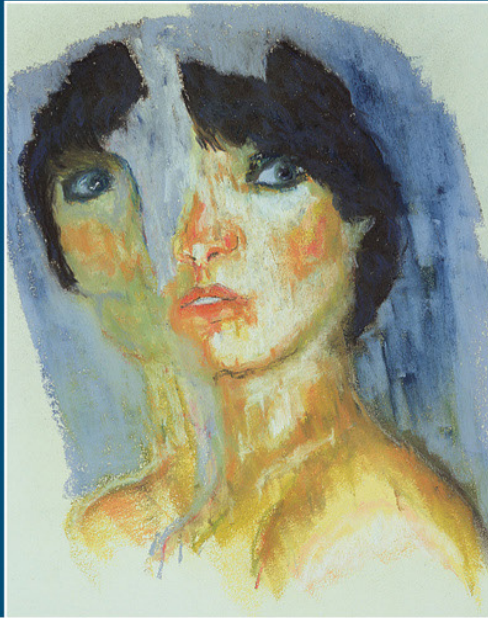


Berberich ■ Zaudig ■ Benecke
Saß ■ Zimmermann



Persönlichkeitsstörungen

Update zu

Theorie und Therapie

 Schattauer

Berberich ■ Zaudig ■ Benecke ■ Saß ■ Zimmermann

Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie

Mit Beiträgen von

Marc Allroggen
Cord Benecke
Götz Berberich
Reinhard J. Boerner
Simon Bollmann
Eva-Lotta Brakemeier
Peer Briken
Manuela Call
Carola Cropp
Louisa D'Errico
Sandra Dobiosch
Johannes C. Ehrenthal
Jörg M. Fegert
Kirstin Goth
Imke Grimm
Pia Hollerbach
Susanne Hörz-Sagstetter
Dorothea Huber
Michael Kaess
Leonie Kampe
Johannes Mander
Philipp Martius

Robert Mestel
Andreas Mokros
Ansgar Osewold
Peter Parzer
Theo Rein
Katharina Rek
Franz Resch
Eckhard Roediger
Simone Salzer
Henning Saß
Klaus Schmeck
Ulrike Schmidt
Dieter Seifert
Andrew E. Skodol
Christian Stiglmayr
Svenja Taubner
Eva Vogel
Jana Volkert
Sindy Weise
Michael Zaudig
Peter Zill
Johannes Zimmermann

Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie

Herausgegeben von

Berberich ■ Zaudig ■ Benecke ■ Saß ■ Zimmermann

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten

sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Gemäldes von

© Stevie Taylor/Bridgeman Images

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH,

Krugzell

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

Printausgabe: ISBN 978-3-608-43224-4

E-Book: ISBN 978-3-608-11067-8

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20381-3

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Vorwort

Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie: Das verheißt Aktualität und etwas wirklich Neues! Das Feld der Persönlichkeitsstörungen bietet dafür allerdings in den letzten Jahren wahrlich mannigfaltige Anregungen, werden doch Diagnosekriterien und Verständniskonzepte gerade in den neu aufgelegten Klassifikationssystemen DSM-5 (und hier vor allem im Alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen) und ICD-11 geradezu revolutioniert. Die grundlegende Strömung hierzu deutete sich seit Jahren an und entsprach dem Desiderat der Forschung, Persönlichkeitsstörungen als dimensionale Konstrukte zu betrachten und dafür die kategoriale Sichtweise zurückzustellen. Und in Jahren intensiver Diskussionen in Taskforces und Arbeitsgruppen schien die dimensionale Diagnostik ihren Siegeszug anzutreten, um aber umso heftiger mit dem Widerstand der Verfechter kategorialer Systeme konfrontiert zu werden. Die Ergebnisse sind häufig Hybridsysteme, deren wissenschaftliche Haltbarkeit und klinische Sinnhaftigkeit erst noch erwiesen werden muss.

Diesen grundsätzlichen Wandel des Verständnisses darzustellen hat sich dieses Buch zur Aufgabe gemacht. Um ihn zu verstehen, bedarf es jedoch der geschichtlichen Fundierung, die im ersten Abschnitt dieses Buches über Ideengeschichte und Konzepte der Persönlichkeitsstörung dargelegt ist. Das Nachdenken über Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung fand in durchaus unterschiedlichen Traditionen statt, so in der Psychiatrie, in verschiedenen Schulen der Psychotherapie und schließlich der akademischen Psychologie. Ein (weiteres) Anliegen dieses Viel-Autoren-Buches besteht darin, Spezialisten aus den einzelnen Bereichen mit ihrer jeweiligen Perspektive zu Wort

kommen zu lassen und diese Sichtweisen zu sammeln.

Der Abschnitt über Diagnostik stellt angesichts der oben genannten aktuellen Entwicklungen in den Klassifikationssystemen ein zentrales und weiterhin durchaus kontroverses Feld dar. Der Fokus wird hier zudem auf die Besonderheiten im Kinder- und Jugendlichenbereich sowie im höheren Alter erweitert. Forschungsarbeiten der letzten Jahre weisen zunehmend auf Besonderheiten in verschiedenen Altersspannen hin, die es zu berücksichtigen gilt.

Der Abschnitt über ätiologische Modelle der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen stellt die Klärungsansätze unterschiedlicher, sich zum Teil überlappender, sich zum Teil aber auch (scheinbar) widersprechender Disziplinen gegenüber. Anstatt eines integrativen, dadurch jedoch auch unscharfen und spekulativen biopsychosozialen Krankheitsmodells werden präzise und evidenzbasierte Modelle aus der Sicht des jeweiligen wissenschaftlichen Fachgebiets dargestellt.

Auch im Abschnitt Therapie finden sich die gängigen evidenzbasierten Verfahren, ebenfalls durch die altersspezifische Perspektive bereichert. Dem Leser wird allerdings sofort auffallen, dass dieses Buch der dimensionalen Sichtweise konsequent folgt: Statt einer Darstellung der Therapie einzelner Kategorien von Persönlichkeitsstörungen wird das Vorgehen aus der Sicht der jeweiligen Verfahren und in unterschiedlichen Altersklassen beschrieben, wobei entsprechend der Literaturlage die Borderline-Persönlichkeitsstörung nun doch ein besonderes Gewicht bekommt. Tatsächlich ist allerdings die Evidenz für die Therapie einzelner Störungskategorien äußerst dünn, wie im abschließenden Therapiekapitel im Überblick dargelegt wird.

Auf die besondere Bedeutung der Persönlichkeitsstörungen im Gebiet der Forensik weist der letzte Abschnitt des Buches hin. Gerade im komplexen Überschneidungsbereich zwischen Psychowissenschaften und Recht ist eine umfangreiche Spezialliteratur über Störungsverständnis, Begutachtung und Implikationen für die Therapie zu berücksichtigen.

Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie: Durch diesen Titel werden die Autoren zu einer umfassenden Darstellung des evidenzbasierten Wissens sowie neuerer Strömungen auf dem Gebiet veranlasst. Der Leser, welcher sich in das faszinierende Thema Persönlichkeitsstörungen erst einlesen will, findet einen klar verständlichen Überblick mit kurzen Zusammenfassungen. Der Spezialist kann seinen Wissensdurst in emsig zusammengestellten Synopsen der Literatur befriedigen, etwa in dem umfassenden Kapitel über empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren. »Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen.« (J. W. v. Goethe)

Um ein solches, von vielen Spezialisten getragenes Buch zum Abschluss zu bringen, müssen zahlreiche Autoren – und mindestens ebenso viele Persönlichkeiten – unter einen Hut gebracht werden, was insbesondere von Verlagsseite eine unendliche Geduld erfordert. Für diese Geduld möchten sich die

Herausgeber herzlich besonders bei Dr. Wulf Bertram und Dr. Nadja Urbani vom Schattauer Verlag bedanken, ohne deren Bereitschaft, stete Förderung und Ermutigung die Fertigstellung des Projekts nicht möglich gewesen wäre. Und schließlich gebührt unser besonderer Dank auch Marion Drachsel, die mit sorgsamer Hand, klarem Blick und ebenfalls ungeheurer Geduld den Texten den letzten Schliff gegeben hat.

