Darüber hinaus geben die Parallelen aber auch Anlass zur Hypothese, dass sich das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz ungünstig auf die Hirnentwicklung auswirkt. In diesem Fall ist eine frühzeitige Intervention dringend angeraten, um derart schwerwiegenden Folgeschäden entgegenzuwirken. Streeck-Fischer (2014, S. 1) betrachtet die in der Pubertät stattfindende Neuorganisation des Gehirns als „zweite Chance“. In dieser Phase bestehen günstige biologische Voraussetzungen, bisherige negative Erfahrungen, die in Form von synaptischen Verknüpfungen gespeichert sind, aufzulösen und durch neue Verknüpfungen zu ersetzen.<sup>1</sup> Diese unbewusst ablaufenden Prozesse können durch professionelle therapeutische Maßnahmen gezielt unterstützt werden. Da die Hirnreifung im jungen Erwachsenenalter weitestgehend abgeschlossen ist, verringern sich im späteren Verlauf auch die Möglichkeiten, hierauf Einfluss zu nehmen. Streeck-Fischer (2016, S. 316) spricht sogar von einer möglichen Schädigung des limbischen Systems unter ungünstigen psychosozialen Bedingungen. Somit sind die Vorteile einer frühzeitigen Intervention biologisch begründbar. Dennoch ist eine gründliche Diagnostik unabdingbar, insbesondere aufgrund der symptomatischen Ähnlichkeit mit pubertärem Verhalten.

### 5.2.2 Abgrenzung zur Adoleszenzkrise

Das innere Ungleichgewicht, das sich aus den biologisch bedingten Entwicklungsdiskrepanzen in Kombination mit gesellschaftlichen Anforderungen ergibt, führt schnell zu Überforderungen bis zur Adoleszenzkrise. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, können diese Krisen sowohl in Erscheinungsform als auch Intensität den spezifischen Persönlichkeitsstörungen ähneln und daher leicht mit diesen verwechselt werden. Es gibt allerdings einzelne Merkmale, die als Orientierungshilfe herangezogen werden können, um die beiden Phänomene voneinander zu unterscheiden.

Anders als Persönlichkeitsstörungen treten Adoleszenzkrise in der Regel relativ plötzlich auf und zeigen eine „dramatisch verlaufende Symptomatik“ (Sevecke & Krischer, 2016, S. 23), die sich jedoch meist von selbst wieder normalisiert. Fegert et al. (2019, S. 12) ordnen die Adoleszenzkrise am ehesten der Diagnose einer Anpassungsstörung zu. Sie beschreiben drei Merkmale einer Adoleszenzkrise in Abgrenzung zu einer Persönlichkeitsstörung:

- (1) den Zeitfaktor,

---

<sup>1</sup> Diese Darstellung ist zum leichteren Verständnis stark vereinfacht. Die neuroplastischen Vorgänge sind weit aus komplexer, vgl. Schandry (2011, S. 105ff.) und Merod (2010, S. 17ff.).

- (2) den Auslöser und
- (3) den Ausschluss einer Psychopathologie.

Der Zeitfaktor wird von den Autor\*innen nicht spezifisch definiert. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass die Krise ungefähr innerhalb des 13. bis 17. Lebensjahres überwunden sein sollte. Weshalb genau diese Altersspanne festgelegt wurde, wird nicht näher erläutert. In Anbetracht der Tatsache, dass die Entwicklungsaufgaben, inklusive der Identitätsentwicklung, sich zunehmend nach hinten und über die Adoleszenz hinaus verzögern, erscheint diese Altersangabe willkürlich. Sinnvoller wäre hier eine Richtlinie, wie lange eine solche Krise in der Regel andauert. Eine Krise, die mit zwölf Jahren beginnt und mit 16 Jahren noch nicht überwunden ist, wäre demnach zeitlich noch im Rahmen einer Adoleszenzkrise. Die Diagnose einer Anpassungsstörung kann hingegen nur bis zu einer Dauer von maximal sechs Monaten gestellt werden (Dilling et al., 2016, S. 138). Darüber hinaus wird in der ICD-11 eine Dauer von etwa zwei Jahren als Anhaltspunkt für eine Persönlichkeitsstörung beschrieben und im traditionellen Modell des DSM-5 eine Mindestdauer von einem Jahr für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei Minderjährigen vorausgesetzt. Ausgehend von diesen Richtwerten bleibt unklar, wie eine Krise zu bewerten (und zu codieren) ist, die länger als sechs Monate, aber weniger als ein Jahr andauert.

Die Identifikation eines auslösenden Faktors stellt somit den zentralen Unterscheidungsaspekt bei länger andauernden Krisen dar. Entgegen der o.g. Aussage von Sevecke und Krischer ist ein plötzliches Auftreten zwar ein Anhaltspunkt, jedoch kein hinreichendes Merkmal für eine Adoleszenzkrise bzw. gegen eine Persönlichkeitsstörung. Sie selbst beschreiben einen „nach außen überraschend wirkenden Zusammenbruch“ als typisch für adoleszente Borderline-Persönlichkeitsstörungen (S. 57). Laut psychodynamischen Ansätzen werden die Probleme, die in der Kindheit entstanden sind, häufig erst in der Adoleszenz sichtbar (vgl. Kapitel 2.4). Ein Ereignis, das zu einer akuten Überforderung führt, kann somit ebenfalls das plötzliche Auftreten der Symptomatik *auslösen*. Gemeint ist bei diesem Merkmal allerdings vermutlich ein *verursachender* Faktor. Um jedoch einschätzen zu können, ob ein Ereignis ursächlich oder auslösend ist, bedarf es einer gründlichen Anamnese und ganzheitlichen Betrachtung.

Folgerichtig ist die Berücksichtigung des strukturellen Funktionsniveaus unumgänglich und stellt somit den vierten und wichtigsten Indikator zur Unterscheidung von Adoleszenzkrise und Persönlichkeitsstörung dar. Das Problem an dieser Stelle ist allerdings, dass Beeinträchtigungen „nur im Vergleich zu einer altersgerechten Norm diagnostiziert werden“ können (Bock et al., 2019, S. 402). Da keine jugendspezifischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen existieren, ist es notwendig, sich auf andere Bezugspunkte zu stützen. Hierfür können die Entwicklungsaufgaben herangezogen werden. Hier wird im nachfolgenden Unterkapitel näher eingegangen.

Wie in Kapitel 5.1 bereits angemerkt, sind Sevecke und Krischer (2016, S. 12, 25) der Auffassung, dass eine eindeutige Unterscheidung der beiden Phänomene anhand der aktuellen Diagnosemanuale und diagnostischen Instrumente *nicht* möglich sei. Zwei Jahre zuvor sie jedoch geäußert, dass sich eine Adoleszenzkrise mithilfe des Hybridmodells zumindest von „einer *schweren* Persönlichkeitsstörung mit *deutlichen* Funktionsbeeinträchtigungen“ abgrenzen lässt (Sevecke, Schmeck & Krischer, 2014, S. 282; Hervorhebungen d. Autorin). Hieran wird deutlich, dass der Schweregrad der Beeinträchtigungen entscheidend ist.

Streeck-Fischer (2016, S. 312) betrachtet Adoleszenzkrise als explizit nicht-pathologisch und kritisiert einen Rückgang der Verwendung dieses Begriffs zugunsten von psychiatrisch relevanten Diagnosen wie *Anpassungsstörung* oder *Störung des Sozialverhaltens*. Sie betont in diesem Kontext, dass die naheliegende Vermutung eines direkten Zusammenhangs zwischen Adoleszenzkrise und „schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung [...] nach heutigen Erkenntnissen obsolet“ sei, wobei anzumerken ist, dass sie als Belege primär ihre eigenen Werke heranzieht (vgl. ebd.). In ihren weiteren Ausführungen führt sie hingegen verschiedene Studien an, die ihrer eigenen Betrachtungsweise widersprechen. So betont sie, dass etwa 50% aller psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen „ihren Beginn um das 14. Lebensjahr herum“ haben (S. 315), und bezieht die erhöhte Anfälligkeit in diesem Alter schließlich auch auf Persönlichkeitsstörungen im Speziellen (S. 322). Darüber hinaus benennt sie „besonders hohen Prävalenzen für psychische Störungen“ in der Altersspanne zwischen 18 und 24 Jahren (S. 339), woraus abzuleiten ist, dass die gesamte Jugend diesbezüglich als kritische Phase zu betrachten ist. Dies deckt sich auch mit ihrer Angabe, dass die Krankheits- und Sterberate vom Ende der Kindheit bis zum Ende der Adoleszenz um 300% ansteigt, was sie explizit auf psychiatrisch relevante Gegebenheiten zurückführt (vgl. S. 314f.). Zudem konnte ihr Eindruck, der Begriff der Adoleszenzkrise sei „aus der Literatur verschwunden“ (S. 312) während der Recherche für diese Bachelorarbeit nicht bestätigt werden.

Anders als Streeck-Fischer kritisieren Fegert et al. (2017, S. 36) die *Verharmlosung* ernstzunehmender psychischer Störungen im Jugendalter als Adoleszenzkrise. Verschiedene Längsschnittstudien hätten nicht nur gezeigt, dass „die Hälfte aller psychischen Störungen der 25-jährigen Erwachsenen in die Pubertät, ja sogar ins Kindesalter zurückreicht“, sondern auch, dass sie ihren *Höhepunkt* in der Adoleszenz erreichen (ebd.). Es erscheint plausibel, dass hier eine Wechselwirkung zwischen psychischen Störungen und Adoleszenzkrise besteht. Dabei ist davon auszugehen, dass das Vorliegen einer psychischen Störung die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben erschwert und im Gegenzug das Scheitern an Entwicklungsaufgaben eine Psychopathologie begünstigt.

Festzuhalten ist, dass die Adoleszenzkrise als Diagnose im klinischen Kontext unbrauchbar ist: erstens, weil sie gemäß ICD-10 oder DSM-5 nicht codierbar ist, und zweitens, weil

erhebliche Uneinigkeit darüber besteht, wie diese Krisen definiert werden und ob es sich dabei um normative oder pathologische – und somit auch behandlungsbedürftige – Zustände handelt. Es ist also denkbar, dass die Verwendung dieses Begriffs in der klinischen Praxis zu Missverständnissen führen und dadurch sogar schädlich sein kann. Anders verhält es sich mit der Diagnose *Anpassungsstörung*, die einen eindeutigen pathologischen Befund darstellt.

Eine Möglichkeit zur Vermeidung derartiger Missverständnisse wäre, die Adoleszenzkrise als eigenständiges Störungsbild in die Diagnosemanuale aufzunehmen. Als Gegenargument ist hier zu nennen, dass dadurch unter Umständen alterstypisches Verhalten pathologisiert werden würde. Bei dieser Betrachtungsweise ist jedoch kritisch zu hinterfragen, welchen Nutzen es hat, eine Störung anhand ihrer Abweichung von der Norm zu definieren statt anhand des Behandlungsbedarfs. Wenn eine Adoleszenzkrise dem Erscheinungsbild einer Persönlichkeitsstörung derart stark ähnelt, ist zu erwarten, dass auch der Leidensdruck entsprechend hoch ist. In diesem Fall erscheint es fahrlässig, diesen Zustand aufgrund seiner vermeintlichen Normalität zu verharmlosen, da die Betroffenen somit in ihrem Leid nicht ernstgenommen werden und womöglich keine ausreichende Unterstützung erhalten.

### 5.2.3 Entwicklungsaufgaben

In den dimensionalen Modellen ist die Notwendigkeit, den Entwicklungsstand zu berücksichtigen, noch deutlicher zu erkennen als in den kategorialen Modellen. Im Hybridmodell des DSM-5 sind Einschränkungen im Funktionsniveau in den Bereichen Identität, Selbststeuerung, Empathie und/oder Nähe gefordert. Diese – oder vergleichbare – Begriffe lassen sich auch in den psychologischen Entwicklungsaufgaben von Resch und Lehmkuhl in Kapitel 2.2.2 wiederfinden.

Der erste Bereich – *Identität* – stellt zugleich die erste Entwicklungsaufgabe dar. Jugendliche haben hier die Aufgabe, durch wechselseitige Prozesse von Identifikation und Abgrenzung eine „Kohärenz des Selbstbildes“ zu entwickeln (Resch & Lehmkuhl, 2015, S. 20). Die Ausführungen der Autoren stimmen mit den Beschreibungen einer gesunden Identität im Hybridmodell überein (vgl. Anhang 7), die sich unter anderem durch ein „[d]urchgängiges Bewusstsein eines eigenständigen Selbst“ auszeichnet (Falkai & Wittchen, 2018, S. 1065). Da es sich hierbei um einen Zielzustand handelt, sind Jugendliche, die noch nicht mit dieser Entwicklungsaufgabe konfrontiert waren, zwangsläufig einem der beeinträchtigten Bereiche zuzuordnen – auch dann, wenn sie psychisch gesund sind. So wird ein „Selbstbild, dem es an Kohärenz mangelt“ im Hybridmodell als schwere Beeinträchtigung eingestuft (ebd. S. 1066f.). Daran lässt sich erkennen, dass die Indikatoren besonders bei jüngeren Jugendlichen ungeeignet sind, um das Funktionsniveau zu erfassen. Die übereinstimmende Wortwahl (*kohärentes*



*Selbstbild*) zeigt zudem, dass dem Identitätsbegriff in beiden Fällen eine vergleichbare Interpretation zugrunde liegt.

Der Funktionsbereich *Identität* enthält darüber hinaus auch Bezüge zu den nächsten drei Entwicklungsaufgaben: *Selbstwert*, *Affektregulation* sowie *Autonomie und Ablösung*. Jugendliche, die noch kein stabiles Selbstwertgefühl aufgebaut haben, tendieren zu erhöhter Selbstüberschätzung, leichter Kränkbarkeit und Wutausbrüchen (Resch & Lehmkuhl, 2015, S. 21). All diese Aspekte finden sich auch im Hybridmodell wieder, wo sie als mittelgradige Beeinträchtigungen eingestuft werden (vgl. Falkai & Wittchen, 2018, S. 1066). Auch eine mangelnde Fähigkeit zur Affektregulation wird dem stärker beeinträchtigten Bereich zugeordnet, ebenso wie ein „[s]chwach ausgeprägtes Gefühl von Autonomie“ (ebd.).

Die übrigen Entwicklungsaufgaben lassen sich ebenfalls auf die Funktionsbereiche des Hybridmodells übertragen. Ein Mensch, der die Idealvorstellung im Bereich *Selbststeuerung* erfüllt, „[s]etzt sich Ziele und verfolgt diese vernünftig“ (ebd., S. 1065). Dies deckt sich inhaltlich mit den Entwicklungsaufgaben *Integration von Selbstentfaltung*, *Entwicklung einer Zukunftsperspektive* und *Entwicklung von Verantwortlichkeit*. Der Funktionsbereich *Empathie* lässt sich mit der Entwicklungsaufgabe *Soziale Kompetenz* in Verbindung bringen. Im Funktionsbereich *Nähe* lassen sich die Entwicklungsaufgaben *Intimität* und *Integration von Bindung* wiederfinden. Alle vier Funktionsbereiche stehen also in Verbindung mit den Entwicklungsaufgaben.

Hieraus lässt sich ableiten, dass eine Abweichung von der Norm anhand der diagnostischen Kriterien nicht vorliegen kann, solange das vorgesehene Alter für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben noch nicht überschritten ist. Die Ausnahme bilden die *extremen Beeinträchtigungen* in Stufe 4. Hier sind keine direkten Bezüge zu den Formulierungen in den Entwicklungsaufgaben zu erkennen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Erwerb der dazugehörigen Kompetenzen bereits vor dem Eintritt in das Jugendalter erwartet werden.<sup>2</sup> Zu beachten ist allerdings, dass auch vorübergehende Regressionen im Funktionsniveau im Rahmen einer Anpassungsstörung oder länger andauernden, schwerwiegenden Krise nicht gänzlich auszuschließen sind.

