

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ODER ...

Depression, Manie, Dysthymie, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), posttraumatische Belastungsstörung u. a.

Persönlichkeitsstörungen, früher abnorme Persönlichkeit, Soziopathie, Charakterneurose oder Psychopathie genannt, werden immer häufiger diagnostiziert – und zum Problem im Alltag. Dabei gibt es eine Reihe von differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten, konkret: was könnte es sonst noch sein oder liegen zwei oder mehrere Krankheitsbilder zugleich vor? Dieses Problem trifft beispielsweise Borderline-Persönlichkeitsstörungen und/oder Depressionen bzw. manische/hypomanische Episoden (heute als Bipolare Störungen bezeichnet). Hier gilt es das Beschwerdebild so treffend wie möglich auseinander zu halten und Mischbilder als solche zu erkennen und exakt zuzuordnen. Dies vor allem dann, wenn auch ein selbst-destruktives Verhalten bis hin zur ernstesten Suizidgefahr droht. Probleme bereiten aber auch die Unterscheidungsschwierigkeiten von Persönlichkeitsstörung und/oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie Persönlichkeitsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung. Auch bei der Differenzierung der verschiedenen Untergruppen einer Persönlichkeitsstörung gilt es die verfügbaren Erkenntnisse zu nutzen, vor allem zur Frage: narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörung? Zuletzt kann es sogar Schwierigkeiten bereiten, antisoziale Verhaltensweisen nach Ursache, Risiken und Gefahren abzuschätzen, je nachdem, ob eigentliche Antisoziale Persönlichkeitsstörung oder Teil einer anderen seelischen Krankheit mit entsprechendem (Fehl-)Verhalten.

Dazu ein etwas ausführlicherer, vor allem praxis-bezogener Beitrag aus Experten-Kreisen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Persönlichkeitsstörung – Häufigkeit: paranoide, schizoide, schizotypische, antisoziale, Borderline-, histrionische, narzisstische, selbstunsichere, dependen-

te, zwanghafte Persönlichkeitsstörung – Persönlichkeitsstörung und/oder Depression – Bipolare Störung oder Persönlichkeitsstörung – affektive Störung oder Persönlichkeitsstörung – Bipolar-I-Störung oder Persönlichkeitsstörung – Bipolar-II-Störung oder Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Major Depression oder Persönlichkeitsstörung – chronische Dysthymie oder Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Depression – selbst-destruktives Verhalten bei Depression und Persönlichkeitsstörung – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Persönlichkeitsstörung – posttraumatische Belastungsstörung oder Persönlichkeitsstörung – narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörung – maligner Narzissmus – antisoziale Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstörung – Antisoziale Persönlichkeitsstörung – Manie oder Persönlichkeitsstörung – hypomanische Episode oder Persönlichkeitsstörung – Substanzmissbrauch oder Persönlichkeitsstörung – u.a.m.

Die Welt ist in ständigem Umbruch. Das wussten zwar schon die alten Philosophen des antiken Griechenland („Alles fließt“). Aber so wie derzeit, war es noch nie. Das betrifft natürlich vor allem die Technik, aber auch gesellschaftliche und sogar kulturelle Aspekte, die früher länger brauchten, bis sich eine Wendung abzeichnete.

Und es erfasst einen Teil unseres Lebens, der dann zum wichtigsten wird, wenn es einen selber trifft: die Gesundheit. Wir werden zwar ganz erstaunlich älter als unsere Vorfahren (die nebenbei mehr Mühsal und Arbeit, dafür weniger Stress hatten). Aber wir registrieren auch mehr Krankheiten, als noch den älteren Fachärzten in ihrer jeweiligen medizinischen Disziplin bekannt, geschweige denn diagnostisch und therapeutisch geläufig war.

Nun würde man auch dies noch hinnehmen, nicht zuletzt wegen des medizinischen Fortschritts, wenn es sich überwiegend um körperliche Erkrankungen handeln würde. Aber das ist nur ein Teil des erstaunlichen Phänomens. Es sind nämlich auch seelische Störungen und ihre psychosozialen Folgen, die nicht nur häufiger zu werden scheinen (man diskutiert in Fachkreisen inzwischen mehr als 40 Prozent Betroffene in der Allgemeinheit), nein, es treten auch Krankheitsbilder auf, die früher nicht so eindrücklich, insbesondere aber so häufig irritierten. Und vor allem: immer mehr Untergruppen zu jedem übergeordneten Krankheitsbild. Oder kurz: Selbst in der Psychiatrie muss der heutige Facharzt bedeutend mehr Diagnose-Möglichkeiten abklären als die Fachkollegen vor wenigen Jahrzehnten, nur ein bis zwei Generationen zuvor.

Da stellen sich zwei Fragen: 1. Wie soll das noch weitergehen? Und 2. Drohen da ggf. nicht mehrere psychische Krankheiten auf einmal, gleichsam eine Doppel- oder Mehrfach-Belastung für ein Opfer allein?

Zum einen: Wie es weitergeht, weiß niemand. Dass es aber noch mehr, noch schwieriger, noch komplizierter wird, das nehmen die meisten an. Die Zukunft hat in dieser Hinsicht einiges zu bieten – und zwar negativ.

Zum anderen aber ist inzwischen schon länger klar, dass zwar bereits eine Krankheit für sich allein erheblich belasten, vielleicht sogar ein ganzes Leben zerstören kann (und zwar nicht nur den Betroffenen, gerade seelische Krankheiten können auch das nähere und weitere Umfeld zermürben). Nein, es kann auch auf psychischem Gebiet eine Krankheit zur anderen kommen, *Ko-Morbidität* genannt. Das führt dann nicht nur zu einer Mehrfach-Belastung, es stellt auch erhöhte Anforderungen an die Diagnose (was könnte es sein?) und dabei besonders an die Differentialdiagnose (was könnte es anderes bzw. noch zusätzlich sein?).

Wie schwierig es ist, hier das eine vom anderen zu trennen, kann man sich denken. Dabei pflegen sich die einzelnen Krankheitszeichen nicht nur zu addieren (z. B. Depression plus Wahn), sondern auch noch zu potenzieren (d. h. die Folgen um ein Vielfaches zu verstärken). Es wird nicht nur schwieriger beim Erkennen, sondern auch Behandeln. Denn das eine Leiden braucht dieses Medikament, das andere jenes, und beide können sich in ihrer Wirkung verstärken (was nicht immer erwünscht ist), zumeist aber behindern oder gar auslöschen. Und was auf jeden Fall dazu kommt, sind die Nebenwirkungen vom einen und zusätzlich vom anderen Arzneimittel.

Nicht ganz so dramatisch geht es dann bei den psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bemühungen für die jeweilige Krankheit zu. Doch auch hier kann das eine Behandlungs-Verfahren mit dem anderen durchaus kollidieren, zumindest muss man sich für eines entscheiden, was dann zu Lasten der anderen Indikation (Heilanzeigen) geht.

Kurz und nochmals auf den Punkt gebracht: Selbst in Bezug auf Gesundheit und medizinische Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren ist unsere Zeit im Umbruch und erzwingt neue Erkenntnisse, Überlegungen und damit diagnostische und therapeutische Strategien.

Nachfolgend deshalb nur ein Beispiel zu diesem komplexen Thema: Persönlichkeitsstörungen – allein, und wenn ja: welche (es gibt nämlich eine ganze Reihe von unterscheidbaren Persönlichkeitsstörungen – s. u.)? Und wenn nicht allein: Welche andere psychische Krankheit kann es noch zusätzlich sein, obwohl sich in diesem oder jenem Punkt beide durchaus ähnlich sind. Und damit, wie erwähnt: Wie sieht dann der bestmögliche Behandlungs-Kompromiss aus?

Nachfolgend also eine komprimierte Übersicht zum Thema: Persönlichkeitsstörungen und/oder? Grundlage sind Heft Nr. 3/2012 des Bandes *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie* aus dem Schattauer-Verlag mit ent-

sprechenden Kapiteln sowie das *Handbuch der Borderline-Störungen* von W. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, U. Sachsse (Hrsg.) im Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011.