Und wie es sich gehört, zum Abschluss ein Hinweis zur Genderfrage: In diesem Buch wurde bewusst auf die politisch korrekte Berücksichtigung beider (oder auch weiterer) Geschlechter im Text zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet. Der Leser und vor allem die Leserin möchten dies den – peinlicherweise noch dazu rein männlichen – Herausgebern nachsehen. Selbstverständlich sind jeweils beide Geschlechter gemeint und eine Entwicklung der deutschen Sprache, die sowohl emanzipationsfördernd als auch stilbewahrend wirken könnte, würde uns ausgesprochen freuen.

**Windach, München, Kassel, Aachen
und Berlin im August 2018
Götz Berberich, Michael Zaudig,
Cord Benecke, Henning Saß und
Johannes Zimmermann**

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Herausgeber

Prof. Dr. Cord Benecke
 Institut für Psychologie
 FB 01 Humanwissenschaften
 Universität Kassel
 Holländische Straße 36–38
 34127 Kassel
 benecke@uni-kassel.de

Dr. med. Götz Berberich
 Psychosomatische Klinik Windach
 Schützenstraße 100
 86949 Windach
 g.berberich@klinik-windach.de

Prof. em. Dr. Henning Saß
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
 und Psychosomatik
 Uniklinik Aachen
 Pauwelsstraße 30
 52074 Aachen
 hsass@ukaachen.de

Prof. Dr. med. Dr. habil. Michael Zaudig
 Privatpraxis
 Brienner Straße 54a
 80333 München
 mzaudig@gmx.de

Prof. Dr. Johannes Zimmermann
 Institut für Psychologie
 Universität Kassel
 Holländische Straße 36–38
 34127 Kassel
 jz@uni-kassel.de

Autoren

Dr. med. Marc Allroggen
 Universitätsklinikum Ulm
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie
 89075 Ulm
 marc.allroggen@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Cord Benecke
 Institut für Psychologie
 FB 01 Humanwissenschaften
 Universität Kassel
 Holländische Straße 36–38
 34127 Kassel
 benecke@uni-kassel.de

Dr. med. Götz Berberich
 Psychosomatische Klinik Windach
 Schützenstraße 100
 86949 Windach
 g.berberich@klinik-windach.de

**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient. pth.
 Dipl.-Psych. Reinhard J. Boerner**
 Sigmund Freud PrivatUniversität Wien &
 Berlin
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Christliches Krankenhaus Quakenbrück
 GmbH
 Goethestraße 10
 49610 Quakenbrück
 r.boerner@ckq-gmbh.de

Dipl.-Psych. Simon Bollmann
 Fachbereich Psychologie
 Philipps-Universität Marburg
 Gutenbergstraße 18
 35032 Marburg
 simon.bollmann@uni-marburg.de

Prof. Dr. phil. Eva-Lotta Brakemeier

Fachbereich Psychologie
 Philipps-Universität Marburg
 Gutenbergstraße 18
 35032 Marburg
 eva-lotta.brakemeier@uni-marburg.de

Prof. Dr. Peer Briken

Institut für Sexualforschung und Forensische
 Psychiatrie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 briken@uke.uni-hamburg.de

Mag. rer. nat. Manuela Call

ZPP Zentrum für Psychologische
 Psychotherapie
 Universität Heidelberg
 Bergheimer Straße 58a
 69115 Heidelberg
 manuela.call@zpp.uni-hd.de

Dipl.-Psych. Carola Cropp

Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 des Kindes- und Jugendalters
 37124 Rosdorf
 c.cropp@asklepios.com

Dipl.-Psych. Louisa D'Errico

ZPP Zentrum für Psychologische
 Psychotherapie
 Universität Heidelberg
 Bergheimer Straße 58a
 69115 Heidelberg
 louisa.derrico@zpp.uni-hd.de

Sandra Dobiosch

s_dobiosch@web.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Johannes C. Ehrenthal

Institut für Medizinische Psychologie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Bergheimer Straße 20
 69115 Heidelberg
 johannes.ehrenthal@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Joerg M. Fegert

Universitätsklinikum Ulm
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie
 89075 Ulm
 Joerg.Fegert@uniklinik-ulm.de

Dr. phil. nat. Dipl.-Psych. Kirstin Goth

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
 Kinder- und Jugendpsychiatrische
 Forschungsabteilung
 Schanzenstrasse 13
 4056 Basel
 SCHWEIZ
 Kirstin.Goth@upkbs.ch

M. A. Imke Grimm

International Psychoanalytic University IPU
 Berlin
 Stromstraße 3b
 10555 Berlin
 imke.grimm@ipu-berlin.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Susanne Hörz-Sagstetter

Psychologische Hochschule Berlin
 Am Köllnischen Park 2
 10179 Berlin
 s.hoerz@psychologische-hochschule.de

Pia Hollerbach

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 Klinik für Forensische Psychiatrie
 Lenggstrasse 31
 Postfach 1931
 8032 Zürich
 SCHWEIZ
 pia.hollerbach@puk.zh.ch

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber
International Psychoanalytic University IPU
Berlin
Stromstraße 3b
10555 Berlin
dorothea.huber@ipu-berlin.de

Prof. Dr. med. Michael Kaess
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Bolligenstrasse 111
Stöckli, 3000 Bern 60
SCHWEIZ
michael.kaess@upd.ch
und
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg
Michael.Kaess@med.uni-heidelberg.de

M. Sc. Psych. Leonie Kampe
Psychologische Hochschule Berlin
Am Kölnischen Park 2
10179 Berlin
l.kampe@psychologische-hochschule.de

PD Dr. Johannes Mander
ZPP Zentrum für Psychologische
Psychotherapie
Psychologisches Institut
Universität Heidelberg
Bergheimer Straße 58a
69115 Heidelberg
johannes.mander@zpp.uni-hd.de

Prof. Dr. med. Philipp Martius
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Hochschule München
Am Stadtpark 20
81243 München
martius@hm.edu

Dr. biol. hum. Robert Mestel
Helios Kliniken Bad Grönenbach
Sebastian-Kneipp-Allee 3–5
87730 Bad Grönenbach
robert.mestel@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. phil. habil. Andreas Mokros
FernUniversität in Hagen
Lehrstuhl für Persönlichkeitspsychologie,
Diagnostik und Beratung
Institut für Psychologie
Universitätsstraße 33
58084 Hagen
andreas.mokros@fernuni-hagen.de

Ansgar Osewold
Alexianer Christophorus Klinik Münster
Alexianerweg 60
48163 Münster
A.Osewold@alexianer.de

Dipl.-Psych. Peter Parzer
Uniklinik Heidelberg für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg
peter.parzer@med.uni-heidelberg.de

Dr. Theo Rein
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstraße 2–10
80804 München
theorein@psych.mpg.de

M. Sc. Katharina Rek
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Max-Planck-Tagklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Schleißheimer Straße 267
80809 München
katharina_rek@psych.mpg.de

Prof. Dr. med. univ. Franz Resch

Uniklinik Heidelberg für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg
Franz.Resch@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Eckhard Roediger

Frauenlobstraße 64
60487 Frankfurt am Main
kontakt@eroediger.de

Prof. Dr. rer. nat. Simone Salzer

International Psychoanalytic University IPU
Berlin
Stromstrasse 1
10555 Berlin
und
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
der Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
simone.salzer@ipu-berlin.de

Prof. em. Dr. Henning Saß

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Uniklinik Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
hsass@ukaachen.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Kinder- und Jugendpsychiatrische
Forschungsabteilung
Schanzenstrasse 13
4056 Basel
SCHWEIZ
Klaus.Schmeck@upkbs.ch