Die hier aufgeführte Argumentation lässt den Rückschluss zu, dass Persönlichkeitsstörungen im Wesentlichen *Entwicklungsstörungen* sind. Nach Schmeck und Schlüter-Müller (2015, S. 95) sind ungünstige Entwicklungsverläufe als Vorboten von Persönlichkeitsstörungen schon frühzeitig zu erkennen, wenn „Entwicklungsaufgaben nicht oder nicht zeitgerecht bewältigt werden“. Das bedeutet, dass Adoleszenzkrise – je nach Definition – als Vorboten von Persönlichkeitsstörungen verstanden werden können. Wie die vorherigen Kapitel gezeigt haben, ist es allerdings nicht möglich, den Entwicklungsaufgaben ein konkretes Alter

---

<sup>2</sup> Der Verlauf der sozial-emotionalen Entwicklung im Kindesalter ist bei Berk (2019) übersichtlich geschildert.

zuzuschreiben. Im Gegenteil hat Kapitel 3.4 gezeigt, dass selbst die grobe Zuschreibung auf die Phase der Adoleszenz (frühestens 10 bis maximal 22 Jahre) der Realität nicht gerecht wird.

Bock et al. (2019, S. 402) merken an, dass mit der *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* bei Adoleszenten „[a]ltersspezifische bzw. entwicklungsensible Marker für eine entstehende Persönlichkeitspathologie (...) gefunden“ worden seien. Als Beleg hierfür be-rufen sie sich auf einen Aufsatz von Sevecke et al., aus dem diese Aussage allerdings nicht hervorgeht. Sevecke et al. (2014, S. 282) weisen lediglich darauf hin, dass „die für das Ju-gendalter entscheidenden Dysfunktionalitäten in der Identität, aber auch in der Empathiefähig-keit wesentlich klarer hervor(treten)“, als im kategorialen *Vorgängermodell*. Es handelt sich also lediglich um eine vergleichende Einschätzung. Inwiefern diese als Hinweis auf eine ent-stehende Persönlichkeitsstörung zu interpretieren ist, bleibt unklar. Darüber hinaus kritisieren Sevecke et al. gleich im nachfolgenden Satz das Fehlen von „jugendspezifischen Kriterien, die in die Lage versetzen, Persönlichkeitsstörungen in diesem Altersbereich verlässlich zu diag-nostizieren“ (ebd.).

Die Schlussfolgerung, dass eine Persönlichkeitsstörung bei jungen Adoleszenten anhand der bisher genannten Indikatoren kaum sicher diagnostiziert werden kann, ist allerdings keineswegs damit zu verwechseln, dass Persönlichkeitsstörungen in dem Alter nicht trotzdem auftreten können. Wie bereits mehrfach erwähnt, gehen vor allem psychodynamische Ansätze sogar explizit davon aus, dass die Ursachen bereits in der frühen Kindheit liegen und die daraus resultierenden Probleme lediglich in der Pubertät besonders deutlich hervortreten. Sevecke und Krischer (2011, S. 155) beschreiben, dass „Frühsymptome“ von Persönlichkeitsstörungen bereits im Kindesalter erkennbar seien. Dabei gehen sie jedoch nicht näher darauf ein, welche Symptome dies sein können. Folglich ist die hier aufgeführte Argumentation als Untermaue-rung für die Notwendigkeit jugendspezifischer Diagnosekriterien zu betrachten. Breithaupt-Pe-ters (2010, S. 89) beschreibt, dass sie ihrer Jugendhilfeeinrichtung bereits bei achtjährigen Kindern Probleme erkennen konnte, die im weiteren Verlauf als Persönlichkeitsstörung identi-fiziert worden seien. Dennoch existieren offiziell weder für das Jugend-, geschweige denn für das Kindesalter spezifische Kriterien. Hier besteht also noch Forschungsbedarf.

Wurde eine Entwicklungsaufgabe erfolgreich bewältigt, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass in dem jeweiligen Bereich keine störungsrelevante Beeinträchtigung des Funktionsniveaus vorliegen dürfte. Sollte dennoch im weiteren Verlauf eine Beeinträchtigung entstehen, ist eine differenzialdiagnostische Abklärung angebracht. Wie in Kapitel 5.2.2 nachzulesen ist, ist ein plötzliches Auftreten der Symptomatik eher für Adoleszenzkrise typisch. Da mit jeder Ent-wicklungsaufgabe eine neue Adoleszenzkrise entstehen kann, sind vorübergehende

Rückschritte denkbar. Aber auch andere psychische Störungen können einen solchen Rückschritt verursachen.

Neben dem Funktionsniveau sind im Hybridmodell problematische Persönlichkeitsmerkmale diagnoserelevant. Valide Messungen wurden ab dem Alter von 14 Jahren nachgewiesen (Sevecke et al., 2011, S. 258; Ponton-Rodriguez & Krischer, 2018, S. 187). Kapitel 2.1 hat gezeigt, dass Persönlichkeitsmerkmale nach dem *Fünf-Faktoren-Modell* bereits in der Kindheit eine moderate Stabilität aufweisen. Da die Trait-Domänen des Hybridmodells eng an das Fünf-Faktoren-Modell angelehnt sind, ist zu erwarten, dass sie über eine ähnlich hohe Stabilität verfügen. Ein einziges problematisches Persönlichkeitsmerkmal genügt, um dieses Kriterium zu erfüllen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die 25 Facetten, aus denen sich die fünf Trait-Domänen zusammensetzen, mithilfe von States beschrieben werden (vgl. Anhang 8). States wiederum können kurzzeitig, beispielsweise im Rahmen von Adoleszenzkrise auftreten. Dementsprechend ist zu berücksichtigen, dass ein problematisches Persönlichkeitsmerkmal nicht nur anhand einer einzigen Facette definiert werden darf, sondern ganzheitlich zu betrachten ist. Welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Persönlichkeitsmerkmal als problematisch gilt, wird aus dem DSM-5 nicht ersichtlich. Es ist also anzunehmen, dass dies im Ermessen der Diagnostizierenden liegt. Studien zur durchschnittlichen Verteilung der Traits und Facetten nach Altersgruppen wären wünschenswert, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

In Kapitel 5.2.1 wurde eine kanadische Studie von Korenblum et al. aus dem Jahr 1990 vorgestellt, die besagte, dass bis zu 46% der Adoleszenten problematische Persönlichkeitsmerkmale aufweisen. Dies lässt Zweifel an der Aussagekraft dieses Kriteriums für diese Altersgruppe zu, da eine Abweichung von der Norm somit nicht gegeben wäre. Dennoch bleibt offen, wie diese Merkmale definiert und gemessen worden sind. Denkbar wäre zum Beispiel, dass nur einzelne Facetten gemessen und zum damaligen Zeitpunkt als Persönlichkeitsmerkmale interpretiert worden sind. An dieser Stelle ist also keine valide Schlussfolgerung möglich.

#### **5.2.4 Emerging Adulthood**

Da die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, inklusive der Identitätsentwicklung, sich zeitlich zunehmend nach hinten verschiebt, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass auch Adoleszenzkrise noch *nach* der Adoleszenz, also in der Emerging Adulthood auftreten können. Auch bedeutet es, dass Beeinträchtigungen im Funktionsniveau selbst bei jungen Volljährigen noch dadurch bedingt sein können, dass die jeweiligen Entwicklungsaufgaben noch nicht bearbeitet worden sind. Dementsprechend sollten die Entwicklungsaufgaben nicht nur bei Adoleszenten, sondern auch bei jungen Volljährigen in der Diagnostik Berücksichtigung finden. So beschreibt Seiffge-Krenke (2012, S. 22) beispielsweise, dass die Zahl der Menschen, bei denen eine

Identitätsdiffusion vorliegt, zwischen den 1970er und 1990er Jahren von 10% auf 26% angestiegen ist, und weniger als die Hälfte aller 36-Jährigen den Zustand einer integrierten Identität erreicht haben. In Anbetracht dessen ist generell kritisch zu hinterfragen, inwiefern Defizite im Bereich der Identität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als normabweichend zu betrachten sind.

In der ICD-10 wird für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vorausgesetzt, dass die Beeinträchtigungen spätestens in der Adoleszenz begonnen haben, in den DSM-5-Modellen hingegen im jungen Erwachsenenalter. Neben der Unklarheit, ab welchem Alter *frühestens* von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden kann, stellt sich also auch die Frage, wann die Beeinträchtigungen *spätestens* eingesetzt haben müssen. Anders formuliert ist demnach zu klären, woran zu erkennen ist, dass ein Mensch das frühe bzw. mittlere Erwachsenenalter erreicht hat, um dieses Kriterium überprüfbar zu machen. Besonders anspruchsvoll gestaltet sich diese Bewertung in der Retrospektive, also dann, wenn eine Person erst im fortgeschrittenen Erwachsenenalter für eine Diagnostik vorstellig wird. Da der Ursprung von Persönlichkeitsstörungen allerdings in der frühen Kindheit verortet wird, erscheint es ohnehin unwahrscheinlich, dass die Beeinträchtigungen tatsächlich erst im frühen Erwachsenenalter *beginnen*. In der ICD-11 scheint dieses Kriterium nach bisherigen Erkenntnissen zu entfallen.

In Kapitel 5.2.3 wurde beschrieben, dass die erfolgreiche Bewältigung der psychologischen Entwicklungsaufgaben zu einem guten Funktionsniveau führt. Somit verringert jede bewältigte Entwicklungsaufgabe die Wahrscheinlichkeit, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Gleichzeitig hängt der Status des Erwachsenseins mitunter von der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben ab, wie Kapitel 3 gezeigt hat. Hier gilt: Je mehr Entwicklungsaufgaben bewältigt wurden, desto mehr nähert sich die Person dem Erwachsenenstatus an. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass ein geringes Funktionsniveau gleichermaßen als Indikator für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung *und* für das Nichterreichen des Erwachsenenstatus herangezogen werden kann. Damit das Funktionsniveau Aussagekraft hat, sind also die individuellen Lebensumstände als weitere Indikatoren heranzuziehen. So sind beispielsweise Studierende, die aus finanziellen Gründen noch bei den Eltern leben, in ihrer *Autonomie* deutlich eingeschränkt. Ein „[s]chwach ausgeprägtes Gefühl von Autonomie“ gilt im Hybridmodell als schwere Beeinträchtigung im Funktionsbereich *Identität* (Falkai & Wittchen, 2018, S. 1066). Dass ein Gefühl von geringer Autonomie darin begründet sein kann, dass die Lebensumstände tatsächlich wenig Autonomie hergeben, muss in der Diagnostik Berücksichtigung finden. Dadurch wird eine gewisse Subjektivität seitens der Diagnostizierenden zur zwingenden Voraussetzung.

### 5.3 Stabilitätsanspruch – Remission vs. Genesung

Die Tatsache, dass die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz gegenüber der allgemeinen Prävalenz deutlich erhöht ist (vgl. Kapitel 2.4), deckt einen Widerspruch auf. Da in den kategorialen Modellen gefordert wird, dass die Verhaltens- und Erlebensmuster bis in die Adoleszenz (ICD-10) bzw. das junge Erwachsenenalter (DSM-5) zurückzuführen *und* dauerhaft stabil sein müssen, müsste die Prävalenz in beiden Altersgruppen ungefähr gleich hoch sein. Die höhere Prävalenz unter Adoleszenten deutet folglich auf eine mangelnde Konstruktvalidität bei den PS-Kriterien, eine mangelnde Kriteriumsvalidität bei den verwendeten Messinstrumenten oder eine fehlerhafte Erhebung der Prävalenzen hin. Möglich ist also entweder eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für falsch-positive Diagnosen in der Adoleszenz oder eine falsche Stabilitätsannahme.

Langzeitstudien belegen eine insgesamt „geringere Stabilität der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen als von den Diagnosesystemen gefordert“ (Sevecke & Pukrop, 2015, S. 157), was dieses Kriterium ad absurdum führt. Entscheidend ist dabei allerdings die Frage, wie Stabilität definiert wird. Die Ansicht, Persönlichkeitsstörungen seien nicht veränderbar, geschweige denn heilbar, ist laut Steinhausen (2019, S. 367) auch heute noch weit verbreitet. Die Diagnosekriterien in den kategorialen Modellen bestärken diese Erwartungshaltung, indem eine undefinierte Stabilität gefordert wird und in der ICD-10 zusätzlich von einer *endgültigen* Manifestation gesprochen wird. Es wird also bereits anhand der Diagnosekriterien suggeriert, dass eine Genesung nicht zu erwarten ist. Als Konsequenz kommt es häufig zu Remissionen.

Schmeck (2014, S. 8) führt zwei Langzeitstudien an, die den Verlauf von Persönlichkeitsstörungen bei Teilnehmenden erfassten, die keine Therapie in Anspruch nahmen. Dabei stellte sich heraus, dass jedes Jahr durchschnittlich 3,7% von ihnen remittierten. Diese Remissionen erklärt sich Schmeck insbesondere durch eine Rückläufigkeit der States. Betroffene neigen also dazu, symptomatische Verhaltensweisen abzulegen, ohne dass sich aber die Persönlichkeitsstruktur grundlegend verändert. Dies erklärt, weshalb Betroffene in der Regel trotz Remission langfristig unter einer geringeren Lebensqualität leiden (vgl. Herpertz, 2018, S. 151). Denkbar ist hier auch das Phänomen der Symptomverschiebung. Dementsprechend betont Schmeck (2014, S. 8) die Notwendigkeit, „zwischen Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur und Veränderungen auf der Verhaltens- oder Symptomebene zu unterscheiden“. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass auch Traits beeinflussbar sind (Sevecke & Pukrop, 2015, S. 158).

Zanarini, Frankenburg, Reich und Fitzmaurice (2012) initiierten hierzu in den USA bereits 1985 eine Langzeitstudie über 16 Jahre mit erwachsenen Teilnehmenden. Dabei stellte sich heraus, dass 78% bis 99% der Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach 16 Jahren remittiert waren, bei einer Rezidivquote von 10% bis 36%. Bei den Teilnehmenden mit anderen

Persönlichkeitsstörungen war diese Entwicklung sogar noch deutlicher zu erkennen: Hier waren mit 97% bis 99% fast alle Teilnehmenden nach 16 Jahren remittiert und die Rezidivquote lag nur zwischen 4% und 7%. Besonders hervorzuheben ist an dieser Studie, dass die Forschenden zwischen Remission und Genesung unterschieden und auch die Zahl der Genesenen erfasst haben. Als *Remission* definierten sie dabei den Rückgang der Symptome bis zur Nicht-Erfüllung der geforderten Kriterien, wohingegen sie für eine *Genesung* zusätzlich ein „good social and vocational functioning“ voraussetzten (S. 477). Unter den Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung galten demnach zwischen 40% und 60% als genesen, mit einer Rezidivquote von 20% bis 44%. In der anderen Gruppe waren 75% bis 85% genesen, von denen zwischen 9% und 28% erneut rezidierten. Dass die Borderline-PS – zusammen mit der antisozialen PS – am stabilsten ist, wurde auch in anderen empirischen Studien bestätigt (vgl. Schmid et al., 2008, S. 194).

Die in den kategorialen Diagnosekriterien suggerierte Erwartungshaltung einer langfristigen Stabilität wird also der Erkenntnis nicht gerecht, dass nach spätestens 16 Jahren die Wahrscheinlichkeit eines lebenslangen Symptomrückgangs deutlich höher ist als die eines Rezidivs. Ein übergreifendes Zugeständnis der Heilbarkeit von Persönlichkeitsstörungen bleibt dennoch bis heute aus. Unter anderem Sevecke & Fuchs (2017, S. 26) widerlegen zwar, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen zwangsläufig um ein „lebenslanges Schicksal“ handelt, sprechen aber in ihren Ausführungen dennoch nicht von Genesung, sondern ausschließlich von Remission, wodurch sie ihre eigene Aussage implizit entkräften. Bock et al. (2019, S. 401) wiederum decken den logischen Fehlschluss auf, dass eine erfolgreiche Behandlung der Störung im Jugendalter oft als Beweis betrachtet wird, dass die PS-Diagnose falsch gewesen sein muss. Es werden also Diagnosen auf der Basis eines einzelnen Kriteriums aus Prinzip verworfen, nicht aber das Kriterium selbst in Frage gestellt.

