F3 Affektive Störungen	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

Was sind affektive Störungen

Von affektiven Störungen spricht man, wenn eine Störung der Stimmung entweder depressiv-gehemmt oder manisch-erregt - im Zentrum der Problematik steht.

Affektive Störungen treten typischerweise phasenhaft auf, d.h. vor und nach der Depression oder Manie weist der Betroffene Stimmungslagen im Normalbereich auf. In vielen Fällen treten depressive und/oder manische Phasen mehrfach während des Lebens auf (man spricht dann auch von wiederkehrenden oder "rezidivierenden" Störungen)

Neben Depressionen und Manien gehören auch die anhaltenden affektiven Störungen wie die Dysthymie (dauerhaft leicht depressive Stimmung) und die Zyklothymie (dauerhaft zwischen leicht depressiv und leicht gehoben wechselnde Stimmung) zu den affektiven Störungen.

		 	·	

Wie entstehen affektive Störungen?

Störungen werden durch verschiedene Einflussfaktoren verursacht. Dazu können eine genetische Veranlagung, Belastungen in der Kindheit, körperliche Erkrankungen, aktuelle Stresssituationen oder Konflikte sowie hormonelle oder andere biologische Veränderungen gehören.

Man nimmt an, dass Erbfaktoren eine erhöhte Veranlagung, an affektiven Störungen zu erkranken, verursachen, dass aber andere Faktoren wie Belastungssituationen oder hormonelle Veränderungen die Krankheitsphasen auslösen.

Wie entstehen affektive Störungen?

Für die genetische Veranlagung (Disposition) sprechen Befunde, dass affektive Störungen gehäuft bei nahem Familienanlass sich diese Häufung auch zeigt, wenn z.B. Kinder nicht in der Familie des Erkrankten aufgewachsen sind. Allerdings sind die verantwortlichen Gene nicht genau bekannt.

Weitere Faktoren für affektive Störungen

Frühe Verlust- und Trennungserfahrungen in der Kindheit treten bei Patienten mit Depressionen ebenfalls gehäuft auf

Körperliche Erkrankungen oder die Einnahme bestimmter Medikamente können eine affektive Störung auslösen Aktuelle Stresssituationen spielen als Auslöser von affektiven Episoden eine Rolle, da sie im Vorfeld depressiver Erkrankungen gehäuft auftreten

Für den Einfluss biologischer Faktoren spricht u. a. die Wirkweise von Antidepressiva, da diese in die Botenstoff- (Transmitter-) übertragung im Gehirn eingreifen.

F30.0 Hypomanie

Eine Störung, charakterisiert durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und Aktivität und in der Regel auch ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit.

Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen. Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können an die Stelle der häufigen euphorischen Geselligkeit treten. Die Störungen der Stimmung und des Verhaltens werden nicht von Halluzinationen oder Wahn begleitet.

F30.1 Manie ohne psychotische Symptome

Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.

F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen

Zusätzlich zu dem unter F30.1 beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf. Die Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht können so extrem sein, dass der Betroffene für eine normale Kommunikation unzugänglich wird.

F31. Bipolare affektive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

Bipolare affektive Störung

- PsychoseReaktion

Exkl.: Bipolare affektive Störung, einzelne manische Episode (F30.-)

- Zyklothymia (F34.0)
- F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
 Der betroffene Patient ist gegenwärtig hypomanisch (siehe F30.0) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.

Affektive Störungen behandeln mit Kunsttherapie	

			ention		
Manie, bipolare Störung, depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung Affektive Störungen Zyköntymia (instabilität der Stimmung – leichte depressive Phasen), Dysthymia (chronische depressive Verstimmung)	AKT, BKT, PKT, G-therapie: >Figürliches Zeichnen von alltäglichen Gegenständen (Geschir, Vasen, Besen, Tische) von verschieden Abständen, Beleuchtungen, Standpunkten. >Modellieren von Tiergestalten und	AKT, PKT, E- u. G,- therapie: >Kopieren von: Barlachfiguren in Ton, >Zeichnen nach der Natur,	PKT, AKT E- u. Gtherapie: >Schraffieren mit: Conté-Stift, >aquarellieren.	flächiges Zeichnen mit Kohle Lichter setzen -stärkt den Mut, Schrafturzeichnung Conté-Stift (Sepia) -mydmisset -weicht Lebenskräfte, Malen mit Wasserfarben (Na6-in-Na6) -bewirts Freude -lebensmut	

_	_	

Figürliches Zeichnen

- Schärft das Augenmaß für richtige Verhältnisse. Perspektive und Formensprache der Dinge, weckt Interesse für die Schönheit der Gegenstände und Naturerscheinungen.
- Gegenstände aus dem täglichen Leben werden deutlicher, bekannter, verständlicher. Man schätzt sie mehr.
- BLEI STIFT = Senkblei (Lot) / Schwere / Schwerkraft
- <u>Indikation:</u> Melancholie, Depressionen, Hysterien, Schizophrenie, Gedächtnisschwäche, Morbus Parkinson

	_	



Flächiges Zeichnen

Man lernt die Dynamik von Licht und Finsternis kennen und deren Kontraste wie auch Übergänge in die Hand nehmen. Man benutzt die Dunkelheit, um Licht zu erzeugen!

