



Fiedler • Herpertz

8. Auflage

Persönlichkeits- störungen



E-Book inside

BELTZ

Fiedler • Herpertz

Persönlichkeitsstörungen



Prof. em. Dr. Peter Fiedler ist Verhaltenstherapeut und Supervisor und lehrt seit 1980 als Universitätsprofessor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. Seine Arbeitsschwerpunkte mit entsprechenden Forschungsarbeiten und Buchpublikationen liegen im Bereich der Ätiologie und Behandlung von Stottern, Phobien, Schizophrenie, Depression, Sexuellen Störungen, Dissoziativen, Trauma- und Persönlichkeitsstörungen.



Prof. Dr. Sabine C. Herpertz ist seit 2009 Lehrstuhlinhaberin für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, wo sie seit 2018 das Amt der Studiendekanin an der Medizinischen Fakultät Heidelberg innehat. Ihr Forschungsschwerpunkt sind Persönlichkeitsstörungen, die sie hinsichtlich klassifikatorischer Fragen sowie zugrundeliegender psychologischer und biologischer Mechanismen beforcht. Schließlich entwickelt sie Mechanismus-basierte psychotherapeutische Interventionen für Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen.

Peter Fiedler • Sabine C. Herpertz

Persönlichkeitsstörungen

Mit E-Book inside

8., aktualisierte Auflage

BELTZ

Prof. Dr. Peter Fiedler
Psychologisches Institut
Universität Heidelberg
Hauptstr. 47–51
69117 Heidelberg
E-Mail: peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Universität Heidelberg
Voßstr. 2
69115 Heidelberg
E-Mail: sabine.herpertz@uni-heidelberg.de

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 Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Sofern in vorliegender Publikation Personen abgebildet sind und ihnen darin fiktive Namen, Berufe, Dialoge u.a. zugeordnet sind oder diese Personen in bestimmte – etwa krankheitsbedingte – Kontexte gesetzt werden, dienen diese Zuordnungen und Darstellungen ausschließlich der Veranschaulichung und dem besseren Verständnis des Inhalts.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28893-4 Print
ISBN 978-3-621-28894-1 E-Book (PDF)

8. Auflage 2023

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: © GettyImages/sorendls
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort zur 8. Auflage	17
I Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen	
1 Die Person-Perspektivierung eines zwischenmenschlichen Problems	20
2 Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung: zwei Seiten einer Medaille	31
II Historische Perspektive und Stand der Konzeptentwicklung	
3 Psychiatrische Systematiken der Persönlichkeitsstörungen	50
4 Psychoanalytische Konzeptentwicklungen: Charakterstörungen, Narzissmus, neurotische Stile	79
5 Interpersonelle Perspektiven: von der Psychodynamik zur Soziodynamik der Persönlichkeitsstörungen	100
6 Psychologische Erklärungsmodelle: Persönlichkeit und Entwicklung	131
7 Neurobiologie und Genetik: Korrelate und Erkenntnisse	163
8 Differenzialdiagnostik und Komorbidität	181
9 Allgemeine Epidemiologie	205
III Behandlung	
10 Allgemeine Überlegungen zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	222
11 Psychotherapie im Wandel: aktuelle Entwicklungen und integrative Perspektiven	248
12 Perspektiven für die Auflösung therapeutischer Krisen	260
IV Diagnostik, Ätiologie und Behandlung prominenter Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen	
13 Die Bedeutung des zukünftigen Domänen-Konzeptes der ICD-11 für Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	288
14 Dissoziale und Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	308
15 Ängstlich-vermeidende und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen	338
16 Emotional instabile und Borderline-Persönlichkeitsstörungen	357
17 Zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung	387
18 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	400
19 Schizotype Persönlichkeitsstörung	413
20 Paranoide Persönlichkeitsstörung	429
21 Schizoide Persönlichkeitsstörung	441
22 Histrionische Persönlichkeitsstörung	452
23 Dependente Persönlichkeitsstörung	466

V Epilog

24	Die schwierig bestimmbaren Grenzen der Normalität	480
----	---	-----

Anhang

Literatur	496
Personenverzeichnis	551
Sachwortverzeichnis	558

Inhalt

Vorwort zur 8. Auflage

17

I Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen

1	Die Person-Perspektivierung eines zwischenmenschlichen Problems	20
1.1	Die Stigmatisierungshypothese	20
1.1.1	Diagnose	21
1.1.2	Persönliche Stile	22
1.1.3	Stigmatisierung	23
1.2	Einschränkung der Stigmatisierungshypothese	24
1.2.1	Briefe	24
1.2.2	Persönlichkeitsprofil	27
1.2.3	Therapeutische Konsequenzen	29
2	Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung: zwei Seiten einer Medaille	31
2.1	Persönlichkeit	32
2.1.1	Salutogenese und Pathogenese	32
2.1.2	Nochmals: Stigmatisierung	34
2.2	Persönlichkeitsstörungen	34
2.2.1	Klassifikation: Störungen oder Stile?	35
2.2.2	Diagnostik: Voraussetzungen und Perspektiven	37
2.3	Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen: Funktionsbeschreibungen in der Übersicht	40
2.3.1	Misstrauisch-scharfsinnige Persönlichkeit <i>Paranoide Persönlichkeitsstörung</i>	40
2.3.2	Zurückhaltend-einzelgängerische Persönlichkeit <i>Schizoide Persönlichkeitsstörung</i>	41
2.3.3	Ahnungsvoll-sensible Persönlichkeit <i>Schizotypische Persönlichkeitsstörung</i>	42
2.3.4	Abenteuerlich-risikofreudige Persönlichkeit <i>Dissoziale Persönlichkeitsstörung</i>	42
2.3.5	Spontan-sprunghafte Persönlichkeit <i>Borderline-Persönlichkeitsstörung</i>	43
2.3.6	Expressive und selbst darstellende Persönlichkeit <i>Histrionische Persönlichkeitsstörung</i>	44
2.3.7	Ehrgeizige und sich selbst bewusste Persönlichkeit <i>Narzisstische Persönlichkeitsstörung</i>	45
2.3.8	Selbstkritisch-vorsichtige Persönlichkeit <i>Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung</i>	46

2.3.9	Anhänglich-loyale Persönlichkeit <i>Dependente Persönlichkeitsstörung</i>	47
2.3.10	Sorgfältig-gewissenhafte Persönlichkeit <i>Zwanghafte Persönlichkeitsstörung</i>	48

II Historische Perspektive und Stand der Konzeptentwicklung

3	Psychiatrische Systematiken der Persönlichkeitsstörungen	50
3.1	Historische Perspektive	50
3.1.1	Frankreich	51
3.1.2	Deutschland	52
3.1.3	England	58
3.1.4	Nordamerika	59
3.2	Internationale Bemühungen um eine Vereinheitlichung	60
3.2.1	Die ICD-6 und das erste DSM	60
3.2.2	Nationale Entwicklungen	62
3.2.3	Wendepunkt: Die Einführung des DSM-III	63
3.3	Die Persönlichkeitsstörungen in der ICD und im DSM	64
3.3.1	ICD-10-Diagnostik	65
3.3.2	DSM-5-Diagnostik	66
3.4	Das Alternativ-Modell der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5	69
3.4.1	Allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5-Alternativ-Modell	69
3.4.2	Funktionsniveau: Struktur und Beziehung	70
3.4.2	Das Hybridmodell	72
3.4.3	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	72
3.5	Vom Alternativ-Modell des DSM-5 zur ICD-11	73
3.5.1	Innovativ und radikal: die Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11	73
3.5.2	Relevante Funktionsbeeinträchtigungen	75
3.5.3	Beurteilung des Schweregrads	75
3.5.4	Prominente Persönlichkeitsmerkmale (Domänen)	76
3.6	Zusammenfassende Bewertung	77
4	Psychoanalytische Konzeptentwicklungen: Charakterstörungen, Narzissmus, neurotische Stile	79
4.1	Der Charakter bei Freud	80
4.1.1	Die topografische Perspektive	81
4.1.2	Die strukturtheoretische Perspektive	82
4.2	Charakterstörungen als Störungen der frühen Ich-Entwicklung	86
4.3	Symptomneurosen versus Charakterneurosen	87
4.3.1	Abwehr	88
4.3.2	Charakterneurose	88
4.3.3	Abwehrmechanismen	89
4.3.4	Ich-Syntonie	90