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN HEUTE

Persönlichkeitsstörungen (früher auch abnorme Persönlichkeit, Charakterneurose, Soziopathie und vor allem Psychopathie genannt) waren für die Betroffenen und ihr Umfeld schon immer ein Problem, und zwar kein geringes. Einige fallen weniger auf (z. B. die selbstunsicheren, zwanghaften und von anderen abhängigen Persönlichkeitsstörungen), andere hingegen sehr wohl (z. B. paranoide, schizoide oder schizotypische Persönlichkeitsstörung). Und einige bewegen sich ggf. an der nicht mehr hinnehmbaren Grenze gesellschaftlicher Toleranz (z. B. histrionische, narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen), von den Antisozialen Persönlichkeitsstörungen ganz zu schweigen. Ausführliche Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie. Was aber heißt dies nun – rein zahlenmäßig?

Persönlichkeitsstörungen nehmen zu. Man spricht von etwa jedem Zehnten in unserer Zeit und Gesellschaft, zumindest was die westliche Welt anbelangt:

Die für ihr Umfeld in der Regel eher tragbaren Leidensbilder sind am häufigsten, nämlich selbstunsichere, zwanghafte und von anderen Menschen abhängige Persönlichkeitsstörungen: jeweils zwischen 2 und 5 Prozent, je nach Studie.

Zwischen 2 und 4 Prozent machen paranoide, schizoide und – am seltensten – schizotypische Persönlichkeitsstörungen aus.

Recht unterschiedlich sind die Daten zur dritten Gruppe. Da sieht man dann, wie schwierig das exakte Erfassen solcher Krankheiten ist. Konkret: histrionisch (früher hysterisch genannt): 0,3 bis 2,0 Prozent; narzisstisch: 0,8 bis 1,0 Prozent; Borderline zwischen 0,7 und 2,7 Prozent; vor allem aber die Antisoziale Persönlichkeitsstörung zwischen 0,7 und 3,8 Prozent (wobei Letzteres sich dann nicht nur inhaltlich, sondern auch statistisch mit mehreren hunderttausenden Betroffenen durchaus bedrohlich anhört, wenn man die psychosozialen Alltags-Konsequenzen bedenkt).

Aber nun zum Thema dieser Fachbeiträge, hier in komprimierter Form und mit der Kern-Frage: Wie unterscheiden sich die einzelnen Persönlichkeitsstörungen von anderen seelischen Leiden, die sich unter Umständen durchaus ähnlich darstellen, obgleich sie völlig anders gelagert sind, was Ursachen, Auslö-

ser, Verlauf, Beschwerdebild (für sich und andere!), Behandlungs-Strategien und Heilungsaussichten anbelangt? Als erstes eine Frage, die sich für den Fachmann öfter stellt:

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND/ODER DEPRESSION?

Depressive Störungen sind häufig, fast die häufigsten seelischen Leiden. Auf jeden Fall haben sie in den letzten Jahrzehnten fast explosionsartig zugenommen. Das imponiert nicht so sehr, wenn man lediglich die Prozentzahlen bedenkt, wohl aber, wenn man es auf Fallzahlen umrechnet. So beträgt die so genannte Lebenszeit-Prävalenz (also mindestens einmal im Leben betroffen) etwa 19 Prozent. Das ist rund jeder fünfte Mitbürger, d. h. mehr als 15 Millionen zumindest zeitweise Depressive. Noch erstaunlicher: Die so genannte Zwölf-Monats-Prävalenz (wenn es also innerhalb eines Jahres treffen kann) ist ebenfalls hoch, nämlich über 8 Prozent. Kurz: Depressionen sind nicht nur die wahrscheinlich gefürchtetsten seelischen Störungen, und zwar mit Recht, wenn man ihr Leidensbild in Betracht zieht, sie sind auch die tödlichsten psychischen Krankheiten, wenn man die drohende Suizidgefahr bedenkt.

Nun gibt es nicht nur die „reinen“ Depressionen, d. h. die Betroffenen müssen nur dieses Leiden ertragen. Es gibt auch Depressionen in Zusammenhang mit körperlichen Leiden (sogenannte somatogene, früher sogar in organische und symptomatische Depressionen unterteilt), die überwiegend durch diese körperliche Erkrankung ausgelöst sind. Beispiele: Herzinfarkt, Hirnschlag, Parkinson, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus Typ II, chronische Schmerzbilder u. a. (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Dann gibt es das Phänomen Depression als Begleit-Erkrankung und/oder Folge einer anderen seelischen Störung, denn die erwähnte Ko-Morbidität betrifft nicht nur körperliche, sondern auch seelische Leiden. Und dies nicht als nachvollziehbare Trauer-Reaktion, was eine ganz andere Ebene bedeutet (auch hier: siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie), sondern als eine Krankheit zur anderen Krankheit.

So tritt auch die Konstellation: Depressive Störung *und* Persönlichkeitsstörung im Alltag durchaus häufig auf: Man spricht – je nach Studie – von 44 bis 60 Prozent jener Patienten, die sich in entsprechender Behandlung befinden, kurz: jeder Zweite. Das wird auch durch Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung bestätigt, wo es sich dann um etwa vier von zehn Patienten handelt. Noch deutlicher wird es bei jenen Kranken, die mit einer chronischen (also längere Zeit oder das halbe Leben quälenden) Depression zu kämpfen haben,

jedenfalls deutlich mehr als bei so genannten akuten Depressionen mit überschaubarer Rückbildung der Schwermut.

Und noch etwas ist von Bedeutung: Je früher eine Depression beginnt, desto höher ist auch die zusätzliche Belastung durch eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung. Und umgekehrt: je später, desto geringer. Und um das Ganze noch komplizierter (und für die Betroffenen leidvoller) zu machen: Wenn beides zusammenfällt, braucht die Genesung länger als wenn man nur Depressionen ertragen muss. Und zuletzt: Wenn beides gemeinsam zermürbt, droht auch schneller und öfter ein Depressions-Rückfall.

So jedenfalls die Daten aus der – meist englisch-sprachigen – Fach-Literatur, zusammengetragen von Dr. Eva Fassbinder und Dr. Ulrich Schweiger von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck in ihrem Beitrag über *Depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen* in der oben erwähnten Zeitschrift des Schattauer-Verlags 3/2012.

Diese depressions-bedingte Leidens-Verlängerung und erhöhte Rückfallgefahr findet sich nebenbei auch bei zusätzlichen Angststörungen und einer Dysthymia (früher als neurotische Depression bezeichnet), aber eben auch bei den Persönlichkeitsstörungen. Und hier vor allem bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, paranoiden, schizoiden, schizotypischen und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen. So jedenfalls einige Untersuchungen (die allerdings nicht alle methodisch und von der Erfassung der Kranken-Klientel vergleichbar sind).

Persönlichkeitsstörungen sind aber nicht nur ein Risiko-Faktor für das Wiederauftreten einer depressiven Episode, sie erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit für eine erstmalige Erkrankung. Und dies meist in der Adoleszenz, also beim Heranwachsenden. Wer das zu ertragen hat, muss auch mit Rückfällen im mittleren Erwachsenenalter rechnen. Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen kommt im Falle einer Doppelbelastung noch ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche hinzu.

BIPOLARE STÖRUNG ODER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Seelische Störungen nehmen also generell zu; davon war schon die Rede. Auch Persönlichkeitsstörungen werden immer häufiger diagnostiziert. Ob in der Tat häufiger oder gezielter und schneller als krank erkannt, wird in der Wissenschaft noch diskutiert. Fakt bleibt: Man ist öfter mit ihnen konfrontiert (was in der Regel nicht zu den angenehmsten Treffen zu gehören pflegt, hört man des Öfteren).

