

**Unterscheidung: Persönlichkeit vs. Persönlichkeitsstörung**

Eine Persönlichkeitsstörung liegt nur dann vor, wenn eine beschreibbare Persönlichkeitspsychopathologie vorliegt und die Eigenschaften/Merkmale zu subjektivem Leiden oder deutlichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen

**Persönlichkeitsstörungen: Historische Entwicklungen**

- Lange Zeit Überwiegen von psychoanalytischen Konzepten
- Pinel (1809): manie sans délire
- Kraepelin (1908): 7 psychopathische Hauptgruppen
- Kretschmer (1921): Konstitutionslehre
- Schneider (1923): Die psychopathischen Persönlichkeiten
- Millon (1981): Sozial-verhaltensbezogener Fokus
- Heute: Diagnosesysteme (DSM-5, ICD-10)

**Psychopathische Persönlichkeiten nach Kraepelin (7 Haupttypen)**

die Erregbaren, die Haltlosen, die Triebmenschen, die Verschrobenen, die Lügner & Schwindler, die Gesellschaftsfeinde, die Streitsüchtigen

**Die psychopathischen Persönlichkeiten nach Kurt Schneider**

die Hyperthymenten, die Depressiven, die Selbstunsicheren, die Fanatischen, die Geltungsbedürftigen, die Stimmungslabilen, die Explosiblen, die Gemütlosen, die Willenlosen, die Asthenischen

**Konstitutionstypologien nach Kretschmer: Einteilung nach Körperbau und Temperament**

Leptosome: schlankwüchsig (im Extrem: Astheniker), schizothym (d.h. empfindlich, still, zurückgezogen, gehemmt)

Pykniker: breitwüchsig, zylothym (lebhaft, impulsiv, gutgelaunt)

Athletiker: grobwüchsig und muskulär, viskos (emotional unflexibel, schwerfällig, beharrend)

## Terminologie der Persönlichkeitsstörungen in drei diagnostischen Systemen

ICD-9	ICD-10	DSM-5
paranoid	paranoid	paranoid
schizoid	schizoid	schizoid
	[Schizotype Störung]	schizotyp
anankastisch	anankastisch	zwanghaft
hysterisch	histrionisch	histrionisch
soziopathisch	dissozial	antisozial
asthenisch	abhängig	dependent
	selbstunsicher (ängstlich, vermeidend)	vermeidend-selbstunsicher
erregbar	emotional instabil Borderline/ impulsiv	Borderline
zyklothym	[Zyklothymia]	[Zyklothyme Störung]
andere	andere narzisstisch, passiv-aggressiv	narzisstisch andere
nicht näher bezeichnet	nicht näher bezeichnet	nicht näher bezeichnet

*nach dem vorgeschlagenen DSM-5-Hybridmodell würden entfallen: paranoid, schizoid, histrionisch, dependent*

### Kategorial versus dimensional

KATEGORIALER/ PROTOTYPISCHER ANSATZ: Einteilung in klar unterscheidbare Typen im Sinne nosologischer Einheiten; Beschreibung eines prototypischen Ideals und des Grads der Ähnlichkeit; diagnostische Zuordnung mit Hilfe von Cut-off-Werten

DIMENSIONALER ANSATZ: Konzept einer quantitativen Ausprägung mit fließenden Übergängen zwischen normal und pathologisch (z.B. Big-Five-Modell)

### Kategoriale Ansätze nach DSM-5 und ICD-10

zunächst Überprüfung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen; danach Überprüfung der spezifischen Kriterien für einzelne Persönlichkeitsstörungen; 10 Kategorien in DSM-5, 8 Kategorien in ICD-10

### Allgemeine Kriterien nach DSM-5

- A. Überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, merklich abweichend von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung; manifestiert durch mindestens 2 Bereiche:
  - Kognition
  - Affektivität
  - Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
  - Impulskontrolle
- B. Muster ⇒ unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- C. Muster ⇒ klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- D. Muster ⇒ stabil und langdauernd; Beginn zumindest bis in die Adoleszenz oder in frühes Erwachsenenalter zurückzuverfolgen
- E. Muster ⇒ nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklärbar
- F. Muster ⇒ geht nicht zurück auf Substanz oder medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. Hirnverletzung)

### Die Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5: Definition von Clustern

- Cluster A: odd = sonderbar, exzentrisch  
paranoide ~, schizoide ~, schizotypische ~
- Cluster B: dramatic = dramatisch, emotional, launisch  
histrionische ~, antisoziale ~, narzisstische ~, Borderline ~
- Cluster C: anxious = ängstlich, furchtsam  
dependente ~, ängstlich-vermeidende ~, zwanghafte ~

### Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen

Verfahren		Diagnosensystem(e)
STANDARDISIERTE INTERVIEWS		
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen [First et al. 1997; dt. Fydrich et al. 1997]	DSM-IV
IPDE	International Personality Disorders Examination [Loranger et al. 1996; dt. Mombour et al. 1996]	ICD-10; DSM-IV
IDCL-P	Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen [Bronisch et al. 1996]	ICD-10; DSM-IV
FRAGEBOGENVERFAHREN		
SKID-II	Screeningfragebogen zum SKID-II	DSM-IV
IPDE	Screeningfragebogen zum IPDE	ICD-10; DSM-IV
ADP-IV	Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen [Doering et al. 2007]	DSM-IV

### Weitere Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen

Verfahren		Merkmale
NEO-PI-R	NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae [Ostendorf & Angleitner 2004]	240 Items, 5 Skalen
DAPP-BQ	Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire [Livesley & Jackson 2002]	290 Items, 18 Skalen
PSSI	Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar [Kuhl & Kazén 1997]	140 Items, 14 Skalen
IIP	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme [Leonard et al., 1994]	64 Items, 8 Skalen

*NEO-PI-R/ NEO-FFI – nicht zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt!*

*Zwanghafte PS => gewissenhafter*

*Dependente PS => verträglicher*

*Schizotype PS => offener für Erfahrungen*

*Borderline-PS => neurotizistischer, unverträglicher und weniger gewissenhaft*

*Cluster B => extravertierter*

### **Persönlichkeitsstörungen: Klinische Merkmale**

Epidemiologie: geschätzte Lebenszeitprävalenz 9-13%; höhere Raten in Stadtbevölkerungen und sozial schwachen Schichten.