Dr. med. Ulrike Schmidt

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Trauma-Ambulanz & FG Stressmodulation
der Neurodegeneration
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
ulrike.schmidt@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Dieter Seifert

Alexianer Christophorus Klinik Münster
Alexianerweg 60
48163 Münster
D.Seifert@alexianer.de

Andrew E. Skodol, MD

University of Arizona
College of Medicine, Department of
Psychiatry
1501 N. Campbell Ave
Tucson, Arizona 85721
USA
askodol@gmail.com

PD Dr. Dipl.-Psych. Christian Stiglmayr

Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche
Psychotherapie
AWP Berlin
Tempelhofer Damm 227
12099 Berlin
christian.stiglmayr@awp-berlin.de

Prof. Dr. phil. Svenja Taubner

Direktorin des
Instituts für Psychosoziale Prävention
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54
69115 Heidelberg
svenja.taubner@med.uni-heidelberg.de

Dr. Eva Vogel

ZPP Zentrum für Psychologische
Psychotherapie
Psychologisches Institut
Universität Heidelberg
Bergheimer Straße 58a
69115 Heidelberg
eva.vogel@zpp.uni-hd.de

Dr. phil. Jana Volkert, Dipl.-Psych., B.A. (Hons)

Instituts für Psychosoziale Prävention
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimerstraße 54
69115 Heidelberg
jana.volkert@med.uni-heidelberg.de

M. Sc. Psych. Sindy Weise

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Blumenstraße 8
69115 Heidelberg
Sindy.Weise@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Michael Zaudig

Privatpraxis
Brienner Straße 54a
80333 München
mzaudig@gmx.de

PD Dr. rer. nat. Peter Zill

Psychiatrische Klinik der Ludwig-
Maximilian-Universität
Labor für Molekulare Neurobiologie,
AG Epigenetik
Nussbaumstraße 7
80336 München
Peter.Zill@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. Johannes Zimmermann

Institut für Psychologie
Universität Kassel
Holländische Straße 36–38
34127 Kassel
jz@uni-kassel.de

Inhalt

I. Ideengeschichte und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen

- 1 **Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie** 3
Henning Saß
- 2 **Ideengeschichte und Konzepte in Psychoanalyse, Kognitiver Verhaltenstherapie und Persönlichkeitspsychologie** 16
Götz Berberich
- 3 **Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie** 28
Franz Resch, Peter Parzer und Michael Kaess
- 4 **Der Übergang zu einem dimensionalen Modell: das alternative DSM-5-Modell** 42
Andrew E. Skodol und Johannes Zimmermann

II. Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen

- 5 **Kategoriale Diagnostik nach ICD-10 und DSM-5** 55
Michael Zaudig
- 6 **Diagnostische Verfahren im Erwachsenenbereich** 71
Robert Mestel
- 7 **Diagnostische Verfahren im Kinder- und Jugendbereich** 83
Klaus Schmeck und Kirstin Goth

- 8 **Diagnostische Besonderheiten im Alter – eine Herausforderung** 96
Imke Grimm und Dorothea Huber
- 9 **Psychodynamische Diagnostik der Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen** 107
Susanne Hörz-Sagstetter und Leonie Kampe
- 10 **Diagnostische Verfahren zum alternativen DSM-5-Modell** 120
Katharina Rek und Johannes Zimmermann

III. Ätiologische Modelle von Persönlichkeitsstörungen

- 11 **Neurobiologie** 135
Ulrike Schmidt und Theo Rein
- 12 **Epigenetische Mechanismen** 159
Peter Zill
- 13 **Empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren** 171
Sandra Dobiosch und Cord Benecke
- 14 **Temperament** 197
Reinhard J. Boerner
- 15 **Die Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Bindungs- und Mentalisierungstheorie** 212
Svenja Taubner und Jana Volkert
- 16 **Psychoanalytische Modelle** 225
Cord Benecke und Johannes C. Ehrenthal

17	Verhaltenstherapeutische Modelle	240
	<i>Louisa D'Errico, Manuela Call, Eva Vogel und Johannes Mander</i>	

18	Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen im Alter	254
	<i>Simon Bollmann, Cord Benecke und Eva-Lotta Brakemeier</i>	

IV. Therapie der Persönlichkeitsstörungen

19	Psychoanalytisch fundierte Verfahren	275
	<i>Philipp Martius</i>	

20	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen	288
	<i>Manuela Call, Louisa D'Errico, Eva Vogel und Johannes Mander</i>	

21	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	303
	<i>Christian Stiglmayr</i>	

22	Strukturbezogene Psychotherapie	323
	<i>Johannes C. Ehrental</i>	

23	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen	337
	<i>Svenja Taubner</i>	

24	Die Schematherapie	350
	<i>Eckhard Roediger</i>	

25	Psychodynamische Therapien im Kindes- und Jugendalter	365
	<i>Carola Cropp und Simone Salzer</i>	

26	Kognitiv-behaviorale Therapien von (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter	377
	<i>Sindy Weise und Michael Kaess</i>	

27	Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen bei älteren Patienten	390
	<i>Imke Grimm und Dorothea Huber</i>	

28	Kategorien, Verfahren, Programme – Evidenzbasierte Therapie im Überblick	400
	<i>Götz Berberich</i>	

V. Forensische Aspekte von Persönlichkeitsstörungen

29	Forensische Begutachtung	415
	<i>Henning Saß</i>	

30	Psychopathie	430
	<i>Pia Hollerbach und Andreas Mokros</i>	

31	Sexuelle Devianz	440
	<i>Peer Briken</i>	

32	Therapie im Maßregelvollzug ..	454
	<i>Dieter Seifert und Ansgar Osewold</i>	

33	Forensische Aspekte im Jugendalter	468
	<i>Marc Allroggen und Jörg M. Fegert</i>	

	Sachverzeichnis	477
--	------------------------------	-----

I. Ideengeschichte und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen

1 Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie

Henning Saß

Zusammenfassung

»Persönlichkeitsstörungen«, so lautet heute der neutrale Oberbegriff für frühere Bezeichnungen wie abnorme Persönlichkeiten, Psychopathien oder Charakterneurosen. Die Aufnahme dieser breit ausgestalteten Gruppe in das nordamerikanische DSM-III stellte auch eine Konzession an die große Gemeinde psychoanalytischer Psychiater dar und sollte den umkämpften Verzicht auf das Neurosekonzept kompensieren. In die aktuellen Auffassungen über Persönlichkeitsstörungen fließen ideengeschichtliche Vorläufer der französischen und später der angloamerikanischen sowie der deutschsprachigen Psychiatrie ein. Stets gab es problematische Tendenzen zu sozial abwertenden und pejorativen Sehweisen dieses Bereiches, etwa durch Verquickungen mit der Degenerationslehre und sozialdarwinistische Verirrungen. Erst die operationalisierte Diagnostik brachte eine Objektivierung und ermöglichte eine präzisere wissenschaftliche Bearbeitung dieses wichtigen Übergangsfeldes zwischen einem gedachten Normalbereich psychischer Funktionen und den psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne. Dies wird paradigmatisch an der Entwicklung der Borderline-Konzepte in der Psychiatrie gezeigt.

1.1 Einleitung

Psychische Störungen unterliegen in Entstehung und Verlauf einem komplexen Bedingungsgefüge, das bestimmt wird durch eine vielschichtige Interaktion von genetischen und epigenetischen Faktoren, Lernvorgängen, biografisch gewachsenen Beständen, Haltungen und Einstellungen sowie schließlich der großen Fülle von situativen Einflüssen. Dies gilt in besonderem Maße für die Persönlichkeitsstörungen, die sich konzeptionell, nosologisch und diagnostisch in vielfachen Übergangsreihen bewegen. Schon diese Heterogenität kann das Gebiet als Forschungsgegenstand in den Augen vieler Wissenschaftler diskreditieren. Darüber hinaus sind die verschiedenen Formen abweichender Persönlichkeiten – stärker noch als die anderen Arten psychischer Störungen – anfällig für anthropologi-

sche und sozialpsychologische Missverständnisse sowie Stigmatisierungen.