Merod (2010, S. 35) mahnt sogar explizit an, die „Heilungssillusion“ zu überwinden, was er biologisch zu begründen versucht. Demnach würden neu erlernte Verhaltensmuster nicht dazu führen, dass bestehende synaptische Verbindungen im Gehirn aufgelöst werden, sondern lediglich dazu, dass neue Verbindungen gebildet werden, die parallel existieren und die bestehenden lediglich „überdeck[en]“ (ebd.). Zusätzlich verweist er auf die menschliche Neigung, in Belastungssituationen primär auf die älteren Muster zurückzugreifen. Für seine Hypothesen führt Merod allerdings keine Belege an, weshalb diese kritisch zu betrachten sind. Speziell in Bezug auf die adoleszente Entwicklung widersprechen sie sogar dem in Kapitel 2.2.1 geschilderten aktuellen Forschungsstand, wonach ausdrücklich von einer *Rückbildung* synaptischer Verbindungen zugunsten neuer neuronaler Netzwerke ausgegangen wird (vgl. Fegert et al., 2017, S. 36; Schandry, 2011, S. 471). Demzufolge ist die Annahme berechtigt, dass eine Genesung möglich ist und die biologischen Bedingungen dafür in der Adoleszenz besonders

günstig sind. Dies würde auch die höhere Prävalenz im Jugendalter gegenüber dem Erwachsenenalter erklären.

Die Neuerungen in den dimensional Modellen sind fortschrittlicher in Hinblick auf die Stabilitätsannahme. Im Hybridmodell wurde das Stabilitätskriterium bereits abgeschwächt, indem nur noch eine *relative* Stabilität gefordert wird. Noch vielversprechender ist die in der ICD-11 konkreter bezifferte Zeitspanne von „z.B. zwei oder mehr Jahre[n]“ (Steinhausen, 2019, S. 367). Da sich die Diagnosekriterien hier vor allem auf die stabileren Traits und weniger auf akute States beziehen, ist generell mit weniger Schwankungen zwischen Remissionen und Rezidiven zu rechnen. Folglich dürften die neueren Modelle ihrem eigenen Stabilitätsanspruch besser gerecht werden.

Betrachtet man die vier Funktionsbereiche des Hybridmodells, ist auf jedem Kontinuum auch die Darstellung einer adaptiven Persönlichkeitsstruktur (Stufe 0) zu finden. Ist dieser Zustand – oder der einer *leichten Beeinträchtigung* (Stufe 1) – erreicht, gilt die Person innerhalb dieses Funktionsbereiches als gesund. Dabei ist davon auszugehen, dass eine Steigerung des Funktionsniveaus von langfristiger Dauer ist, da es sich um den Erwerb neuer Kompetenzen handelt. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass in den dimensional Modellen die vollständige Genesung von einer Persönlichkeitsstörung grundsätzlich möglich und auch messbar ist. Insofern dürften falsch-positive Diagnosen, wie sie beispielsweise durch Adoleszenzkrisen befürchtet werden, hier einen weniger gravierenden Effekt haben, da sie leichter korrigierbar sind.

Resch, Parzer und Kaess (2018, S. 33) greifen den Stabilitätsaspekt auf und ergänzen, dass es weder einen Grund gebe, Persönlichkeitsstörungen eine Sonderrolle gegenüber anderen psychischen Störungen einzuräumen, noch ein „Argument, das dafür spricht, dass die Bedeutung dysfunktionaler Persönlichkeitselemente im Kindes- und Jugendalter anders zu bewerten sei als im Erwachsenenalter“. Ob diese Schlussfolgerungen in der Praxis Anwendung finden, ist allerdings zweifelhaft. Die Ausführungen dieser Arbeit haben gezeigt, dass sowohl die vermehrte Forderung aus der Forschung, Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter zu diagnostizieren, als auch bisherige Versuche, deren Heilbarkeit anzuerkennen, wenig Erfolg hatten.

## 5.4 Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Einige Autor\*innen (z.B. Streeck-Fischer et al., 2018; Breithaupt-Peters, 2020; Kaess & Brunner, 2016b, S. 11) sprechen sich für die Etablierung des Begriffs *Persönlichkeitsentwicklungsstörung (PES)* aus. Diese leichte begriffliche Abwandlung soll sowohl der frühen und langfristigen Stigmatisierung durch eine PS-Diagnose, als auch sämtlichen Problemen, die mit einem bewussten Verzicht auf die Diagnose zusammenhängen, entgegenwirken (Breithaupt-Peters,

2010, S. 95ff.). Indem die ‚endgültige‘ Diagnose *Persönlichkeitsstörung* hinausgezögert wird, soll sich die Chance ergeben, die Betroffenen durch gezielte und frühzeitige Intervention ausreichend zu stabilisieren, um ggf. auf die finale Diagnose im Erwachsenenalter verzichten zu können, so Breithaupt-Peters. Implizit bedeutet dies, dass entweder eine vollständige Genesung als realistisch betrachtet wird oder dass es sich bei der PES um eine alternative Bezeichnung der pathologischen Adoleszenzkrise handeln soll.

Die Idee hinter diesem Vorschlag erscheint grundsätzlich sinnvoll, jedoch stellt sich die Frage, weshalb diese Zielsetzung auf Jugendliche begrenzt ist und nicht gleichermaßen für Erwachsene angestrebt wird, die den Nachteilen gleichermaßen ausgesetzt sind. Wie in Kapitel 2.2 geschildert, ist die Persönlichkeitsentwicklung ein lebenslanger Prozess. In Kapitel 5.2.3 wurde dargestellt, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen im Kern um Entwicklungsstörungen handelt. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass der Entwicklungsaspekt nicht auf das Jugendalter begrenzt ist. Zudem legen Studien zur Störungsstabilität nahe, dass Persönlichkeitsstörungen im überwiegenden Teil der Fälle vergänglich sind, wie Kapitel 5.3 gezeigt hat.

Als Gegenargument hierfür wird die Möglichkeit genannt, auf diese Weise eine jugendspezifische Beschreibung der Kriterien zu generieren. Weshalb sich dieser Vorschlag in den Diagnosemanualen bislang nicht durchgesetzt hat, bleibt unbeantwortet. Zugunsten der Früherkennung und Frühintervention erscheint es sinnvoll, für die ICD-11 eine entsprechende kindes- und jugendspezifische Klassifikation in Erwägung zu ziehen. Dies lässt sich damit begründen, dass – wie in Kapitel 5.2 beschrieben – die geforderten Kriterien für Persönlichkeitsstörungen erst ab einem bestimmten Entwicklungsstand erfüllt werden können, die psychischen Auffälligkeiten sich jedoch oftmals schon im Kindesalter zeigen. Um eine frühzeitige Prävention zu ermöglichen, gilt es also zu erforschen und festzuhalten, *welche* Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter auf eine Persönlichkeitsstörungen oder deren Entstehung hindeuten.

Neben der Bezeichnung *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* existieren noch zahlreiche weitere inoffizielle Ausweichbegriffe für jugendliche Persönlichkeitsstörungen, die jedoch nicht im gleichen Ausmaß diskutiert werden (vgl. Streeck-Fischer, 2014, S. 84; Streeck-Fischer et al., 2018, S. 297). Merod (2010, S. 11) äußert diesbezüglich den berechtigten Einwand, dass der Diskurs um sprachliche Details nicht die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Thematik verdrängen darf.

## 6 Mögliche Konsequenzen

In der Einleitung wurde geschildert, dass der Diskurs um die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter auf zwei verschiedenen Ebenen geführt wird. Im letzten Kapitel ging es um die wissenschaftliche Korrektheit und somit um die Frage, ob Persönlichkeitsstörungen



in der Adoleszenz vorliegen können und fachlich korrekt diagnostizierbar sind. Nachfolgend werden demgegenüber die ethischen Aspekte thematisiert. Mögliche Konsequenzen, die diesbezüglich mit der Diagnostik einhergehen können, betreffen sowohl die individuelle als auch die gesamtgesellschaftliche Ebene und lassen sich in drei Kategorien untergliedern: Kapitel 6.1 befasst sich mit den – vorwiegend negativen – Aspekten der *Stigmatisierung*. Diesen werden anschließend in Kapitel 6.2 die Vorteile einer *frühzeitigen Intervention* gegenübergestellt. Kapitel 6.3 beinhaltet die Auswirkungen der Diagnosevergabe auf die *Bedarfsermittlung* innerhalb der Forschung und Therapie.

## 6.1 Stigmatisierung

Das Hauptargument, das gegen die Diagnosevergabe im Jugendalter angeführt wird, ist die damit einhergehende Stigmatisierung. Diese gilt im Fall von Persönlichkeitsstörungen als besonders schwerwiegend und wird insbesondere durch die hartnäckige Ansicht begünstigt, Persönlichkeitsstörungen seien nicht veränderbar, geschweige denn heilbar. Auch heute noch gelten sie traditionell als „therapeutisch nur begrenzt korrigierbar“ (Steinhausen, 2019, S. 367).

Schmeck und Schlüter-Müller (2009, S. 109) weisen diesbezüglich auf eine Parallele zur schizophrenen Psychose hin, deren Diagnose für das Jugendalter in der Vergangenheit ebenfalls umstritten war. Auch hier sei üblicherweise auf die Adoleszenzkrise zurückgegriffen worden, um eine Stigmatisierung zu umgehen. Seitdem allerdings, so die Autor\*innen, „[i]n den letzten Jahren“ festgestellt worden sei, dass eine späte Diagnose mit erheblichen Nachteilen für die Betroffenen verbunden ist, werde auf diese Vorgehensweise üblicherweise verzichtet und die korrekte Diagnose zugunsten einer frühzeitigen Intervention gestellt (ebd.).

Obwohl die Stigmatisierung in der Literatur als wichtigstes Argument angeführt wird, mangelt es an Beispielen, welche diskriminierenden Folgen mit einer PS-Diagnose konkret verbunden sein können. Am naheliegendsten sind Vorurteile und andere zwischenmenschliche Aspekte. Darüber hinaus ist allerdings auch die institutionelle Komponente zu bedenken. Mögliche Folgen sind beispielsweise Benachteiligungen bei der Berufswahl aufgrund von vermeintlich fehlender persönlicher Eignung oder beim Abschluss von Versicherungen (z.B. Lebensversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung) aufgrund eines statistisch erhöhten Risikos, dass diese in Anspruch genommen werden müssen. Hierauf können Betroffene deutlich weniger Einfluss nehmen als auf die zwischenmenschliche Ebene, da Angaben zu medizinischen Vorbefunden oftmals verpflichtend sind und sie somit gezwungen sind, ihre Diagnose preiszugeben. Hier fallen die verzerrte Stabilitätsannahme und fehlende Heilungsaussicht besonders schwer ins Gewicht, weil sie zu einem *dauerhaften* Ausschluss führen.

Um das Ausmaß der Stigmatisierung einzugrenzen und trotzdem eine aussagekräftige Diagnose stellen zu können, schlagen Sevecke und Pukrop (2015, S. 155ff.) anhand eines Beispiels vor, stattdessen eine akute Störung zu diagnostizieren, die weniger stigmatisierend ist (z.B. Depression), und ergänzende Informationen zum Funktionsniveau und den Persönlichkeitsmerkmalen hinzuzufügen. Die zusätzlichen Informationen können die tatsächliche Problematik beschreiben, ohne als alleinstehende Diagnose gültig zu sein. Mit diesem Vorschlag beziehen sich die Autor\*innen auf das Hybridmodell. Fraglich ist dabei, ob es legitim ist, die PS-Diagnose zu übergehen, wenn die Angaben zu Funktionsniveau und Persönlichkeitsmerkmalen klar darauf hinweisen, dass sie gerechtfertigt wäre. Hier ist der Interpretationsspielraum bezüglich der übrigen Kriterien (z.B. Dauer) von Vorteil.

In der ICD-10 könnte die Idee auf ähnliche Weise umgesetzt werden, indem der Akutdiagnose eine sogenannte *Z-Diagnose* beigefügt wird. So könnte eine „Akzentuierung von Persönlichkeitszügen“ (Dilling & Freyberger, 2019, S. 401) codiert werden, die nicht als eigenständiges Störungsbild gilt, sondern unter der Kategorie „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (ebd., S. 395) subsumiert ist. Diese Vorgehensweise entspricht allerdings nicht der Richtlinie, die im Vordergrund stehende Diagnose – also die Persönlichkeitsproblematik – an erster Stelle zu nennen (vgl. Dilling et al., 2015, S. 28). Bei Jugendlichen lässt sich dies allerdings damit begründen und legitimieren, dass die Differenzialdiagnostik aufgrund des Entwicklungsaspekts erheblich erschwert ist.

Problematisch an diesen Vorgehensweisen ist, dass die vergebene Hauptdiagnose möglicherweise nach einiger Zeit nicht mehr passend ist, während die Persönlichkeitsproblematik bestehen bleibt. Kaess und Brunner (2016a, S. 141) greifen dieses Problem auf und kritisieren, dass das Bestreben, die PS-Diagnose zu vermeiden, unter Umständen zu einer Vielzahl anderer Diagnosen führt, je nachdem, welche isolierte Problematik gerade akut ist (z.B. Angststörung oder Depression). Dies verursacht unter Umständen mehr Nachteile, als es verhindert, da jede psychiatrische Diagnose ein weiteres Stigma bedeutet und die PS-Diagnose im Zweifelsfall mit Erreichen eines bestimmten Alters noch *zusätzlich* gestellt wird.

Eine alternative Möglichkeit, sowohl die langfristige Stigmatisierung als auch das Risiko einer Fehldiagnose zu vermeiden, bietet der Rückgriff auf eine *vorläufige Diagnose* (vgl. Kapitel 4.1.1). Begründen lässt sie sich mit einem Mangel an Information bezüglich des Stabilitätskriteriums. Auch hier ist der Interpretationsspielraum dieses Kriteriums vorteilhaft. Im Hybridmodell wird sogar explizit angeraten, eine vorläufige Diagnose in Fällen zu nutzen, „in denen die Differenzialdiagnose ausschließlich von der Krankheitsdauer abhängt“ (Falkai & Wittchen, 2018, S. 31).

Fiedler und Herpertz (2016, S. 23ff.) beschreiben hingegen auch positive Effekte, die eine zutreffende Diagnose mit sich bringt. Sie biete Orientierung und schaffe paradoxerweise ein

Stück weit Identität. Betroffene könnten sich mit dem Störungsbild identifizieren und durch das Wissen, dass es Personen gibt, die ihnen ähnlich sind, ein Zugehörigkeits- sowie Abgrenzungsgefühl erlangen. Darüber hinaus biete die Diagnose eine Erklärung für die eigenen Muster und bestärke somit das Gefühl, hierauf Einfluss nehmen zu können.

Umgekehrt liefere die Diagnose jedoch auch für Dritte eine Erklärung für beliebige als störend empfundene Verhaltensweisen oder aufkommende Konflikte. Dadurch würden die Betroffenen pauschal zu „Täter[\*innen]“ gemacht (ebd., S. 23). Es finde also eine Schuldzuweisung statt. Gleiches gelte laut im therapeutischen Rahmen: Dort werde die PS-Diagnose bisweilen gestellt, wenn die therapeutische Arbeit nicht den erwarteten Erfolg mit sich bringt. Dadurch könnten, so Fiedler und Herpertz, die Therapeut\*innen ihr eigenes Kompetenzzempfinden stabilisieren und die Verantwortung bei den Patient\*innen suchen, die dieser diagnostischen Entscheidung ausgeliefert seien. Die Autor\*innen bezeichnen derartige Prozesse der einseitigen Schuldzuweisung als „Person-Perspektivierung eines interaktionellen Problems“ (S. 25). Darüber hinaus berichtet Tyrer (2020, S. 65) gar von der Neigung zu einer unprofessionellen und willkürlichen Verwendung der Diagnose gegenüber „people we do not like“. Hier kann regelmäßige Super- und Intervision helfen, um derartige Gegenübertragungsprozesse zu reflektieren.

Ein Vorschlag von Sachse (2019, S. 3) lautet, die Klient\*innen in die Entscheidung einzubeziehen, ob es sich bei ihnen um eine (behandlungsbedürftige) Persönlichkeitsstörung handelt. Bei Minderjährigen hätte dies den Vorteil, dass das Ausmaß an Fremdbestimmung im Fall einer unfreiwilligen Behandlung reduziert wird. Dies ist insbesondere in Anbetracht der Beständigkeit einer PS-Diagnose (im Gegensatz zur Beständigkeit der Störung selbst) ein wichtiger Aspekt. Allerdings ist anzumerken, dass Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter – wie in Kapitel 2.4 beschrieben – oft als ich-synton erlebt werden und das eigene Leid nicht immer als solches wahrgenommen wird. Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation können in dem Fall stark eingeschränkt sein.