4.4	Narzissmus	90
4.4.1	Objekt-Beziehungen	91
4.4.2	Persönlichkeitsstörungen als Narzissmus-Störungen	94
4.4.3	Persönlichkeitsstörungen als Objekt-Beziehungsstörungen	95
4.5	Neurotische Stile	96
4.6	Zusammenfassende Bewertung	98
5	Interpersonelle Perspektiven: von der Psychodynamik zur Soziodynamik der Persönlichkeitsstörungen	100
5.1	Minderwertigkeitsgefühle und Machtstreben	101
5.2	Extraversion und Introversion	103
5.3	Selbstaufgabe und Selbstentfremdung	105
5.4	Gehemmte Intentionalität	106
5.4.1	Intentionalität und ihre Störungen	107
5.4.2	Phasenmodell	108
5.5	Krisen der Persönlichkeit und menschliches Wachstum	109
5.6	Die Angst vor der Freiheit: Unterwerfung oder Auflehnung	111
5.7	Zwischenmenschliche Unsicherheit und soziale Angst	113
5.7.1	Persönlichkeitsstörungen	113
5.7.2	Interpersonelle Theorie	115
5.8	Die persönliche Lösung interpersonell-gesellschaftlicher Konflikte	117
5.9	Wege zu einer interpersonellen Theorie der Persönlichkeitsstörungen	119
5.9.1	Circumplex-Modelle	120
5.9.2	Der Interpersonelle Zirkel (IPC) von Kiesler	122
5.9.3	Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-C/-D) von Horowitz	123
5.9.4	Die Strukturanalyse sozialer Beziehungen (SASB) von Benjamin	125
5.10	Zusammenfassende Bewertung	130
6	Psychologische Erklärungsmodelle: Persönlichkeit und Entwicklung	131
6.1	Deutsche Charakterkunde	132
6.1.1	Schichten-Modelle	132
6.1.2	Begründung dimensionaler Systematiken	133
6.2	Introversion, Neurotizismus und Psychotizismus	136
6.3	Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit	138
6.3.1	Die Geschichte der Großen Fünf	139
6.3.2	Aktueller Stand der Entwicklung	140
6.3.3	Persönlichkeitsstörungen	142
6.4	Weitere Versuche der Dimensionierung	145
6.4.1	Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)	146
6.4.2	Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)	146
6.4.3	Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)	147
6.4.4	Circumplex-Modelle interpersoneller Persönlichkeitsmerkmale	148
6.5	Ein entwicklungspsychologisch begründetes Polaritäten-Modell der Persönlichkeit	149

6.5.1	Struktur: Selbstkontrolle versus Selbstaktualisierung	152
6.5.2	Beziehung: Bindung versus Autonomie	155
6.5.3	Existenzielle Orientierung: Wohlbefinden versus Schmerz	158
6.5.4	Temperament: Aktivität versus Passivität	159
6.6	Zusammenfassende Bewertung	160
7	Neurobiologie und Genetik: Korrelate und Erkenntnisse	163
7.1	Neurobiologische Korrelate von Persönlichkeitsfunktionen und pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen	164
7.1.1	Affektregulation – negative Affektivität, emotionale Labilität, Angst	165
7.1.2	Bindung – soziale Ängstlichkeit, soziale Vermeidung	167
7.1.3	Soziale Verträglichkeit – Aggressivität, Impulsivität	168
7.1.4	Exploration – Schizotypie, Neigung zur Dissoziation	169
7.2	Neurobiologische Korrelate bei Persönlichkeitsstörungen	170
7.2.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung	170
7.2.2	Antisoziale Persönlichkeitsstörung	176
7.3	Genetik bei Persönlichkeitsstörungen	177
7.4	Zusammenfassende Bewertung: Bringen uns die Neurowissenschaften einen Erkenntnisgewinn?	179
8	Differenzialdiagnostik und Komorbidität	181
8.1	Diagnostik	182
8.1.1	Strukturierte Interviewverfahren	182
8.1.2	Interviews zur Beurteilung des Funktionsniveaus	184
8.1.3	Fragebögen zur Selbstbeurteilung	184
8.1.4	Weitere Screeningfragebögen	187
8.1.5	Diagnostik spezifischer Persönlichkeitsstörungen	188
8.2	Fragebögen versus Interviews: Kritik und offene Fragen	190
8.2.1	Interview oder Fragebogen?	190
8.2.2	Geschlechtsbias	191
8.2.3	Validierung der Statusdiagnostik	192
8.3	Empirische Komorbidität	193
8.3.1	Komorbidität mit psychischen Störungen	194
8.3.2	Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen untereinander	195
8.4	Konzeptuelle Komorbidität	199
8.4.1	Strukturmodell	199
8.4.2	Polaritäten-Modell	200
8.5	Zusammenfassende Bewertung	204
9	Allgemeine Epidemiologie	205
9.1	Häufigkeit und Verbreitung	205
9.1.1	Prävalenz	206
9.1.2	Prävalenz in klinischen Studien	208
9.2	Verlauf und Prognose: Mythos Stabilität	212
9.2.1	Frühere Studien	212

9.2.2	Aktuelle Studien: Abschied von der Stabilitätsannahme	213
9.2.3	Persönlichkeitsstörungen im höheren Alter	218
9.3	Zusammenfassende Bewertung	219

III Behandlung

10	Allgemeine Überlegungen zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	222
10.1	Allgemeine Indikationsüberlegungen: Was soll behandelt werden?	223
10.1.1	Selektive Indikation	223
10.1.2	Allgemeine Therapieziele	225
10.2	Von der Problemanalyse zur Therapieplanung	227
10.2.1	Motiv / Handlung / Kontext versus Diagnose	228
10.2.2	Fokusbildung I: Die Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte (Konfliktepisoden)	230
10.2.3	Fokusbildung II: Die Beachtung kontextueller Bedingungen	231
10.3	Verfahrensspezifische Indikation: Grundkonzepte der Psychotherapie	232
10.3.1	Psychodynamische Behandlungsansätze	233
10.3.2	Interpersonelle Psychotherapie	235
10.3.3	Kognitiv orientierte Verhaltenstherapie	237
10.3.4	Gesprächspsychotherapie	239
10.4	Allgemeine Behandlungsplanung	240
10.4.1	Selbst- bzw. Fremdgefährdung	240
10.4.2	Selbst- vs. Fremdbehandlung?	242
10.4.3	Eine Vision für die Zukunft: Integration!	244
10.5	Psychopharmakologische Behandlung	245
11	Psychotherapie im Wandel: aktuelle Entwicklungen und integrative Perspektiven	248
11.1	Persönlichkeitsstörungen: integrative Erklärungsmodelle	249
11.2	Therapeutische Beziehung: integrativer Schlüssel zur Behandlung	251
11.3	Mentalisierungsgestützte Psychotherapie	252
11.3.1	Therapieziele	252
11.3.2	Mentalisierungsthemen	253
11.4	Strukturbezogene Psychotherapie	254
11.4.1	Behandlungskonzept	254
11.4.2	Beziehungsgestaltung	254
11.5	Schematherapie	255
11.5.1	Frühe maladaptive Schemata	256
11.5.2	Therapeutisches Vorgehen	257
11.5.3	Reparenting, Fürsorge und Akzeptanz	258
11.6	Fazit	259

12	Perspektiven für die Auflösung therapeutischer Krisen	260
12.1	Ich-Syntonie, Rollenverfangenheit und Selbstentfremdung	260
12.1.1	Die Tücken alltäglicher Beziehungen	261
12.1.2	Das Fehlen sozial-bezogener Autonomie	263
12.1.3	Soziale Rollen und Rollenverfangenheit	265
12.2	Wege aus der Ich-Syntonie: Sinnfindung und Transparenz	267
12.3	Therapeutisches Basisverhalten	269
12.3.1	Zieltransparenz	269
12.3.2	Das Ermöglichen von Widerspruch	270
12.3.3	Verbindlichkeit	271
12.4	Die mentalisierungsgestützte Auflösung therapeutischer Krisen	272
12.4.1	Personenzentrierte Verantwortungszuweisung	273
12.4.2	Der therapeutische Dreisatz	273
12.5	Unmittelbare Wirkungen therapeutischer Transparenz	279
12.6	Kontraindikationen	282
12.7	Zusammenfassende Bewertung	283

IV Diagnostik, Ätiologie und Behandlung prominenter Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen

13	Die Bedeutung des zukünftigen Domänen-Konzeptes der ICD-11 für Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	288
13.1	Therapieziel: ein funktionaler Persönlichkeitsstil	289
13.2	Lernen und Entwicklung zwischen Polaritäten	290
13.3	Auf der Suche nach funktionalen Persönlichkeitsstilen	292
13.3.1	Negative Affektivität (ICD-11: 6D11.0)	293
13.3.2	Enthemmung (ICD-11: 6D11.3)	296
13.3.3	Dissozialität (ICD-11: 6D11.2)	298
13.3.4	Anankasmus (ICD-11: 6D11.4)	300
13.3.5	Distanziertheit (ICD-11: 6D11.1)	303
13.4	Vom Umgang mit Widerständen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen	305
14	Dissoziale und Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	308
14.1	Konzeptentwicklung	309
14.2	Diagnostik	310
14.2.1	Antisoziale Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis DSM-5 Sektion II	311
14.2.2	Das Alternativ-Modell der Antisozialen Persönlichkeitsstörung im DSM-5 Sektion III	313
14.2.3	Dissoziale Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	315
14.3	Differenzialdiagnostik	317
14.3.1	Gleichzeitigkeitsdiagnosen (Komorbidität)	317
14.3.2	Dissoziale Persönlichkeit versus Kriminalität	318

14.4	Erklärungsansätze	319
14.4.1	Stand der ätiologischen Forschung	320
14.4.2	Erklärungsmodelle	323
14.5	Behandlungsansätze	325
14.5.1	Prädiktoren für Behandlungserfolge und Prognose	326
14.5.2	Psychodynamische Therapie	327
14.5.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze	328
14.5.4	Deliktspezifische Psychotherapie der dissozialen Persönlichkeit: Straftäterbehandlung	329
14.6	Zusammenfassende Bewertung	336
15	Ängstlich-vermeidende und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen	338
15.1	Diagnostik	339
15.1.1	Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis DSM-5 Sektion II	339
15.1.2	Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	340
15.1.3	Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen im Alternativ- Modell des DSM-5 Sektion III	341
15.2	Differenzialdiagnostik	342
15.2.1	Abgrenzung gegenüber Sozialer Phobie	342
15.2.2	Abgrenzung zur Schizoiden Persönlichkeitsstörung	344
15.3	Erklärungsansätze	345
15.4	Behandlung	347
15.4.1	Training sozialer Kompetenzen	348
15.4.2	Empirie	354
15.5	Zusammenfassende Bewertung	355
16	Emotional instabile und Borderline-Persönlichkeitsstörungen	357
16.1	Konzeptentwicklung	357
16.2	Diagnostik	359
16.2.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis zum DSM-5 Sektion II	359
16.2.2	Borderline-Persönlichkeitsstörung im Alternativ-Modell des DSM-5 Sektion III	361
16.2.3	Besonderheiten in der ICD-10	363
16.2.4	Das Borderline-Muster in der ICD-11	365
16.3	Differenzialdiagnostik	365
16.4	Erklärungsansätze	367
16.4.1	Psychoanalyse	367
16.4.2	Kognitive Verhaltenstherapie	370
16.5	Aktuelle Perspektiven im Lichte der Forschung	372
16.5.1	Entwicklungspsychologische Studien	372
16.5.2	Borderline-Persönlichkeit oder Traumastörungen?	373
16.6	Behandlung	374
16.6.1	Psychoanalyse und psychodynamische Therapie	375

16.6.2	Verhaltenstherapie und Kognitive Therapie	378
16.6.3	Integrative Aspekte bei Selbstverletzung, Suizidalität und schwankender Compliance	381
16.7	Zusammenfassende Bewertung	384
17	Zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung	387
17.1	Konzeptentwicklung	387
17.2	Diagnostik	388
17.2.1	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis zum DSM-5 Sektion II	388
17.2.2	Alternativ-Modell der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung im DSM-5 Sektion III	390
17.2.3	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	391
17.3	Differenzialdiagnostik	392
17.4	Erklärungsansätze	394
17.5	Behandlung	395
17.6	Zusammenfassende Bewertung	398
18	Narzisstische Persönlichkeitsstörung	400
18.1	Diagnostik	401
18.1.1	Narzisstische Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis zum DSM-5 Sektion II	401
18.1.2	Alternativ-Modell der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung im DSM-5 Sektion III	402
18.1.3	Narzisstische Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	404
18.2	Fehldiagnosen vermeiden!	405
18.3	Differenzialdiagnostik	406
18.4	Erklärungsansätze	407
18.5	Behandlung	409
18.6	Zusammenfassende Bewertung	412
19	Schizotype Persönlichkeitsstörung	413
19.1	Konzeptentwicklung	413
19.1.1	Schizotypische Organisation	413
19.1.2	Schizotypisch versus emotional instabil	415
19.2	Diagnostik	416
19.2.1	Schizotype Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis DSM-5 Sektion II	416
19.2.2	Schizotype Persönlichkeitsstörung im Alternativ-Modell des DSM-5 Sektion III	418
19.2.3	Schizotype Störung in der ICD-10	419
19.3	Differenzialdiagnostik	421
19.4	Erklärungsansätze	423
19.5	Behandlung	425
19.6	Zusammenfassende Bewertung	428

20	Paranoide Persönlichkeitsstörung	429
20.1	Diagnostik	430
20.2	Prävalenz	433
20.3	Differenzialdiagnostik	433
20.4	Erklärungsansätze	435
20.5	Behandlung	437
20.6	Zusammenfassende Bewertung	439
21	Schizoide Persönlichkeitsstörung	441
21.1	Konzeptentwicklung	441
21.2	Diagnostik	443
21.2.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis DSM-5 Sektion II	443
21.2.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	444
21.3	Differenzialdiagnostik	445
21.4	Erklärungsansätze	447
21.5	Behandlung	448
21.6	Zusammenfassende Bewertung	450
22	Histrionische Persönlichkeitsstörung	452
22.1	Konzeptentwicklung	452
22.2	Diagnostik	453
22.2.1	Histrionische Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis DSM-5 Sektion II	453
22.2.2	Histrionische Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	454
22.2.3	Prävalenz	455
22.3	Differenzialdiagnostik	456
22.4	Erklärungsansätze	458
22.5	Behandlung	461
22.5.1	Ansätze der Therapieschulen	461
22.5.2	Integrative Perspektiven	462
22.6	Zusammenfassende Bewertung	464
23	Dependente Persönlichkeitsstörung	466
23.1	Konzeptentwicklung	466
23.2	Diagnostik	467
23.2.1	Dependente Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis DSM-5 Sektion II	467
23.2.2	Abhängige Persönlichkeitsstörung in der ICD-10	469
23.2.3	Prävalenz	470
23.3	Differenzialdiagnostik	471
23.4	Erklärungsansätze	474
23.5	Behandlung	475
23.6	Zusammenfassende Bewertung	477

V Epilog

24	Die schwierig bestimmbaren Grenzen der Normalität	480
24.1	Vom DSM-5 bis zur ICD-11	481
24.1.1	DSM-5: noch keine Einigung in Sicht	482
24.1.2	ICD-11: radikal vereinfacht	483
24.1.3	Die Alternativen in DSM-5 und ICD-11 dienen der Praxis	485
24.2	Was »stört« eigentlich an einer Persönlichkeitsstörung?	486
24.3	Zwischenmenschliche Funktion und Sinnhaftigkeit	488
24.3.1	Kompetenz und Tolerierbarkeit	488
24.3.2	Zur Kompetenzepidemiologie der Persönlichkeitsstörungen	489
24.4	Kann sich »Persönlichkeit« überhaupt ändern?	490
24.5	Nach wie vor fehlt eine Entwicklungspsychologie der Persönlichkeitsstörungen	492
24.6	Schluss	494
 Anhang		
	Literatur	496
	Personenverzeichnis	551
	Sachwortverzeichnis	558

Vorwort zur 8. Auflage

... so gilt doch dies auf Erden:
Wer mal so ist, muss auch so werden.

Wilhelm Busch

Eine umfassende Darstellung des gegenwärtigen Wissens über Persönlichkeitsstörungen ist ein Unterfangen, das die Fähigkeiten eines einzelnen Forschers in höchstem Maße herausfordert und das ihn gelegentlich an die Grenzen seiner Möglichkeiten führt. Eine allseits akzeptable Zusammenfassung setzt nämlich ein Gebiet voraus, über das mehr oder weniger Einigkeit herrscht. Genau dies ist im Bereich der Persönlichkeitsstörungen nach wie vor nicht der Fall.

Kein Wunder. Die Persönlichkeitsstörungen stellen für klinisch-therapeutisch orientierte Forscher und Praktiker eine enorme Herausforderung dar, die sich insbesondere an der nach wie vor wachsenden Zahl von Forschungsarbeiten und Publikationen ablesen lässt – eine Anzahl, die je nach Störungsbild zum Teil weit über die Forschungs- und Publikationsaktivitäten zu anderen psychischen Störungen hinaus gehen dürfte. Dies ist mit Sicherheit bei Borderline Persönlichkeitsstörungen der Fall, die inhaltlich jährlich etwa ein Drittel der Publikationen über Persönlichkeitsstörungen belegen dürften. Selbst jene, die wie wir Autoren dieses Bandes – von zwanghafter Sammelleidenschaft angetrieben – möglichst viele Publikationen selbst besitzen wollen, können mit der Entwicklung kaum mithalten. Auch die eigens zum Themenfeld gegründeten Zeitschriften (wie das *Journal of Personality Disorders* oder *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* oder *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* oder die deutschsprachige *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*) erfreuen sich zwar zunehmender Beliebtheit, geben aber immer nur einen bescheidenen Eindruck von den Entwicklungen wieder, wie sich diese weltweit in anderen Fachjournalen, Herausgeberwerken und Monografien ständig vollziehen.

So war es nur konsequent, dass der bis zur 6. Auflage Alleinautor der »Persönlichkeitsstörungen« (Peter Fiedler) die ebenfalls von Sammelleidenschaft und Kenntnisanreicherungen angetriebene Zweitautorin (Sabine C. Herpertz) um Mithilfe bat, die angesichts der Neuentwicklungen des DSM-5 hin zur ICD-11 notwendige 7. und jetzt 8. Neuauflage gemeinsam zu gestalten. Dazu beigetragen hat auch die örtliche, fachliche und persönliche Nähe, mit der beide seit vielen Jahren immer wieder bei Vortrags- und Fortbildungsveranstaltungen gemeinsam aktiv werden. Wir haben erfahren, dass wir beide voneinander und miteinander unendlich viel lernen können. Und genau dieses inzwischen vorhandene differenzielle Wissen möchten wir auch in dieser Auflage zusammenführen und mit unseren Leserinnen teilen.

Die Leser dieser 8. Auflage kommen also unzweifelhaft in den Genuss, an den Entwicklungen im Bereich der enormen, eben von nur einer Person kaum zu überschauen-

den Entwicklung von Forschungs- und Behandlungskonzepten bei Persönlichkeitsstörungen zu partizipieren. Womit wir uns in diesem Band ausführlich beschäftigen werden, betrifft den Umstand, dass mit der gegenwärtig sich weltweit umzusetzenden ICD-11 auf Diagnostikerinnen und Therapeuten im Bereich der Persönlichkeitsstörungen eine große Veränderung zukommt. Anstelle der herkömmlichen kategorialen tritt eine dimensionale Diagnostik. Diese beruht einerseits auf der Beurteilung einer eventuell gestörten Persönlichkeit von Patienten nach drei Schweregraden von Funktionsbeeinträchtigungen, andererseits auf einem sog. Trait-Domain-Konzept prominenter Persönlichkeitsmerkmale. Letzteres dient v. a. neben der Funktionsdiagnostik als zusätzliche Indikationshilfe, welche Ziele und Behandlungskonzepte der Therapie persönlichkeitsgestörter Patientinnen zugrunde gelegt werden sollten. Welche interessanten und durchaus innovative Möglichkeiten sich daraus für Psychotherapeuten ableiten lassen, das soll u. a. in → Abschnitt 3.4 dargestellt werden. Und noch etwas sollte die Leserinnen unbedingt zur Kenntnis nehmen: Wenn wir uns nicht täuschen, bewegen sich die aktuell entwickelten Behandlungskonzepte der Persönlichkeitsstörungen zunehmend aufeinander zu. Wie das konkret aussieht, kann in → Kapitel 11 und in dem völlig neuen → Kapitel 13 über aktuelle Entwicklungen und integrative Psychotherapieperspektiven nachvollzogen werden.

Dass in diesem Buch fast durchgängig (und wohl nur von einigen Zitaten abgesehen) die »männliche« Variante der Personbeschreibung und Persontypisierung benutzt wurde, liegt ausschließlich an der bei uns beiden Autoren grundlegend vorhandenen persönlichkeitsbedingten Neigung zur Sparsamkeit. Angesichts der erreichten Seitenzahl schien uns das kleine Vergehen gegenüber dem Anspruch emanzipierterer AutorInnen durchaus vertretbar, nicht durchgängig von »DiagnostikerInnen«, »PatientInnen« oder »TherapeutInnen« oder gar – weil richtiger – von »Diagnostiker / inne / n«, »Patient / inn / en« oder »Therapeut / inn / en« zu schreiben. Wenn also von männlichen Personen die Rede ist, so schließt dies – wo dies nicht ausdrücklich anders vermerkt wurde – immer zugleich ein, dass mit dem Gesagten ebenso Frauen gemeint sind. Außerdem war es nur so möglich, gelegentlich deutlicher herauszuarbeiten, dass viele Persönlichkeitsstörungsdiagnosen mit einem unschönen Geschlechtsbias behaftet sind. Der uns weniger geneigte Leser darf uns natürlich dennoch eine antiemanzipative Persönlichkeitsstruktur unterstellen, auch wenn uns diese – so hoffen wir jedenfalls – ausgesprochen fremd ist.

Viele neue Ideen und Ansichten, die in diesem Buch ihren Niederschlag gefunden haben, stammen nicht selten aus gelegentlich viele Stunden währenden Diskussionen in den letzten Jahren, an die wir gern zurückdenken. Wir hoffen sehr, dass Sie alle, die an diesen Diskussionen beteiligt waren, dies an dieser 8. Auflage leicht bemerken werden, dass und wie wir auf Ihre Vorschläge eingegangen sind. Schlaflose Nächte haben uns diese teilweise auch über Internet und E-Mail-Kontakte stattfindenden Diskussionen nicht bereitet. Denn sie waren sämtlich sehr wohlwollend und stimulierend, was uns angesichts der von uns investierten Arbeit sehr ermutigt hat, den jetzt gemeinsam begonnenen Weg auch gemeinsam weiterzugehen. Herzlichen Dank!

Heidelberg, im Sommer 2022

Peter Fiedler und Sabine C. Herpertz



Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen

- 1 Die Person-Perspektivierung eines zwischenmenschlichen Problems
- 2 Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung: zwei Seiten einer Medaille

1

Die Person-Perspektivierung eines zwischenmenschlichen Problems

1.1 Die Stigmatisierungshypothese

1.2 Einschränkung der Stigmatisierungshypothese

Menschlich aber bedeutet die klassifikatorische Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht.

Karl Jaspers, 1913

■ Persönlichkeit

Jeder Mensch hat seine ganz eigene und unverwechselbare Art und Weise zu denken, zu fühlen, wahrzunehmen und auf die Außenwelt zu reagieren. Die individuellen menschlichen Eigenarten stellen eine einzigartige Konstellation von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen dar, die man als Persönlichkeit bezeichnet.

Jene spezifischen Eigenarten, die eine Person unverkennbar typisieren und die sie zugleich von anderen unterscheiden, sind wegen ihrer individuellen Besonderheiten immer zugleich von sozialen Regeln und Erwartungen mehr oder weniger abweichende Handlungsmuster. Gewöhnlich werden die eine Person typisierenden Abweichungen innerhalb der Vielfalt gesellschaftlich-kultureller Ausdrucks- und Umgangsformen toleriert, ja sie sind – wie etwa im Falle kreativer Abweichung – sogar mit einer hohen sozialen Wertigkeit belegbar. Deshalb erscheint es uns wichtig, sich mit dem Kerngedanken der oben eingefügten Botschaft von Karl Jaspers genauestens auseinanderzusetzen.

1.1 Die Stigmatisierungshypothese

Mehr noch als die diagnostische Feststellung bei anderen psychischen Störungen (wie bei einer Phobie, Depression oder Schizophrenie) werden durch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht nur einzelne Verhaltens- und Erlebnisepisoden als »störend« bezeichnet. Eine diagnostizierte Persönlichkeitsabweichung bezieht sich immer auf die Person als Ganzes – eben als eine Verallgemeinerung über konkretes Handeln hinaus.

1.1.1 Diagnose

Die diagnostische Feststellung einer Persönlichkeitsstörung markiert einige für die betreffende Person und für ihre sozialen Beziehungen entscheidenden Veränderungen: Bis zu diesem Zeitpunkt vollzogen sich Fremdzuschreibungen von Persönlichkeitseigenschaften im Rahmen sozialer Erwartungen. Sie begründeten damit wesentlich die Berechenbarkeit und Beständigkeit einer Person (»zuverlässiger Mensch«, »kreative Person«, »linker Typ«). In dem Perspektivenwechsel solcher oder ähnlicher Persönlichkeitseigenschaften in Richtung *Persönlichkeitsstörung* drückt sich nun einerseits eine zunehmende Beunruhigung des sozialen Systems aus (»zwanghafte Person«, »dissozialer Mensch«, »paranoider Typ«). Die Person-Handlungen haben offensichtlich wiederholt ein tolerierbares Maß überschritten. Und die Bezugspersonen antizipieren einen möglichen Verlust kollektiver Kontrolle über das erreichte Ausmaß sozialer Devianz.

Erklärung

Das Stigmatisierungsproblem setzt nun genau dort ein, wo sich ein Konsens über die Notwendigkeit der Korrektur oder Beendigung wiederholt gezeigter Verhaltensdevianz mit den Betroffenen nicht mehr herstellen lässt. »Persönlichkeitsstörung« ist nämlich auf eine eigenwillige Weise nicht nur Diagnose. Die Feststellung, dass die »Person« gestört ist, beinhaltet zugleich eine *Erklärung*. Es ist offensichtlich ab Diagnose nicht mehr so sehr die soziale Systemik oder die Interaktion, die gestört ist. Es ist *die Person*: Persönlichkeitsstörung. Die Person ist gestört. Folglich und plötzlich ist die Person »Ursache« für Schwierigkeiten, die man mit ihr hat; sie ist – etwas überspitzt gesagt – »Täter«. Eine solche Sicht kann zunächst beruhigen, hat der Diagnostizierende selbst offensichtlich mit den Problemen, die er sieht, weniger oder gar nichts mehr zu tun.

»Person« ist gestört. Und genau da setzt Jaspers Kritik an: Dasjenige, was den Bezugspersonen wie den professionellen Helfern für die bis dahin bestehenden eigenen Schwierigkeiten wegen der »anderen Person als Störungsursache« *Erklärung*, damit Entlastung und Beruhigung eröffnet, birgt für den Betroffenen selbst die Gefahr einer überdauernd fixierenden Merkmals-, Person- und Identitätszuschreibung in sich. Das genau meint Stigmatisierung.

Persönlichkeit

↳ Persönlichkeitsstil

↳ Persönlichkeitsabweichung

↳ Persönlichkeitsstörung

Es ist hochbedeutsam, was die Diagnose einer Person-Störung interaktionell bewirken kann. Mit der Diagnose »Person-Störung« wird eventuell zugleich auch noch die Möglichkeit zur Konsensfindung mit den Betroffenen über die ihnen zugeschriebenen Persönlichkeitsstörungen eingeschränkt.

Das ist eine interessante Entwicklung. Die meisten von uns »basteln« nämlich immer aktiv und in bester Absicht an ihrer Persönlichkeit, wollen wir doch anderen und uns

selbst gegenüber in einem bestimmten Licht erscheinen. Wir dokumentieren, untermalen oder stilisieren unsere Person nach außen hin deutlich sichtbar. Und in dem Maße, wie wir dies vermeintlich erfolgreich tun, ist mit uns nur noch schwer über Stilfragen und damit auch nicht so schnell über unsere Eigenarten zu diskutieren. Und je mehr wir persönlich »gestylt« sind, umso seltener denken wir selbstkritisch über unseren Stil nach. Wir handeln zunehmend »automatisiert«, denn das andauernde Nachdenken über unser eigenes Handeln würde uns jeder Freiheit und Kreativität berauben.

Genau das – dieser Automatismus – jedoch ist bereits das, was derjenige in aller Regel bereits erwartet, der eine andere Person als »gestört« bezeichnet. Die Negativkennzeichnung einer anderen Person impliziert, dass weiteres Nachdenken mit dieser Person über deren Stil möglicherweise erfolglos enden könnte. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wird häufig gestellt, wenn Metakommunikation mit einer Person wenig erfolgreich war oder sogar gescheitert ist. Und in der Konsequenz bedeutet genau dies, dass die Diagnose einer »Persönlichkeitsstörung« zumeist die »persönlichkeitsbedingte« Unfähigkeit oder Beschränktheit der Betroffenen zur Einsicht in die eigenen charakterlichen Bruchstellen impliziert. Sie stellt damit die Kompetenz der Betroffenen zur Mitgestaltung der aktuellen Situation eher infrage.

1.1.2 Persönliche Stile

Persönlichkeitseigenarten und damit auch die Persönlichkeitsstörungen gehören als persönliche Stile zur Person dazu. Deshalb dürfte zunächst auch *nicht* zu erwarten sein, dass ein Mensch – im Bereich des Übergangs von der sozial akzeptierten zur nicht mehr akzeptierten sozialen Abweichung – *sich selbst* die Diagnose einer »gestörten Persönlichkeit« gäbe (etwa: Ich bin paranoid, schizoid, histrionisch oder zwanghaft).

Dies dürfte schon deshalb nicht zu erwarten sein, als im Grenzbereich zwischen Persönlichkeitseigenart und Persönlichkeitsstörung intendierte Devianz selten unterstellt werden kann. Selbst wenn die Betroffenen extrem unter den Folgen der von ihnen mitverursachten Interaktionsschwierigkeiten leiden sollten, erlaubt häufig *nur die Außenperspektive* der Bezugspersonen oder die eines professionellen Diagnostikers die Schlussfolgerung einer »gestörten Persönlichkeit«.

Ich-Syntonie

Das Phänomen, dass die den Persönlichkeitsstörungen zugeschriebenen Devianzmuster aus der Eigenperspektive zunächst eher selten als störend, abweichend oder normverletzend erlebt werden und dass sie deshalb als solche bei sich selbst nur schwer als Persönlichkeitsstörungen diagnostizierbar sind, bezeichnet man als »Ich-Syntonie« der Persönlichkeitsstörungen (z. B. Vaillant & Perry, 1988). Ganz im Unterschied dazu werden die meisten anderen psychischen Störungen und Syndrome (wie beispielsweise die phobischen oder affektiv-depressiven Störungen) als »ich-dyston« erlebt, eben als nicht zu sich zugehörig, weshalb sich die Betroffenen von diesen Störungen gern wieder frei machen würden.

Die mögliche Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen verdeutlicht in prägnanter Weise, dass die Störungsdiagnose zumeist auf »Verhaltensabweichungen aus der Außenperspektive« beruht. Wenn überhaupt, dann erwächst ein Gefühl der Gestörtheit der eigenen Person in der Folge zunehmender Interaktionsprobleme und dem damit verbundenen Leiden zumeist eher diffus und unbestimmt. Persönlichkeitsbedingte Interaktionsprobleme werden den Betroffenen selbst also vielfach erst durch Kritik und Rückmeldung anderer transparent. Nicht in jedem Fall werden die Betroffenen akzeptieren, dass die kritisierten Verhaltensmuster unangemessen sind, Regelverstöße darstellen oder Änderungswert besitzen.

Paradoxerweise wird nun die Möglichkeit, kritische Rückmeldungen zu akzeptieren, in dem Maße eingeschränkt, wie sich Rückmeldung und Kritik nicht mehr nur auf das Handeln, sondern zunehmend auf kontextübergreifende Persönlichkeitseigenschaften oder schließlich gar auf Persönlichkeitsstörungen beziehen (z. B. die Partnerkritik: »Ich habe es mir schon immer gedacht, du wirst zunehmend wie dein Vater, faul und bequem!«). Und damit sind wir wieder bei Karl Jaspers.

1.1.3 Stigmatisierung

Stigmatisierung ist der soziale Prozess einer eigentümlichen Wandlung von Interaktionsproblemen« zu Persönlichkeitsstörungen – also konkret: die Person-Perspektivierung eines interaktionellen Problems.

Interaktion

↳ **Interaktionsstörung**

↳ **Ursachensuche**

↳ **Person-Perspektivierung**

↳ **Persönlichkeitsstörung**

Das zentrale Problem dieser Diagnosestellung liegt nämlich darin, dass zwar der aktuelle Prozess dieser Art »Entstehung« von Persönlichkeitsstörung ausgesprochen interpersoneller Natur ist. Im Ergebnis jedoch verschiebt sich der Blick einseitig auf die lebensgeschichtliche, möglicherweise biologisch begründbare Gewordenheit der Person (»Du wirst immer mehr wie dein Vater!«).

Für die Interaktionspartner, Diagnostiker wie für den Psychotherapeuten ist dies – wie gesagt – insofern eine beruhigende Situation, als bei ihnen »der Gedanke an ihrer etwaigen Mitschuld an dieser Störung oder gar am Scheitern der Beziehung »vernünftigerweise« kaum mehr oder gar nicht mehr aufkommen wird« (Glatzel, 1977, S. 127 – und dies, obwohl sie gerade eben noch selbst (und zwar: entscheidend) zu ihrer Entstehung – *qua Diagnose* – beigetragen haben.

Diagnostiker und Therapeuten werden es vielleicht gar nicht bemerken, haben sie sich doch bei der Personbeurteilung etwa im Sinne der offiziellen Diagnose-Manuale »nur an die Diagnosekriterien« gehalten.

Doch genau das – so Karl Jaspers – ist beleidigend.

1.2 Einschränkung der Stigmatisierungshypothese

Soweit die Begründung der Stigmatisierungsgefahren der Persönlichkeitsdiagnostik. Andererseits gibt es inzwischen hinreichend Gründe, diese Sicht in ihrer Radikalität etwas anzuzweifeln. Sie stimmt nämlich nur teilweise. Was an dieser Sicht zunehmend Zweifel hat aufkommen lassen, sind unter anderem zwei Dinge:

- einerseits zahlreiche Briefe, die der Erstautor dieser Neuauflage (Peter Fiedler) inzwischen von Personen erhalten hat, die eine der inzwischen ja bereits sieben Vorläuferauflagen der »Persönlichkeitsstörungen« (seit 1994) aus privatem Interesse gelesen haben, vorrangig mit dem Ziel, etwas mehr über sich selbst in Erfahrung zu bringen;
- andererseits das Buch eines Psychiaters, der mit einer Journalistin zusammen eine populärwissenschaftliche Abhandlung mit dem Titel »Ihr Persönlichkeitsprofil« verfasst hat, mit der jeder Leser selbst in der Lage ist, sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu geben (Oldham & Morris, 1995).

1.2.1 Briefe

Zunächst zu den überraschend vielen persönlichen Briefen von Menschen, die sich eine der vorausgehenden Auflagen der »Persönlichkeitsstörungen« aus persönlichen Gründen gekauft haben. Inzwischen beläuft sich die Zahl dieser Zusendungen auf weit über zweihundert! Und in den vergangenen Jahren kommen diese Zuschriften fast ausschließlich per E-Mail, was die Kommunikation mit den Betreffenden erheblich erleichtert.

Fremd-Diagnosen

Nur ein kleiner Anteil der Briefe (etwa 5 Prozent) beinhaltet die Beschreibung und Diagnose anderer Personen, zumeist der Ehepartner bzw. Ehepartnerinnen. Zwölf dieser Briefe stammen von Frauen, die sich bedanken, dass sie jetzt, nach Lesen des Buches, in der Lage seien, ihre Ehepartner besser zu verstehen. Die meisten der beschriebenen Männer bekamen übrigens die Diagnose einer »dissozialen Persönlichkeit«, einige die einer »Borderline-Störung« – beides häufig verbunden mit dem Wunsch nach Hilfe. Ein Brief stammt von einem achtzigjährigen Mann mit Schilderungen über seine zwanzig Jahre jüngere Frau, die ihm mit Verweis auf die im Buch beschriebenen »Persönlichkeitsstörungen« inzwischen das Leben zur Hölle mache. Ein sehr gewissenhafter Mann möchte die fachkundige Bestätigung, dass auf ihn die Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung *nicht* zutreffe (im Unterschied zu Rückmeldungen, die er von Personen aus seinem Umfeld erhält). Ein Psychotherapeut, der sich bei einer anderen Psychotherapeutin in Behandlung befindet, vermutet sehr, dass ihm diese, seine Therapeutin wegen Kritik an ihrem Verhalten wohl die Diagnose »narzisstische Persönlichkeitsstörung« gegeben habe, ohne dies jedoch zuzugeben. Ein weiterer männlicher Schreiber, dessen Brief sich dieser kleineren Gruppe von »Versuchen der Fremd-Dia-

gnosen« zuordnen lässt, beschwerte sich sehr heftig über das Buch: Seit seine Frau darin lese, werde er jeden Tag »in eine andere Ecke« gestellt.

Keiner der fremd-diagnostizierten Partner erhielt bisher übrigens die Diagnose »narzisstisch«, was etwas verwunderlich ist angesichts der Tatsache, dass die meisten Therapeuten über besondere Schwierigkeiten gerade mit vermeintlich »narzisstischen« Patienten klagen. Auf die Gründe dieser Diskrepanz, die aus der Unterschiedlichkeit therapeutischer *versus* partnerschaftlicher Beziehungen resultiert, wird noch ausführlich einzugehen sein. Jedoch – wie gesagt – die Zahl der Briefe mit Fremd-Diagnosen macht insgesamt nur den kleineren Anteil aus. Wichtiger sind die übrigen Zusendungen. Die überwiegende Zahl der Zuschriften stammt nämlich von Menschen, die endlich wissen wollen, was mit ihnen selbst los ist.

Selbst-Diagnosen

Es sind interessanterweise etwa gleichviel Männer wie Frauen, die auf der Grundlage der im Buch vorhandenen Störungsbeschreibungen sich selbst die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gegeben haben. Und mit ihren Briefen fragen sie nun jeweils an, ob die Selbst-Diagnose zutreffen könne. Das übrigens ist fast immer der einzige Grund für den Brief- bzw. E-Mail-Kontakt: »Bitte schreiben Sie doch zurück, ob meine mir selbst gegebene Diagnose stimmt?!«

Nur etwa zehn der weit über 200 Anfragen, sich die Selbst-Diagnose aus fachlicher Sicht validieren zu lassen, schließen eine zusätzliche Bitte um persönliche Beratung oder Hinweise auf Therapeuten ein. Nur zehn! Alle anderen bitten lediglich um fachkundige Bestätigung der Selbst-Diagnose. Diese Briefe sind fünf, zehn oder noch mehr Seiten lang, auf denen zumeist die ausführliche Geschichte eines bewegten Lebens erzählt wird. Noch etwas ist erstaunlich: Einige Briefeschreiber haben das Buch gemeinsam mit dem Partner gelesen und die Diagnose für den dann zumeist schreibenden Partner gemeinsam gestellt.

Die Selbst-Diagnosen streuen. Die allermeisten sind »Borderline-Persönlichkeitsstörungen«, die sehr gelegentlich besser als »schizotypisch« zu bezeichnen gewesen wären, wenn sich nicht gar (aber nur ganz selten) eine »Schizophrenie« hätte vermuten lassen. Sehr häufig kommen auch »Selbstunsichere« bzw. »Ängstlich-vermeidende« und weniger häufig »Dependente« Persönlichkeitsstörungen vor. In einem Brief offenbart ein Schreiber seine nach Lektüre selbst erkannte »Dissozialität«. Als Selbst-Diagnose fehlt eigentlich nur noch (vielleicht erwartungsgemäß): »paranoid«. Die meisten Selbst-Diagnosen treffen u. E. übrigens ziemlich genau zu, jedenfalls soweit man das den Briefen entnehmen kann. Die ersten Briefe stürzten den Autor der »Persönlichkeitsstörungen« – eingedenk des Stigmatisierungsproblems – in gewisse Ratlosigkeit. Was sollte er antworten? Sollte er überhaupt antworten?

Dann erhielt er den Hinweis auf das unten beschriebene Buch von Oldham und Morris (1995). Dieses Buch machte ihm Mut und er setzte sich hin, schrieb zurück, antwortete sachlich, informativ, dies insbesondere dann, wenn ein Leiden der Betroffenen unter ihrer selbst diagnostizierten »Persönlichkeitsstörung« unverkennbar war: Diagnose bestätigend *oder* Diagnose anzweifelnd, wie dies eben anhand der Briefe möglich

war – und wann immer sinnvoll: weitere Literatur zum Thema empfehlend. Und seitdem mittels E-Mail kommuniziert werden kann, ist es ein Leichtes, entsprechende Kapitel und Abschnitte aus Büchern als pdf-Dateien im E-Mail-Anhang gleich mitzuschicken. Immerhin hatten die Betreffenden ja die »Persönlichkeitsstörungen« gelesen, also war und ist ihnen weitere Lektüre auch zuzumuten.

Jetzt weiß ich endlich wieder, wer ich bin!

Auf die (zumeist) bestätigenden Diagnose-Hinweise schrieben fast alle anschließend zurück. Auch diese Antworten waren zunächst überraschend. Denn fast ausnahmslos schrieben die Betroffenen nämlich zurück, dass sie jetzt, nachdem sie wüssten, was für Personen sie seien, sie plötzlich erneut viel besser in ihren zwischenmenschlichen Bezügen zurechtkämen. Einige bedankten sich sogar überschwänglich, denn es gehe ihnen persönlich erheblich besser als noch Wochen zuvor. Überraschend ist v. a. der einheitliche Grundton in den Antworten. Dieser lautet zusammengefasst: »Herzlichen Dank für Ihre Antwort. Jetzt weiß ich endlich wieder, wer ich bin!«

Um ehrlich zu sein, das war so nicht zu erwarten gewesen. Obwohl das Stigmatisierungsproblem in den »Persönlichkeitsstörungen« immer wieder angesprochen wird, wäre ja eher zu befürchten gewesen, mit dem Buch selbst zum Stigmatisierungsproblem beizutragen. (Dies ist möglicherweise bei jenen oben genannten Personen der Fall, die von Bezugspersonen als »persönlichkeitsgestört« eingestuft worden waren.) Andererseits jetzt das: die verzweifelte Suche von Betroffenen nach einer StörungsDiagnose für eigene persönliche Schwierigkeiten. Und dann auch noch der wiederkehrende Wunsch, die Selbst-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung durch einen Fachmann bestätigt zu bekommen. Und schließlich sogar Erleichterung und wieder erstarkende Selbstsicherheit, wenn die Selbst-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestätigt wurde. Kaum zu glauben?!

Erklärung. Wenn man einen Moment innehält und über diese überraschenden Reaktionen und Erklärungen dazu in den Antwortbriefen nachdenkt, wird schnell klar, was geschehen war. Wie schon angedeutet, sind Persönlichkeitsstörungsdiagnosen *Erklärungen*. Sie erklären nicht nur anderen, sondern auch mir selbst sich eventuell wiederholende Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Gleichzeitig stehen Ätiologie-Hypothesen im Buch, und ich bin in der Lage, diese mit meinem Leben abzugleichen. Wichtig v. a. aber: habe ich wieder Begrifflichkeiten und eine Vorstellung davon, wie ich bisher als Person gelebt habe, wie ich persönlichkeitsbedingt und damit eher »automatisiert« handle, denke und fühle. Aber wohl noch wichtiger ist: Wenn ich wieder weiß, »wer oder was ich bin«, dann bin ich auf eigenwillige Weise plötzlich *verantwortlich* für mein Handeln und damit eventuell sogar *mitverantwortlich* für Probleme in der Beziehung zu anderen. Ich komme zwangsläufig in die Situation, mich neu entscheiden zu können oder zu müssen: Will ich so weiter leben wie bisher oder will ich mich ändern?

Diagnose-Kritik. Trotzdem gab es nicht ausschließlich Zustimmung in den Antwortbriefen. Denn einige (wenige) fragten jetzt sogar mutig und kritisch mit Blick auf die im Buch stehenden Kriterien der Persönlichkeitsstörungen an, ob oder warum es denn

schlimm sei, Konflikte zu vermeiden – oder: Einsamkeit zu lieben – oder: gern im Mittelpunkt zu stehen – oder auch: nicht allein sein zu können und ständig die Gesellschaft anderer zu suchen.

Einmal abgesehen davon, dass es inzwischen viele gute Gründe gibt, auf die Diagnose-Kriterien bei Persönlichkeitsstörungen zu verzichten (→ Kap. 2 und 8), galten sie bis in die Gegenwart hinein für viele Diagnostiker quasi als Standard. Danach entscheidet gelegentlich ein Kriterium mehr oder weniger, ob eine Persönlichkeitsstörung als Diagnose vergeben werden kann oder nicht. Bereits in den 1990er-Jahren gab es eine Kriterien-Kritik. Mitentscheidend für diese Position war zum Beispiel eine Perspektiv-Weiterung, die v. a. durch die Monografie »Ihr Persönlichkeitsprofil« von Oldham und Morris gut begründet wurde (1995). Untertitel: »Warum Sie genau so denken, lieben und sich verhalten, wie Sie es tun«.

1.2.2 Persönlichkeitsprofil

Mithilfe des Buches »Ihr Persönlichkeitsprofil« ergaben sich viele Möglichkeiten, auf die angesprochenen kritischen Nachfragen zur Berechtigung von Störungskriterien in den Diagnosemanualen sachlich und fundiert zu antworten. Die Monografie stammt von einer Journalistin (Lois B. Morris) und einem Psychiater (John M. Oldham). Morris hatte bereits ein vielbeachtetes populärwissenschaftliches Buch über die Depression geschrieben. Oldham ist bis in die Gegenwart durch wichtige Forschungsarbeiten und mit Büchern zur Validität und Reliabilität der Persönlichkeitsstörungen bekannt geworden (→ Literatur). Das zunächst in New York erschienene »Personality Self-Portrait« wurde in den USA in wenigen Wochen ein Renner und blieb es nach Überarbeitung als »New Personality Self-Portrait« bis heute (Oldham & Morris, 1995). Letzteres war kurz darauf (1995) als Hardcover im Kabel-Verlag auch in deutscher Sprache erhältlich. Das zeitgleich erschienene Knaur-Taschenbuch war bereits nach wenigen Wochen vergriffen.

»Ihr Persönlichkeitsportrait« enthält u. a. einen Fragebogen, mit dem jeder sich selbst die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder mehrerer Störungen geben kann. Die Autoren beschreiben und unterscheiden zunächst persönliche Stile, die sich im Extrem als Persönlichkeitsstörungen darstellen – letztere noch streng angelehnt an die Störungs-Diagnostik des DSM-III-R (APA, 1987). Das Faszinierende an diesem Buch ist die insgesamt annähernd 500 Seiten umfassende Beschreibung von *persönlichen Stilen*, die von jeder Negativ-Konnotation oder Nosologie-Hypothese weitgehend befreit wurden (→ Tab. 1.1).

Jede Persönlichkeitsstörung wird also zunächst positiv bewertet und damit, wenn man so will, »normalisiert«. Menschen unterscheiden sich nur auf einem Kontinuum vom Durchschnitt. Und im Extrem jeder Persönlichkeitsdimension ist die Diagnose einer »Persönlichkeitsstörung« möglich, bei der sinnvollerweise psychotherapeutische Hilfe gesucht und gegeben werden könnte. Wie beispielhaft der → Tabelle 1.1 zu entnehmen ist, kann auf diese Weise eine »antisoziale Persönlichkeit« aus einem »abenteuerlich-risikofreudigen« Persönlichkeitsstil hervorgehen, »zwanghafte Persönlichkeiten«

sind im Kern »gewissenhaft-sorgsam«, »narzisstische Menschen« (man sollte es sich merken:) »selbstbewusst-ehrgeizig«, Borderline-Personen »sprunghaft-spontan« und paranoide Personen sind »wachsamen Typen«. Und damit zurück zur Stigmatisierung.

Tabelle 1.1 Persönlichkeitsstörungen und einige persönliche Stile Persönlichkeitsstil im dimensional Modell der Persönlichkeitsstörungen von Oldham und Morris (1995)

Persönlicher Stil	→	Persönlichkeitsstörung
gewissenhaft, sorgfältig	→	zwanghaft
ehrgeizig, selbstbewusst	→	narzisstisch
expressiv, emotional	→	histrionisch
wachsam, misstrauisch	→	paranoid
sprunghaft, spontan	→	Borderline
anhänglich, loyal	→	dependent
zurückhaltend, einsam	→	schizoid
kritisch, zögerlich	→	passiv-aggressiv
selbstkritisch, vorsichtig	→	selbstunsicher
ahnungsvoll, sensibel	→	schizotypisch
abenteuerlich, risikofreudig	→	antisozial, dissozial

Metakommunikation

Die Diagnose ist ganz offensichtlich *nicht* das Problem. Die Frage ist vielmehr, wie Metakommunikation und Konsens mit den Betroffenen erreicht werden kann. Die von Karl Jaspers beschworenen Stigmatisierungsgefahren liegen offensichtlich in der *Negativ*-Konnotation der Begriffe, die wir kurz und knapp für Persönlichkeitsstörungen benutzen – konkret: in unseren vorschnell und unbedacht verwendeten Kürzeln wie z.B. »paranoid«, »schizoid« oder »zwanghaft«, mit denen ohne Respekt vor dem persönlichen Stil eines Menschen aus dessen Person-Eigenarten auf eine vielleicht beleidigend erlebte Weise diagnostizierbare Störungen gemacht werden.

Es leuchtet ein, dass zwischen den persönlichen und mit positiver Intention stilisierten Handlungswelten der Betroffenen und der kurzsichtigen Negativklassifikation von Bezugspersonen, Diagnostikern und Therapeuten häufig eine Verständigung nur schwer möglich ist oder gar unmöglich wird. Dies gilt zumindest solange, wie der persönliche Sinn und die subjektive Bedeutsamkeit persönlicher Interaktionsmerkmale nicht erkannt werden und ausdrückliche Berücksichtigung finden (Lieb, 1998).

Begriffe wie »paranoid« und »zwanghaft« setzen nun einmal gleichzeitig Sinn und Bedeutung, sind Erklärung und signalisieren vermeintliche »Unbeeinflussbarkeit«. Sie verleiten dazu, Menschen mit höchst befremdlichen und bizarren Persönlichkeitseigenarten mit Unverständnis, Ablehnung und ausgrenzender Intoleranz zu begegnen. Wie-

derum ist es nur zu verständlich, wenn sich aus diesem zwischenmenschlichen »Missverstehen« Konflikte und Probleme einstellen und eskalieren: wechselseitiger Zorn, Gefühle der Gereiztheit und Bedrohung bis hin zu Handgreiflichkeiten.

Das wird unmittelbar anders, wenn man eine Person statt »paranoid« als wachsam-misstrauisch, statt »zwanghaft« als gewissenhaft-sorgfältig, statt »narzisstisch« als selbstbewusst-ehrgeizig oder statt »dissozial« als abenteuerlich-furchtlos bezeichnet (»dissozial« wären in letzterem Fall lediglich einzelne Handlungen / Delikte, jedoch nicht zwangsläufig die Person als Ganzes).

Diagnose ist kein Selbstzweck

Diagnose beinhaltet Erklärung, Sinn und Bedeutsamkeit. Die inzwischen vorliegenden Briefe und das Buch »Persönlichkeitsportrait« verdeutlichen, dass Diagnose – begrifflich behutsam abgefasst – von den Betroffenen *akzeptiert* wird. Es ist ganz offenkundig so, dass positiv konnotierende und damit akzeptierbar bedeutungssetzende Diagnostik zur unmittelbaren Beruhigung der bis in ihre Grundfesten erschütterten zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann – wie gesagt: wenn man sich nur der richtigen Sprache (besser: Wertschätzung) befleißigte. Dies ist zusätzlich deshalb zu erwarten, weil professionelle Diagnose immer bedeuten kann, dass die Betroffenen mit ihren Problemen nicht allein sind, weil sich nämlich die Wissenschaft vom Menschen mit ähnlichen Problemen anderer Menschen befasst hat, weil vielleicht psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Und: Wenn ich weiß, wer ich bin, kann ich entscheiden, ob ich so bleiben will, wie ich bin, oder ob mich ändern möchte ...

Leider gehen auch heute noch langwierige Leidensphasen dem Begreifen voraus. Und es muss hier kritisch angemahnt werden, dass dies möglicherweise auch an einer unzureichenden Sprache der professionellen Diagnostiker liegt. Ärzte, Psychotherapeuten und Psychologen scheuen sich gelegentlich mangels Sprache (und zwar offensichtlich völlig zu Unrecht!), die Betroffenen *klar, sachlich* und *unmissverständlich* über Persönlichkeitseigenarten aufzuklären und zu informieren – und bei vorhandenem Leiden der Betroffenen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen über deren mögliche Ursachen und über die inzwischen vorhandenen Möglichkeiten ihrer Behandlung.

1.2.3 Therapeutische Konsequenzen

Um die grob angedeuteten Perspektiven und Vorschläge noch etwas weitergehend zu konkretisieren, möchten wir jetzt einige erste Konsequenzen ziehen und bereits einige Vorschläge für die praktische Therapiearbeit unterbreiten.

Transparenz

Der wichtigste Vorschlag zur Überwindung und Vermeidung negativ konnotierter Stigmatisierung (bzw. zur Überwindung der angedeuteten Compliance-Probleme) zielt auf die Notwendigkeit einer möglichst weitgehenden *Transparenz* – einer Transparenz, die sich zuvorderst um Verständnis für den Patienten bemüht. Und dazu bietet eine richtig erläuterte Diagnose eine wesentliche Voraussetzung. Therapeuten kommen nicht um-