Geschlechterverteilungen: über die Gesamtheit aller PS etwa gleich; ~ 80% Männer bei der antisozialen PS, ~ 80% Frauen bei der Borderline-PS.

Häufigkeit bei klinischen Gruppen: bis zu 30-40% ambulanter und bis zu 40-50% stationärer Pat. erfüllen die Kriterien einer PS (diese Zahlen stellen möglicherweise eine Überschätzung dar).

Suizidrisiko: erhöht bei Borderline-PS (~ 4-10%) und narzisstischer PS (14% bei Stone et al., 1987); am niedrigsten bei paranoider PS (~ 1%)

### **Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung [Lebenszeitprävalenzen geschätzt]**

Paranoide ~	2,3 - 4,4%	etwas häufiger bei Männern
Schizoide ~	3,1 - 4,9%	etwas häufiger bei Männern
Schizotype ~	bis 3,9%	leicht häufiger bei Männern
Antisoziale ~	0,6 - 4,5%	sehr viel häufiger bei Männern
Borderline ~	1,6 - 5,9%	überwiegend bei Frauen
Histrionische ~	0,4 - 1,8%	in Kliniken häufiger bei Frauen
Narzisstische ~	bis 6,2%	häufiger bei Männern
Vermeidend-selbstunsichere ~	1,4 - 5,2%	keine Geschlechtsunterschiede
Dependente ~	etwa 0,5%	in Kliniken häufiger bei Frauen
Zwanghafte ~	2,1 - 7,9%	doppelt so häufig bei Männern

*Quelle: Sue et al., 2014*

### **Prozentuale Verteilung von Persönlichkeitsstörungen (PS) bei psychiatrischen Patienten mit Verdacht auf Persönlichkeitsstörungen (IPDE-Studie) [nach Loranger et al. 1994]**

	ICD-10	DSM-IV
Paranoide ~	2,4	6,0
Schizoide ~	1,8	2,8
Schizotype~	--	3,5
Zwanghafte ~	3,6	3,1
Histrionische ~	4,3	7,1
Dependente ~	4,6	4,5
Antisoziale ~	3,2	6,4
Narzisstische ~	--	1,3
Ängstlich-vermeidende ~	15,2	11,0
Borderline ~	14,9	14,5
Andere ~	6,8	12,8

### **Persönlichkeitsstörungen: Verlauf - Prognose**

Rückgang mit dem Alter? - Nach Robins et al. (1991) und Johnson et al. (2000) negative Korrelation zwischen Alter und der Häufigkeit von PS.

Geringe Stabilität: 2-Jahres-Stabilität von PS-Diagnosen nur bei 40-60% (Links et al., 1993; Shea et al. 2002); bei der zwanghaften PS nur ~ 20%; einzelne Merkmale offenbar stabiler (v.a. Merkmale der Borderline-PS wie affektive Instabilität oder Impulsivität; Zanarini et al., 2004).

Schlechteste Prognose vermutlich bei der antisozialen und schizotypen PS.

### **Persönlichkeitsstörungen: Komorbidität mit anderen psychischen Störungen**

> 30%: selbstunsicher-vermeidende ~ mit Zwangsstörung und sozialer Angststörung; antisoziale ~ mit Alkohol-/Drogenkonsumstörung; Borderline ~ Bulimia nervosa

20-30%: schizotype ~ mit Zwangsstörung, sozialer Angststörung und Schizophrenie; narzisstische ~ mit Schizophrenie; Borderline ~ mit Major Depression und Alkohol-/Drogenkonsumstörung; selbstunsicher-vermeidende ~ mit Panikstörung, spezifischer Phobie und somatoformer Störung; dependente ~ mit Major Depression, Zwangsstörung, sozialer Angststörung und somatoformer Störung; zwanghafte ~ mit Zwangsstörung und somatoformer Störung.

### **Auswirkungen von Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen**

- stärkere Achse-I-Grundsymptomatik (z.B. Fydrich et al. 1996)
- schlechterer Behandlungsverlauf (z.B. für Depressionen: Shea et al. 1992)

### **Häufige Annahme: Persönlichkeitsstörungen sind - im Gegensatz zu den sog. Symptomstörungen - ich-synton**

**Ich-synton:** Abweichendes Erlebens- und Verhaltensmuster wird aus der Eigenperspektive der Person als passend und zugehörig erlebt, nicht als störend oder abweichend.