Fiedler und Herpertz (2016, S. 30) halten fest, dass nicht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung an sich problematisch ist, sondern die damit verbundenen negativen Konnotationen. Sie schlagen deshalb eine „Positivierung“ der Begrifflichkeiten vor, also eine Umkehrung der negativ besetzten Begriffe in neutrale oder positiv assoziierte (S. 32). Diesen Vorschlag beschränken sie allerdings ausdrücklich auf die Persönlichkeitsstruktur, nicht jedoch auf konkrete Verhaltensweisen (S. 31). Eine Handlung könne folglich weiterhin als antisozial bezeichnet werden, wohingegen eine antisoziale Persönlichkeit beispielsweise als „abenteuerlich-furchtlos“ beschrieben werden könne (ebd.). Die Autor\*innen erhoffen sich dadurch auch eine bessere Akzeptanz seitens der Betroffenen. Kritisch zu bedenken ist dabei jedoch, dass derartige Euphemismen zu einer Verstärkung der Ich-Syntonie und einer Verherrlichung

problematischer Persönlichkeitsstrukturen führen können. Dies kann insbesondere bei denjenigen Störungsbildern problematisch werden, die von geringer Einsichtigkeit bezüglich eigener Defizite geprägt sind, wie beispielsweise die antisoziale oder die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Für letztere schlagen Fiedler und Herpertz die Bezeichnung „selbstbewusst-ehrgeizig“ vor (S. 30). Hierbei handelt es sich um eine erstrebenswerte Eigenschaft, was zur Folge haben kann, dass sich die von den Autor\*innen angestrebte Akzeptanz der Störung nachteilig auf die Veränderungsmotivation auswirkt. Umgekehrt ist zudem denkbar, dass Betroffene mit einem hohen Leidensdruck sich durch die Verwendung positiv besetzter Begriffe missverstanden oder nicht ernstgenommen fühlen.

Noch unklar ist, wie sich die geplante Vereinheitlichung der Subtypen in der ICD-11 auf die Stigmatisierung auswirken wird. Es ist damit zu rechnen, dass – wie zuvor – die besonders auffälligen, also die sehr schwerwiegenden oder als störend empfundenen Erscheinungsbilder, das gesellschaftliche Bild von Persönlichkeitsstörungen prägen werden. Dies würde zu einer weiteren Verschlechterung der Konnotationsproblematik führen. Schon heute, ohne die Vereinheitlichung, werden Persönlichkeitsstörungen primär mit dem Borderline-Subtyp assoziiert (Stone, 2011, S. 60). Durch reale oder fiktive Kriminalfälle dürfte auch die antisoziale Persönlichkeitsstörung in Form der veralteten Begriffe „*Psychopathie*“ oder „*Soziopathie*“ (Falkai & Wittchen, 2018, S. 903; Hervorhebungen im Original) größere Bekanntheit unter Laien erlangt haben, wobei die Konnotation hier besonders negativ ausfällt. Hingegen ist zu vermuten, dass vermeidend-selbstunsichere Menschen aufgrund ihres ausweichenden Verhaltens kaum Beachtung finden. Eine andere denkbare Vorstellung ist, dass die Einbeziehung vormals subklinischer Ausprägungen durch den gesenkten Schwellenwert (vgl. Kapitel 4.2.1) dazu führt, dass Persönlichkeitsstörungen im Alltag häufiger vorkommen und als weniger außergewöhnlich und ‚extrem‘ betrachtet werden. In jedem Fall wäre eine Enttabuisierung förderlich für die gesellschaftliche Akzeptanz von Persönlichkeitsstörungen.

Positiv an den dimensional Modellen, insbesondere am Hybridmodell, ist die Darstellung von Persönlichkeitsstörungen als Abschnitt auf einem Kontinuum. Hieran wird – mehr als in den kategorialen Modellen – ersichtlich, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um beeinträchtigte Fähigkeiten und ungünstige Problemlösungsstrategien handelt und nicht etwa um sonderbare Verhaltensweisen, die eine Andersartigkeit suggerieren.

## 6.2 Frühintervention und Therapie

In einer Studie fand Biskin (2015, zit. nach Bock et al., 2019, S. 402) heraus, dass 30% aller Patient\*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bereits in der Kindheit (zwölf Jahre oder jünger) selbstverletzendes Verhalten gezeigt haben, jedoch im Schnitt erst mit 18 Jahren eine Therapie begannen. Dies lässt zwar keinen kausalen Rückschluss zu, weist jedoch darauf hin,

dass es in dieser Altersspanne eine Versorgungslücke zu geben scheint. Dabei hat eine Studie von Feenstra et al. (2012, S. 593) gezeigt, dass der Leidensdruck bei adoleszenten PS-Patient\*innen enorm ist und sie über eine „low quality of life“ verfügen. Andere Langzeitstudien kamen gemäß Sevecke und Krischer (2011, S. 161) zu dem Ergebnis, dass die Intensität von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz am stärksten ist und bis zum Alter von etwa 27 Jahren linear abnimmt. Wieder andere Studien belegen eine umso bessere Prognose, je früher die Behandlung beginnt (Schmid & Schmeck, 2013, S. 519). Je länger ungünstige Verhaltensmuster aufrechterhalten werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung, da sich die neuronalen Verbindungen im Gehirn stetig festigen.

Diese Ergebnisse zeigen, wie wichtig eine frühzeitige Intervention ist. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, gelten Persönlichkeitsstörungen allerdings als therapeutische Herausforderung mit vergleichsweise geringen Erfolgsaussichten. Bei Adoleszenten gestaltet sich die Behandlung besonders anspruchsvoll, „da sie die Spielebene verlassen haben, der Raum für eine Kommunikation aber noch nicht sicher etabliert ist“ (Streeck-Fischer et al., 2018, S. 343). Daher erfordert die Adoleszenz spezifische Therapiemethoden (Streeck-Fischer, 2014, S. 5). Als Behandlungsziel benennen Sevecke und Pukrop (2015, S. 162f.) dabei die nachträgliche Reifung der Persönlichkeitsstruktur und somit eine Unterstützung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben.

Als wichtigstes Element für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gilt dabei die Beziehung zwischen Therapeut\*in und Patient\*in (Call, D'Errico, Vogel & Mander, 2018, S. 293). Einen weiteren wichtigen Baustein stellt die Psychoedukation dar (Sevecke & Krischer, 2016, S. 36f.). In Kapitel 6.1 wurde diesbezüglich bereits geschildert, dass schon die passende Diagnose und das damit einhergehende Verständnis für das eigene Leid für die Betroffenen auch einen erleichternden und somit leidmindernden Effekt haben können. Eine medikamentöse Behandlung existiert nicht. Psychopharmaka können lediglich unterstützend zur Linderung von Begleitsymptomen wie Ängstlichkeit oder Depressivität eingesetzt werden (Steinhausen, 2019, S. 367f.).

Aus therapeutischer Perspektive ist es folglich in mehrfacher Hinsicht von Vorteil, wenn die Diagnose bereits in der Adoleszenz gestellt wird, sofern sie als wahrscheinlich oder gesichert gilt. Eine adäquate Psychoedukation ist nur möglich, wenn das Störungsbild benannt wird. Zudem kann fehlende Transparenz das Vertrauensverhältnis belasten. Gerade im Jugendalter kommt es ohnehin häufig zu Therapieabbrüchen (Fegert et al., 2017, S. 34), was zur Folge haben kann, dass bei einem anschließenden Therapeut\*innenwechsel mit einer falschen Diagnose gearbeitet wird. Dies wiederum kann zu ungeeigneten und teils schädlichen Behandlungsansätzen führen, wenn beispielsweise versucht wird, eine vermeintliche Depression medikamentös zu behandeln (Kaess & Brunner, 2016a, S. 141f.).

Darüber hinaus hat sich das sogenannte *treatment as usual*, also eine standardisierte psychotherapeutische Vorgehensweise, bei Persönlichkeitsstörungen als ineffektiv (Breithaupt-Peters, 2010, S. 116f.) oder gar kontraproduktiv (Schmeck & Schlüter-Müller, 2009, S. 62) erwiesen. Deswegen sollte auf spezielle, evidenzbasierte Therapiemethoden zurückgegriffen werden. Unklar bleibt dabei allerdings die Frage, ob bzw. weshalb die Anwendung einer solchen speziellen Therapiemethode zwangsläufig einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose bedarf, wie es in der Literatur suggeriert wird. So betrachten beispielsweise Bock et al. (2019, S. 408) es als „unumgänglich, beginnende PS oder Strukturdefizite in diesem Alter zu diagnostizieren“, um eine PS-spezifische Therapie einzuleiten. Diese Voraussetzung würde bedeuten, dass bei Jugendlichen mit anspruchsvoller Differenzialdiagnostik entweder das Risiko einer falsch-positiven Diagnose in Kauf genommen werden muss, um ihnen das passende Therapieangebot bieten zu können, oder dass ihnen andernfalls die erfolgsversprechenden Therapieformen verwehrt bleiben. Sachse (2020, S. 18) merkt ergänzend dazu an, dass der diagnostische Prozess häufig durch mangelnde Kooperationsbereitschaft erschwert wird, sodass oft erst nach zahlreichen Therapiesitzungen eine annähernd sichere Diagnose gestellt werden kann. Dadurch erscheint die Vorgehensweise, eine bestimmte Therapiemethode erst im Anschluss an eine sichere Diagnose auszuwählen, nicht nur ineffizient, sondern erhöht zudem den Druck, eine schnelle Diagnostik einer gründlichen vorzuziehen. Dies begünstigt wiederum Fehldiagnosen. All dies erscheint insbesondere in Anbetracht dessen fragwürdig, dass die spezifischen Therapiemethoden laut Hopwood et al. (2018, S. 83) nur für einzelne Subtypen existieren.

Eine mögliche Lösung für dieses Dilemma ist die Vergabe einer vorläufigen oder Verdachtsdiagnose (vgl. Kapitel 4.1.1) oder einer inoffiziellen Diagnose, die Sachse (2020, S. 13) auch als *Supervisionsdiagnose* bezeichnet. Dabei muss jedoch auch bedacht werden, dass eine überwiegende Verwendung inoffizieller, vorläufiger oder Verdachtsdiagnosen zugunsten der Vermeidung einer Stigmatisierung das Diagnosesystem ad absurdum führen würde. Zielführender wäre es, die Therapiemethode nach der individuellen Problematik auszuwählen, statt sie von einer spezifischen Diagnose abhängig zu machen. Auf diese Weise wäre auch die zeitnahe Festlegung auf eine Diagnose zu Behandlungsbeginn weniger dringlich.

Stetig verbesserte Behandlungserfolge konnten in jüngster Zeit mit psychodynamischen Therapieverfahren erzielt werden (Dammann, 2018, S. 367). Dies kann als Indiz für die Richtigkeit der Annahme betrachtet werden, dass Persönlichkeitsstörungen ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben. Dementsprechend erscheint es zielführend, bei der Anamnese gezielt Informationen aus dieser Lebensphase einzuholen, um erstens die Diagnose zu sichern und zweitens die Störung bestmöglich behandeln zu können. Die Diagnostik bei Minderjährigen bietet dahingehend den Vorteil, dass die Erziehungsberechtigten in der Regel in den diagnostischen Prozess einbezogen werden und somit als zusätzliche Informationsquelle herangezogen werden können.

### 6.3 Bedarfsermittlung

Der Forschungsstand um spezifische Therapiemethoden für Adoleszente mit Persönlichkeitsstörungen gilt laut Schlüter-Müller und Foelsch (2012, S. 147) als rückständig. Einen Grund dafür sehen sie in der mangelnden Diagnosestellung in dieser Altersgruppe. Je weniger Diagnosen gestellt werden, desto weniger Relevanz und Dringlichkeit wird der Thematik zugesprochen, sodass der tatsächliche Forschungsbedarf nicht erkannt wird. Schmeck und Schlüter-Müller (2015, S. 103) wiederum benennen das Wissen um mangelnde Therapiemethoden als einen Grund für die Vorbehalte bezüglich einer frühzeitigen Diagnostik. Hier handelt es sich folglich um einen in sich geschlossenen Kreislauf, der sich – langfristig gesehen – nachteilig auf alle Betroffenen auswirkt. Einerseits führt die bewusste Umgehung der richtigen Diagnose zu statistischen Verfälschungen und somit zu einer ungünstigen Auswirkung auf den Forschungsbedarf. Andererseits führt eine Fehldiagnose unter Umständen zu einer unpassenden Behandlungsmethode und erschwert den betroffenen Patient\*innen womöglich zusätzlich, ihre tatsächliche Problematik erkennen und bearbeiten zu können. Diese Vorgehensweise ergibt folglich höchstens dann Sinn, wenn das Ziel die Vermeidung einer Stigmatisierung ist und dies im Therapieprozess transparent gemacht wird. Dennoch bleibt bei inoffiziellen Diagnosen das Problem des verzerrten Forschungsbedarfs bestehen.

Das begrenzte Behandlungsangebot wirkt sich nicht nur auf die Betroffenen negativ aus, sondern belastet die gesamte Gesellschaft. In der Schweiz sind Persönlichkeitsstörungen die häufigste Ursache für Frühberentungen (Schmeck et al., 2018, S. 180). Feenstra et al. (2012, S. 593) haben in ihrer niederländischen Studie berechnet, dass die medizinischen Kosten von Adoleszenten mit Persönlichkeitsstörung innerhalb eines Jahres vor Behandlungsbeginn im Schnitt bei 14.032€ lagen. Vergleichswerte für die Kosten während und nach der Behandlung liegen allerdings nicht vor. Die medizinischen Kosten in der niederländischen Allgemeinbevölkerung lagen im selben Jahr bei durchschnittlich 4.107,20€, also bei weniger als einem Drittel (Joint OECD, EUROSTAT & WHO Health Accounts, o.J.).

Wünschenswert wäre eine flächendeckende Etablierung von Spezialsprechstunden für Jugendliche mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörung. Dadurch würde die Qualität der Diagnostik verbessert werden, einschließlich der Früherkennung und Erkennung subklinischer Ausprägungen sowie Einleitung passender Maßnahmen. In Heidelberg, Basel und Bern wurden derartige Zentren bereits erfolgreich installiert (vgl. Schmeck et al., 2018, S. 180ff.). Auch hierfür ist allerdings zunächst notwendig, dass der Bedarf deutlich wird.

Minderjährige werden von Kinder- und Jugendpsychiater\*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen behandelt. Für Jugendliche im Übergangsbereich zum Erwachsenenalter hingegen „fühlen sich weder die Erwachsenenpsychiater und -psychotherapeuten noch die Kinderpsychiater und -psychotherapeuten zuständig“ (Streeck-Fischer, 2014, S. 1).

Mit dem Übergang in die Erwachsenenversorgung erfolgt nicht nur ein Therapeut\*innenwechsel, sondern auch Veränderungen in den Rahmenbedingungen und der Art der Therapie. In Gruppensettings verringert sich der Betreuungsschlüssel, das Familiensystem wird üblicherweise nicht mehr in den therapeutischen Prozess einbezogen und entwicklungspezifische Aspekte finden kaum mehr Berücksichtigung (Fegert et al., 2017, S. 35). Obwohl es eine Übergangsregelung für die Altersspanne von 18 bis 21 Jahren gibt, besteht in der Übergangsphase eine Versorgungsproblematik, die zu Therapieabbrüchen und einer Verschlechterung der Prognose führt (ebd., S. 34). Aus diesen Gründen sollten Hilfesysteme besser auf die Besonderheiten zugeschnitten werden, die auch die Emerging Adulthood mit sich bringt.

Für Einrichtungen der stationären Jugendhilfe ist es empfehlenswert, spezifische Konzepte zu entwickeln und den Mitarbeitenden therapeutische Zusatzqualifikationen oder die Arbeit in einem multiprofessionellen Team zu ermöglichen (Breithaupt-Peters & Dufner, 2012, S. 374). Die Etablierung spezieller Wohngruppen für Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen könnte eine gute Basis bilden, um dem hohen Anspruch, den dieses Setting mit sich bringt, gerecht zu werden. Fremduntergebrachte Jugendliche wechseln teils mehrfach die Einrichtung, weil pädagogische Kräfte ohne engmaschige therapeutische Begleitung oder spezifische Konzepte überfordert sind (Breithaupt-Peters, 2010, S. 92). Dies dürfte die Problematik der Jugendlichen aufgrund der sich wiederholenden Beziehungsabbrüche und dem damit suggerierten Gefühl, unerwünscht und eine Belastung zu sein, verstärken. Breithaupt-Peters (ebd., S. S. 111ff.) spricht sich für eine engmaschigere interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Bereiche aus. Ein entsprechendes Konzept findet sich bei Breithaupt-Peters & Dufner (2012, vgl. S. 373ff.).