Inzwischen sind die Persönlichkeitsstörungen arriert und in Wissenschaft wie Praxis ganz in den Vordergrund der psychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutischen Bemühungen gerückt. Insbesondere die Einführung der operationalen Diagnostik mit einer gesonderten Persönlichkeitsachse durch das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III (APA, 1980; deutsch von Koehler und Saß, 1986) beflügelte die Forschungs- und Publikationstätigkeit in der ganzen Welt bis hin zur Gründung spezieller Zeitschriften und wissenschaftlicher Gesellschaften für das Gebiet der Persönlichkeitsstörungen. Heute ist die Flut der theoretischen Konzeptionen und therapeutischen Ansätze nahezu unübersehbar geworden, sodass eine stringente Gliederung nur schwer möglich ist.

Auch die nachfolgende Darstellung enthält Unschärfen, die in der heterogenen Natur des Gegenstandes begründet sind und sich derzeit weder durch empirisch destillierbare Ordnungskriterien noch durch konzeptionelle und definitorische Setzungen vermeiden lassen.

1.2 Zum Begriff der Persönlichkeitsstörung

Der Terminus »Persönlichkeit« gehört zu den schillerndsten Worten unserer Sprache überhaupt (vgl. Saß, 1987). Zum einen meint er einen Wertbegriff in ethisch-pädagogischer Hinsicht, etwa wenn es heißt, jemand habe Persönlichkeit oder sei ein Mensch von Charakter. Auch ist zwar jeder Mensch eine Person, aber nicht jeder eine Persönlichkeit, denn diese ist gekennzeichnet durch bewussten, angestregten Denk- und Willenseinsatz, so Binder (1964). In das Bedeutungsfeld von Persönlichkeit gehören die Begriffe Temperament und Charakter, wobei sich Temperament eher auf die vitalen Grundeigenschaften von Antrieb und Emotionalität bezieht, während Charakter die langfristigen Einstellungen und Reaktionstendenzen umfasst.

Definition

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Sprachgebrauch definieren wir **Persönlichkeit** zunächst als die Summe aller psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften, die dem Einzelnen seine eigentümliche, unverwechselbare Individualität verleihen, enthalten in Aspekten des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens, Wollens und der Beziehungsgestaltung.

Eine **Persönlichkeitsstörung** dagegen liegt dann vor, wenn durch Ausprägungsgrad und/oder die besondere Konstellation von psychopathologisch relevanten Merkmalen dieser Be-

reiche erhebliche subjektive Beschwerden und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen (Saß, 1987).

In Psychiatrie und Psychologie gibt es unterschiedliche konzeptionelle Zugangswege zur Ordnung und Beschreibung des Feldes. Das psychiatrische Denken ist darauf gerichtet, die Persönlichkeitsstörungen nach nosologischen, typologischen und charakterologischen Gesichtspunkten einzuteilen (vgl. Saß, 1986). Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen sollen als differente Einheiten voneinander, aber auch vom Normalen abgegrenzt werden. Diese Perspektive folgt also weitgehend dem in der Psychiatrie geläufigen kategorialen Vorgehen.

Tiefen- und entwicklungspsychologische Ansätze wie die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie von Freud und seinen Schülern vermeiden dagegen eine strikte Klassifizierung und gehen davon aus, dass für jeden einzelnen Patienten ein spezifisches Störungsmuster erkennbar wird, wenn die lebensgeschichtlich bedeutsamen Ereignisse und Einflüsse auf die Ich-Entwicklung nachvollzogen werden (► Kap. 2). Daraus wurden interpersonelle und soziodynamische Ansätze in der klinischen Psychologie weiterentwickelt, die den zwischenmenschlich-interaktiven Anteil an der Persönlichkeitsentwicklung und damit gegebenenfalls auch an der Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen stärker betonen (vgl. Fiedler und Herpertz, 2016), ferner die biosozialen Lerntheorien, die von biologischen, von intrapsychischen und auch von umgebungsspezifischen sozialen Einflüssen auf die Persönlichkeitsentwicklung ausgehen (Millon, 1969). Hier wie auch in der differenziellen Persönlichkeitspsychologie wird ein dimensionaler Ansatz bevorzugt (► Kap. 4).

1.3 Zur Geschichte der Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie

Am Beginn der wissenschaftlichen Beschäftigung mit abnormen Persönlichkeiten stand Pinels Konzept einer »*Manie sans délire*« (1809), mit der erstmals ein Bereich gestörter Persönlichkeit als nosologische Einheit umgrenzt wurde. Entscheidendes Merkmal war eine Beeinträchtigung der affektiven Funktionen bei ungestörten Verstandeskräften. Eines seiner Fallbeispiele zeigte deutliche emotionale Instabilität und dissoziale Tendenzen, also zwei bis heute für dieses Gebiet zentrale Merkmale. Ätiologisch erwog Pinel eine mangelhafte Erziehung oder eine perverse, zügellose Veranlagung, womit schon damals die bis heute aktuelle Streitfrage um eine mehr endogene oder eher biografisch entstandene Verursachung aufgeworfen war. Auch in Esquirols Beschreibungen der Monomanien (1838) finden sich viele Auffälligkeiten, die heute zum Gebiet der Persönlichkeitsstörungen gerechnet werden, insbesondere Veränderungen des Willens und der Gefühle bei unbeeinträchtigter Intelligenz. Allerdings wurde das Konzept insofern überdehnt, als ganz umschriebene Verhaltensstörungen als »Krankheitsbild« aufgefasst wurden, etwa die Pyromanie, die Kleptomanie, die Erotomanie oder die Mordmonomanie. Hieraus sind forensisch bedeutsame Missverständnisse entstanden, die sich zum Teil bis in die heutigen Klassifikationssysteme fortgesetzt haben.

Besonders folgenreich war Morels Lehre von den Degenerationen (1857), die krankhafte Abweichungen vom normalen Bild des Menschen darstellten, entstanden durch schädliche Umgebungseinflüsse und durch weitergegebene Vererbung mit zunehmendem Schweregrad der Störung von Generation zu Generation bis zum Aussterben. Magnan hat

die Konzeption einer gesetzmäßigen Abfolge bestimmter Krankheitsbilder hinzugefügt, wobei für den Zusammenhang der abnormen Persönlichkeiten vor allem die »*Dégénérés supérieurs*« von Bedeutung sind (Magnan und Legrain, 1895). Wie bei den genannten Vorgängerkonzepten waren auch sie durch affektive Besonderheiten bei ungestörter Intelligenz charakterisiert. Ätiologisch postulierte Magnan eine Disharmonie im Zusammenspiel der zerebrospinalen Zentren, wodurch das psychische Equilibrium der Degenerierten gestört und eine besondere Empfindlichkeit verursacht werde. Vorstellungen einer im Nervensystem fundierten Dysbalance und Fragilität tauchten von da an im Denken über abnorme Persönlichkeiten immer wieder auf und führten in der »*Doctrine des Constitutions*« von Dupré (1925) zum Konzept einer »*Déséquilibre mentale*« i. S. einer hereditär verankerten psychopathischen Degeneration. Gemeinsam mit sozialdarwinistischem Gedankengut entstanden daraus in Deutschland im Gefolge des Ersten Weltkrieges folgenschwere konzeptuelle und ethische Verirrungen, z. B. mit der Schrift »*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*« des Juristen Binding und des Psychiaters Hoche (1920).