Was aber nun, wenn es sich um behandlungs-bedürftige Kranke handelt. Dann empfiehlt sich eine ambulante fachliche oder gar stationäre (Krankenhaus-)Therapie. Hier aber ergibt sich nicht selten ein Problem: Das eine ist die

erwähnte Sachkenntnis, die nicht immer gegeben ist. Ausgewiesene Experten für diese beiden Krankheitsbilder sind nämlich nicht sehr häufig. Öfter aber kommt dafür der Allgemeinarzt in seiner Praxis, der diensthabende Arzt in einem Allgemein-Krankenhaus, ggf. der (noch junge und unerfahrene) Diensthabende in einer Fachklinik in eine solch heikle differential-diagnostische Aufnahme-Situation. Und hier mahnen die Experten, beispielsweise Professor Dr. O. F. Kernberg (s. u.), dass es vor allem unter Zeitdruck eher mehr als weniger zu diagnostischen Fehl-Einschätzungen kommen kann. Und das werde vielfach erst dann deutlich, wenn die Patienten im Rahmen einer schließlich ausführlicheren Diagnostik und vor allem über einen längeren Beobachtungs-Zeitraum hinweg gründlicher untersucht werden können.

Letzteres wird immer schwieriger, nicht zuletzt durch neue administrative Regelungen, die von den Ärzten als riskante Eindämmung ihrer zeitlichen Verfügbarkeit beklagt werden (was nicht nur die Diagnose, sondern dann vor allem die notwendige Therapie-Zeit anbelangt). So berichtet Professor Kernberg aus seinem US-amerikanischen Erfahrungskreis (Presbyterian Hospital, New York), dass rund die Hälfte jener Patienten, die auf ihren Spezialstationen wegen Persönlichkeitsstörungen aufgenommen und behandelt werden, erst einmal mit der Fehl-Diagnose bipolare Störung oder Major Depression (siehe später) angemeldet werden. Dabei handelt es sich um Borderline-Persönlichkeitsstörungen, schwere Narzisstische Persönlichkeitsstörungen oder andere vergleichbare Krankheitsbilder mit immer wieder belastenden Suizid-Phantasien oder gar parasuizidalen Merkmalen bis Handlungen. Das lässt natürlich an eine Depression denken, muss aber keine „reine“ Depression sein, was vor allem für die jeweils spezifische Behandlung wichtig ist.

Dass es sich hier nicht nur um mangelhafte Fach-Kenntnisse oder Zeitnot handelt, wird allerdings auch von dem Experten zugegeben, der einräumt: Es ist bisweilen schwer, umgehend auf die richtige Diagnose zu kommen, vor allem bei jenen Patienten mit „ausgeprägt negativistischen Zügen“; und die sich weigern oder nicht in der Lage sind, adäquat über sich und ihren Zustand Auskunft zu geben. Oder womöglich nur einzelne Symptome überzeichnen, die sie besonders quälen, manchmal sogar um eine stationäre Aufnahme zu erzwingen (siehe Suizidgefahr).

Nachfolgend deshalb sein hilfreicher Beitrag, zusammen mit Dr. F. E. Yeomans in den Persönlichkeitsstörungen 3/2012 über *Affektive Störungen*. Außerdem in dem schon erwähnten *Handbuch der Borderline-Störungen*, Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011. Im Einzelnen:

- **Zur Symptomatik bipolarer Störungen**

Das **Symptom-Spektrum bipolarer Störungen** ist nach wie vor umstritten. Die alte Diagnose lautete *manisch-depressive Störung* (oder Erkrankung, noch früher auch manisch-depressive Psychose genannt). Heute unterteilt die Ame-

rikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) in ihrem DSM-IV-TR (demnächst 5. Auflage) in

- Bipolar-I-Störung = mindestens eine depressive oder manische Episode bzw.
- Bipolar-II-Störung, d. h. eine depressive oder hypomanische, submanische oder maniforme Episode (sprich: in ihrem manischen „Höhenflug“ abgemilderte Symptomatik mit weniger folgenreichen Konsequenzen).

Während eine depressive Herabgestimmtheit mit allen ihren negativen Krankheitszeichen einer Schwermut, selbst wenn sie larviert (maskiert) sein sollte, nach einiger Zeit halbwegs sicher erkennbar ist (wenngleich immer noch erstaunlich häufig fehl- oder gar nicht diagnostiziert), sieht das bei manischen Hochstimmungen ganz anders aus. Das sollte einen zwar wundern, hat aber seine Gründe: Denn vor allem hypomanische Episoden sind schwer abgrenzbar und werden eigentlich kaum als negativ oder gar behandlungsbedürftig erinnert. Dies besonders dann, wenn sie nur wenige Tage angehalten haben (vor allem mit Leistungssteigerung, guter Stimmung, Wohlgefühl o. ä.). Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Deshalb ist es wichtig, auch nach negativen „Hochstimmungs“-Symptomen zu fragen. Beispiele: Ungewöhnlich euphorisches (letztlich inhaltsloses, zumindest nicht-adäquates) Wohl-, ja Glücksgefühl, was schon für sich zu einigen Fehlhandlungen Anlass geben könnte, je nach Wesensart. Dazu deutlich reduziertes Schlafbedürfnis (nicht schlafen müssen, trotzdem immer frisch und aktiv, bis zur Hyperaktivität). Ggf. dann doch ungewöhnliche Verhaltensweisen, die im eindeutigen Kontrast zur herkömmlichen Persönlichkeit des Betroffenen stehen.

Beispiele: Von der leichten Reizbarkeit bis zu wütenden Reaktionen. Oder unangemessenes Verhalten, von der Sexualität über den Umgang mit Geld oder anderen Besitzgütern bis zu inadäquaten Reaktionen im Alltag.

Wichtig: Mal mehr, mal weniger, aber irgendwie immer durchschimmernd der Verlust einer ansonsten funktionierenden Realitäts-Prüfung, bis hin zur Missachtung sozialer Normen (was – wie erwähnt – dem eigentlichen Charakter völlig fremd ist).

Interessant auch ein Hinweis, der viel zu wenig genutzt wird: Da es sich nicht nur um die erwähnte ungewöhnliche Charakter-Änderung, sondern auch um eine zeitlich begrenzte „Verfehlungs-Phase“ handelt, die – wie gesagt – mit der Wesensart des Betreffenden unvereinbar ist, greifen in solchen Fällen die Angehörigen, aber auch Freunde, manchmal sogar wohlwollende Bekannte oder Mitarbeiter, korrigierend oder bremsend ein. So etwas muss dann auch

konkret erfragt werden: „Wie reagiert(e) eigentlich ihr Umfeld auf diese Veränderungen?“

Das ist ein gutes Unterscheidungs-Merkmal zu den nachfolgenden Persönlichkeitsstörungen, die nicht episodisch begrenzt, sondern durchgehend irritieren, oft seit Jugend oder noch früher. Hier gibt es dann keine konkreten Eingriffe seitens des Umfeldes, weil man sich entweder schon resignierend daran gewöhnt hat oder ohnehin keine Korrektur-Chance sieht. Und dies selbst unter Verhaltensweisen, die entweder an eine depressive Herabgestimmtheit oder manische Hochstimmung erinnern.

Die Experten fassen das noch einmal mit folgenden Worten zusammen: „Im Rahmen einer rein bipolaren Symptomatologie (Leidensbild) zeigen sich keine schwerwiegenden Störungen der Objektbeziehung (d. h. zwischenmenschlich) in den gesunden(!) Phasen. Und selbst chronisch bipolare Patienten, die sowohl unter manischen Episoden als auch unter einer Major Depression leiden, sind zu stabilen und tiefen zwischenmenschlichen Beziehungen sowie einer adäquaten Selbst- und Fremd-Einschätzung bezüglich der zentralen Bezugspersonen in ihrem Leben in der Lage. Kurz: In gesunden Zeiten unauffällig, in depressiven nachvollziehbar niedergestimmt, in manischen ungewöhnlich „gut drauf“, aber eben zeitlich begrenzt.“

- **Borderline-Persönlichkeitsstörung und/oder bipolare Störung?**

Wie sieht es nun aber aus, wenn es sich um depressive oder manische Zustände im Rahmen einer *Persönlichkeitsstörung* handelt, beispielsweise einer **Borderline-Persönlichkeitsstörung**? Hier muss man nun allerdings das komplizierte Wesens-Gefüge dieser Krankheit kennen. Das kann sich jedoch lohnen. Denn Borderline-Persönlichkeitsstörungen nehmen zu und pflegen vor allem ihr näheres Umfeld nicht selten erheblich zu belasten. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie.