## 7 Zusammenfassung und Handlungsempfehlung

Die Frage, ob Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter diagnostiziert werden sollen, lässt sich nicht einheitlich beantworten. Jugend ist ein Phänomen, das einem ständigen gesellschaftlichen und somit auch definitorischen Wandel unterliegt. Neben dem numerischen Alter gibt es zahlreiche Phänomene, die bei der Frage berücksichtigt werden müssen, wann jemand noch jugendlich und wann bereits erwachsen ist. Neben biologischen Veränderungen sind dies vor allem Entwicklungsaufgaben, die einerseits aus soziologischer und andererseits aus psychologischer Perspektive zu bewältigen sind. Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben dehnt sich im historischen Verlauf zunehmend nach hinten aus, sodass auch junge Volljährige sich noch einige Jahre im Stadium der Jugendphase befinden können. Grob lässt sich die Jugend in Adoleszenz und Emerging Adulthood unterteilen, wobei die Volljährigkeit die ungefähre Grenze markiert.



Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben kann mit Krisen verbunden sein, die in ihrer Erscheinungsform den Symptomen von Persönlichkeitsstörungen gleichen können. Dies ist einer der Gründe, weshalb einige Diagnostizierende Vorbehalte gegenüber der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter haben. Es könnte hilfreich sein, die Adoleszenzkrise als eigenständige Diagnose einzuführen. Dies würde Missverständnissen vorbeugen, die durch die unterschiedlichen Interpretationen dieses Begriffs entstehen, und verdeutlichen, worin der Unterschied zwischen einer krisenhaften Jugend und einer Persönlichkeitsstörung liegt. Dadurch könnte der Verharmlosung von behandlungsbedürftigen Persönlichkeitsstörungen als schlichte Adoleszenzkrise entgegengewirkt werden. Auch würde deutlich werden, dass Adoleszenzkrise nicht zwangsläufig zur normalen Entwicklung gehören, sondern durchaus ein behandlungswürdiges Ausmaß annehmen können. Derzeit sind Adoleszenzkrise am ehesten unter der Diagnose einer *Anpassungsstörung* zu codieren. Diese ist allerdings auf sechs Monate begrenzt.

Anhand dieser Arbeit ist zu erkennen, dass sowohl Jugend als auch Adoleszenzkrise und Persönlichkeitsstörungen keine klar umrissenen Phänomene sind, sondern eine dimensionale Betrachtungsweise die Realität besser widerspiegelt. Der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter erfolgt fließend und lässt sich nicht anhand eines eindeutigen Markers festlegen. Der Begriff *Adoleszenzkrise* wird in der Fachliteratur unterschiedlich interpretiert und kann von einer gesunden, normativen Krise, die die Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe ankündigt, bis hin zu einem pathologischen, behandlungsbedürftigen Zustand und Scheitern an diesen Aufgaben reichen. Auch ist der Übergang von einer Adoleszenzkrise in eine Persönlichkeitsstörung als fließend zu betrachten, da die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben eine unausweichliche Bedingung für die Entwicklung einer funktionalen Persönlichkeit darstellt. Persönlichkeitsstörungen selbst sind wiederum ein eigenständiges dimensionales Konstrukt. Im Hybridmodell des DSM-5 wird deutlich, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um einen Abschnitt auf einem Kontinuum zwischen einer funktionalen und einer extrem beeinträchtigten Persönlichkeitsstruktur handelt. Hier vollzieht sich also aktuell ein Paradigmenwechsel, der die Frage nach der Diagnostizierbarkeit von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter neu aufgerollt hat.

Bedenkt man, dass die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben sich zeitlich zunehmend hinauszögert, wird es umso schwieriger, eine pauschale Aussage darüber zu treffen, ab welchem Alter die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als angemessen betrachtet werden kann. Es gilt also, neben dem Alter den individuellen Entwicklungsstand und die äußeren Lebensumstände zu berücksichtigen. Zudem ist eine gründliche Anamnese unausweichlich, um herauszufinden, ob es sich um eine langfristige Problematik handelt, die in der Persönlichkeitsstruktur verankert ist, oder ob eher akute Symptome vorliegen, für die ein spezifischer Auslöser identifizierbar ist. Dauer, Auslöser und Funktionsniveau sind die wichtigsten Merkmale, um

zwischen Adoleszenzkrise und Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden. Da die Persönlichkeitsstruktur in der dimensionalen Diagnostik eine bedeutendere Rolle spielt als in den kategorialen Modellen, dürfte eine Unterscheidung dieser beiden Phänomene in Zukunft noch eindeutiger möglich sein. Gute Ergebnisse wurden bislang in Bezug auf die Vorhersagbarkeit von Persönlichkeitsstörungen anhand des Funktionsniveaus in der Adoleszenz erzielt. Die inhaltlichen Überschneidungen zwischen den psychologischen Entwicklungsaufgaben und den Indikatoren für das psychische Funktionsniveau erschweren allerdings die Feststellung, ab welchem Alter eine Beeinträchtigung im Funktionsniveau tatsächlich als pathologisch zu bewerten ist. Anhand dieser Überschneidungen konnte gezeigt werden, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen im Wesentlichen um Entwicklungsstörungen handelt.

Da noch keine jugendspezifischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen existieren, ist es notwendig, die bisherigen Kriterien ganzheitlich in der jeweiligen Konstellation zu betrachten. Ob eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden sollte oder nicht, ist von mehreren Faktoren abhängig. Hierzu gehören die Qualität und Quantität der Beeinträchtigungen, ebenso wie das Alter und die jeweiligen Lebensumstände. Wer beispielsweise mit 19 Jahren in allen vier Funktionsbereichen extreme Beeinträchtigungen und mehrere problematische Persönlichkeitsmerkmale aufweist, kann eindeutig diagnostiziert werden. Bei jemandem, der oder die mit 14 Jahren lediglich die Mindestanforderungen für die Diagnose erfüllt, sollte hingegen vorerst von einer Diagnose abgesehen werden, da vermutlich der jeweilige Entwicklungsstand für die vermeintlichen Beeinträchtigungen ausschlaggebend ist. Außerdem wäre zu erwarten, dass in diesem Fall die Nachteile der Diagnose gegenüber dem Nutzen für die Person überwiegen. Schwieriger wird es, wenn die Konstellation mehr Ermessensspielraum zulässt. Insbesondere stellt die Kombination aus schweren Beeinträchtigungen und jungem Alter eine große Herausforderung dar. Einerseits ist hier schwerer einzuschätzen, inwiefern biologische und entwicklungspsychologische Komponenten ursächlich für die Beeinträchtigungen sind, andererseits wiegen die möglichen Konsequenzen schwerer, je jünger die Person ist. Eine frühe Intervention bietet günstige Behandlungsvoraussetzungen, ein frühes Stigma hingegen ist moralisch schwer zu vertreten, insbesondere aufgrund der begrenzten Mündigkeit der Betroffenen. Hier ist nicht nur eine gründliche Diagnostik, sondern auch eine subjektive Einschätzung seitens der Diagnostizierenden unausweichlich. Die bewusste Vermeidung einer zutreffenden PS-Diagnose ist dann als fahrlässig zu bewerten, wenn den Betroffenen dadurch passende Hilfsangebote verwehrt bleiben.

Die Gegenüberstellung der psychologischen Entwicklungsaufgaben nach Resch und Lehmkuhl mit den Kriterien aus dem Hybridmodell hat gezeigt, dass die darin genannten Indikatoren einer Persönlichkeitsstörung nur begrenzt für das Jugendalter geeignet sind, da für eine gesunde Persönlichkeit Kompetenzen gefordert sind, die erst durch die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben erworben werden. Hieran wird deutlich, dass es an jugendspezifischen

Diagnosekriterien mangelt, insbesondere in Bezug auf die Adoleszenz. Hier besteht also noch Forschungsbedarf. In Kapitel 4.3 wurden bereits Vorschläge hierfür gesammelt und darüber hinaus in Kapitel 5.4 die Idee vorgestellt, eine eigenständige, jugendspezifische Diagnose namens *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* zu implementieren. Diese Abwandlung soll zusätzlich das ethische Problem lösen, dass eine PS-Diagnose zu einer dauerhaften Stigmatisierung führt.

In Kapitel 5.3 wurde allerdings herausgearbeitet, dass es zielführender erscheint, der Stigmatisierungsproblematik entgegenzutreten, indem der Unheilbarkeitsstatus von Persönlichkeitsstörungen überwunden wird. Derzeit scheint der Status der Vollremission vor allem den Zweck zu erfüllen, auf die erhöhte Wahrscheinlichkeit hinzuweisen, dass die Problematik erneut auftreten wird. Dabei ist fraglich, welchen Vorteil dies mit sich bringt. Ein Blick in die Krankenakte verrät bereits, dass eine Persönlichkeitsstörung vorgelegen hat. Dadurch wird einerseits dieses erhöhte Risiko deutlich und andererseits ersichtlich, dass die Diagnose bei Bedarf erneut vergeben werden darf. Für die Betroffenen macht es jedoch einen Unterschied, ob ihre Störung als genesen oder remittiert gilt. Neben dem psychologisch belastenden Einfluss, den dieses Wissen mit sich bringen kann, führt der Remissionsstatus auch zu strukturellen Benachteiligungen, beispielsweise beim Abschluss von Versicherungen oder bei der Berufswahl. Hierdurch ergibt sich sogar der paradoxe Effekt, dass Menschen für bestimmte Berufe oder Versicherungen nur deshalb als ungeeignet gelten, weil sie sich in Behandlung begeben haben. Wer hingegen keine Hilfe in Anspruch nimmt, erhält in der Regel auch keine Diagnose und somit nicht die daraus resultierenden Benachteiligungen. Dadurch entsteht nicht nur eine höhere Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, sondern auch ein Nachteil für Arbeitgebende und Versichernde, die keine realistische Einschätzung vornehmen können.

Bei Minderjährigen wiegt dieses Argument besonders schwer, da erstens die Folgen einer Diagnose für sie schwerer abzusehen sind und zweitens oftmals die Erziehungsberechtigten diejenigen sind, die den diagnostischen und therapeutischen Prozess in die Wege leiten. All diese Nachteile ließen sich verringern, indem die Heilbarkeit von Persönlichkeitsstörungen anerkannt werden würde. Eine Studie von Zanarini et al. hat gezeigt, dass nach 16 Jahren die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Symptomreduktion wesentlich größer ist als die eines Rezidivs. Da die Abwesenheit von spezifischen Symptomen, auch States genannt, nicht zwangsläufig zu einer höheren Lebensqualität führt, ist es sinnvoll, zwischen Remission und Genesung zu unterscheiden. Die Erhebung des Funktionsniveaus stellt hierfür einen guten Indikator dar. Die Implementierung eines gesunden Funktionsbereichs im Hybridmodell macht Therapieerfolge sichtbar und quantifizierbar, was sich positiv auf die Anerkennung der Heilbarkeit auswirken könnte.

Eine zentrale Intention hinter dem Verzicht auf eine Diagnosevergabe ist die Vermeidung einer solchen Stigmatisierung. Weitere Gründe liegen im mangelnden Wissen vieler Diagnostizierender darüber, dass die Diagnose bei Minderjährigen vergeben werden darf, sowie bei der Betrachtungsweise der Jugend als generell krisenhafte Phase und somit Verharmlosung der Problematik. Hier müsste eine bessere Aufklärung erfolgen, insbesondere bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen und -psychiater\*innen, die für die Diagnostik verantwortlich sind.

Trotz vieler Kritikpunkte hat die Vergabe von PS-Diagnosen im Jugendalter durchaus Vorteile. Um eine Problematik adäquat zu bearbeiten, ist es zielführend, sie zu benennen. Zudem scheint das Angebot an PS-spezifischer Therapie begrenzt zu sein. Somit dürfte die Wahrscheinlichkeit gering sein, einen Platz in einem spezifischen Therapieprogramm zu erhalten, ohne die dazugehörige Diagnose zu haben. Hier gilt das Prinzip von Angebot und Nachfrage. Wenn also mehr Diagnosen gestellt würden, würde der Bedarf an Forschung und Therapie deutlich, sodass eine Zunahme und Verbesserung der Hilfsangebote zu erwarten wäre. Durch die bewusste Vermeidung der Diagnose wird allerdings die Statistik verfälscht, was sich langfristig negativ auf alle Betroffenen auswirkt.

Als Forderung an die Forschung lässt sich zusammenfassen, dass an erster Stelle daran gearbeitet werden sollte, die Heilbarkeit von Persönlichkeitsstörungen anhand von Langzeitstudien weiter zu erforschen und diesbezüglich aufzuklären. Das Hybridmodell bietet mit der Einbeziehung einer funktionalen Persönlichkeitsstruktur eine gute Grundlage hierfür. Insgesamt ist die dimensionale Diagnostik vielversprechend, bedarf jedoch ebenfalls weiterer Forschung. Insbesondere sollten jugendspezifische Kriterien entwickelt werden. Dabei kommt der Adoleszenz eine besonders hohe Dringlichkeit zu, da der Leidensdruck in dieser Altersgruppe als besonders hoch gilt und die Voraussetzungen im Sinne der Frühintervention günstig sind, die Diagnostik allerdings aufgrund der inhaltlichen Überschneidungen mit den Entwicklungsaufgaben und damit einhergehenden Adoleszenzkrisen erheblich erschwert wird. Eine alternative Möglichkeit stellt die Entwicklung eines neuen Konstruktes dar, das speziell auf das Jugendalter zugeschnitten ist. Hierfür wurde bereits die Bezeichnung *Persönlichkeitsentwicklungsstörung* vorgeschlagen. Auf diese Weise könnte zugleich der langfristigen Stigmatisierung entgegengewirkt werden, die die PS-Diagnose mit sich bringt. Auch die Einführung der Adoleszenzkrise als eigenständige Diagnose könnte helfen, den jugendspezifischen Problematiken diagnostisch besser gerecht zu werden und deren Behandlungsbedarf zu verdeutlichen. Diese sollte jedoch nicht als Alternative, sondern als Differenzialdiagnose zur jugendlichen Persönlichkeitsstörung kenntlich gemacht werden. Beide Phänomene können sich zwar im Erscheinungsbild gleichen, jedoch liegt Persönlichkeitsstörungen eine wesentlich tiefgreifendere Problematik zugrunde, weshalb der Behandlungsbedarf nicht vergleichbar ist. Für die Emerging Adulthood sollte hingegen ein spezifischeres therapeutisches Angebot entwickelt

werden, da der Wechsel von der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychologischen hin zur Erwachsenenversorgung suboptimal geregelt ist. Zudem sollte die Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen weiter erforscht und ausdifferenziert werden. Je mehr über die Entstehung bekannt ist, desto besser lassen sich Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter von anderen Störungen dieses Alters abgrenzen. Genauere Kenntnisse über mögliche Ursachen und Frühsymptome dienen darüber hinaus nicht nur einer besseren Behandlungsaussicht, sondern auch der Frühintervention und Prävention.

Für die Praxis ist es empfehlenswert, die PS-Diagnose im Jugendalter – insbesondere in der Adoleszenz – nur zu vergeben, wenn zu erwarten ist, dass die Vorteile der Vergabe gegenüber den Nachteilen überwiegen. Dies ist der Fall, wenn der Leidensdruck sehr groß und eine adäquate Behandlung nur mit der zugehörigen Diagnose zugänglich ist. Wenn klar ist, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, sollte auf das Ausweichen auf andere Diagnosen möglichst verzichtet werden. Diese Vorgehensweise könnte zu Missverständnissen in der Behandlung und im Zweifelsfall zu einer Anhäufung zusätzlicher Diagnosen führen, im ungünstigsten Fall inklusive der PS-Diagnose zu einem späteren Zeitpunkt. Dadurch kann ein größerer Schaden entstehen als durch eine einzelne PS-Diagnose, sofern diese zutreffend ist. Zunächst bietet es sich allerdings an, so lange wie möglich auf eine vorläufige oder Verdachtsdiagnose zurückzugreifen, um Zeit für eine gründliche Diagnostik zu generieren. Stellt sich dann heraus, dass es sich lediglich um eine Adoleszenzkrise handelt, eignet sich zunächst die Diagnose einer *Anpassungsstörung*. Da die PS-Diagnostik im Jugendalter als sehr anspruchsvoll gilt, wäre ein flächendeckender Aufbau von Spezialambulanzen wünschenswert. Pilotprojekte haben sich diesbezüglich als erfolgreich erwiesen.