Es ist Mut nötig, das Finstere zu formen und zu beherrschen. Dramatisches kann - bis zur Verdichtung zum Plastischen - aufs Papier kommen. Hell - Dunkel Kohlezeichnungen können tief ins Erlebnisfeld des Unbewussten wirken. Die Kohlezeichnung wirkt auf die inneren seelischen Kraftfelder und stärkt die Mut.

KOHLE KREIDE = Tiefe / Schwärze / Wärme

<u>Indikation:</u> Affektive Störungen, Phobien, Angststörungen, Angstträume, Mutlosigkeit, Belastungen, Epilepsie, Bronchitis



Schraffieren

Alle Linien befinden sich in gleicher Richtung. Sie werden von oben nach unten gezeichnet, auch übereinander fallend, so daß Verdichtungen zu Dunkelheiten stattfinden. Hieraus ergeben sich nach einiger Zeit Möglichkeiten der Gestaltung.

Bei sich herausbildenden Formen wird die Strichrichtung jedoch nie geändert, wodurch eine zurückhaltende, disziplinierte Stimmung beim Patienten erreicht werden kann. Er muß abwarten, was in dem hereinfallenden Licht-Dunkel auftaucht, er darf es nicht abschnüren oder umranden, immer folgt er dem Licht in seiner Richtung. Sie erzieht zu Abstand und Objektivität.

Indikation: Affektive Störungen, Schlafstörungen, sozialen Störungen



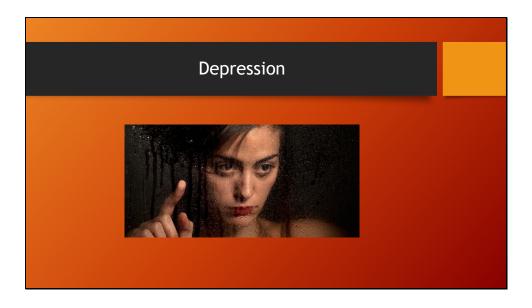
Aquarellieren

Auf das mit einem Schwamm gleichmäßig angefeuchtete Papier werden mit einem breiten Pinsel Farbflächen angelegt. Bei unsicheren Klienten kann in der Anfangsphase der Therapie auch eine zarte Vorzeichnung mit Bleistift erlaubt werden. Die Farbe fließt auf dem feuchten Papier.

Der/Die Klient/in muss zulassen, dass die Farbe ihren eigenen Weg geht. Das "Loslassen" wirkt befreiend und erlaubt Gefühle der Entspannung. Der/Die Klient/in empfindet Ruhe, Freude und erhält Lebensmut.

Indikation: Affektive Störungen, psychische Verhärtungen





Depressionen im Alltag

Erinnern Sie sich noch an Robert Enke? Ein erfolgreicher und beliebter Sportler auf dem Wege zum Nationalstammtorwart, von Presse, Fans, Trainern und Mitspielern geachtet, ohne Skandale oder private Probleme und er bringt sich ohne erkennbaren Anlass um. Vor kurzem erschütterte die Nachricht vom Suizid des Schauspielers Robin Williams nicht nur die Filmwelt - ein Oscar-Preisträger, der in vielen Filmen zahllose Zuschauer zum Lachen brachte, beendet freiwillig sein Leben. Und ganz aktuell: Ein Flugzeug zerschellt in den Alpen. Die Untersuchungen ergeben schnell, dass Andreas Lubitz, einer der Piloten, willentlich den Absturz herbeiführte und alle Insassen mit in den Tod riss.



Typische Symptomatik

Endogene Depression

Endogene Depression,
Durchschlafstörung, Früherwachen,
Morgentief, Gefühl der
Gefühllosigkeit, Selbstanklage,
"Typus melancholicus", Oft
grundloses Auftreten. Phasischer
Verlauf, Umweltstabil, Genetische
Belastung, Gewichtsverlust, Wahn

Psychogene Depression

Psychogene Depression Einschlafstörung, Abendtief, Stimmungswechsel, Tendenz, andere zu beschuldigen, Neurotische Symptome (Angst, Ich-Schwäche), Früher Beginn, jahrelanger Verlauf, Ablenkbarkeit, Biographische Auffälligkeiten

32.- Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

F32.0 Leichte depressive Episode

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym (stimmungskonkruent z.B. Weinen auf Beerdigungen) sein.

 	 	 	_			



F33.- Rezidivierende depressive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein.

- Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam.
- Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Greisenalter auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind.
- Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

F34.0 Zyklothymia

Hierbei handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31.-) oder rezidivierende depressive Störung (F33.-) zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige Patienten mit Zyklothymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung.

F34.1 Dysthymia

Hierbei handelt es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Zur Behandlung einer Depression stehen Medikamente (sogenannte Antidepressiva), verschiedene Formen der Psychotherapie und weitere nichtmedikamentöse Behandlungen zur Verfügung. Bei leichten Depressionen wird in der Regel eine Psychotherapie empfohlen, bei mittelschweren und schweren Depressionen sollte zusätzlich ein Antidepressivum eingenommen werden. Weitere Behandlungen können je nach Art der Depression und des Therapieverlaufs ergänzt werden.

Die meisten Behandlungsformen können ambulant durchgeführt werden. Bei depressiven Patienten sollte dann eine stationäre Behandlung in einer Klinik in Betracht gezogen werden, wenn sie aufgrund der Depression so isoliert leben, dass ein Behandlungserfolg nicht gewährleistet werden kann, wenn ambulante Therapien nicht ausreichend wirksam sind oder wenn die Gefahr besteht, dass sich ein Patient das Leben nehmen möchte.

 	 	 -			

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist eine wichtige Säule in der Depressionsbehandlung.

Es gibt verschiedene Arten von Psychotherapie. Allen gemeinsam ist, dass im Rahmen von Gesprächen auf die Psyche eingewirkt wird und der Patient dabei eine aktive Rolle hat. Psychotherapieverfahren, für die die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland die Kosten übernehmen, werden als Richtlinienverfahren bezeichnet. Hierzu gehören die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie und die analytische Psychotherapie.

Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie werden ungünstige Verhaltensweisen des Patienten verändert, bessere Problemlösefähigkeiten entwickelt und Erfolgserlebnisse durch vermehrte positive Aktivitäten gefördert. Außerdem erlernen Patienten Entspannungstechniken, um mit Symptomen wie Schlaflosigkeit, Stress oder Angst besser umzugehen. Im späteren Therapieverlauf werden soziale Fertigkeiten eingeübt, um das Selbstwertgefühl weiter zu stärken.

Für die Behandlung der Depression ist die kognitive Verhaltenstherapie am besten untersucht. Bei dieser Form der Verhaltenstherapie lernen Patienten, die für eine Depression typischen negativen Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen und mit Unterstützung des Therapeuten zu verändern.

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Depressionen können auch durch unbewusste Konflikte ausgelöst werden, die in der Kindheit erlebt worden sind oder aktuell im zwischenmenschlichen Bereich bestehen.

In der tiefenpsychologisch fundierten Therapie werden diese bewusst gemacht und bearbeitet. Hierfür werden bereits vorhandene Fähigkeiten des Patienten genutzt und weiter gestärkt. Im Laufe der Therapie können dann Schwierigkeiten besser bewältigt und Konflikte entschärft werden.

Analytische Psychotherapie

Aus psychoanalytischer Sicht werden Depressionen durch Verlustbzw. Kränkungserlebnisse ausgelöst, die aufgrund bestehender innerer Konflikte nicht angemessen verarbeitet werden können. Es wird davon ausgegangen, dass sich diese ungelösten Konflikte auch in der Therapie zeigen und in diesem besonders geschützten Rahmen verstanden, bearbeitet und überwunden werden können

Patienten sollten sich gut aufgehoben, angenommen und verstanden fühlen und sich ausreichend Zeit nehmen, einen passenden Therapeuten zu finden.

Tagesstrukturierung

Aktivitäten und Stimmungen können sich gegenseitig beeinflussen. Daher sollten sowohl Alltagsaktivitäten als auch aktuelle Stimmungen bei der Depressionsbehandlung protokolliert werden.

Diese Protokolle helfen nicht nur Patienten, Fortschritte in der Behandlung zu erkennen, sondern liefern auch wichtige Hinweise für den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten.

- Setzen Sie sich kleine erreichbare Ziele und legen Sie regelmäßige Aktivitäten für den Tag fest.
- Nehmen Sie Ihre Mahlzeiten zu festgelegten Zeiten ein.
- Verzichten Sie auf den Mittagsschlaf.
- Treiben Sie, wenn möglich, Sport. Bewegung trägt zur Verbesserung der Stimmung bei.
- Führen Sie sportliche oder andere Aktivitäten immer zur gleichen Zeit am Tag durch.

Versuchen Sie, Kontakte zu Freunden, Familie und Kollegen aufrecht zu erhalten und sich nicht zu isolieren. Dies unterstützt die Ausbildung eines gesunden Ruhe-Aktivitäts-Rhythmus.

- Gehen Sie möglichst jeden Tag spazieren, um den Körper zu aktivieren.
- Setzen Sie sich täglich mindestens eine Stunde dem Tageslicht aus.
- Nutzen Sie ggf. ein Lichttherapiegerät



F6	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

_		 	
_			
_			
_			
_			
-			
-			
_			
-			
-			
_	 		

Persönlichkeitsstörungen

Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden.

Persönlichkeitsstörungen

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen.

Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.

Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

F60. - Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Es handelt sich um schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Person, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind. Sie erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche und gehen beinahe immer mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter.

F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung

Diese Persönlichkeitsstörung ist durch übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen, sowie eine Neigung, Erlebtes zu verdrehen gekennzeichnet, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden, wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen hinsichtlich der sexuellen Treue des Ehegatten oder Sexualpartners, schließlich durch streitsüchtiges und beharrliches Bestehen auf eigenen Rechten. Diese Personen können zu überhöhtem Selbstwertgefühl und häufiger, übertriebener Selbstbezogenheit neigen.

		_			

F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet ist. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben.

F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere gekennzeichnet ist. Zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen besteht eine erhebliche Diskrepanz. Das Verhalten erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig. Es besteht eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das Verhalten anzubieten, durch das der betreffende Patient in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

F60.3- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden:

F60.3- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

- Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle;
- und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.
- Exkl.: Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

F60.30 Impulsiver Typ • Persönlichkeit(sstörung): aggressiv und reizbar (explosiv) F60.31 Borderline-Typ F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung • Eine Persönlichkeitsstörung, die durch oberflächliche und labile Affektivität, Dramatisierung, einen theatralischen, übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht, Mangel an Rücksichtnahme, erhöhte Kränkbarkeit und ein dauerndes Verlangen nach Anerkennung, äußeren Reizen und Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist. • Persönlichkeit(sstörung): hysterisch und infantil

F60.5 Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet ist. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.

F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit gekennzeichnet ist.

Es besteht eine andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden, eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik mit eingeschränkter Beziehungsfähigkeit. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten.

F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung verlassen sich bei kleineren oder größeren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen. Die Störung ist ferner durch große Trennungsangst, Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz, durch eine Neigung, sich den Wünschen älterer und anderer unterzuordnen sowie durch ein Versagen gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens gekennzeichnet. Die Kraftlosigkeit kann sich im intellektuellen emotionalen Bereich zeigen; bei Schwierigkeiten besteht die Tendenz, die Verantwortung anderen zuzuschieben.

Narzisstische PS

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch einen Mangel an Empathie, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und gesteigertes Verlangen nach Anerkennung aus. Ob die überzogenen Ansprüche der Betroffenen eine tiefe innere Unsicherheit kompensieren sollen oder ob sie vielmehr integraler Bestandteil einer stur auf Erfolg ausgerichteten Lebenskonzeption sind, ist in der Fachliteratur umstritten. Sie suchen ständig neue Bestätigung, um ihr Selbstwertgefühl weiter zu stärken. Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung werden oftmals als arrogant, überheblich, snobistisch oder herablassend beschrieben.

Personen mit narzisstischer PS überschätzen ihre eigenen Fähigkeiten und zerstören aus Missgunst, was Andere aufgebaut haben. Zudem zeigen Betroffene eine auffällige Empfindlichkeit gegenüber negativer Kritik, die sie oft global verstehen, was in ihnen Gefühle der Wut, Scham oder Demütigung hervorruft. Häufig wird deshalb, gerade im familiären Bereich, ein Netz aus Intrigen gesponnen, um sich ins rechte Licht zu rücken.

Dies geschieht meist aus Selbstschutz und Angst vor weiterer Kritik. Hierbei werden als bedrohlich wahrgenommene Menschen durch teils erfundene oder übertriebene Geschichten herabgestuft.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist im ICD-10 unter der Rubrik "Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60.8)" aufgeführt. Sie wird jedoch nur im Anhang I der Ausgabe "Forschungskriterien" näher beschrieben, obwohl sie als Diagnose in der Praxis häufig gebraucht wird.

Im DSM-5 der American Psychiatric Association ist die NPS dagegen als selbstständiges Störungsbild enthalten und gehört dort zum Cluster B, der die "launisch, dramatisch, emotionalen" Persönlichkeitsstörungen umfasst. In jedem Fall muss sie von normalem Narzissmus als tatsächlicher oder zugeschriebener Charaktereigenschaft abgegrenzt werden.