**Ich-dyston:** ... wird als nicht zur eigenen Person gehörig erlebt.

### **Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen - ein großes Problemfeld**

1. Mangelnde Reliabilität
2. Nichtbeachtung des Komorbiditätsprinzips
3. Willkürliche, nicht empirisch begründete Cut-off-Werte
4. Erhebliche Instabilität der Persönlichkeitsstörungen - entgegen der Theorie!
5. Geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremangaben sowie unterschiedlichen Instrumenten
6. Haupt- oder Nebendiagnosen?
7. Überdiagnostizierung der narzisstischen PS

[nach Mestel, 2014]

### **Wie valide ist unser „Goldstandard“ wirklich - Kritik des SKID-II und des IPDE**

1. Allgemeine G-Kriterien werden kaum operationalisiert
2. Fraglicher pathologischer Wert vieler Items

	SKID-II	IPDE
Einfache Traits	34%	26%
Akzentuierungen	53%	59%
Wirkliche Störungsmerkmale	16%	15%

3. Unbefriedigende Abgrenzung zwischen „normal“ und „gestört“
4. Ich-Syntonie kein allgemeines Spezifikum von PS

[nach Mestel, 2014]

## Hybridmodell: Kriterienentwurf nach DSM-5

Allgemeine Kriterien:

- A** Mittelgradige oder größere Beeinträchtigung in den Persönlichkeitsfunktionen (hinsichtlich des Selbst oder interpersonal)
- B** Eine oder mehrere pathologische Persönlichkeitseigenschaften
- C** A und B => relativ unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- D** A und B => relativ stabil über die Zeit mit rekonstruierbarem Beginn mindestens in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter
- E** A und B => nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar
- F** A und B => nicht alleine zurückführbar auf die physiologischen Effekte einer Substanz oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. Hirnverletzung)
- G** A und B => können nicht als normal für die Entwicklungsstufe des Betroffenen oder die soziokulturelle Umgebung angesehen werden

### Kriterium A: Persönlichkeitsfunktionen

<i>Selbst</i>	
<i>Identität</i>	sich als einzigartig erleben, mit klaren Grenzen zwischen dem Selbst und anderen; stabiles Selbstbewusstseins und adäquate Selbsteinschätzung; Kapazität und Fähigkeit, eine Bandbreite von emotionalen Erfahrungen zu regulieren.
<i>Selbststeuerung</i>	Anstreben von kohärenten und bedeutungsvollen Kurzzeit- und Lebenszielen; Bezug zu konstruktiven und prosozialen internalen Standards des Verhaltens; Fähigkeit produktiver Selbstreflektion.

  

<i>Interpersonal</i>	
<i>Empathie</i>	Verständnis und Wertschätzung der Erfahrungen und Motive anderer; Toleranz unterschiedlicher Perspektiven; die Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere verstehen.
<i>Intimität</i>	Tiefe und dauerhafte Bindungen an andere; Bedürfnis und Kapazität für Nähe; reflektierte gegenseitige Rücksicht im interpersonalen Verhalten.

#### Level of Personality Functioning Scale (LPFS)

Beeinträchtigung: 0 = keine oder leicht; 1 = etwas; 2 = mittelgradig; 3 = schwer; 4 = extrem (Kriterium A ist bei  $\geq 2$  erfüllt)

### Kriterium B: Pathologische Persönlichkeitseigenschaften

5 breite Bereiche (orientiert am Big-5-Modell):

- 
- Negative Affektivität vs. Emotionale Stabilität
  - Distanziertheit vs. Extraversion
  - Antagonismus vs. Verträglichkeit
  - Disinhibition vs. Gewissenhaftigkeit
  - Psychotizismus vs. Klarheit
- 

Innerhalb jedes Bereichs sind jeweils 5 Eigenschaftsfacetten definiert, insgesamt also 25 Eigenschaftsfacetten

### Hybridmodell nach DSM-5 (Entwurf)

Reduzierung auf 6 spezifische Persönlichkeitsstörungen und eine merkmalspezifische Persönlichkeitsstörung

- Antisoziale ~
- Vermeidende ~
- Borderline ~
- Narzisstische ~
- Zwanghafte ~
- Schizotype ~
- Persönlichkeitsstörung – Merkmalspezifisch

### Hybridmodell nach DSM-5: Beispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung

**A. Mittelgradige oder schwere Beeinträchtigung in den Persönlichkeitsfunktionen, manifestiert als charakteristische Schwierigkeiten in mind. 2 der folgenden Bereiche:**

Identität: verarmtes, schlecht entwickeltes oder instabiles Selbstbild, oft assoziiert mit exzessiver Selbstkritik; chronische Gefühle der Leere; dissoziative Zustände unter Stress.

Selbststeuerung: Instabilität der Ziele, Hoffnungen, Werte oder Karrierepläne.

Empathie: beeinträchtigte Fähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen, assoziiert mit interpersonaler Hypersensitivität; Wahrnehmung anderer selektiv auf negative Attribute und Vulnerabilitäten gerichtet.

Intimität: intensive, instabile und konfliktreiche enge Beziehungen, gekennzeichnet durch Misstrauen, Bedürftigkeit und ängstlicher Sorge des realen oder imaginierten Verlassenwerdens; extreme Idealisierung und Abwertung der Beziehungen mit Überinvolvierung und Rückzug.

**B. Vier oder mehr der folgenden pathologischen Persönlichkeitseigenschaften, darunter mindestens eine aus 5 (Impulsivität), 6 (Risikoverhalten) oder 7 (Feindseligkeit):**

1. Emotionale Labilität (Aspekt der Negativen Affektivität): instabile emotionale Erlebnisse und häufiger Stimmungswechsel; Emotionen, die leicht auslösbar, intensiv und unverhältnismäßig bezüglich der Ereignisse und Umstände sind.

2. Ängstlichkeit (Aspekt der Negativen Affektivität): intensive Gefühle von Nervosität, Anspannung oder Panik, oft in Reaktion auf interpersonelle Stressoren; Sorgen über die negativen Folgen vergangener unangenehmer Ereignisse und künftiger negativer Möglichkeiten; furchtsam, sorgenvoll oder Bedrohung durch Ungewissheit; Angst, auseinanderzufallen oder die Kontrolle zu verlieren.

3. Trennungsunsicherheit (Aspekt der Negativen Affektivität): Furcht, von anderen zurückgewiesen oder getrennt zu werden, in Verbindung mit Angst vor exzessiver Abhängigkeit oder dem kompletten Verlust von Autonomie.

4. Depressivität (Aspekt der Negativen Affektivität): häufige Gefühle von Niedergeschlagenheit und/oder Hoffnungslosigkeit; Schwierigkeiten, aus solchen Gefühlen wieder herauszukommen; Pessimismus über die Zukunft; ständige Schamgefühle; Gefühle eines minderwertigen Selbstwerts; Gedanken an den Tod oder suizidales Verhalten.

5. Impulsivität (Aspekt der Disinhibition): Handeln aus dem Moment heraus in Reaktion auf aktuelle Reize; Handeln ohne Plan oder Berücksichtigung des Ergebnisses; Schwierigkeiten, Pläne zu erstellen; eine Art dringliches und selbstschädlichen Verhaltens und emotionaler Anspannung.

6. Risikoverhalten (Aspekt der Negativen Affektivität): Beteiligung an gefährlichen, riskanten und potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, überflüssigerweise und ohne Rücksicht auf die Folgen; Missachtung der eigenen Grenzen und Verleugnung, dass man selbst in Gefahr ist.

7. Feindseligkeit (Aspekt des Antagonismus): andauernde oder häufige Ärgergefühle; Ärger oder Reizbarkeit als Reaktion auf geringfügige Kränkungen oder Verletzungen.

### Kritik am DSM-5-Hybridmodell

- nicht ausreichend durch Forschungsergebnisse abgesichert
- zu kompliziert, für die Praxis nicht geeignet
- kein wirklich integratives Konzept, sondern Nebeneinanderstellung von zwei distinkten Klassifikationsformen (typologisch und dimensional)
- keine Belege für Validität
- Auswahl von beibehaltenen Störungen willkürlich
- Bruch mit der bisherigen Klassifikation, Diskontinuität der Forschung

---

### Ätiologie und Entstehungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen

Konzepte: dimensional, neurobiologisch, kognitiv, interpersonell, psychoanalytisch

### Klassische dimensionale Ansätze

Modell nach Eysenck (1970):

Extraversion - Introversion

Neurotizismus

Psychotizismus

Big-Five-Modell:

Extraversion (kontaktfreudig - zurückhaltend)

Verträglichkeit (friedfertig - streitsüchtig)

Gewissenhaftigkeit (gründlich - unsorgfältig)

Neurotizismus (entspannt - überempfindlich)

Offenheit (kreativ - phantasielos)

### Eine dimensionale Betrachtung der klinisch beschriebenen Persönlichkeitsstörungen

<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Persönlichkeitsstil</b>
paranoid	vorsichtig, wachsam, rechtschaffen
schizoid	zurückhaltend, selbstgenügsam
schizotyp	ahnungsvoll, sensibel, neugierig
Borderline	sprunghaft, spontan, impulsiv, kreativ
narzisstisch	ehrgeizig, selbstbewusst
histrionisch	unterhaltsam, exzentrisch, emotional präsent
antisozial	abenteuerlich, durchsetzungsfähig, fordernd
selbstunsicher	sensibel, selbstkritisch, zurückhaltend, scheu
zwanghaft	sorgfältig, verantwortungsbewusst, strukturiert
dependent	anhänglich, loyal, treu

### Neurobiologisches Modell (Cloninger et al. 1993):

- Vermeidung von Schaden [= Fähigkeit, rasch auf aversive Reize zu reagieren und Verhaltensmuster zu blockieren, um Schaden zu vermeiden] ⇒ mit Serotonin in Verbindung gebracht/ ⇒ erhöht bei Cluster C.
- Suche nach Neuem [= angeborene Tendenz, ein hohes Maß an Aufregung und Lust bei der Darbietung unbekannter Reize zu verspüren] ⇒ mit Dopamin in Verbindung gebracht/ ⇒ erhöht bei Cluster B.
- Abhängigkeit von Belohnung [= angeborene Tendenz, intensiv auf positive Verstärker im Sinne sozialer Akzeptanz zu reagieren und das eigene Verhalten entsprechend auszurichten] ⇒ mit Noradrenalin in Verbindung gebracht/ ⇒ vermindert bei Cluster A.

### **Interpersonelle Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen**

1. Annahme: Persönlichkeit wird bestimmt durch ein stabiles Muster von Interaktionen, andere Personen können real anwesend sein oder auch nur imaginär.
2. Annahme: Es existiert ein „Selbst“, das die Wahrnehmung und Gestaltung von interpersonellen Beziehungen steuert (z.B. wie man sich anderen gegenüber präsentieren will, welchen Eindruck man vermitteln möchte); das „Selbst“ ist oftmals nicht bewusst.
3. Annahme: Es entstehen reziproke (komplementäre) Interaktionsmuster; z.B. wenn eine Person submissiv ist, ruft sie bei einer anderen dominantes Verhalten hervor (⇒ gegenseitige Verhaltenssteuerung).
4. Annahme: Inadäquate Interaktionen können sich verfestigen, wenn sie immer wieder entsprechend eines problematischen Schemas interpretiert werden (z.B. die Person nimmt ihren eigenen Anteil am Interaktionsproblem nicht zur Kenntnis, oder externe Faktoren und nicht die eigene Person werden für Schwierigkeiten verantwortlich gemacht).

### **Bindungsstil und Persönlichkeitsstörungen**

Rosenstein & Horowitz (1996): Bei stationär-psychiatrischen Jugendlichen, die einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil hatten => mehr Impulskontroll- und Substanzstörungen, mehr narzisstische oder antisoziale PS; dagegen bei unsicher-präokkupiertem Stil mehr zwanghafte, histrionische, Borderline- oder schizotype PS.

Fonagy et al. (1996): Bei Borderline häufiger unsicher-ängstlicher Bindungsstil im Vergleich zu Kontrollpersonen.

Aaronson et al. (2006): Vergleich von Patienten mit Borderline- und zwanghaften PS; bei Borderline im Bindungsstil mehr ängstlicher Rückzug, bei zwanghafter PS mehr Versorgungsbedürfnisse; Borderline höhere Skalenwerte für befürchteten Verlust der Beziehung zu anderen.

Minzenberg et al. (2006): Beziehung zwischen Borderline-PS und Kindheitserfahrungen => Bindungsangst hing spezifisch zusammen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit, während Bindungsvermeidung gleichermaßen mit verschiedenen Formen des Kindesmissbrauchs zusammenhing.

### **Kognitiv-verhaltenspsychologische Theorie der Persönlichkeitsstörungen (Beck et al. 1993)**

- Erklärungsmodell für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen
- Kognitive Schemata
- Besonderheiten der Informationsverarbeitung (Annahmen, Selbstbild, Strategien, Schlussfolgerungen)
- Therapeutische Strategien

### **Erklärungsmodell der Persönlichkeitsstörungen (nach Beck et al. 1993)**

Persönlichkeit: stabile Denk-, Fühl- und Handlungsmuster, welche eine entwicklungsgeschichtliche (biologisch-genetische) Basis haben.

Phylogenetisch entstandene Verhaltensprogramme: dienten einst der natürlichen Anpassung, hatten hohen Überlebenswert (z.B. Raub-, Konkurrenz-, Soziabilitätsstrategien) ⇒ bestimmte „Neigungen“ bzw. „Temperamente“ sind schon von Geburt an gegeben.

Entwicklungspsychologische Determinanten: durch Erziehungs- bzw. Umwelteinflüsse werden die von Geburt an vorhandenen Muster verstärkt/geschwächt sowie neue Muster aufgebaut.

Persönlichkeitsstörung: durch sehr schnelle Veränderung der Umwelt und Lebensbedingungen passen viele derartige Programme nicht mehr in die heutige Welt.

⇒ schlecht angepasste, unflexible Muster, die zu subjektivem Leiden oder psychosozialen Beeinträchtigungen führen.

### Kognitive Schemata bei Persönlichkeitsstörungen

- prägen die Wahrnehmung der eigenen Person, anderer Personen und der Umwelt (Filterwirkung)
- steuern Emotionen und Verhalten, aber auch die Bewertung von Ereignissen.
- Grund für Stabilität bei PS: es bestehen spezifische kognitive Profile; Schwierigkeiten werden meist schema-konform interpretiert, wenig an konstruktiven Lernerfahrungen ausgerichtet («mal-adaptiver Zirkel»).

#### Beispiel für die kognitiv-lernpsychologische Erklärung einer Persönlichkeitsstörung (dependent)

- Schema: «Ich kann ohne Hilfe und Unterstützung durch eine andere starke Person nicht überleben»
- Wahrnehmungsdisposition: überempfindlich bei allen Zeichen von Trennung oder Verlust
- Bewertungsschema: Autonomieverhalten des Partners löst Gedanken «Er wird mich verlassen » aus (=> Angst, Unsicherheit)
- Verhalten: Demonstration von Hilflosigkeit
- Reaktionen der Umwelt: Partner verzichtet auf bzw. reduziert Autonomieverhalten
- Bewertungsschema: Bestätigung des Schemas: «Wenn ich nicht die geringsten Anzeichen sofort bemerke und darauf reagiere, würde er mich verlassen»

### Grundannahmen und Strategien in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen [nach Beck et al. 1993]

Störung	Grundannahmen/ Einstellungen	Strategien (sichtbares Verhalten)
Paranoid	Menschen sind potenzielle Gegner	Vorsicht
Schizoid	Ich brauche viel Raum	Isolation
Antisozial	Andere sind dazu da, um ausgenutzt zu werden	Angriff
Histrionisch	Ich muss imponieren	Theatralisches Verhalten
Narzisstisch	Ich bin etwas Besonderes	Selbstverherrlichung
Zwanghaft	Ich darf keine Fehler machen	Perfektionismus
Selbstunsicher	Ich könnte verletzt werden	Vermeidung
Dependent	Ich bin hilflos	Anhänglichkeit
Passiv-aggressiv	Man könnte mich einschränken	Widerstand

**Zwischenmenschliche Strategien bei Persönlichkeitsstörungen [nach Beck et al. 1993]**

Störung	Überentwickelte Strategie	Unterentwickelte Strategie
Paranoid	Wachsamkeit, Misstrauen, Argwohn	Gelassenheit, Vertrauen, Anerkennung
Schizoid	Autonomie, Isolation	Intimität, Gegenseitigkeit
Antisozial	Kampflust, ausbeuterisches Verhalten, Raubverhalten	Empathie, Gegenseitigkeit, soziales Verhalten
Histrionisch	Expressivität, impressionistisches Denken	Reflexion, Kontrolle, Systematisierung
Narzisstisch	Selbstverherrlichung, Konkurrenzverhalten	Teilen, Gruppenidentifizierung
Zwanghaft	Kontrolle, Verantwortung, Systematisierung	Spontaneität, Ausgelassenheit
Selbstunsicher	Soziale Verletzbarkeit, Vermeidung, Hemmung	Selbstbehauptung, Geselligkeit
Dependent	Hilfesuchendes Verhalten, Anhänglichkeit	Selbständigkeit, Mobilität
Passiv-aggressiv	Autonomie, Widerstand, Passivität, Sabotage	Intimität, Selbstsicherheit, Aktivität, Kooperation

**Exkurs: Antisoziale Persönlichkeitsstörung**

Kurt Schneider (1923):

Psychopathie  
Soziopathie

ICD-10:

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

**Definition der antisoziale Persönlichkeitsstörung (DSM-5: F60.2)**

A	Tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer seit dem 15. Lebensjahr; mind. 3 aus (1) - (7):
1	Versagen, sich bzgl. gesetzmäßigen Verhaltens gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholten Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen
2	Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert
3	Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen
4	Reizbarkeit oder Aggressivität mit wiederholten Schlägereien oder Überfällen
5	rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit oder der anderer
6	Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen zu erfüllen
7	fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat
B	Person ist mindestens 18 Jahre alt
C	Störung des Sozialverhaltens war schon vor dem 15. Lebensjahr erkennbar
D	nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder bipolaren Störung

## **Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) von Robert D. Hare**

### **Faktor 1: Persönlichkeit „Aggressiver Narzissmus“**

Oberflächlicher Charme, gute Konversation  
Überhöhtes Selbstbild  
Krankhaftes Lügen  
Manipulativ  
Unfähig, Reue zu empfinden  
Unfähig zu tiefen Gefühlen  
Fehlende Empathie  
Unfähig, Verantwortung zu übernehmen

### **Faktor 2: Sozial abweichender Lebensstil**

Schnell gelangweilt, stets auf der Suche nach einem ‚Kick‘  
Lebt gern auf Kosten anderer Leute  
Schlechte Selbstbeherrschung  
Promiskuitives Sexualverhalten  
Fehlen realistischer langfristiger Ziele  
Impulsivität  
Verantwortungslosigkeit  
Jugendkriminalität  
Frühe Verhaltensprobleme  
Bewährungsversagen

## **Merkmale der antisozialen Persönlichkeitsstörung**

Epidemiologische Befunde: 1-3% in der Allgemeinbevölkerung; 3-37% unter psychiatrischen Patienten; 12-70% in Strafvollzugsanstalten; 4-fach häufiger bei Männern; häufiger bei niedrigem sozioökonomischem Status; mit zunehmendem Alter Tendenz zur sozialen Anpassung

Differentialdiagnose: Ähnlichkeiten mit Borderline, narzisstischer und histrionischer PS

Komorbidität: am häufigsten Alkohol- bzw. Drogenkonsumstörungen

Suizidrate: 5-10%

## **Antisoziale Persönlichkeitsstörung: Ätiologie und Pathogenese**

genetisch: Konkordanz bei monozygoten Zwillingen 50-60%, bei dizygoten Zwillingen 10-20%; familiäre Häufung von Alkoholabhängigkeit.

biologisch: einige physiologische Besonderheiten (z.B. reduzierte EEG-Aktivität, reduzierte elektrodermale Erregung), die auf niedrige Erregung des sympathischen Nervensystems hindeuten; Betroffene reagieren auf reizarme, ermüdende Situationen mit Unbehagen und entwickeln "Sensation-Seeking-Behavior"; niedrige Angst und hohe Risikobereitschaft

psychosozial: geringe Ausbildung von Schuld- und Schamgefühlen, geringe Orientierung an sozialen und gesellschaftlichen Normen, fehlende Modelle für Normorientierung, inkonsistenter Erziehungsstil

## **Kognitives Profil der antisozialen Persönlichkeitsstörung**

Schlüsselwort: Missachtung anderer

Selbstbild: Ich bin unabhängig, ein Einzelgänger; ich darf andere verletzen, denn sie würden es auch bei mir tun; ich bin ein „Raubtier“ in einer Welt, die nach dem Motto „Fressen oder Gefressenwerden“ funktioniert

Bild über andere Menschen: Andere sind Ausbeuter (und verdienen es daher, ebenfalls ausgebeutet zu werden) oder Schwächlinge (und verdienen es daher, Opfer zu sein)

Grundannahmen: Ich muss angreifen und bin dazu auch berechtigt, sonst werde ich zum Opfer; andere verdienen kein Mitleid

Bedrohungen: Ängste vor Attacken anderer, Benachteiligung, Kränkung

Strategien: Andere betrügen, täuschen, manipulieren, attackieren, berauben

Affekte: geringer Gefühlsausdruck, am ehesten Ärger und Wut

### **Typische dysfunktionale Kognitionen bei antisozialer Persönlichkeitsstörung**

... wenn ich etwas haben möchte oder etwas vermeiden möchte, rechtfertigt dies mein Handeln.  
... meine Gedanken und Gefühle sind vollkommen richtig, einfach weil ich sie habe.  
... andere Menschen sind Sündenböcke oder Dummköpfe.  
... andere Menschen sind Ausbeuter. Daher habe auch ich das Recht, sie auszubeuten.  
... überwältige den anderen, bevor er dich überwältigt.  
... nimm dir, was du kannst.  
... ich muss angreifen, sonst werde ich zum Opfer.  
... wenn ich andere nicht herumstoße, manipulierte, ausbeute oder angreife, bekomme ich nie das, was ich verdiene.

### **Therapie der antisozialen Persönlichkeitsstörung**

- Prognose im allgemeinen mäßig
- meist niedrige Compliance
- Motivation hauptsächlich durch externe Faktoren (z.B. Haft erleichterung oder Bewährungsaufgabe)
- Rehabilitationsprogramme in Gefängnissen wenig effektiv
- bei Alkohol-/Drogenkonsum steht oftmals die Behandlung des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit im Vordergrund

### **Therapieinhalte und -ziele**

- Verbesserung der Frustrations- und Spannungstoleranz
- Etablierung moralischer Grundkategorien
- Entwicklung von Respekt anderen gegenüber (und nicht nur Orientierung am Eigeninteresse)
- längere Beibehaltung von Plänen
- Achtsamkeitstraining
- Verringerung des ruhelosen Suchens nach neuen Sensationen (z.B. durch Entspannungsübungen)
- Klärung rechtlicher Situationen
- **Verminderung des Risikos erneuter Gewalt- und Straftaten**

### **Rahmenbedingungen der Therapie**

1. Einschränkungen bei der Schweigepflicht gegenüber kooperierenden Institutionen oder der Justiz
2. Vorgehen beim Versäumen von Sitzungen
3. Einbeziehung zusätzlicher Informationsquellen
4. Aufsuchen des Probanden in seinem natürlichen Umfeld
5. Vorgehen bei Krisen, insbesondere Fremdgefahr
6. Bedingungen, unter denen einzelne Sitzungen nicht stattfinden (z.B. Proband ist intoxikiert)
7. Bedingungen

### **Therapiestudien**

- bislang überwiegend Studien mit KVT bei jugendlichen Patienten
- Wirksamkeit belegt
- günstig erscheint der Einbezug von Eltern in strukturierte Programme
- Beispiel für eine Therapiestudie: Olver et al. (2013)

### **Schuldfähigkeit**

strafrecht impliziert die Diagnose einer antisozialen PS nicht automatisch eine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit, sondern nur im Rahmen der Gesamtbetrachtung von Persönlichkeit, Lebensumständen und Tatkonstellation (dazu existieren Kriteriengruppen von Saß, 1987)

### **Therapeutische Beziehung bei der Behandlung antisozialer Persönlichkeitsstörungen**

Motive, sich in Behandlung zu begeben, oft fremdbestimmt (z.B. Druck des Jugendamts, gerichtliche Therapieauflagen, Aussicht auf Hafterleichterung)

⇒ daher Tendenz, den Therapeuten in die eigenen Ziele einzuspannen: (1) als Verbündeten gegen diejenigen, die die Therapie erzwungen haben, oder (2) als jemanden, der durch Parteinahme die eigenen Interessen unterstützt (z.B. Aussage vor Gericht)

⇒ daher oft vordergründig Übermaß an Einsicht, Veränderungsmotivation, devote Verhaltensmuster, jedoch kaum wirkliche Veränderungsbereitschaft

Therapeut sollte klarstellen, dass er nicht die Rolle eines Richters oder Schiedsrichters innehat, sich nicht auf Machtkämpfe einlassen

---

### **Therapie von Persönlichkeitsstörungen**

Allgemeine Vorgehensweisen nach Beck et al. (1993)

- 1) Diagnostik und Therapievereinbarungen
- 2) Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- 3) Verbesserung der psychosozialen Kompetenzen
- 4) Strukturierung des psychosozialen Umfelds
- 5) Bearbeitung dysfunktionaler Schemata und Verhaltensmuster
- 6) Generalisierung des Erlernten im sozialen Umfeld

### **S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)**

- Psychotherapie ist die Methodenwahl.
- Evidenzbasiert sind die kognitive Verhaltenstherapie und die psychodynamische Therapie.
- Pharmakotherapie zur Beeinflussung bestimmter Symptomcluster und begleitender Achse-I-Störungen.
- Störungsspezifische, manualisierte Ansätze liegen vor für die Borderline-, antisoziale und vermeidend-selbstunsichere PS; sie sind unspezifischen Verfahren überlegen.
- In der Therapie sind die folgenden Komponenten zu berücksichtigen:
  - Störungstypische Verhaltens- und Erlebensmuster
  - Individuelle Ausprägung dieser Muster
  - Komorbide Achse-I-Störungen
  - Komorbide somatische Störungen
  - Soziale Variablen.

### **Schulenübergreifende Problemanalyse (AWMF-Leitlinie)**

- Externe Bedingungen
- Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten
- Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten
- Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire
- Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster
- Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

## Kognitiv-behaviorale Veränderungsstrategien (AWMF-Leitlinie)

### 1 Externe Bedingungen

- Psychische Dekompensation oft ausgelöst durch externe Belastungsfaktoren (z.B. Trennung, Veränderung im Berufsleben, somatische Krankheit).
- Diese analysieren und objektivieren.
- Interventionsstrategien: Problemlösen, Kompetenzerwerb oder Akzeptanz.

### 2 Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen

- Im ersten Schritt entsprechende Automatismen identifizieren, im zweiten alternative Sichtweisen erproben.
- Die oft ich-syntonen Sichtweisen müssen vom Therapeuten aufgedeckt und einer kritischen Sichtweise zugänglich gemacht werden.
- Reflexionen über Entstehungsgeschichte und biografische Relevanz oft hilfreich.
- Kognitive Techniken: z.B. „... was bringt Ihnen diese Sichtweise?“ oder „... gäbe es noch andere Erklärungen für das Ereignis?“

### 3 Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster

- Übergeordnete Muster werden benannt und bearbeitet.
- Methoden des Aufdeckens: Verhaltensanalysen, Schema-Analysen, Plananalysen, verdeckte oder offene Induktionsmethoden.
- Methoden der Behandlung: Expositionsbasierte Veränderung, kognitive Umstrukturierung, Neuorganisation von Verstärkersystemen.

### 4 Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires: Ergänzung der üblichen Reaktionen (meist automatisiert, kurzfristig wirksam und selbstverstärkend) um weitere angemessene Verhaltensweisen.
- Methoden: Mentale Antizipation, Suche und Bewertung von Modellen, Verhaltensexperimente in sensu.

### 5 Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster

- Umsetzung der neuen Handlungsmöglichkeiten in das „reale Leben“.
- Methoden: Zunächst therapeutische Rollenspiele, dann (geplante und protokollierte) Verhaltensexperimente im Alltag.
- Anschließend Diskussion (Bewertung) von emotionalen Reaktionen und Reaktionen der Umgebung.

### 6 Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

- Auseinandersetzung mit neuen (irritierenden) Reaktionen anderer.
- Eventuell Einbindung sozialer Bezugspersonen in die Therapie, um das Zielverhalten zu stabilisieren.

## Therapeutische Beziehungsgestaltung (AWMF-Leitlinie)

**Phase 1:** Interaktionserwartungen (charakteristisch für die vorliegende PS) werden auf den Therapeuten gerichtet; der Patient erwartet, dass sich der Therapeut „schemakonform“ verhält  
⇒ komplementäre Beziehungsgestaltung

**Phase 2:** Nach abgeschlossenem Beziehungsaufbau beginnt der Therapeut, die dysfunktionalen Erwartungen zu irritieren und den Patienten zu neuen Erfahrungen und Verhaltensexperimenten anzuregen.

### **Pharmakologische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen**

Ansatzpunkte: [1] Behandlung eines abgrenzbaren Syndroms oder Verhaltensmusters (z.B. Affektlabilität ⇒ Lithium, Unruhe ⇒ sedierend); [2] Behandlung begleitender Achse-I-Störungen (z.B. Depression ⇒ Antidepressivum)

Borderline-PS: Tranquilizer oder Neuroleptika (z.B. bei akuten suizidalen Krisen, starker Gespanntheit, psychosenahen Symptomen); Lithium oder Carbamazepin (z.B. bei ausgeprägter affektiver Instabilität); Antidepressiva (z.B. bei depressiven oder angstbetonten Verstimmungen)

### **Reviews zur Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen**

Leichsenring F, Leibing E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. Am J Psychiatry, 160, 1223-1232.

Bateman AW, Fonagy P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br J Psychiatry, 177, 138-143.

Gabbard GO. (2000). Psychotherapy of personality disorders. J Psychother Pract Res, 9, 1-6.

Ogrodniczuk JS, Piper WE. (2001). Day treatment for personality disorders: a review of research findings. Harv Rev Psychiatry, 9, 105-117.

Perry JC, Banon E, Ianni F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. Am J Psychiatry, 156, 1312-1321.

Perry JC, Bond M. (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. In: Gunderson JG, Gabbard GO, Psychotherapy for personality disorders. Review of Psychiatry, pp. 1-31. Washington DC, American Psychiatric Publishing.

Sanislow CA, McGlashan TH. (1998). Treatment outcome of personality disorders. Can J Psychiatry, 43, 237-250.

Binks CA, Fenton M, McCarthy L, et al. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. CD005652.

### **Metaanalyse von Leichsenring & Leibing (2003)**

- Sowohl RCTs als auch naturalistische Studien einbezogen, die zwischen 1974 und 2001 publiziert wurden.
- 22 Studien ausgewählt; davon 3 mit direktem Vergleich CBT (kognitive Verhaltenstherapie) versus PDP (Psychodynamische Psychotherapie); es existierten nur 3 RCT-Studien für PDP und 5 RCT-Studien für CBT; daher für alle Studien nur Prä-Post-Effekte berechnet.
- Datenbasis: 14 Studien mit PDP (N = 417), 11 Studien mit CBT (N = 231); in mehr als der Hälfte der Studien wurden Borderline-PS behandelt.

⇒ Effektstärken der PDP: 1,46 insgesamt, 1,08 für Fragebogenmessungen und 1,79 für fremdbeurteilte Messungen

⇒ Effektstärken der CBT: 1,00 insgesamt, 1,20 für Fragebogenmessungen und 0,87 für fremdbeurteilte Messungen

⇒ **Eine direkte Vergleichbarkeit der Effektstärken ist nicht möglich, da Daten aus unterschiedlichen Studien stammen (unterschiedliche Aspekte der Therapien, Patientengruppen, Outcomemaßen)**

⇒ Drop-out-Raten: PDP 15%, CBT 17%

⇒ RCT-Studien: In allen Studien waren sowohl PDP als auch CBT den Kontrollbedingungen überlegen.

**Persönlichkeitsstörungen: Empfohlene Literatur**

Beck AT, Freeman A (1999). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen (4. Aufl.). Weinheim, PVU.

Lenzenweger MF, Clarkin J (2004). Major Theories of Personality Disorder. New York, Guilford.

Emmelkamp PMG, Kamphuis JH (2007). Personality Disorders. Hove, Psychology Press.

Fiedler P (2001). Persönlichkeitsstörungen (5. Aufl.). Weinheim, PVU.

Livesley WJ (Ed) (2001). Handbook of Personality Disorders. New York, Guilford.

Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE, Okasha A (Eds) (2005). Personality Disorders. Hoboken, Wiley.

Stone MH (2006). Personality-disordered Patients: Treatable and Untreatable. Washington DC, American Psychiatric Publishing.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003). Schema-focused Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford.

—— [Stand: SS 2015] ——