Aufgrund der Erkenntnis, dass die derzeit im ICD-10 gültige Unterteilung in spezifische Subtypen empirisch nicht haltbar ist und klar ist, dass sie in absehbarer Zeit abgeschafft werden wird, stellt sich die Frage, ob Subtypen bis dahin noch diagnostiziert werden sollten. Hopwood et al. (2018, S. 84) merken dazu an, dass es für Patient\*innen verwirrend sein kann, wenn sie erfahren, dass „much of the field [der Forschenden; Anm. d. Autorin] does not believe such a disorder actually exists“. Eine denkbare Übergangslösung ist die Verwendung der Restkategorie *Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet*. Dabei müsste allerdings gewährleistet werden, dass dennoch eine spezifische Therapie genehmigt wird (sofern sie für den jeweiligen Subtyp existiert), sodass es zu keinem Nachteil für die Patient\*innen kommt. Gleiches gilt für die Vergabe einer vorläufigen oder Verdachtsdiagnose zum Zweck der Überbrückung.

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (o.J.). *About APA*, American Psychiatric Association. Zugriff am 01.08.2020. Verfügbar unter <https://www.psychiatry.org/about-apa>
- Asendorpf, J. B. (2019). *Persönlichkeitspsychologie für Bachelor* (Springer-Lehrbuch, 4. vollständig überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Barnow, S., Stopsack, M., Ulrich, I., Falz, S., Dudeck, M., Spitzer, C. et al. (2010). Prävalenz und Familiarität von Persönlichkeitsstörungen in Deutschland: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(9-10), 334–341.
- Batram, M., Damm, O., Scholz, S. & Witte, J. (2018). *Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Familiengesundheit* (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 23, 1. Auflage). Heidelberg, Neckar: medhochzwei Verlag.
- Berberich, G. (2019). Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11. *Ärztliche Psychotherapie*, 14(1), 41–45.
- Berk, L. E. (2019). *Entwicklungspsychologie* (Pearson Studium - Psychologie, 7., aktualisierte Auflage). Hallbergmoos: Pearson Studium.
- Biesinger, R. (2019). *Ohne Dop(amin)e ist alles doof. Aktive Veränderungsarbeit im Persönlichkeitstraining nach Kokainmissbrauch*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bock, A., Huber, E., Müller, S., Henkel, M., Sevecke, K., Schopper, A. et al. (2019). Psychisches Strukturniveau im Jugendalter und der Zusammenhang mit späterer psychischer Erkrankung - eine Langzeitstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(5), 400–410.
- Boring, E. G. (1923). Intelligence as the tests test it. *New Republic*, 36, 35–37.
- Breithaupt-Peters, M. (2010). Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Erscheinungsbild und Konsequenzen für den pädagogisch-therapeutischen Umgang im Jugendhilfealltag. In R. Merod (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen* (S. 89–118). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Breithaupt-Peters, M. & Dufner, B. (2012). Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Mit 14 Abbildungen und 15 Tabellen* (S. 369–379). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Call, M., D'Errico, L., Vogel, E. & Mander, J. (2018). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen - Update zu Theorie und Therapie* (S. 288–302). Stuttgart: Schattauer.
- Caluwé, E. de, Verbeke, L., van Aken, M., van der Heijden, P. T. & Clercq, B. de. (2019). The DSM-5 Trait Measure in a Psychiatric Sample of Late Adolescents and Emerging Adults: Structure, Reliability, and Validity. *Journal of Personality Disorders*, 33(1), 101–118. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_333](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_333)
- Chassé, K. A. (2017). Jugend dekonstruiert – Erste Eindrücke vom 15. Kinder- und Jugendbericht. *Soziale Passagen*, 9(1), 169–180.
- Craggs, A. (o.J.). *About WHO*, World Health Organization. Zugriff am 01.08.2020. Verfügbar unter <https://www.who.int/about>
- Cramer, C. & Binder, K. (2015). Zusammenhänge von Persönlichkeitsmerkmalen und Beanspruchungserleben im Lehramt. Ein internationales systematisches Review. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 18(1), 101–123.
- Dammann, G. (2018). Persönlichkeitsstörungen. In A. Gumz & S. Hörz-Sagstetter (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis* (1. Auflage, S. 367–377). Weinheim: Beltz.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (9., aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2019). Bern: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, M. (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) : diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2016). Bern: Hogrefe.
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (o.J.). *ICD-11. 11. Revision der ICD der WHO*, DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Zugriff am 20.06.2020. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11>

- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2020). *ICD-10-GM*, DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Zugriff am 21.07.2020. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>
- Dobiosch, S. & Benecke, C. (2018). Empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen - Update zu Theorie und Therapie* (S. 171–196). Stuttgart: Schattauer.
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 2, 3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Erikson, E. H. (2015). *Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 16, 27. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, E. H. (2018). *Der vollständige Lebenszyklus* (10. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Eschenbeck, H. & Knauf, R.-K. (2018). Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (Springer-Lehrbuch, S. 23–50). Berlin, Germany: Springer.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage).
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Laurensen, E. M. P., Verheul, R., Busschbach, J. J. V. & Soeteman, D. I. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 593–604.
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T. & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter. Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie und -psychotherapie. *Psychotherapeut*, 62(1), 34–38.
- Fegert, J. M., Spröder, N., Streeck-Fischer, A. & Freyberger, H. J. (2019). „Adolszenzkrisen“ aus entwicklungspsychologischer und psychiatrischer Sicht. *Psychodynamische Psychotherapie*, 9(1), 2–13.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen. Mit E-Book inside* (7., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Fimpler, T. & Hannen, P. (2016). *Kernaufgaben der Offenen Jugendarbeit. Auseinandersetzung mit Selbstverständnis und eigenständiger Legitimation* (Research). Wiesbaden: Springer VS.



- First, M. B. (2019). *SCID-5-PD. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-5 Persönlichkeitsstörungen: deutsche Bearbeitung des Structured clinical interview for DSM-5® - personality disorders* von Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer: Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, G. & Kaess, M. (2016). Früherkennung und Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter. In M. Kaess & R. Brunner (Hrsg.), *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Früherkennung und Frühintervention* (1. Auflage, S. 35–63). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Fliedl, R. (o.J.). *Über die OPD-KJ und zur OPD-KJ-2*, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie. Zugriff am 03.08.2020. Verfügbar unter <https://opd-kj.de/>
- Foelsch, P., Odom, A., Arena, H., Krischer, M., Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2010). Differenzierung zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion und ihre Bedeutung für die Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(6), 418–434.
- Fuhrer, U. (2013). Jugendalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (Lehrbuch, 7., überarb. und erw. Aufl., S. 119–133). Göttingen: Hogrefe.
- Goth, K., Schmeck, K. & Schmid, M. (2011). Skalen zur Erfassung von Persönlichkeit im Kindes- und Jugendalter und deren persönlichkeitspsychologische und psychopathologische Grundlagen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4(2), 148–175.
- Greve, W. & Thomsen, T. (2019). *Entwicklungspsychologie. Eine Einführung in die Erklärung menschlicher Entwicklung* (Basiswissen Psychologie). Wiesbaden: Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-93432-7>
- Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2018). *BARMER Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* (1. Auflage). Siegburg: Asgard Verlagsservice.
- Harring, M. & Schenk, D. (2018). Das Konstrukt „Jugend“. In A. Kleeberg-Niepage & S. Rademacher (Hrsg.), *Kindheits- und Jugendforschung in der Kritik. (inter-)disziplinäre Perspektiven auf zentrale Begriffe und Konzepte* (S. 111–126). Wiesbaden: Springer VS.
- Herpertz, S. C. (2018). Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11 [A new approach to classifying Personality Disorders]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 86(3), 150–155.
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L. et al. (2017). The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 577–589.

- Herpertz-Dahlmann, B. & Herpertz, S. (2010). Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, RWTH Aachen. bherpertz-dahlmann@ukaachen.de. *Der Nervenarzt* [Child and adolescent psychiatry and adult psychiatry: cooperation over the life span], 81(11), 1298, 1300, 1302, passim. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3050-4>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R. et al. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82–86.
- Hüning, J. (2018). Junge Erwachsene. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 403–424). Wiesbaden: Springer VS.
- Hurrelmann, K. (2012). Kindheit, Jugend und Gesellschaft. Identität in Zeiten des schnellen sozialen Umbruchs - soziologische Perspektiven. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie* (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1. Aufl., S. 57–75). s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV).
- Joint OECD; EUROSTAT; WHO Health Accounts. (o.J.). *Health expenditure and financing*, Joint OECD; EUROSTAT; WHO Health Accounts. Zugriff am 26.07.2020. Verfügbar unter <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Kaess, M. & Brunner, R. (2016a). Quo vadis Borderline-Persönlichkeitsstörung? - Zusammenfassung und Ausblick. In M. Kaess & R. Brunner (Hrsg.), *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Früherkennung und Frühintervention* (1. Auflage, S. 140–152). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kaess, M. & Brunner, R. (2016b). Rationale zur Früherkennung und -intervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In M. Kaess & R. Brunner (Hrsg.), *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Früherkennung und Frühintervention* (1. Auflage, S. 9–21). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- King, V. (2012). Adoelszente Identitätssuche und Ablösung - Entwicklungsanforderungen und Krisenpotenzial in Generationenbeziehungen. In B. Grimmer, I. Sammet & G. Dammann (Hrsg.), *Psychotherapie in der Spätadoleszenz. Entwicklungsaufgaben, Störungen, Behandlungsformen* (Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik, 1. Aufl., S. 35–47). Stuttgart: Kohlhammer.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. & Bešić, E. (2019). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (UTB, Bd. 2934, 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wien, Österreich: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kölch, M., Allroggen, M. & Plener, P. L. (2013). Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen. In J. M. Fegert & M. Kölch (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und*

*Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2013, S. 306–318). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- Kupper, K., Krampen, D., Rammstedt, B. & Rohrmann, S. (2019). Kurzversion des Big Five Inventory für Kinder und Jugendliche (BFI-K KJ). Adaptation und Validierung eines deutschsprachigen Selbstbeurteilungsinventars zur Erfassung grundlegender Persönlichkeitsfaktoren im Kindes- und Jugendalter. *Diagnostica*, 65(2), 86–96.
- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., van Busschbach, J. J. & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 3.
- Lehmkuhl, G. & Resch, F. (2015). Therapeutische Basisfertigkeiten: Erstkontakt, diagnostisches Vorgehen, Therapieziele und -planung. In G. Lehmkuhl, F. Resch & S. C. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze* (1. Aufl., S. 51–58). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Merod, R. (2010). Familiäre Umwelt, Neurobiologie und Persönlichkeitsentwicklung. In R. Merod (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen* (S. 11–40). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Murafi, K. (2010). Früherkennung beginnender Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. In R. Merod (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen* (S. 41–57). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Neyer, F. J. & Asendorpf, J. (2018). *Psychologie der Persönlichkeit* (Lehrbuch, 6., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin, Germany: Springer.
- Niekrenz, Y. & Witte, M. D. (2018). Jugend. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 381–402). Wiesbaden: Springer VS.
- Petermann, F. & Resch, F. (2013). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (Lehrbuch, 7., überarb. und erw. Aufl., S. 57–76). Göttingen: Hogrefe.
- Ponton-Rodriguez, T. & Krischer, M. (2018). Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in einer psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation Jugendlicher. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 22(3), 186–195.
- Rauthmann, J. F. (2016). *Grundlagen der Differentiellen und Persönlichkeitspsychologie. Eine Übersicht für Psychologie-Studierende* (Essentials). Wiesbaden: Springer.

- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-V* (Programmbereich Psychiatrie, 7., aktualisierte Auflage). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.
- Resch, F. & Lehmkuhl, G. (2015). Adoleszenz - Junges Erwachsenenalter. Entwicklungsdynamik und Entwicklungsaufgaben. In G. Lehmkuhl, F. Resch & S. C. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze* (1. Aufl., S. 17–26). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Resch, F., Parzer, P. & Kaess, M. (2018). Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In G. Berberich, M. Zaudig, C. Benecke, H. Saß & J. Zimmermann (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen - Update zu Theorie und Therapie* (S. 28–41). Stuttgart: Schattauer.
- Resch, F. & Sevecke, K. (2018). Identität – Eine Illusion? Selbstentwicklung in der Adoleszenz [Identity - An Illusion? Self Development in Adolescence]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(7), 613–623.
- Sachse, R. (2019). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2020). *Das Persönlichkeits-Störungs-Rating-System. Narzisstische, histrionische, dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren* (Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, Band 10, 1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schandry, R. (2011). *Biologische Psychologie. Mit Online-Materialien* (Grundlagen Psychologie, 3., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schlüter-Müller, S. & Foelsch, P. (2012). Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz. In B. Grimmer, I. Sammet & G. Dammann (Hrsg.), *Psychotherapie in der Spätadoleszenz. Entwicklungsaufgaben, Störungen, Behandlungsformen* (Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik, 1. Aufl., S. 142–149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmeck, K. (2014). DSM 5: Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 18(1), 6–15.
- Schmeck, K., Pick, O. G., Milidou, M., Schenk, N., Schlüter-Müller, S. & Zimmermann, R. (2018). Früherkennung von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 22(3), 179–185.
- Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter* (Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen). Heidelberg: Springer.

- Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2015). Entstehungsbedingungen, Früherkennung und Frühintervention von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 19(2), 94–105.
- Schmeck, K., Streeck-Fischer, A. & Herpertz, S. C. (2011). Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsstörungen. In J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Kompendium Adoleszenzpsychiatrie. Krankheitsbilder mit CME-Fragen; mit 70 Tabellen* (S. 237–253). Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, M. & Schmeck, K. (2013). Persönlichkeitsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (Lehrbuch, 7., überarb. und erw. Aufl., S. 513–531). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M., Schmeck, K. & Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17(3), 190–202.
- Seiffge-Krenke, I. (2012). Entwicklungspsychologie in der Adoleszenz: Erwachsen werden im 21. Jahrhundert. In B. Grimmer, I. Sammet & G. Dammann (Hrsg.), *Psychotherapie in der Spätadoleszenz. Entwicklungsaufgaben, Störungen, Behandlungsformen* (Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik, 1. Aufl., S. 15–34). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2015). Psychotherapie bei jungen Erwachsenen: Was wirkt? In G. Lehmkuhl, F. Resch & S. C. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze* (1. Aufl., S. 27–50). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Sevecke, K. & Fuchs, M. (2017). Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter sind kein „lebenslanges Schicksal“. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, 18(1-2), 26–31.
- Sevecke, K. & Krischer, M. K. (2011). Aktuelle Entwicklungslinien in der Persönlichkeitsforschung im Jugendalter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5(3), 154–164.
- Sevecke, K. & Krischer, M. (2016). *Jugendliche Persönlichkeitsstörungen im psychodynamischen Diskurs* (Psychodynamik kompakt, 1st ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G., Petermann, F. & Krischer, M. K. (2011). Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 20(4), 256–264.
- Sevecke, K. & Pukrop, R. (2015). Persönlichkeitsstörungen. In G. Lehmkuhl, F. Resch & S. C. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze* (1. Aufl., S. 152–168). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Sevecke, K., Schmeck, K. & Krischer, M. (2014). Das dimensional-kategoriale Hybridmodell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 aus jugendpsychiatrischer Perspektive. Kritik und klinischer Ausblick [The dimensional-categorical hybrid model of personality disorders in DSM-5 from an adolescent psychiatric perspective - criticism and critical outlook]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(4), 279–283.
- Steinhausen, H.-C. (2019). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage).
- Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (2018). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in ICD-10/-11 und DSM-5. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 71–83.
- Stone, M. H. (2011). Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen. Übersetzungen von Hans-Otto Thomashoff* (2., vollständig überarbeitete Aufl. 2011, S. 57–65). Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung. Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen* (2., überarb. Auflage). Stuttgart: Schattauer ein Imprint von J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger.
- Streeck-Fischer, A. (2016). Jugend, Pubertät, Adoleszenz. In G. Poscheschnik & B. Traxl (Hrsg.), *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen* (Psychodynamische Therapie, Originalausgabe, S. 311–343). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Streeck-Fischer, A. (2018). ADHS im Kindesalter. Ein Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter? *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 22(3), 196–204.
- Streeck-Fischer, A., Düwell, H., Bauers, W. & Siebert, S. (2018). Persönlichkeitsentwicklungsstörung. Narzisstische, Borderline, Antisoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung. In P. Adler-Corman, C. Röpke & H. Timmermann (Hrsg.), *Psychoanalytische Leitlinien der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* (1. Auflage, S. 295–362). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Tyrer, P. (2017). Personality disorder: Good reasons to reclassify. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(11), 1077–1078.