Im angloamerikanischen Sprach- und Kulturraum beschrieb der Amerikaner Benjamin Rush (1812) Fälle, die bei unbeeinträchtigtem Intellekt antisoziales/dissoziales Verhalten zeigten, als »*moral alienation of the mind*«. Ähnlich einflussreich wurde in England das Konzept »*moral insanity*« von Prichard (1835). Aus der zunehmenden Konzentration auf Individuen, die durch amoralisches, gesellschaftsschädigendes Verhalten und Delinquenz auffielen, ergab sich die Frage der Verantwortlichkeit dieser Personen. Dabei kollidierte die Integration der »*moral insanity*« in die psychiatrische Nosologie mit rechtlichen Ordnungsvorstellungen. 1939 ist

Hendersons Begriff des unangepassten bzw. aggressiven Psychopathen in die angelsächsischen Konzepte einer vorwiegend durch antisoziale Züge bestimmten Persönlichkeitsstörung eingegangen. Großen Einfluss auf die amerikanische Psychopathiekonzeption und die empirische Forschung über Psychopathie gewann schließlich Cleckleys Monografie »The Mask of Sanity« (1976 [1941]). Auch er begrenzte seine Definition des Psychopathen, die wegweisend für die heute wichtige Psychopathiekonzeption von Hare (1970, 1991) wurde, auf Personen mit antisozialem Verhalten, das keine adäquate Motivation erkennen lässt und nicht durch eine Psychose, Neurose oder geistige Behinderung bedingt ist.

In Deutschland diente der Ausdruck »Psychopathie« zunächst als unspezifischer Oberbegriff für alle psychischen Abnormitäten. Koch benutzte erstmals die Bezeichnung »Psychopathische Minderwertigkeiten« für ein »psychisches Zwischengebiet« und bereitete mit seiner gleichnamigen Monografie (1891/1893) die trotz aller Kritik immer noch gültigen Konzepte im Sinne einer Typologie vor, wobei der Ausdruck »Minderwertigkeit« ganz im Zusammenhang mit den aus Frankreich stammenden Degenerationslehren zu sehen ist und eher organpathologisch als soziologisch wertend gemeint war. Koch unterschied angeborene von erworbenen psychopathischen Verfassungen; dabei fielen die meisten der späteren Psychopathentypen in die Gruppe der Personen mit angeborener psychischer Belastung.

Kraepelin entwickelte in den verschiedenen Folgen seines Lehrbuchs »Psychiatrie« ab 1883 das Konzept der psychopathischen Zustände allmählich im Sinne des heutigen Verständnisses von abnormen Persönlichkeiten. Der Begriff der »psychopathischen Persönlichkeit« erschien zum ersten Mal in der siebten Auflage dieses Lehrbuchs (1903/1904), wo er vor allem unter dem Gesichtspunkt der

Dissozialität stand. Auch anhaltende Zustände gestörter Stimmung und konstitutioneller Unruhe fielen dort noch in den Bereich psychopathischer Persönlichkeiten und gelangten erst in der achten Auflage (1909) als Dispositionen für Depression, Manie, Erregtheit und Zykllothymie in das Kapitel über die manisch-depressive Erkrankung. Später folgten konstitutionstypologische Entwürfe von Kretschmer (1961 [1921]) und systematische Typenlehren, so z. B. von den Schichttheoretikern Kahn (1928), Schultz (1928) und Homburger (1929), oder Reaktionstypologien von Kretschmer (1961 [1921]) und Ewald (1924).

Mit Kurt Schneiders klassischer Monografie »Die psychopathischen Persönlichkeiten« (1950 [1923]) verloren die systematischen Typologien an Bedeutung; vielmehr ging es ihm um eine deskriptiv-symptomatologische Beschreibung ohne soziologische Wertung. Kurt Schneider definiert als abnorme Persönlichkeiten die Variationen oder Abweichungen von einer uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmbareren Durchschnittsbreite und hebt sodann die psychopathischen Persönlichkeiten als solche heraus, unter deren Abnormität die Betroffenen selbst oder die Gesellschaft leiden. Im Einzelnen unterscheidet Kurt Schneider zehn Typen psychopathischer Persönlichkeiten: die Hyperthymischen, die Depressiven, die Selbstunsicheren (mit den Unterformen der Ängstlichen und Zwanghaften), die Fanatischen, die Geltungsbedürftigen, die Stimmungslabilen, die Explosiblen, die Gemütlosen, die Willenlosen und die Asthenischen. Seine Lehre hat die Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen bis in die Gegenwart entscheidend beeinflusst.

1.4 Die Sonderentwicklung »Borderline«

Für das neuere Verständnis von Persönlichkeitsstörungen nimmt der Borderline-Bereich eine paradigmatische Stellung ein. Als »Grenzgebiet oder Niemandsland« (Saß und Koehler, 1983) lässt es in exemplarischer Weise den Weg aus konzeptionell ganz heterogenen, zumeist vagen und wenig trennscharfen historischen Vorläufern in die relative Klarheit der gegenwärtigen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen erkennen.

In allgemeinerer Form war zuerst von Hughes (1884) von einem »Borderland« psychischer Behinderung gesprochen worden. Als dezidiert nosologischer Begriff wurde »Borderline« erstmals 1938 von dem Psychoanalytiker Stern für Patienten verwandt, die sowohl psychotische als auch neurotische Merkmale aufwiesen.

In der wechselvollen Entwicklung bis zur heutigen Borderline-Persönlichkeitsstörung heben sich vier Linien hervor, die teils auf den Fortschritt empirischer Untersuchungen, teils auf allgemeine Perspektivenänderungen in der psychiatrischen Nosologie und Klassifikation zurückgingen (vgl. Herpertz und Saß, 1999):

1. Die erste Entwicklungslinie kennzeichnet die Borderline-Störung als **subschizophrene Störung**. Bereits Kraepelin (1903/1904, 1909) beschrieb einen Zwischenbereich zwischen krankhaften seelischen Zuständen und persönlichen Eigentümlichkeiten und stellte das Grenzgebiet einer kleinen Gruppe auffälliger Persönlichkeiten heraus, die er als unentwickelte Fälle, »*formes frustes*«, der Dementia simplex betrachtete. Analog umfasste Bleulers diagnostische Kategorie einer latenten Schizophrenie Fälle von sonderlingshaften, merkwürdigen, exzentrischen Menschen (Bleuler, 1911). Ähnliche Auffassungen ei-
2. Die zweite Entwicklungslinie kennzeichnet die Borderline-Störung als **emotional instabile und »subaffektive« Störung** im Grenzgebiet zu den affektiven Erkrankungen. Grundzüge hierfür waren klassische Beschreibungen von Menschen mit labilen, rasch und unvermittelt wechselnden Stimmungslagen sowie leichter Erregbarkeit. »Konstitutionelle Verstimmungen« beschrieb Kraepelin ab der fünften Auflage seines Lehrbuches »Psychiatrie« (1896) innerhalb der »psychopathischen Zustände« als Verdünnungsformen der manisch-de-

nes Übergangsbereiches zwischen abnormen Persönlichkeiten und Schizophrenien finden sich danach in zahlreichen klinischen Schilderungen (vgl. Saß und Koehler, 1983). Besonders folgenreich wurde das Konzept der pseudoneurotischen Schizophrenie von Hoch und Polatin (1949), das als untypische Form der Schizophrenie gedacht war und multiple neurotische Symptome einer »*Panneurosis*«, »*Panxiety*« oder »*Pansexuality*« enthielt, vor allem auch mikropsychotische Episoden mit vorübergehenden Depersonalisations- und Derealisationerscheinungen, Beziehungsideen und hypochondrischen Befürchtungen. Diese vielschichtige Symptomatologie ging in die psychoanalytischen Konzepte des Borderline-Syndroms ein. Die Auffassungen eines Borderline-Syndroms im Übergangsbereich zu den Schizophrenien sind Vorläufer des heutigen DSM-III-/DSM-IV-/DSM-5-Konzeptes der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung. In der ICD-10 wird sie als schizotype Störung bezeichnet, die allerdings bei der WHO als Unterform der schizophrenen Erkrankungen zählt, da Familienuntersuchungen und biologische Befunde auf eine enge genetische Verwandtschaft innerhalb eines schizophrenen Spektrums verweisen (Kendler et al., 1984; Kenneth et al., 1995).

pressiven Erkrankung, womit sowohl andauernd trübe als auch wechselhaft erregte Verfassungen gemeint waren, die zu Unstetigkeit und Rastlosigkeit im Lebenswandel führen, ähnlich der affektiven Instabilität der heutigen Borderline-Störung. Kurt Schneider (1950 [1923]) beschrieb solche Persönlichkeitszuspitzungen in seinen Typen des stimmungs labilen und explosiblen Psychopathen, charakterisiert durch unberechenbar auftretende moros-depressive Stimmungsauslenkungen als Reaktion auf minimale Reize und eine triebhafte Sucht nach Veränderung und Neuem. Von hier aus bestehen Beziehungen zu den heutigen Konzepten der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung von ICD-10 bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung von DSM-IV und DSM-5. Allerdings handelt es sich bei den affektiven Besonderheiten im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung weniger um langweilige, autonome Auslenkungen der Stimmung wie bei den affektiven Störungen, sondern vielmehr um ein verstärktes emotionales Reagieren auf Reize (Cowdry et al., 1991). Diese ausgeprägte Reaktivität der Stimmung wurde inzwischen als Kriterium in den DSM-IV-/DSM-5-Merkmalenkatalog der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgenommen.

3. Die dritte Entwicklungslinie betrifft die Auffassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als **Impulskontrollstörung**, die sich in verschiedenen Formen autodesruktiver Impulshandlungen äußert und als zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert wird (Clarkin et al., 1993; Herpertz und Saß, 1997). Das Konzept der Impulskontrollstörung geht auf die alten Krankheitskonzepte der Willensstörung zurück, bei denen dem subjektiven Erleben eines freiheitseinschränkenden Dranges eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Berrios und Gili,

1995; Scharfetter, 1976). Vorläufer waren die »*fureur sans délire*« des Schweizer Psychiaters Matthey (1816) sowie die Monomanie-Lehren von Esquirol (1838), die bei Kraepelin zum Konzept des »impulsiven Irreseins« führten. Derartiges Verhalten lässt sich zum einen als Funktion einer Impulskontrollstörung, andererseits aber auch als Ausdruck eines erhöhten impulsiven Antriebes auffassen (Herpertz und Saß, 1997). Empirische Daten zeigen, dass sich impulsive Verhaltensweisen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht auf einzelne Ereignisse beschränken, sondern als krisenhafte Zuspitzungen einer überdauernden impulsiven Verhaltensbereitschaft angesehen werden können (Herpertz et al., 1997).

4. Eine vierte, gegenwärtig stark beachtete Entwicklungslinie kennzeichnet die Borderline-Persönlichkeitsstörung als **Posttraumatische Belastungsstörung**, wie sie im DSM-III erstmals aufgrund von Beobachtungen an Veteranen des Vietnamkrieges formuliert worden war (APA, 1980). Bis zu einem Drittel aller Patienten, welche die Borderline-Kriterien nach DSM-III erfüllten, zeigten auch die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Coryll und Zimmerman, 1989). Auf der Kriterien-ebene weisen die Instabilität des Selbstbildes und die dissoziativen Erlebnisweisen einen deutlichen Bezug zu psychopathologischen Folgen von gravierenden traumatischen Ereignissen auf. Zunehmend wird das klinische Erscheinungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung, zumindest partiell, als Folge kindlicher traumatischer Erfahrungen angesehen. Auch wurde nachgewiesen, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. Traumafolgestörung disponiert, wenn Stressoren auftreten, die für andere Individuen

noch unterschwellig sind und asymptomatisch bewältigt werden können (Gunder-son und Sabo, 1993; Sack et al., 2013). Allerdings findet sich eine Häufung von Traumata ebenso bei anderen psychiatrischen Erkrankungen (Zanarini et al., 1997); auch begegnet man Patienten, welche die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeit erfüllen, aber nicht über gravierende traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit berichten.

In der Zusammenschau handelte es sich also bei dem großen Gebiet der früheren Borderline-Syndrome weniger um spezifische Störungsbilder, sondern um eine aus verschiedenen historischen Vorläufer-Konzeptionen entstandene Sammelbezeichnung für schwierige Patienten. Den entscheidenden Durchbruch zur Klärung und Ordnung der unterschiedlichen Entwicklungslinien brachte dann die Arbeit von Spitzer et al. (1979) mit der dichotomen Aufteilung des Feldes in eine emotional instabile bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung auf der einen und eine Borderline-Schizophrenie bzw. Schizotypische Persönlichkeitsstörung auf der anderen Seite (vgl. Saß und Koehler, 1983). Inzwischen ist aus der heterogenen Restkategorie des »Borderline« mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine der empirisch am besten belegten Formen in der gegenwärtigen Diagnostikforschung geworden, die eine Beispielfunktion für die Weiterentwicklung im gesamten Bereich der Persönlichkeitsstörungen erhalten hat.

1.5 Persönlichkeitsstörungen und typologische Diagnostik

Für die psychiatrische Erfassung von Persönlichkeitsstörungen war der typologische Ansatz bislang von größter theoretischer und praktischer Bedeutung. Bestimmte Gruppie-

rungen von Persönlichkeitseigenschaften werden von klinisch erfahrenen Untersuchern aufgrund langjähriger Beobachtung intuitiv gesehen, als Eindruck analysiert und in einer solchen Form als Typus beschrieben, dass sie von Personen, die in ähnlichem Feld tätig sind, als Gestalt wiederzuerkennen sind. Kurt Schneider, dessen unsystematische Typologie psychopathischer Persönlichkeiten dauerhafter war als alle anderen Ordnungsversuche, bezeichnet Typen als leicht schematisierte, anschauliche Musterbegriffe, die aus der Erfahrung immer wieder herauspringen können, an denen man sich orientiert und die konkrete Erscheinung messen kann (K. Schneider, 1929). Jaspers (1959 [1913]) unterschied methodologisch die Ideal- von den Realtypen und sah in den typologischen Systemen die Möglichkeit, einer »fließenden Mannigfaltigkeit« eine Struktur zu geben. Die »Randunschärfe« der Typenbegriffe begünstigt nach von Zerssen (1973) ihre Anwendung in der Psychiatrie, da dort die Komplexität der untersuchten Erscheinungen einer Erfassung durch logisch-präzise Begriffe im Wege steht. Unkorrekterweise wird allerdings aus dem typologischen Ansatz in der klinischen Praxis meist eine Zuordnung zu Persönlichkeitsdiagnosen, die ähnlich kategorial aufgefasst werden wie Diagnosen für psychiatrische Krankheiten. Vermutlich neigen Ärzte zu einer solchen Perspektive, weil sie dem Denken gemäß dem Krankheitsmodell in der allgemeinen Medizin entspricht.

Für Widiger (1991) liegen die Vorteile der kategorialen und typologischen Ansätze in ihrer einfachen Konzeptualisierung und Kommunizierbarkeit, dem hohen Bekanntheitsgrad und einer allgemeinen menschlichen Tendenz zu kategorialen Wahrnehmungen und Entscheidungen. Diesen Vorteilen stehen jedoch gravierende Mängel gegenüber: Die Cut-offs haben zumeist willkürlichen Charakter und Merkmalsausprägungen, die nur

knapp unter der künstlich festgelegten Grenze liegen, bleiben unberücksichtigt, was zu einer relativ geringen Interrater-Reliabilität bei den Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen führt. Die Validität eines kategorial-typologischen Modells wird weiterhin durch die häufige Vergabe multipler Diagnosen infrage gestellt, was insbesondere als Nachteil der polythetischen Kriteriensets eingeräumt werden muss.

Inzwischen ist die operationalisierte Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen in den modernen Klassifikationssystemen durch die Vielfalt der Kriterien so kompliziert geworden, dass eine systematische Erfassung nur noch mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten möglich ist, etwa dem »Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse II« (SKID-II) oder der »International Personality Disorder Examination« (IPDE). Zwischen der Selbsteinschätzung der Patienten und dem Urteil von Bezugspersonen oder Besuchern können wegen des Problems der Ich-Syntonie bzw. Dystonie der Persönlichkeitsmerkmale erhebliche Diskrepanzen bestehen. Deshalb sind Selbstbeurteilungsverfahren bei der Diagnostik von geringem Wert, vielmehr muss der Untersucher häufig Fremdinformationen heranziehen. Ganz besonders gilt dies bei der Persönlichkeitserfassung im forensischen Bereich, wo stärker noch als in medizinisch-therapeutischen Kontexten finale Interessen und Verzerrungen im Selbstbild verfremdend einwirken können.

1.6 Persönlichkeitsstörungen in den modernen Diagnosesystemen der Psychiatrie

Die heutige Konzeption von Persönlichkeitsstörungen verlässt die alte Kontroverse um die mehr lebensgeschichtlich geprägten Neurosen einerseits und die mehr konstitutionell fundierten Psychopathien andererseits. In

den möglichst voraussetzungsarmen, deskriptiven Klassifikationssystemen des DSM und der ICD dient der Terminus »Persönlichkeitsstörung« nunmehr als neutraler Oberbegriff für alle behandlungsbedürftigen Abweichungen der Persönlichkeitsentwicklung. Er löst mehr oder weniger theoriebeladene, wertende Bezeichnungen aus dem neurotisch-psychopathischen Übergangsbereich wie Soziopathie oder Charakterneurose ab. Im Kern geht auch die heutige Definition der Persönlichkeitsstörungen auf Kurt Schneider zurück, wenn sie das Leiden der betroffenen Person und/oder die soziale Beeinträchtigung aufgreift. Diese beiden Elemente finden sich – in leicht unterschiedlichen Formulierungen – sowohl in der ICD-10 wie auch im DSM-System wieder:

Definition

Etwas vereinfacht formuliert kann eine **Persönlichkeitsstörung** dann diagnostiziert werden, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und wenig angepasst sind und in klinisch bedeutsamer Weise zu subjektivem Leiden oder zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.

Im DSM-IV/DSM-5 und in den ICD-10-Forschungskriterien folgt die Diagnosestellung einer operationalen Beschreibung mit Formulierung expliziter Ein- und Ausschlusskriterien (Habermeyer und Mokros, 2017; Rauchfleisch und Dittmann, 2017). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung darf nur gestellt werden, wenn die Person aus der Liste von Kriterien eine vorgegebene Mindestzahl erfüllt. Es wird jedoch kein spezifisches Muster vorgeschrieben, sodass zwei Personen dieselbe Diagnose erhalten können, obwohl sie unterschiedliche Kombinationen von Kriterien aufweisen. Ein solcher polythetischer Algorithmus trägt einerseits der Komplexität

des Persönlichkeitskonstrukts Rechnung, führt aber andererseits zu einer Randunschärfe, da jeder Einzelfall eine gewisse Ähnlichkeit mit dem theoretisch angenommenen Konzept aufweist. Gleichzeitig entstehen Überlappungen, denn zum einen tauchen gleichlautende Kriterien in den Merkmalslisten verschiedener Persönlichkeitsstörungen auf, zum anderen können manche Personen einzelne Kriterien für verschiedene Persönlichkeitsstörungen, aber nicht die jeweils geforderte Mindestzahl erfüllen. Häufig weist auch eine Person die geforderte Mindestzahl von Kriterien für verschiedene Persönlichkeitsstörungen auf, sodass per definitionem mehrere Diagnosen gestellt werden müssen. Ein solches Zusammentreffen verschiedener Störungskategorien wird Komorbidität genannt, obwohl »gemeinsames Vorkommen« gerade im Persönlichkeitsbereich mit seinem ungeklärten Morbiditätsstatus begrifflich vorzuziehen wäre.

Seit Erscheinen des DSM-III (APA 1980) werden die spezifischen Persönlichkeitsstörungen drei übergeordneten Clustern zugeordnet:

- Cluster A beschreibt Persönlichkeitsstörungen, die sich durch sonderbares, exzentrisches Verhalten auszeichnen, nämlich die Paranoide, die Schizoide und die Schizotypische Persönlichkeitsstörung.
- In Cluster B finden sich die durch emotionales, dramatisches oder launisches Verhalten gekennzeichneten Persönlichkeitsstörungen, also die Antisoziale, die Borderline-, die Histrionische und die Narzisstische Persönlichkeitsstörung.
- Cluster C schließlich umfasst diejenigen Formen, die sich als ängstlich und furchtsam bzw. asthenisch im Sinne von Kurt Schneider umschreiben lassen, also die Vermeidend-Selbstunsichere, die Dependente und die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Ein Problem bilden terminologische und konzeptionelle Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen. Die Gegenüberstellung der Persönlichkeitsklassifikation gemäß DSM-IV, ICD-10 und der traditionellen Differenzialtypologie zeigt, dass sich einige der schon von Kurt Schneider, Kretschmer und Kraepelin beschriebenen Typen von Persönlichkeitsstörungen in den Kategorien von DSM-IV und ICD-10 wiederfinden, ebenso wie es zwischen den beiden Klassifikationssystemen untereinander Entsprechungen, aber auch erhebliche Abweichungen gibt (Tab. 1-1).

Zusätzliche Verwirrung kann für Kliniker und Forscher, die nicht auf das Gebiet der Persönlichkeitsstörungen spezialisiert sind, durch die Einführung des »Alternativen Modells« in DSM-5 (APA, 2013; deutsch von Falkai et al., 2015) entstehen. Darin wird zwar mit dem Betonen der dimensional Herangehensweise einer lange erhobenen Richtung in der Persönlichkeitsforschung entsprochen (vgl. Saß et al., 1996), doch muss sich die Praktikabilität dieses recht komplexen Modells in der Anwendung erst erweisen (Zimmermann et al., 2013) (► Kap. 4).

1.7 Fazit und Ausblick

Resümiert man den gegenwärtigen Wissensstand über die Persönlichkeitsstörungen, so imponiert auch heute die beträchtliche Heterogenität sowohl in konzeptioneller wie in empirischer Hinsicht. Weder über die Zusammenhänge zwischen normaler Persönlichkeit, akzentuierten Persönlichkeiten und ausgeformten Persönlichkeitsstörungen noch über den adäquaten Erfassungsmodus in mehr dimensionaler oder mehr prototypisch/kategorialer Form gibt es Konsens. Die Entstehungsbedingungen sind umstritten, die Kenntnisse zu Komorbidität und Verlauf uneinheitlich,

Tab. 1-1 Persönlichkeitsstörungen in der klassischen Typologie und in den modernen Klassifikationssystemen

Kraepelin (1903/1904); Kretschmer (1961 [1921]); Kurt Schneider (1950 [1923]); IDC-9	ICD-10	DSM-5	
Fanatisch	Paranoid	Paranoid	A
Schizoid	Schizoid	Schizoid	
–	–	Schizotypisch	
Explosibel gemütsarm	Dissozial –	Antisozial	B
Stimmungslabil	Emotional instabil <ul style="list-style-type: none"> • Borderline-Typ • impulsiver Typ 	Borderline	
Geltungsbedürftig	Histrionisch	Histrionisch	
–	–	Narzisstisch	
Selbstunsicher	Selbstunsicher	Selbstunsicher	C
Willenlos	Dependent	Dependent	
Zwanghaft	Anankastisch	Zwanghaft (passiv-aggressiv)*	
Depressiv	–	(Depressiv)*	+
Asthenisch	–	–	
Hyperthym	–	–	
Zyklothym	–	–	

+ »subaffektive« Formen; * vorgeschlagene Forschungskriterien

die therapeutischen Verfahren eher polypragmatisch. Eine Sicht der Persönlichkeitsstörungen, die mit dem Festhalten am kategorialen Vorgehen verbunden ist, begegnet erheblicher Kritik. Dennoch sind offenbar in Forschung und Praxis die Persönlichkeitsstörungen nicht entbehrlich, trotz immer noch vorhandener Schwächen in der Reliabilität der

Diagnosen und ungeklärter Validität der Konzepte.