Die Experten der US-amerikanischen Fachklinik geben nun in ihrem Beitrag eine Reihe von Unterscheidungs-Kriterien an. Beispiele in Fachbegriffen: „Im Gegensatz zu Bipolaren Störungen finden sich bei solchen schweren Persönlichkeitsstörungen ein nur mangelhaft integriertes Selbstkonzept, verbunden mit der Unfähigkeit, andere Menschen in ihrer Tiefe zu erfassen. Außerdem schwerwiegende und chronische Diskrepanzen in der Selbst-Einschätzung und Fremd-Einschätzung. Das kann zu chronischen zwischenmenschlichen Konflikten und entsprechenden Schwierigkeiten führen, was sowohl berufliche als auch private Konsequenzen nach sich zieht.“

Kurz: Die Verbindung mangelnder affektiver Stabilität (Ausgeglichenheit des Gemütslebens) mit dem Fehlen bedeutsamer und reifer zwischenmenschlicher Beziehungen, die Instabilität in beruflicher und privater Hinsicht sowie eine de-

fizitäre Selbst-Einschätzung spricht für die Diagnose einer schweren Persönlichkeitsstörung. Und dies – das ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal –, selbst wenn zeitgleich(!) „echte“ Symptome einer Bipolaren Störung zu registrieren sind. Mit anderen Worten: „Das Vorliegen einer konsistenten und eindeutigen Unreife aller Objekt-Beziehungen sowie emotionalen Unreife im Allgemeinen – unabhängig von manischen, hypomanischen oder depressiven Episoden – ist charakteristisch für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung“.

Diese Erkenntnis ist nicht nur diagnostisch bedeutsam; denn auch therapeutisch heißt dies: Bei einer affektiven Erkrankung, in diesem Fall bipolar (sprich: manisch oder depressiv), ist vor allem eine psychopharmakologische Behandlung angezeigt (Antidepressiva und ggf. rückfall-vorbeugende Phasen-Prophylaktika). Bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung empfehlen sich besonders psychosoziale sowie psychotherapeutische Behandlungsansätze.

Damit wäre also erst einmal eine differential-diagnostische Klärung möglich – scheinbar. Denn auch die Experten müssen eingestehen: „Allerdings kann man in etwa 19 Prozent der Fälle von einer Ko-Morbidität von bipolaren Störungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen ausgehen, wenn ein Patient eine schwere und chronische affektive Instabilität sowie eindeutig hypomanische Episoden zeigt.“ Mit anderen Worten: In jedem fünften Fall kann es einen Patienten mit beiden Diagnosen bzw. Leidensbildern treffen. Und hier sieht man dann wieder, wie schwierig das psychiatrische Aufgabenfeld werden kann, von den leidvollen Folgen für die Betroffenen ganz zu schweigen.

- **Major depression – chronische Dysthymie – Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Noch schwieriger wird die Unterscheidung zwischen einer **Major Depression** sowie **chronischen Dysthymie** und einer **Borderline-Persönlichkeitsstörung**. Unter einer Major Depression, ein Begriff der durch die APA und ihr DSM-IV-TR eingeführt wurde (s. o.), versteht man ein Krankheitsbild, das am ehesten mit der früher gängigen „endogenen Depression“ vergleichbar ist (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Und eine Dysthymie umschreibt heute das, was früher eine „neurotische Depression“ genannt wurde. Auch hier siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Wie aber kann man nun zwischen Major Depression und chronischer Dysthymie sowie Persönlichkeitsstörung differenzieren? Das ist ein sehr schwieriges Kapitel, wie sich gleich zeigen wird, mit so manchen Überschneidungen, vor allem aber diagnostischen Fußangeln. Im Einzelnen nach O. F. Kernberg und F. E. Yeomans:

– Bei einer *Major Depression* sind Denken und Psychomotorik (also das nicht zuletzt seelisch bedingte Bewegungsmuster) deutlich verlangsamt. Die

Stimmung variiert bei schwerer Niedergeschlagenheit zwischen tiefer Traurigkeit und völliger Empfindungslosigkeit bis hin zum Gefühl emotionalen Eingefroren-Seins. Das Denken kreist in der Regel um Selbst-Anklagen und Selbst-Vorwürfen. Vorwürfe, die sich nach außen richten, sind dagegen selten (von früheren Autoren als „Zeiger der Schuld“ bezeichnet: bei Depressionen auf sich selber gerichtet). Die Schuldgefühle des Depressiven können bis zur chronischen Übertreibung realer Defizite und Fehler gehen, die der Patient bei sich auszumachen meinte. Manchmal finden sich sogar extreme, ja wahnhaft anmutende Selbst-Entwertung und Selbst-Anklagen, die jeglicher Grundlage entbehren oder so weit (z. B. von früher) hergeholt sind, dass sie niemand (mehr) überzeugen können.

Diese Mischung aus chronischer Antriebsminderung, Niedergeschlagenheit und Selbst-Anklage kann mehrere Wochen bis Monate anhalten. Nicht selten quälen dabei Tagesschwankungen, vor allem Morgentiefs („Morgengrauen“), die sich im Laufe des Tages aufhellen, in diesem Rhythmus aber ggf. wochenlang durchzustehen sind.

– Wo liegen nun die Unterscheidungs-Möglichkeiten zur *Persönlichkeitsstörung*? Hier sprechen die Experten Situationen aus dem eigenen Fachkreis an, nämlich: „Nun sind viele Patienten mit den typischen psychiatrischen Interviews vertraut, in denen routiniert und im Schnell-Durchgang bestimmte Fragestellungen abgehakt werden, und haben gelernt, beim Untersucher den Eindruck zu erwecken, sie litten unter einer Major Depression. In der Tat würde die häufig vorgebrachte Klage völliger Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit für das Vorliegen einer schweren Depression sprechen. Fragt man jedoch nach, worauf sich denn dieses Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder Hilflosigkeit bezieht, tun sich viele Patienten mit einer Antwort schwer, die das Merkmal der völligen Selbst-Entwertung bestätigen würde.“

„Stattdessen reagieren Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und charakterologisch bedingter Dysthymie häufig ärgerlich und vorwurfsvoll, also mit einem Affekt, der weniger depressiv, eher wütend anmutet.“

Solche ärgerlichen Reaktionen sind charakteristisch für eine Persönlichkeitsstörung, obwohl die gleichzeitige Klage, sich völlig wertlos und depressiv zu fühlen, erst einmal eine „reine“ Depression nahelegen könnte. Außerdem kommt es bei einer Major Depression häufig zum sozialen Rückzug und damit zur Isolationsgefahr. Selbst das Bemühen Dritter (von den Angehörigen bis zum Freundeskreis), den Patienten zu mehr zwischenmenschlichen Kontakten zu bewegen, kann eher zu einer Verschlechterung des Zustandes beitragen, ja den gegenteiligen Effekt auslösen bis hin zu suizidalen Tendenzen. Das macht das Umfeld besonders ratlos und schließlich auch vorsichtig.

Umgekehrt sind depressive Reaktionen im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung gewöhnlich weniger ausgeprägt, vor allem aber deutlich unregelmäßiger in Erscheinungsbild und Dauer. Sie können sich beispielsweise von einem Tag auf den anderen abrupt verändern. Vor allem sind sie – positiv wie negativ – eindeutig von ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld abhängig, so die Experten O. F. Kernberg und F. E. Yeomans.

Dazu ein Beispiel: Eine depressive Stimmung, die sich an den Wochenenden verflüchtigt, sobald der Betreffende Freunde um sich hat, um aber in den Tagen danach wieder umzuschlagen, spricht eher für eine Persönlichkeitsstörung, beispielsweise in Verbindung mit einer Dysthymie. Nicht aber für eine Major Depression.

Interessant auch ein rein äußerlicher Hinweis: Bei „reinen“ Depressionen droht auch eine Vernachlässigung der Körperpflege, was besonders irritiert, denn diese Menschen sind im gesunden Zustand sauber und gepflegt. Das Gleiche gilt für die depressions-bedingte Unfähigkeit, normalen Alltags-Verrichtungen nachzukommen. Und dies – wie erwähnt – über eine mitunter quälend lange Zeit, auf jeden Fall länger als bei depressiven Verstimmungen im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung, die heute so und morgen anders ausfallen können.

Schließlich empfehlen die Experten zur genauen differential-diagnostischen Einschätzung auch eine so genannte Bestimmung des jeweiligen Struktur-Niveaus der Persönlichkeits-Organisation – und zwar vor Beginn der depressiven Episode(n). Denn Patienten mit schwerer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Histrionischen (hysterischen) Persönlichkeitsstörung und masochistisch/depressiven Persönlichkeitsstörung neigen zu ausgeprägten dysthymen (Verstimmungs-)Reaktionen, allerdings mit einem Unterschied: In der Regel erreichen sie nicht die Intensität, Eindeutigkeit und Dauer einer Major Depression, von den episodischen Abläufen (in Phasen) ganz zu schweigen.

Im Gegenteil: Sie neigen eher zu jahrelangen und chronisch anhaltenden leichten(!) depressiven Episoden oder dysthymen Reaktionen. Und dies mit dem Charakteristikum, dass eindeutige symptom-freie(!) Phasen fehlen. Man kann fast davon sprechen, dass die Depression zu einem stabilen charakterologischen Merkmal im psychischen Gleichgewicht dieser Patienten geworden ist.

Manche berichten deshalb auch, Zeit ihres Lebens unter Depressionen gelitten zu haben. Dies spricht in der Regel für das Vorliegen einer schweren Persönlichkeitsstörung.

Das leuchtet ein, hat aber ebenfalls Ausnahmen: Dazu gehört das, was die Experten eine „refraktäre“ Depression nennen. Denn in etwa knapp einem

Drittel aller Major Depressions kommt es zu einer Chronifizierung der Depression, was viele Jahre andauern kann. Dies nicht zuletzt, weil zwar die Diagnose stimmt, aber die eigentlich dafür zuständige und meist erfolgreiche Therapie, nämlich Antidepressiva nicht „greifen“. Dann versucht man es bisweilen mit einer Elektrokrampftherapie (EKT – Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie) – und das führt in der Tat häufig zu einer Stimmungsaufhellung. Leider nicht von Dauer, so dass das Ende eine „chronische Depression“ zu werden droht.

Hier haben wir es also erneut mit einem spezifischen Problem zu tun: Einerseits eine wirkliche Major Depression, allerdings nicht episodisch und damit irgendwann wieder „normal“ (von gesund kann man nicht reden, denn der Rückfall droht ja oft genug). Andererseits eine Chronifizierung und damit die Gefahr, differential-diagnostisch fehlgeleitet aus einer reinen Depression eine Persönlichkeitsstörung zu machen, die in diesem Falle aber nicht gegeben ist. Für alle diejenigen, die es sich bei entsprechenden Fehl-Diagnosen, auch der Experten, allzu leicht machen, ein korrigierender Hinweis auf die Komplexität seelischer Störungen im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen.

- Von Vorteil für eine fundierte Diagnose, belastend allerdings für den Betroffenen, ein weiteres Unterscheidungsmerkmal: Gemeint sind die *neurovegetativen Symptome*, die mit einer Major Depression einherzugehen pflegen. Beispiele: Ausgeprägte Schlafstörungen, insbesondere frühmorgendliches Erwachen („Morgengrauen“), Appetitverlust mit starker Gewichtsabnahme, anhaltender Libido-Verlust, drohende Impotenz bei Männern und Amenorrhoe bei Frauen, chronische schwere Verstopfung (die allerdings auch Nebenwirkung mancher Antidepressiva sein kann), erhöhte Kälte-Empfindlichkeit und – in schweren Fällen – rein äußerliche Aspekte wie Mimik („maskenähnlicher“ Gesichtsausdruck), schwerer, kurzschrittiger Gang, gebeugte Körperhaltung u. a.
- Auch so genannte *atypische Symptome* finden sich bei einer Major Depression, z. B. Verschlechterung (statt Besserung) des Zustandes am Abend sowie eine Neigung zu Hyperphagie („Fresssucht“ mit Gewichtszunahme).
- Wichtig auch die Frage: Liegt eine *genetische Prädisposition* für eine Affektstörung vor (was sich relativ häufig findet, oft überspringt es sogar eine Generation). Wenn sich also episodische Verstimmungen im näheren (und weiteren?) Verwandtenkreis finden lassen, könnte das die Diagnose einer Major Depression stützen.
- Bedeutsam sind auch *umwelt-bedingte Ursachen bzw. Auslöser*, die einer depressiven Episode vorausgehen können. Solche unmittelbaren Verknüpfungen zwischen Umwelt-Auslösern und Depression fehlen meist bei einer Major Depression (und sind höchstens bei den ersten, frühen Episoden von Bedeutung, oft auch nur scheinbar). Dagegen können bei einer chronischen Dysthy-

mie (man erinnere sich: früher neurotische Depression genannt) bereits kleinste Auslöser depressive Reaktionen nach sich ziehen, die in ihrer subjektiven, oft auch (symbolischen!) Bedeutung völlig überschätzt und damit krankheitsbestimmend werden.

– Allerdings finden sich solche Hinweise auch bei einer Major Depression, wobei dann allerdings geklärt werden muss, ob es sich um den durchaus nachvollziehbaren Versuch handelt, den episodischen Depressions-Rückfall mit einer äußeren Belastung zu erklären, was möglicherweise leichter zu ertragen ist als die Erkenntnis: „Schon wieder, und auch noch ohne Grund“.

Schlussfolgerung

Zum Abschluss weisen O. F. Kernberg und F. E. Yeomans noch einmal auf die Erfahrung hin: Je ausgeprägter die psychische und neuro-vegetative Symptomatik, desto wahrscheinlicher handelt es sich um eine Major Depression. - Je stärker Persönlichkeits-Disposition und Umwelt-Auslöser im Vordergrund stehen, desto wahrscheinlicher haben wir es mit einer Dysthymie (nochmals: früher neurotische Depression, auch „charakterologische Depression“ genannt) zu tun.

Leider gibt es auch Patienten, die das Bild einer „*doppelten Depression*“ bieten, d. h. eine akute Episode im Sinne einer Major Depression, die in eine chronische charakterologische Depression eingebettet ist. Wie erwähnt: Seelische Störungen machen es nicht nur dem Betroffenen schwer ...

- **Selbst-destruktives Verhalten bei Depression und Persönlichkeitsstörung**

Zum Thema *Depression und Suizidgefahr* siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, zum Teil sehr ausführlich und mit konkreten differentialdiagnostischen und therapeutischen, nicht zuletzt auch vorbeugenden Hinweisen versehen. Einzelheiten würden hier zu weit führen. Deshalb soll der Schwerpunkt dieser Ausführungen auf einigen kurz gefassten Hinweisen liegen, die sich mit der Suizidalität von Persönlichkeitsstörungen befassen. Beispiele:

– „Akutes oder chronisches *parasuizidales Verhalten*, z. B. wiederholtes Schneiden, Brennen u. a. ist typisch für Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dies vor allem im Zustand heftiger emotionaler Erregung, Wutausbrüchen oder akuter Frustration.

– Ein Beispiel für eine sehr gefährliche Form der Suizidalität bei einem letztlich nicht „rein“ depressiven Patienten wäre das *planvolle Vorbereiten* des schweren Suizidversuchs im Rahmen des „malignen Narzissmus“ (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel über Narzissmus). Hier geht es um heftige Emotionen, nicht zuletzt Neid, Missgunst, ja Hass, die den endgültigen Triumph über andere bahnen sollen.

Sowohl diese Form chronischer Suizidalität als auch die durch Frustration und Wut ausgelösten spontanen und wiederholten Suizidversuche sind charakteristisch für Persönlichkeitsstörungen, so die Experten. Letztere können wie „aus heiterem Himmel“ auftreten, ähnlich einem Wutausbruch, ohne dass im Hintergrund entsprechend depressive Symptome erkennbar sind.

– Hier spielen dann nach O. F. Kernberg und F. E. Yeomans auch Aspekte eine Rolle, die nicht direkt mit Psychopathologie, Diagnose und Therapie zu tun haben. Das wirkt sich auch auf die Ärzte aus. Denn „leider sind manche Fehl-Diagnosen nicht auf bestimmte klinische Kriterien zurückzuführen, sondern entspringen sozialem Druck. Dies vor allem dann, wenn etwa Versicherer oder Krankenkassen sich weigern, die Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen zu finanzieren, und lediglich die Kosten für die Behandlung einer Affektiven Störung übernehmen.“

Das dürfte die ungeteilte Zustimmung aller Ärzte (und Psychologen) finden, die sich „an der Front“ mit diesen Themen beschäftigen (müssen).

Vorurteile und Befürchtungen

Aber auch etwas anderes spielt eine Rolle, nämlich *Vorurteile und Befürchtungen* hinsichtlich der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“. Schließlich ist die Persönlichkeitsstörung nichts anderes als die frühere „Psychopathie“, und deren Stellenwert muss nicht gesondert erläutert werden. So ist es fast schon verständlich, dass nicht nur der Patient, sondern auch seine Angehörigen eher an der „neutral“ anmutenden Fehl-Diagnose Depression interessiert sind, zumal dies inzwischen als „chemisches Ungleichgewicht im Gehirnstoffwechsel“ interpretiert wird, was sich besser verkraften lässt als ein „charakterlich grenzwertiges Krankheitsbild“.

Allerdings musste man gerade bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen erkennen, dass sich diese Patienten therapeutisch besser entwickeln, wenn die Diagnose beim Namen genannt wird und die Gründe dieser diagnostischen Einschätzung dem Patienten klar dargelegt werden. Außerdem gibt es natürlich große Unterschiede im jeweiligen Behandlungskonzept, so dass eine „leichter ertragbare“, aber eben auch Fehl-Diagnose selbst in dieser Hinsicht mehr Schaden als Nutzen anrichten kann.

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS) ODER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Ein „neues“ Krankheitsbild beherrscht die Medien und (damit) die Allgemeinheit. Inzwischen haben sich auch die Nervenärzte, Psychiater (vor allem Kinder- und Jugendpsychiater) und Psychologen darauf eingestellt bzw. damit abgefunden. Gemeint ist die *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Sie ist zwar kein neues Leiden (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie) und hat unter anderen Fachbegriffen schon früher vor Probleme gestellt (Familie, Schule, obige Fachkräfte), wird aber jetzt durch ihre beunruhigende Zunahme zum Alltags-Problem in vielen Bereichen. Und dies nicht nur in Kindheit und Jugend, sondern auch unter modifizierten Bedingungen bzw. Konsequenzen im Erwachsenen-Alter.

Da es sich bei dem entsprechenden Beschwerdebild nicht nur um ein Aufmerksamkeitsdefizit und eine Hyperaktivität handelt, sondern auch psychosoziale Folgen bis hin zu grenzwertigem Verhalten, ja zur Kriminalität zu erdulden sind (und zwar nicht nur die Patienten selber, sondern auch ihr Umfeld), stellt sich immer öfter die differential-diagnostische Frage: ADHS oder Persönlichkeitsstörung? Und bei letzterem vor allem Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Narzisstische Persönlichkeitsstörung (z. B. auf Borderline-Niveau mit antisozialen Zügen, wie es die Experten ausdrücken)?

Auch dazu nehmen Professor Dr. O. F. Kernberg und Dr. F. E. Yeomans in dem erwähnten Beitrag konkret Stellung, und zwar hilfreich, weil praxis-relevant für die Ärzte und Psychologen „an der Front“, um es noch einmal ungeschönt auszudrücken. Im Einzelnen:

– „*Mangelnde Aufmerksamkeit*“, die Unfähigkeit sich zu konzentrieren, schulisches oder berufliches Leistungsversagen und/oder Hyperaktivität bzw. Impulsivität einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung können mit dem Zusammenbruch der Lern- oder Arbeitsfähigkeit sowie der Impulsivität und emotionalen Labilität verwechselt werden, wie sie uns im Rahmen einer schweren Persönlichkeitsstörung begegnen“, so die Experten. Natürlich mag es gelegentlich zu ko-morbiden Überschneidungen kommen. Doch in den meisten Fällen liegt nur eine der beiden Störungen vor. Gleichwohl ist das Risiko einer Fehldiagnose sehr hoch, so die berechtigte Mahnung.

Deshalb sollten mangelnde Aufmerksamkeit und/oder impulsive Hyperaktivität im Sinne einer ADHS grundsätzlich fremd-anamnestisch (z. B. Lehrer oder Eltern) bestätigt werden. Auch sollten diese Symptome seit der frühen Kindheit

bestehen und anderen Krankheitszeichen, wie sie für eine schwere Persönlichkeitsstörung typisch sind, zeitlich vorausgehen.

– Und weiter aus der Erfahrung der Experten: „Eine relativ(!) normale *soziale Anpassung* in der Schule sowie gute Beziehungen zu den Eltern, und dies trotz der Lern-Schwierigkeiten, sprechen eher für die Diagnose ADHS. Das kann zwar mitunter schwierig zu differenzieren sein, aber als Anhaltspunkt ist es erst einmal ziel-führend.

– Auch das *Fehlen eindeutiger antisozialer Neigungen* seit der frühen Kindheit, die Fähigkeit, emotional tiefe Freundschaften und Loyalitäten zu entwickeln, sowie eine normale Identitäts-Integration sprechen mehr für ADHS. Und dies selbst dann, wenn es zu Reizbarkeit oder depressiven bzw. zornigen Reaktionen kommt, vor allem angesichts der offenkundigen und natürlich all-seits belastenden kognitiven (geistigen, hier vor allem lern-psychologischen) Schwierigkeiten.

– Und wo liegen die *Unterschiede bei den Erwachsenen?* Die Antwort aus der Erfahrung: Tiefe zwischenmenschliche Beziehungen und die Fähigkeit, sich um diese, aber auch um das eigene Funktionieren zu sorgen, kennzeichnen den erwachsenen Patienten mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, zumindest gemessen an den weniger schweren Fällen und vor allem an einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung. Dies vor allem dann, wenn er zudem in der Lage ist, eine offene und verlässliche Beziehung zum Therapeuten herzustellen (was ja – wie mehrfach erwähnt – bei schweren Persönlichkeitsstörungen seine eigenen Probleme schafft).

– Und schließlich ein doch inzwischen von der Mehrzahl der zuständigen Therapeuten akzeptierter differentialdiagnostischer Hinweis: Unter der Gabe der entsprechenden *Psychopharmaka* (sprich vor allem Methylphenidat) kommt es in der Regel zu einer deutlichen und vor allem raschen Symptom-Verbesserung bei ADHS-Patienten. Dies ist bei Persönlichkeitsstörungen nicht zu erwarten.

Hier mag sich nun beim einen oder anderen Fall etwas Skepsis einschleichen, doch wird diese Unsicherheit weniger, wenn man den anderen Pol betrachtet, nämlich die Persönlichkeitsstörungen. Denn hier sind es tiefgreifend gestörte Objekt-Beziehungen (also schlicht gesprochen: zwischenmenschlich) in Verbindung mit der Unfähigkeit, echte Freundschaften zu entwickeln. Dazu problematische Beziehungen zur Primärfamilie, eine deutlich beeinträchtigte Identitäts-Entwicklung sowie möglicherweise chronisch-antisoziales Verhalten seit der frühen Kindheit.

Zwar findet sich auch die eine oder andere Problematik bei ADHS-Betroffenen in jungen Jahren, doch wird der Unterschied vor allem dann deutlich, wenn die Diagnose einer ADHS erst in der Spät-Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter gestellt wurde, um schulisches Versagen, emotionale Labilität, Unverantwortlichkeit gegenüber Leistungs-Anforderungen und problematische zwischenmenschliche Beziehungen zu erklären, so die Experten.

Weitere Aspekte

Nun gibt es aber auch weitere Fragen, deren Beantwortung die Arbeit in Klinik und Praxis sowie die Beratung in Schule und Familie erleichtern könnten.

Im Einzelnen:

- So die differential-diagnostische Unterscheidung von ADHS und bipolarer Störung. Doch auch hier ist es die phasen-spezifische Natur der manisch-depressiven Erkrankung, d. h. beispielsweise die Lern-Schwierigkeiten während depressiver Phasen und die grenzwertige Umtriebbarkeit in den manischen Hochphasen. Oder kurz: Gesunde Zeiten und krankhafte Episoden sind eindeutig voneinander abgrenzbar.
- Bei den Lern-Schwierigkeiten kann man auch an eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung auf manifestem Borderline-Organisationsniveau denken, wie es die Fachleute nennen. Oder konkret: Grandiosität, Ansprüchlichkeit, ungewöhnlich starker Neid und das Fehlen jeglicher enger zwischenmenschlicher Beziehungen. Auch zeichnen sich Narzisstische Persönlichkeitsstörungen dadurch aus, dass sie in jenen Bereichen, in denen sie sich überlegen und talentiert fühlen, geistig hervorragend funktionieren können. Umgekehrt kann es dort, wo konsequente Anstrengung und Durchhalte-Vermögen gefordert sind, zu völligem Versagen kommen.

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ODER POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG?

Es ist eine alte Erkenntnis, unwidersprochen und immer wieder statistisch beweisbar, dass traumatische Erfahrungen, vor allem andauernde bzw. immer wiederholte Traumatisierungen, insbesondere in der frühen Kindheit, ein bedeutsamer Faktor von Ursache und Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung sein können. Dies betrifft insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen, seien sie sexueller, körperlicher oder psychischer Ursache.

Dies führte schon früh zu wissenschaftlichen Diskussionen und kontroversen Erörterungen, die beispielsweise Anfang der 1990-er Jahre die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht als eigene diagnostische Einheit verstanden wissen wollten, sondern als fehl-diagnostizierte Form einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Entsprechende Nachkontrollen in der Fachliteratur ergaben jedoch, dass „nur“ bei einem Drittel der Borderline-Patienten schwere und anhaltende Missbrauchs-Erfahrungen in der Vorgeschichte objektivierbar waren und „nur“ jeder fünfte Patient dadurch auch schwere psychopathologische Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter zu ertragen hat. Mit anderen Worten: Die differential-diagnostische Unterscheidung zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und posttraumatischer Belastungsstörung ist von zentraler, vor allem alltagsrelevanter Bedeutung, so Professor Dr. O. F. Kernberg und Dr. F. E. Yeomans in ihrem Buch-Beitrag über Borderline-Störungen und dem entsprechenden Fachartikel in den *Persönlichkeitsstörungen* 3/2012.

Wo aber liegen nun die typischen Unterscheidungs-Merkmale? Dazu die Experten:

- Charakteristische Symptome einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* treten innerhalb der ersten sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis auf und können zwei bis drei Jahre andauern. Dazu zählen Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz (Überwachtheit mit leichter Ablenkbarkeit und Erregbarkeit), übertriebene Schreckhaftigkeit sowie ein intensives Nach-Erleben des Traumas in Form von Albträumen, „Flash backs“ (Nachhall-Erinnerungen) und wiederkehrenden Erinnerungen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

- Dagegen sind folgende Symptome Zeichen einer strukturierten *Persönlichkeitsstörung*, die einem *Trauma* oder einer Mischung von Persönlichkeits-Disposition und traumatischem Erleben entspringen kann:

Somatisierung („Verkörperlichung“ unbewältigter seelischer Probleme), Dissoziationen (Spaltung seelischer Funktionen, z. B. Bewusstsein, Gedächtnis, eigene Identität u.a.), emotionale Labilität, Impulsivität, selbst-destruktives (-zerstörerisches) Verhalten und vor allem chronische zwischenmenschliche Schwierigkeiten mit Anzeichen emotionaler Unreife. Und dies in der Regel mehrere Jahre nach dem tatsächlichen, realen oder angenommenen Trauma.

Eine möglichst genaue Unterteilung ist aber nicht nur aus differential-diagnostischer Sicht empfehlenswert, sondern auch in therapeutischer und behandlungs-technischer Hinsicht bedeutsam: Die Behandlung einer „ausschließ-

lichen“ posttraumatischen Belastungsstörung erfordert ein trauma-therapeutisches Vorgehen. Hier geht es vor allem um das kontrollierte Wiedererleben und Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung, unterstützt durch eine sichere und haltgebende therapeutische Beziehung.

Liegen jedoch traumatische Erfahrungen auf Grund einer Persönlichkeitsstörung vor, so äußert sich der durch das Trauma ausgelöste Konflikt gewöhnlich in Form einer unbewussten Identifizierung mit der traumatischen Beziehung, d. h. mit Opfer und Täter des Traumas gleichermaßen. Jetzt muss diese verhängnisvolle doppelte Identifizierung im Rahmen der Übertragungs-Analyse bewusst gemacht und aufgelöst werden. Mit anderen Worten: ein gänzlich anderer therapeutischer Ansatz, so die Experten.

NARZISSTISCHE ODER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Im Rahmen ihrer hilfreichen Ausführungen gehen Professor Dr. O. E. Kernberg und Dr. F. E. Yeomans vom New York Presbyterian Hospital auch auf die Differentialdiagnose der zwei wohl häufigsten und im Alltag belastendsten Persönlichkeitsstörungen ein, nämlich Narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Auch hier wieder der Hinweis: Einzelheiten dazu jeweils die sehr ausführlichen Beiträge in dieser Serie.

Das Problem: Patienten mit einer ausgeprägt Narzisstischen Persönlichkeitsstörung legen zuweilen Symptome an den Tag, die denen der Borderline-Persönlichkeitsstörungen erstaunlich ähneln. Dazu gehören beispielsweise allgemeine Impulsivität, chaotische zwischenmenschliche Beziehungen, massive Einschränkungen in beruflicher und privater Hinsicht, parasuizidales und selbst-verletzendes Verhalten.

Auch eine Neigung zu antisozialen Verhaltensweisen kann (bzw. muss von dem betroffenen Umfeld) registriert werden. Das wäre dann der bereits erwähnte *maligne Narzissmus*: Dies ist eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägt paranoiden (wahnhaften) Tendenzen, Ich-syntoner Aggression (also mit sich selbst vereinbar), die gegen die eigene Person sowie nach außen gerichtet sind; außerdem antisoziales Verhalten, d. h. der schwersten Form des pathologischen Narzissmus mit der schlechtesten therapeutischen Prognose.

– Das wichtigste differential-diagnostische Kriterium besteht nach O. F. Kernberg und F. E. Yeomans in der Schwierigkeit narzisstischer Patienten, jegliche Form der Abhängigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen zu akzeptieren

oder sich auf Beziehungen einzulassen, die sich nicht im eigenen Sinne parasitär bzw. ausbeuterisch nutzen lassen. Oder kurz: Der Narzisst wahrt seine Vorteile – und sei es gnadenlos.

Diese Art der strategischen Vorsicht, die unbeeindruckt auf den eigenen Vorteil bedacht ist, kontrastiert mit der ausgeprägten Ambivalenz von Borderline-Patienten, die in ihren Beziehungen häufig ein anklammerndes und abhängiges Verhalten an den Tag legen.

– Und ein weiteres Phänomen findet sich bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, wenn man sie genauer beobachten kann: Gemeint sind extreme Schwankungen im Selbst-Erleben: Einerseits ausgeprägte Gefühle der Unterlegenheit und des Versagens, die sogar in depressive Reaktionen münden können. Andererseits ein ungewöhnliches Gefühl der Überlegenheit und Grandiosität. Und das sogar in einem verächtlichen und abwertenden Rahmen anderen Menschen gegenüber. Häufig auch den eigenen Therapeuten betreffend.

Borderline-Patienten hingegen mögen in ihrem Beziehungs-Verhalten zwischen anklammernder Abhängigkeit und Idealisierung einerseits und wütender Zurückweisung andererseits schwanken. Doch niemals legen sie diese verächtliche und herablassende Haltung an den Tag, wie sie für narzisstische Patienten so typisch ist.

Und nebenbei auch folgenschwer: Denn Narzissten geraten spätestens dann, wenn man ihre berechnende Art und kalte Strategie langsam erkennt, in die soziale Isolation. Dies interessanterweise selbst dann, wenn sie äußerlich in ein dichtes soziales Netzwerk eingebunden sind (bzw. scheinen). Denn in Wirklichkeit pflegen sie weder Freundschaften noch echte Beziehungen – und das hat Konsequenzen. Das Umfeld besteht nicht nur aus hilflosen Opfern.

Diese „objektivierbare Einsamkeit“ steht dann auch in deutlichem Gegensatz zu den komplizierten, widersprüchlichen und verstrickten Beziehungen von Borderline-Patienten.

Alle diese differential-diagnostischen Überlegungen sind also von Bedeutung, wenn das Krankheitsbild auf den ersten Blick wie eine Borderline-Persönlichkeitsstörung anmutet, in Wirklichkeit aber eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung ist, vor allem wenn es sich um den gnadenlosen malignen Narzissmus mit antisozialen Zügen handelt.

Das leitet zum letzten Kapitel über, das zum einen die schwerste krankhafte Form sozial abweichenden Verhaltens mit allen Folgen beinhaltet, zum anderen aber eben auch differentialdiagnostisch besonders schwierig abzugrenzen ist. Die Autoren beschreiben es mit

DIE EINSCHÄTZUNG ANTISOZIALER VERHALTENSWEISEN UND PERSÖNLICHKEITSMERKMALE

Antisoziales Verhalten kann auf so manches zurückgehen. Beispiele: Teil einer Psychose; oder eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit antisozialen Zügen; oder andere schwere (aber nicht narzisstische) Persönlichkeitsstörungen mit antisozialen Wesenszügen und vor allem Identitäts-Diffusion (d. h. dem Fehlen eines Selbst-Konzepts sowie eines Konzepts wichtiger Bezugspersonen); oder antisoziales Verhalten im Rahmen einer Neurotischen Persönlichkeits-Organisation (bei normaler Identitäts-Entwicklung); oder dissoziales Verhalten als temporäres Symptom im Rahmen einer Anpassungsstörung bei Jugendlichen (z. B. antisoziale Subkulturen – s. u.).

Möglich sind auch vereinzelt auftretende antisoziale Verhaltensweisen im Rahmen einer hypomanischen oder manischen Episode, aber das lässt sich nicht zuletzt aus dem phasenweisen Auftreten her bestimmen. Und schließlich die seltenen, dafür weniger schweren Fälle antisozialen Verhaltens, die nicht so sehr Teil einer Persönlichkeitsstörung sind, sondern unter pubertäre Anpassungsstörungen im entsprechenden Jugendalter fallen. Ähnliches gilt auch für kriminelle Jugend-Gangs, deren Mitglieder keinerlei antisoziale Tendenzen mehr an den Tag legen, sobald sie von ihrer Gruppe getrennt sind.

Die schwerste Störung mit der schlechtesten Prognose ist die Antisoziale Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne: völliges Fehlen der Sorge um andere. Und vor allem als zentrales Merkmal ein seit der frühen Kindheit bestehendes parasitäres und/oder aggressives antisoziales Verhalten. Und die Unfähigkeit, echte Gefühle der Schuld oder Gewissensbisse zu empfinden. Dazu niederträchtige Gleichgültigkeit, fehlende Sensibilität, hass-erfüllte Wutausbrüche oder lustvolle und sadistische Quälereien von Mensch und Tier. Ihnen fehlt es an Einfühlungsvermögen in die moralischen oder ethischen Wertvorstellungen anderer Menschen (selbst dann, wenn sie die Motive anderer gerissen einzuschätzen vermögen, um sie gezielt manipulieren zu können).

Die Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen ist dabei von einer völligen Indifferenz begleitet, was ihr eigenes Leben angeht. Fast möchte man von einer Rücksichtslosigkeit sich selber gegenüber sprechen, die sogar in eine gnadenlose Suizidalität münden kann, wenn sie sich hoffnungslos bedrängt sehen.

Wie unterscheidet sich nun davon der schon erwähnte maligne Narzissmus mit antisozialem Verhalten und Ich-syntoner Aggression, die sowohl gegen

sich selber als auch gegen andere gerichtet ist und mit intensiven Neidgefühlen sowie paranoiden Zügen einher geht?

Professor Dr. U. F. Kernberg und Dr. F. E. Yeomans: Der Unterschied zwischen der Antisozialen Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne liegt dann doch wenigstens in der Fähigkeit der Patienten mit malignem Narzissmus, ein Mindestmaß an Loyalität zu anderen aufrecht zu erhalten, z. B. einem engen Freund oder Lebenspartner gegenüber. Und wenigstens ansatzweise bestimmte Ideen oder Ideologien zu idealisieren. Und eine authentische therapeutische Beziehung auszubauen (wenn auch mit allen Problemen, die schon angedeutet wurden). Und ein weiteres Unterscheidungs-Merkmal bestehe darin, dass die Narzisstische Persönlichkeit bis zu einem gewissen Grade in der Lage ist, Interessen zu entwickeln, einem Beruf nachzugehen oder eigene Begabungen zu fördern.

SCHLUSSFOLGERUNG

Auf welche Stichworte empfehlen die Experten Prof. Dr. U. F. Kernberg und Dr. F. E. Yeomans zu achten, wenn die schwierige Aufgabe einer möglichst fundierten Differentialdiagnose ansteht, was bipolare Erkrankungen (manisch-depressive Störungen), eine Major Depression (also früher als „endogene Depression“ bezeichnet), eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und schwere Persönlichkeitsstörungen anbelangt? Es gilt folgende Erkennungs-Merkmale zu erfassen:

- depressives Beschwerdebild
- Suizidalität
- potentiell vorliegende echte manische oder hypomanische Episoden (bei manisch-depressiven oder rein manischen Störungen)
- kognitives Funktions-Niveau
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Charakteristika der jeweiligen Persönlichkeitsstörung
- Substanzmissbrauch (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Mehrfachabhängigkeit)
- und schließlich antisoziale Verhaltensweisen.

Denn – so ihre nachvollziehbare Schlussfolgerung – eine adäquate diagnostische Einschätzung ist Voraussetzung für eine möglichst optimale Therapie-

planung, auch wenn sie noch so mühselig zu werden droht, wie es gerade bei Persönlichkeitsstörungen der Fall sein kann.

LITERATUR

Zunehmend bedeutsame Fragestellungen in Klinik und Praxis, vom Alltag ganz zu schweigen. Deshalb auch wachsendes englisch-sprachiges Angebot an Fachbüchern, zunehmend auch in deutscher Sprache. Grundlage vorliegender Ausführungen ist das Fachbuch

Dulz, B., S.C. Herpertz, O. F. Kernberg, U. Sachsse (Hrsg.): **Handbuch der Borderline-Störungen**. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011