- Tyrer, P. (2020). Why we need to take personality disorder out of the doghouse. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 216(2), 65–66.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 169(5).
- Zaudig, M. (2017). Vermessung der Persönlichkeit? Neue Ansätze in DSM-5 und ICD-11. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 21(4), 243–258.
- Zimmermann, J. (2014). Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Die neuen Modelle in DSM-5 und ICD-11. *Psychotherapie im Dialog*, 15(3), 16–20.

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

## Anhang

Anhang 1: Einteilung der Subtypen nach Diagnosemanual.....	ii
Anhang 2: Prävalenzen der Subtypen (gemessen mit SKID-II).....	iii
Anhang 3: Allgemeine Diagnosekriterien in der ICD-10 .....	iii
Anhang 4: Allgemeine Diagnosekriterien im DSM-5 – Traditionelles Modell .....	iv
Anhang 5: Allgemeine Diagnosekriterien im DSM-5 – Hybridmodell .....	v
Anhang 6: Allgemeine Diagnosekriterien in der ICD-11 .....	v
Anhang 7: Hybridmodell –Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit .....	vi
Anhang 8: Hybridmodell – Domänen und Facetten .....	x

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF



## Anhang 1: Einteilung der Subtypen nach Diagnosemanual

ICD-10	DSM-5 (traditionell)	DSM-5 (Hybridmodell)	ICD-11
Paranoide PS	Paranoide PS		
Schizoide PS	Schizoide PS		
*	Schizotype PS	Schizotype PS	
Dissoziale PS	Antisoziale PS	Antisoziale PS	
Emotional-instabile PS - Impulsiver Typ - Borderline-Typ	Borderline-PS	Borderline-PS	***
Histrionische PS	Histrionische PS		
**	Narzisstische PS	Narzisstische PS	
Anankastische PS	Zwanghafte PS	Zwanghafte PS	
Ängstliche (vermeidende) PS	Vermeidend- selbstunsichere PS	Vermeidend- selbstunsichere PS	
Abhängige PS	Dependente PS		

Quelle: Remschmidt et. al (2017, S. 57), Falkai & Wittchen (2018, S. 1049ff.), Steinhausen (2019, S. 367); eigene Darstellung

### Anmerkungen:

\* Eine *schizotype Störung* mit vergleichbaren Kriterien ist in der ICD-10 in einem anderen Kapitel aufgeführt (vgl. Dilling et al., 2016, 102f.).

\*\* Die narzisstische PS ist in der ICD-10 unter der Kategorie „sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (Dilling et al., 2016, S. 169) aufgeführt.

\*\*\* Ob die PS mit Borderline-Muster als eigenständiger Subtyp zu verstehen ist, ist noch unklar.

## Anhang 2: Prävalenzen der Subtypen (gemessen mit SKID-II)

	New York (2008) *	Mecklenburg-Vorpommern (2010) **
Paranoide PS	2,4%	3,2%
Schizoide PS	1,3%	1,6%
Schizotype PS	0,9%	0,6%
Antisoziale PS	2,2%	0,6%
Borderline-PS	2,2%	0,7%
Histrionische PS	1,5%	1,9%
Narzisstische PS	1,1%	0,8%
Vermeidend-selbstunsichere PS	3,7%	5,0%
Dependente PS	1,4%	1,5%
Zwanghafte PS	1,5%	1,9%

Quelle: \*Johnson et al. (2008, zit. nach Fiedler & Herpertz, 2016, S. 210); \*\*Barnow et al. (2010, S. 337); eigene Darstellung

## Anhang 3: Allgemeine Diagnosekriterien in der ICD-10

„G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
4. Die Art des Umgangs mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen

G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).

- G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
- G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
- G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. (...)
- G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden. (...)

(Dilling et al., 2016, S. 163f.)

#### **Anhang 4: Allgemeine Diagnosekriterien im DSM-5 – Traditionelles Modell**

„A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren).
2. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
4. Impulskontrolle.

B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

D. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

F. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung).“

(Falkai & Wittchen, 2018, S. 885)

## Anhang 5: Allgemeine Diagnosekriterien im DSM-5 – Hybridmodell

- „A. Mindestens mittelgradige Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit (d.h. des Selbst und der interpersonellen Beziehungen).
- B. Eines oder mehrere problematische Persönlichkeitsmerkmale.
- C. Die Beeinträchtigungen [...] sind relativ unflexibel und durchgängig in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- D. Die Beeinträchtigungen im Funktionsniveaus der Persönlichkeit und der Ausdruck der individuellen Persönlichkeitsmerkmale sind relativ stabil über die Zeit, und ihr Beginn kann mindestens bis zur Adoleszenz oder bis zum frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden.
- E. Die Beeinträchtigungen [...] können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.
- F. Die Beeinträchtigungen [...] sind nicht ausschließliche Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. ein schweres Kopftrauma).
- G. Die Beeinträchtigungen [...] sind nicht besser dadurch erklärbar, dass sie als normal für eine individuelle Entwicklungsphase oder eine soziokulturelle Umgebung verstanden werden.“

(Falkai & Wittchen, 2018, S. 1046f.)

## Anhang 6: Allgemeine Diagnosekriterien in der ICD-11

„Die Persönlichkeitsstörung [...] ist durch

- [I.] Funktionsprobleme bei Aspekten des Selbst (z.B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbstwahrnehmung) und /oder [sic!] eine interpersonale Fehlfunktion (z.B. Fähigkeit zur Entwicklung und Erhaltung enger und wechselseitiger Beziehungen, Fähigkeit des Verständnisses der Perspektiven anderer und der Konfliktbewältigung in Beziehungen) gekennzeichnet,
- [II.] die über eine ausgedehnte Zeitspanne persistieren (z.B. zwei oder mehr Jahre).
- [III.] Die Störung manifestiert sich in Kognitionsmustern, emotionalem Erleben, emotionalem Ausdruck und Verhalten mit Fehlanpassung (z.B. unflexibel oder wenig reguliert)

- [IV.] und ist in zahlreichen persönlichen und sozialen Situationen vorhanden (d.h. ist nicht auf spezifische Situationen oder soziale Rollen beschränkt).
- [V.] Die störungsspezifischen Verhaltensmuster sind nicht entwicklungsangemessen und können nicht primär durch soziale oder kulturelle Faktoren einschliesslich [sic!] sozio-politischer Konflikte erklärt werden.
- [VI.] Die Störung ist mit beträchtlicher Belastung oder bedeutsamen Beeinträchtigungen im persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderem wichtigen Funktionsbereich verbunden“

(Steinhausen, 2019, S. 367).

## Anhang 7: Hybridmodell –Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit

Ausmaß der Beeinträchtigung	Selbst		Interpersonelle	Beziehungen
	Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
0 – Keine oder geringfügige Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchgängiges Bewusstsein eines eigenständigen Selbst; hält rollenadäquate Grenzen ein.</li> <li>- Stabiler und selbstregulierter positiver Selbstwert mit akkurater Selbsteinschätzung.</li> <li>- Ist in der Lage, eine ganze Bandbreite von Emotionen zu erleben, auszuhalten und zu regulieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setzt sich Ziele und verfolgt diese vernünftig, basierend auf einer realistischen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten.</li> <li>- Orientiert sich an angemessenen Verhaltensmaßstäben und erreicht in vielen Bereichen persönliche Erfüllung.</li> <li>- Kann eigenes Erleben reflektieren und auf konstruktive Weise interpretieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist in der Lage, das Erleben und die Motive anderer in den meisten Situationen richtig zu verstehen.</li> <li>- Versteht und würdigt die Sichtweise anderer, auch wenn er/sie diese nicht teilt.</li> <li>- Ist sich der Wirkung des eignen Verhaltens auf andere bewusst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterhält im privaten und gesellschaftlichen Umfeld zahlreiche stabile und befriedigende Beziehungen.</li> <li>- Hat den Wunsch nach und widmet sich einer Reihe von liebevollen, engen und auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen.</li> <li>- Strebt nach Kooperation und gegenseitigem Nutzen und reagiert flexibel auf verschiedene Ideen, Gefühle und Verhaltensweisen anderer.</li> </ul>
1 – Leichte Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativ intaktes Selbstgefühl, wobei die Klarheit von Grenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übermäßig zielstrebig, etwas blockiert im Setzen und Verfolgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etwas eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist in der Lage, im privaten und gesellschaftlichen Umfeld stabile</li> </ul>

	<p>etwas eingeschränkt ist, wenn starke Emotionen und psychische Belastung erlebt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstwert ist zeitweise reduziert, mit übermäßig kritischer oder etwas verzerrter Selbsteinschätzung.</li> <li>- Starke Emotionen können belastend sein, verbunden mit einer eingeschränkten Bandbreite des emotionalen Erlebens.</li> </ul>	<p>eigener Ziele oder konflikthafter Umgang mit Zielen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kann unrealistische oder sozial unangemessene persönliche Maßstäbe haben, was die persönliche Erfüllung in eigenen Bereichen einschränkt.</li> <li>- Kann eigenes Erleben reflektieren, überbetont aber möglicherweise einen bestimmten (z.B. intellektuellen, emotionalen) Aspekt der Selbstwahrnehmung.</li> </ul>	<p>würdigen und zu verstehen; kann dazu tendieren, anderen unangemessene Erwartungen oder einen Wunsch nach Kontrolle zuzuschreiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist zwar in der Lage, andere Sichtweisen zu berücksichtigen und zu verstehen, tut dies aber nur widerwillig.</li> <li>- Ist sich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere nicht durchgängig bewusst.</li> </ul>	<p>Beziehungen einzugehen, jedoch mit einigen Einschränkungen bezüglich Tiefe und erlebter Zufriedenheit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat die Fähigkeit und den Wunsch, enge und auf Gegenseitigkeit beruhende Beziehungen aufzubauen, kann aber Schwierigkeiten haben, dies auszudrücken, und mitunter gehemmt sein, wenn starke Emotionen oder Konflikte auftreten.</li> <li>- Kooperation kann durch unrealistische Maßstäbe erschwert sein; etwas eingeschränkte Fähigkeit, die Ideen, Gefühle und Verhaltensweisen anderer zu respektieren oder darauf einzugehen.</li> </ul>
2 – Mittelgradige Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übermäßige Abhängigkeit von anderen bei der Definition der eigenen Identität; beeinträchtigte Wahrnehmung von Grenzen.</li> <li>- Vulnerabler Selbstwert, der von übertriebener Sorge um Bewertung durch andere geprägt ist,- bei gleichzeitigem Wunsch nach Anerkennung, Gefühl von</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziele sind meistens nicht selbst bestimmt, sondern ein Mittel, um Bestätigung von anderen zu erhalten; daher kann es ihnen an Kohärenz und/oder Stabilität mangeln.</li> <li>- Eigene Maßstäbe können unangemessen hoch sein (z.B. ein Bedürfnis, besonders zu sein oder anderen zu gefallen) oder niedrig sein (z.B. nicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übermäßig empfindsam hinsichtlich des Erlebens anderer, aber nur im Hinblick auf dessen Relevanz für die eigene Person.</li> <li>- Übermäßig selbstbezogen; deutlich eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu würdigen, zu verstehen und alternative Sichtweisen zu berücksichtigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat die Fähigkeit und den Wunsch, Beziehungen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld aufzubauen, diese können aber größtenteils oberflächlich sein.</li> <li>- Enge Beziehungen bestehen vor allem, um Bedürfnisse der Selbstregulation und des Selbstwerts zu befriedigen, verbunden mit der</li> </ul>

	<p>Unzulänglichkeit oder Unterlegenheit, mit kompensatorisch überhöhter oder verringertem Selbsteinschätzung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionsregulation hängt von positiver Bewertung durch andere ab. Bedrohungen des Selbstwerts können starke Emotionen wie Wut oder Scham auslösen.</li> </ul>	<p>mit vorherrschenden Werten übereinstimmen). Persönliche Erfüllung wird durch ein Gefühl von mangelnder Authentizität beeinträchtigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingeschränkte Fähigkeit, eigenes Erleben zu reflektieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist sich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere generell nicht bewusst, schätzt diese Wirkung unrealistisch ein oder kümmert sich nicht darum.</li> </ul>	<p>unrealistischen Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendiert dazu, Beziehungen nicht als etwas Wechselseitiges anzusehen, sondern kooperiert vorrangig aus Eigennutz.</li> </ul>
3 – Schwere Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwach ausgeprägtes Gefühl von Autonomie/Urheberschaft; erleben von mangelnder Identität oder innerer Leere. Die Definition von Grenzen ist schwach oder rigide: Kann Überidentifikation mit anderen; Überbetonung der Unabhängigkeit von anderen oder ein Schwanken zwischen beidem sein.</li> <li>- Fragiler Selbstwert, der von Ereignissen leicht beeinflusst wird, und ein Selbstbild, dem es an Kohärenz mangelt. Die Selbsteinschätzung ist wenig nuanciert: Selbstverachtung, Selbstverherrlichung oder eine unlogische, unrealistische</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat Schwierigkeiten, sich selbst Ziele zu setzen und/oder diese zu erreichen.</li> <li>- Eigene Maßstäbe für Verhalten sind unklar oder widersprüchlich. Das Leben wird als sinnlos oder gefährlich erlebt.</li> <li>- Deutlich eingeschränkte Fähigkeit, eigene mentale Prozesse zu reflektieren und zu verstehen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Fähigkeit, die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen anderer u berücksichtigen und zu verstehen, ist deutlich eingeschränkt; kann aber ganz bestimmte Aspekte des Erlebens anderer erkennen, insbesondere Verletzlichkeit und Leiden.</li> <li>- Generell unfähig, alternative Sichtweisen zu berücksichtigen; fühlt sich durch Meinungsunterschiede oder abweichende Ansichten stark bedroht.</li> <li>- Verwirrung oder fehlende Bewusstheit hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere; häufig verwundert über das Denken und die</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein gewisser Wunsch nach dem Aufbau von Beziehungen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld ist vorhanden, aber die Fähigkeit zu positiver und dauerhafter Bindung ist deutlich beeinträchtigt.</li> <li>- Beziehungen basieren auf der festen Überzeugung, völlig auf die andere Person angewiesen zu sein, und/oder auf Erwartungen von Verlassenwerden oder Missbrauch. Gefühle bezüglich enger Beziehungen mit anderen schwanken zwischen Angst/Zurückweisung und dem verzweifelten Wunsch nach Verbundenheit.</li> <li>- Wenig Gegenseitigkeit: Andere werden vor allem</li> </ul>

	<p>Mischung aus beidem.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionen können sich sehr schnell ändern oder es besteht ein chronisches, unveränderliches Gefühl der Verzweiflung.</li> </ul>		<p>Verhaltensweisen anderer, wobei destruktive Motive oft fälschlich anderen zugeordnet werden.</p>	<p>unter dem Gesichtspunkt gesehen, welchen (positiven oder negativen Einfluss sie auf die eigene Person haben; Bemühungen um Kooperation scheitern häufig am Erleben von Kränkungen durch andere.</p>
<p>4 – Extreme Beeinträchtigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Erleben eines eigenständigen Selbst und das Gefühl eigener Urheberschaft/Autonomie sind so gut wie nicht vorhanden oder um die Wahrnehmung von Verfolgung durch andere herum organisiert. Grenzen zu anderen sind unklar oder fehlen ganz.</li> <li>- Schwaches oder verzerrtes Selbstbild, das in Interaktionen mit anderen schnell bedroht ist; deutliche Verzerrungen und Verwirrung im Bereich der Selbsteinschätzung.</li> <li>- Emotionen passen nicht zum Kontext oder zum inneren Erleben. Hass und Aggression können dominierende Affekte sein, aber auch geleugnet und anderen zugeschrieben werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unzureichende Differenzierung zwischen Gedanken und Handlungen, sodass die Fähigkeit zur Zielsetzung schwer beeinträchtigt ist (Ziele sind unrealistisch oder inkohärent).</li> <li>- Eigene Maßstäbe für Verhalten sind so gut wie nicht vorhanden. Echte persönliche Erfüllung ist im Grunde unvorstellbar.</li> <li>- Tiefgreifende Unfähigkeit, eigenes Erleben konstruktiv zu reflektieren. Eigene Motive können verkannt und/oder als dem Selbst nicht zugehörig erlebt werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausgeprägte Unfähigkeit, das Erleben und die Motive anderer zu berücksichtigen und zu verstehen.</li> <li>- Die Sichtweisen anderer werden so gut wie gar nicht wahrgenommen (die Aufmerksamkeit ist völlig auf Bedürfnisbefriedigung und Schadensvermeidung fokussiert).</li> <li>- Soziale Interaktionen können verwirrend und zerstörend sein.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen ist aufgrund eines tiefgreifenden Desinteresses oder erwarteter Verletzungen eingeschränkt. Der Umgang mit anderen ist distanziert, chaotisch oder durchgängig negativ.</li> <li>- Beziehungen werden nahezu ausschließlich unter dem Gesichtspunkt wahrgenommen, ob sie Sicherheit bieten oder Schmerz und Leid verursachen können.</li> <li>- Zwischenmenschliches Verhalten beruht nicht auf Gegenseitigkeit, sondern ist auf die Befriedigung basaler Bedürfnisse oder auf die Vermeidung von Schmerz ausgerichtet.</li> </ul>

Quelle: Falkai & Wittchen, 2018, S. 1065f.