Im Kern waren die heute diskutierten Problemzonen der Persönlichkeitsforschung schon Kurt Schneider (1950 [1923]) bei der Abfassung seiner Monografie geläufig. Dessen »Klinische Psychopathologie« (1950, S. 31) enthält eine Mahnung zur Zurückhaltung,

die auch heute Gültigkeit besitzt und deshalb sprachlich leicht aktualisiert an den Schluss gestellt sei:

Persönlichkeitsstörungen sehen aus wie Diagnosen, doch ist dies eigentlich eine unge-rechtfertigte Analogie, da man Menschen, Persönlichkeiten nicht genauso diagnostisch etikettieren kann wie Krankheiten und deren psychische Folgen. Allenfalls lassen sich Eigenschaften aufzeichnen, unterstreichen und herausheben, die sie in besonderem Maße kennzeichnen, ohne dass damit etwas den Symptomen von Krankheiten Vergleichbares gefunden ist. Das Hervorheben geschieht unter gewissen Gesichtspunkten, etwa des subjektiven Befindens, des Daseins und Lebens-gefühls, der Entwicklungsbedingungen oder spezifischer Schwierigkeiten in einem bestimmten soziokulturellen Umfeld. Neben diesen hervorgehobenen Eigenschaften hat dasselbe Individuum unendlich viele andere, und leicht wird übersehen, dass die Etikettierung einer bestimmten Persönlichkeitsstörung den falschen Anschein erwecken kann, als beziehe sie sich auf das Ganze oder zumindest das Wesentliche in der psychischen Erscheinung eines Menschen.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed). Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed). Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA); Falkai, P., Wittchen, H. U. (Hrsg) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Berrios, G., Gili, M. (1995). Abulia and impulsiveness revisited: a conceptual history. *Acta Psychiatr Scand* 92: 161 – 167.
- Binder, H. (1964). Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. In: Kisker, K. P., Meyer J. E., Müller M., Strömgen E. (Hrsg). *Psychiatrie der Gegenwart*. Band 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 180 – 202.
- Binding, K., Hoche, A. (1920). Die Freigabe der Ver-nichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien: Deuticke.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Pers Disord* 7: 137 – 143.
- Cleckley, H. (1976 [1941]). *The Mask of Sanity*. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Coryll, W., Zimmerman, M. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Arch Gen Psychiatry* 46: 682 – 689.
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O’Leary, K. M., Leibenluft, E., Rubinow, D. R. (1991). Mood variability: a study of four groups. *Am J Psychiatry* 148: 1505 – 1511.
- Dupré, E. (1925). La doctrine des constitutions. In: *Pathologie de l’imagination et de l’émotivité*. Paris: Payot.
- Esquirol, E. (1838). *Die Geisteskrankheiten in Beziehung zu Medizin und Staatsarzneikunde*. Berlin: Voss.
- Ewald, G. (1924). *Temperament und Charakter*. Berlin: Springer.
- Fiedler, P., Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen*. 7. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.
- Gunderson, J. G., Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 150: 19 – 27.
- Habermeyer, E., Mokros, A. (2017). Komorbiditäten – einschließlich Differentialdiagnose Cluster A-B-C (ICD/DSM). In: Dulz, B., Briken, P., Kernberg, O. F., Rauchfleisch, U. (Hrsg). *Handbuch*

- der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Stuttgart: Schattauer; 197 – 207.
- Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: Theory and Research*. New York: Wiley.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist. Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Henderson, D. (1939). *Psychopathic States*. New York: Norton.
- Herpertz, S., Saß, H. (1997). Impulsivität und Impulskontrolle. Zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptualisierung. *Nervenarzt* 68: 171 – 183.
- Herpertz, S., Saß, H. (1999). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg O. F., Dulz B., Sachsse U. (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E. M., Muehlbauer, V., Schuerkens, A., Sass, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: results of an experimental study. *J Affect Disord* 44: 31 – 37.
- Hoch, P. H., Polatin, R. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q* 23: 248 – 276.
- Homburger, A. (1929). Versuch einer Typologie der psychopathischen Konstitution. *Nervenarzt* 2: 134 – 136.
- Hughes, C. (1884). Borderland psychiatric records prodromal symptoms of psychical impairment. *Alien Neurol* 5: 85 – 91.
- Jaspers, K. (1959 [1913]). *Allgemeine Psychopathologie*. 7. Aufl. Berlin: Springer.
- Kahn, E. (1928). Die psychopathischen Persönlichkeiten. In: Bumke, O. (Hrsg). *Handbuch der Geisteskrankheiten. Spezieller Teil I, Band 4*. Berlin: Springer; 227 – 487.
- Kendler, K. S., Masterson, C. C., Ungaro, R., Davis, K. L. (1984). A family history study of schizophrenia related personality disorders. *Am J Psychiatry* 141: 424 – 427.
- Kenneth, S., Kendler, K. S., Walsh, D. (1995). Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings. *Schizophr Bull* 21: 1.
- Koch, J. L. A. (1891/1893). Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg: Maier.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 5. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1903/1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 7. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1909). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. 8. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kretschmer, E. (1961 [1921]). *Körperbau und Charakter*. 23./24. Aufl. Berlin: Springer.
- Magnan, V., Legrain, P. M. (1895). *Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques)*. Paris: Rueff.
- Matthey, A. (1816). *Nouvelles Recherches sur les maladies de l'esprit précédées de consid.* Paris: JJPaschoud.
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A Bio-social Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Paris, London, New York, Madrid: Baillière.
- Pinel, P. (1809). *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale*. 2eme ed. Paris: Brosson.
- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. London: Sherwood, Gilbert, Piper.
- Rauchfleisch, U., Dittmann, V. (2017). Klassifikation und Testdiagnostik. In: Dulz, B., Briken, P., Kernberg, O. F., Rauchfleisch, U. (Hrsg). *Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung*. Stuttgart: Schattauer; 208 – 218.
- Rush, B. (1812). *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. Philadelphia: Kimber, Richardson.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., Dulz, B. (2013): Traumafolgestörung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 84: 5608 – 5614.
- Saß, H. (1986). Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 57: 193 – 203.
- Saß, H. (1987). *Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Saß, H., Koehler, K. (1983). Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandsland? *Nervenarzt* 54: 221 – 230.
- Saß, H., Houben, I., Herpertz, S., Steinmeyer, E. M. (1996). Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, B., Fydrich, T., Limbacher, K. (Hrsg).

- Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 42 – 55.
- Scharfetter, C. (1976). Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, K. (1929). Typenbildung in der Kriminalstatistik. *Monatsschr Kriminol* 20: 332 – 337.
- Schneider, K. (1950 [1923]). Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig: Thieme.
- Schneider, K. (1950). Klinische Psychopathologie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 31.
- Schultz, J. H. (1928). Die konstitutionelle Nervosität. In: Bumke O. (Hrsg). *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Band 5. Berlin: Springer; 28 – 111.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Gibbons, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 36: 17 – 24.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanal Q* 7: 467 – 489.
- Widiger, T. A. (1991). Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV. *J Pers Disord* 5(4): 386 – 398.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Soledad, C. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154: 1101 – 1106.
- Zerssen, D. v. (1973). Typus. In: Müller C. (Hrsg). *Lexikon der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 540 – 542.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Skodol, A. S., Krueger, R. S., Leising, D. (2013). Persönlichkeitsdiagnostik in DSM-5. *Psychotherapeut* 58: 455 – 465.