## Anhang 8: Hybridmodell – Domänen und Facetten

Domänen (polare Gegensätze) und Facetten	Definitionen
<b>Negative Affektivität</b> (vs. Emotionale Stabilität)	Häufiges und intensives Erleben einer großen Bandbreite von starken negativen Emotionen und Affekten (z.B. Angst, Depression, Schuld/Scham, Besorgnis, Ärger) und ihrer behavioralen (z.B. Selbstverletzung) und zwischenmenschlichen (z.B. Abhängigkeit Manifestationen).
Emotionale Labilität	Instabilität des emotionalen Erlebens und der Stimmung; heftige Emotionen bzw. Affekte sind leicht stimulierbar, hochgradig intensiv und/oder unangemessen hinsichtlich situativer Auslöser und Umstände.
Ängstlichkeit	Gefühle von Nervosität, Anspannung oder Panik als Reaktion auf verschiedene Situationen; häufige Sorge über negative Auswirkungen vergangener unangenehmer Erlebnisse und über mögliche negative Entwicklungen in der Zukunft; ängstliche Gefühle und Besorgnis bei Unsicherheit; Erwartung des schlechtmöglichsten Ausgangs.
Trennungsangst	Angst vor dem Alleinsein durch Zurückweisung und/oder Trennung von wichtigen Bezugspersonen, basierend auf einem Mangel an Vertrauen in die eigene Fähigkeit, für sich selbst physisch und emotional zu sorgen.
Unterwürfigkeit	Anpassung des eigenen Verhaltens an tatsächliche oder wahrgenommene Interessen und Wünsche von anderen, sogar wenn dies den eigenen Interessen, Bedürfnissen oder Wünschen entgegensteht.
Feindseligkeit	Anhaltende oder häufige Gefühle von Ärger; Ärger oder Geiztheit bereits bei geringfügigen Kränkungen und Beleidigungen; gemeines, gehässiges oder rachsüchtiges Verhalten. <i>Siehe auch</i> Antagonismus.
Perseveration	Verharren bei Aufgaben oder dabei, Tätigkeiten auf besondere Weise auszuführen, obwohl das Verhalten seit Langem nicht mehr funktionell oder effektiv ist; Fortführung desselben Verhaltens trotz wiederholten Scheiterns oder eindeutigen Gründen, das Verhalten zu beenden.
Depressivität	<i>Siehe</i> Verschlossenheit.
Misstrauen	<i>Siehe</i> Verschlossenheit.

Affektarmut (Fehlen von)	Wenn eine Affektarmut vorliegt, bedeutet dies ein <i>niedriges Niveau der</i> Negativen Affektivität. <i>Siehe</i> „Verschlossenheit“ für die Definition dieser Facette.
<p><b>Verschlossenheit</b> (vs. Extraversion)</p> <p>Sozialer Rückzug</p> <p>Vermeidung von Nähe</p> <p>Anhedonie</p> <p>Depressivität</p> <p>Affektarmut</p> <p>Misstrauen</p>	<p>Vermeidung sozio-emotionaler Erfahrungen, sowohl durch Rückzug aus zwischenmenschlichen Interaktionen (von gelegentlichen oder alltäglichen Begegnungen über Freundschaften bis hin zu intimen Beziehungen) als auch durch eingeschränktes affektives Erleben und eingeschränkten affektiven Ausdruck, insbesondere durch begrenzte Fähigkeit, Freude zu empfinden.</p> <p>Bevorzugung des Alleinseins gegenüber der Gemeinschaft mit anderen; Zurückhaltung in sozialen Situationen; Vermeidung von sozialen Kontakten und Aktivitäten; fehlende Aufnahme von sozialem Kontakt.</p> <p>Vermeidung von engen Beziehungen, Liebesbeziehungen, zwischenmenschlichen Bindungen und intimen sexuellen Beziehungen.</p> <p>Fehlen von Freude, Engagement oder Energie im Hinblick auf die Dinge des Alltagslebens; Beeinträchtigung in der Fähigkeit, Lust zu empfinden und sich für Dinge zu interessieren.</p> <p>Niedergeschlagenheit, Sich-elend-Fühlen und/oder Hoffnungslosigkeit; Schwierigkeit, sich von solchen Stimmungen zu erholen; Pessimismus hinsichtlich der Zukunft; tiefgreifende Scham- und/oder Schuldgefühle; Gefühl der Minderwertigkeit; Suizidgedanken und suizidales Verhalten.</p> <p>Geringe affektive Reaktion auf erregende Situationen; Einschränkungen des emotionalen Erlebens und des emotionalen Ausdrucks; Gleichgültigkeit und Distanziertheit in üblicherweise emotional berührenden Situationen.</p> <p>Erwartung von – und Sensibilität gegenüber – Anzeichen für böse Absichten anderer oder Schädigung durch andere; Zweifel an der Loyalität und Treue anderer; Gefühle, von anderen schlecht behandelt, benutzt und/oder verfolgt zu werden.</p>
<b>Antagonismus</b> (vs. Verträglichkeit)	Verhaltensweisen, die die Person in Widerspruch zu anderen bringen; übertriebenes Gefühl der eigenen Wichtigkeit und der damit einhergehenden Erwartung, besonders behandelt zu werden; kaltherzige Abneigung gegenüber anderen Personen; mangelnde Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gefühle

<p>Neigung zur Manipulation</p> <p>Unehrllichkeit</p> <p>Grandiosität</p> <p>Suche nach Aufmerksamkeit</p> <p>Gefühlskälte</p> <p>Feindseligkeit</p>	<p>anderer; Neigung, andere zugunsten einer Selbsterhöhung zu benutzen.</p> <p>Häufiges Anwenden von List, um andere zu beeinflussen oder unter Kontrolle zu halten; Einsatz von Verführung, Charme, Redegewandtheit oder Schmeichelei, um die eigenen Ziele zu erreichen.</p> <p>Unaufrichtigkeit und Betrugerei; unzutreffende Selbstdarstellung; Ausschmückung und Erfindungen beim Darstellen von Ereignissen.</p> <p>Überzeugung, anderen überlegen zu sein und besondere Behandlung zu verdienen; Selbstbezogenheit; Anspruchshaltung; herablassende Haltung anderen gegenüber.</p> <p>Verhalten, das dazu dient, bemerkt zu werden und im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Bewunderung anderer zu stehen.</p> <p>Fehlende Betroffenheit hinsichtlich der Gefühle oder Probleme anderer; Mangel an Schuldgefühlen oder Reue hinsichtlich negativer oder nachteiliger Wirkungen der eigenen Handlungen auf andere.</p> <p><i>Siehe Negative Affektivität.</i></p>
<p><b>Enthemmtheit</b> (vs. Gewissenhaftigkeit)</p> <p>Verantwortungslosigkeit</p> <p>Impulsivität</p> <p>Ablenkbarkeit</p>	<p>Ausrichtung auf sofortige Belohnung; impulsives, durch momentane Gedanken, Gefühle und äußere Reize gesteuertes Verhalten; mangelnde Berücksichtigung früherer Lernerfahrungen oder zukünftiger Konsequenzen.</p> <p>Missachtung und mangelnde Einhaltung von finanziellen oder anderen Verpflichtungen oder Zusagen; fehlender Respekt vor und mangelnde Konsequenz bei Vereinbarungen und Versprechungen; Nachlässigkeit im Umgang mit dem Eigentum anderer.</p> <p>Handlungen erfolgen Hals über Kopf als unmittelbare Reaktionen auf Auslöser; sie sind vom Augenblick bestimmt, ohne Plan oder Berücksichtigung der Folgen; Schwierigkeiten, Pläne zu entwickeln und zu verfolgen; Druckgefühl und selbstschädigendes Verhalten unter emotionalem Stress.</p> <p>Schwierigkeit, sich auf Aufgaben zu konzentrieren und zu fokussieren; die Aufmerksamkeit wird durch unwesentliche Reize leicht abgelenkt; Schwierigkeit, zielgerichtetes Verhalten einschließlich der Planung und Beendigung von Aufgaben aufrechtzuerhalten.</p>

<p>Neigung zu riskantem Verhalten</p> <p>Rigider Perfektionismus (Mangel an)</p>	<p>Ausübung gefährlicher, risikoreicher und potenziell selbstschädigender Handlungen ohne äußere Notwendigkeit und ohne Rücksicht auf mögliche Folgen; Mangel an Bewusstsein für die eigenen Grenzen und Verleugnung realer persönlicher Gefahr; leichtsinniges Verfolgen von Zielen ohne Beachtung des Ausmaßes des damit verbundenen Risikos.</p> <p>Rigides Beharren darauf, dass alles einwandfrei, perfekt und ohne Fehler oder Schwächen sein muss, einschließlich der eigenen Leistungen und der Leistungen anderer; Verzicht auf rechtzeitige Erledigung, um Korrektheit in jedem Detail sicherzustellen; Überzeugung, dass es nur einen richtigen Weg gibt, etwas zu tun; Schwierigkeiten, eigene Ideen und/oder Standpunkte zu verändern; Übermäßige Beschäftigung mit Details, Organisation und Ordnung. Ausgeprägter rigider Perfektionismus charakterisiert ein <i>niedriges Niveau</i> von „Enthemmtheit“.</p>
<p><b>Psychotizismus</b> (vs. Adäquatheit)</p> <p>Ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse</p> <p>Exzentrität</p> <p>Denk- und Wahrnehmungsstörungen</p>	<p>Auftreten einer großen Bandbreite von kulturell unpassenden, seltsamen, exzentrischen oder ungewöhnlichen Verhaltensweisen und Gedanken, sowohl in formaler (z.B. Wahrnehmung, Dissoziation) als auch in inhaltlicher Hinsicht (z.B. Überzeugungen).</p> <p>Überzeugung, über ungewöhnliche Fähigkeiten zu verfügen, wie Gedankenlesen, Telekinese, Verschmelzung von Gedanken und Handlungen (thought-action-fusion); ungewöhnliches Erleben der Realität einschließlich halluzinationsähnlicher Phänomene.</p> <p>Eigenartige, ungewöhnliche oder bizarre Verhaltensweisen, Erscheinung und/oder Sprache; seltsame oder unberechenbare Gedanken; ungewöhnliche oder unpassende Äußerungen.</p> <p>Eigenartige oder ungewöhnliche gedankliche Prozesse und innere Erlebnisse einschließlich Depersonalisation, Derealisation und dissoziativen Erfahrungen; Erleben von gemischtem Schlaf-Wach-Rhythmus; Erleben von Gedankenkontrolle.</p>

Quelle: Falkai & Wittchen, 2018, S. 1068ff.

## Anhang 9: Diagnostische Instrumente

Instrument	Erklärung
<b>SKID-II</b> (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II)	Screening-Fragebogen und halbstrukturiertes Interview, das als „internationaler Goldstandard“ gilt (Schmeck & Goth, 2018 S. 85). Bezieht sich auf die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, ermöglicht jedoch darüber hinaus eine Einschätzung des akuten Belastungsniveaus. Für Erwachsene entwickelt, jedoch auch bei Jugendlichen anwendbar (ebd.). <i>Anmerkung: Mittlerweile wurde ein Nachfolger entwickelt, der sich auf das DSM-5 bezieht: SCID-5-PD (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen) (vgl. First, 2019). Ob dieser bei Jugendlichen angewandt werden kann, ist nicht bekannt.</i>
<b>IPDE</b> (International Personality Disorder Examination)	Von der WHO herausgegebenes halbstrukturiertes Interview. Bezieht sich auf die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Für Erwachsene entwickelt, jedoch auch bei Jugendlichen anwendbar (Schmeck & Goth, 2018, S. 85).
<b>PSSI</b> (Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar)	An die Vorgaben der WHO/APA angelehnter Selbstbeurteilungsfragebogen. Bezieht sich auf die kategoriale Diagnostik und ist auf verschiedene Altersgruppen zugeschnitten, wobei auch die Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen enthalten ist (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 187).
<b>SEFP</b> (Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit)	Von der APA entwickeltes Fremdratingverfahren zur Erfassung von Kriterium A (Funktionsniveau) und Kriterium B (Persönlichkeitsmerkmale) des Hybridmodells. Die Skala ist im DSM-5 enthalten (vgl. Anhang 7). Sie ist bislang <i>nicht</i> für den Jugendbereich validiert.
<b>AIDA</b> (Assessment of Identity Development in Adolescence)	Selbstbeurteilungsfragebogen zur Identitätsdiffusion bei 12- bis 18-Jährigen. Laut Schmeck & Goth (2018, S. 86) das zu dem Zeitpunkt „einzige etablierte Instrument [zur Messung des Funktionsniveaus, Anm. d. Autorin], das speziell für den Jugendbereich konzipiert wurde“.
<b>OPD-KJ</b> (Operationalisierte Psychodynamische	Instrument zur Erfassung des psychischen Funktionsniveaus von Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2003 (Fliedl, o.J.). Die Nachfolgerin, OPD-KJ-2, erfasst das Funktionsniveau von 13- bis

Diagnostik im Kindes- und Jugendalter)	18-Jährigen in Anlehnung an das Hybridmodell (vgl. Bock et al., 2019, S. 402f.).
<b>PID-5</b> (Personality Inventory for DSM-5)	Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung den Trait-Domänen und -Facetten des Hybridmodells. Für Erwachsene entwickelt, hat sich jedoch in einer niederländischen Studie von Caluwé, Verbeke, van Aken, van der Heijden und Clercq (2019) als valide für die Anwendung bei Jugendlichen erwiesen.

**Anmerkung:**

Diese Darstellung enthält ausschließlich Instrumente, die für das Jugendalter validiert sind und sich auf Persönlichkeitsstörungen und damit verwandte Psychopathologien beziehen. Einige vielversprechende Instrumente, die sich derzeit noch in der Entwicklung bzw. Evaluation befinden, sowie Fragebögen zur Erfassung der Persönlichkeit ohne psychopathologischen Bezug stellen Schmeck und Goth (2018, S. 87ff.) vor. Weitere Messinstrumente für Persönlichkeitsstörungen, die sich bislang nur im Erwachsenenbereich etabliert haben, finden sich bei Fiedler und Herpertz (2016, S. 184ff.).

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

*„Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter – Besonderheiten der Diagnostik in der Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsensein“*

selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autor\*innen wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Arbeit zur Einsicht ausgelegt wird.

Düsseldorf, den 04.08.2020

---

(Simone Köbele)

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF