



Leseprobe aus Fiedler • Herpertz, Persönlichkeitsstörungen, ISBN 978-3-621-28893-4
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28893-4>

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
13.3.1	Therapieziele	252
13.3.2	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

13

Die Bedeutung des zukünftigen Domänen-Konzeptes der ICD-11 für Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

- 13.1 Therapieziel: ein funktionaler Persönlichkeitsstil
- 13.2 Lernen und Entwicklung zwischen Polaritäten
- 13.3 Auf der Suche nach funktionalen Persönlichkeitsstilen
- 13.4 Vom Umgang mit Widerständen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Wenn wir den Menschen so nehmen, wie er ist,
dann machen wir ihn schlechter.
Wenn wir ihn aber nehmen, wie er sein soll,
dann verhelfen wir ihn dazu, das zu werden,
was er werden kann.

Viktor Frankl

Wie bereits in → Abschn. 3.4 dargestellt, kommt mit der ICD-11 auf Diagnostiker und Therapeuten im Bereich der Persönlichkeitsstörungen eine große Veränderung zu. 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 Patienten zugrunde gelegt werden sollten. Welche interessanten und durchaus innovativen Möglichkeiten sich daraus für Psychotherapeuten ableiten lassen, das soll in diesem Kapitel dargestellt werden.

Da die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gem. ICD-10 und DSM-5 jedoch für eine Übergangszeit noch erhalten bleibt und auch die bisherige Forschung ja fast ausschließlich auf Grundlage der bisherigen Störungskategorien durchgeführt wurde, werden in den nachfolgenden Kapiteln dieses Buchteils IV die spezifischen Persönlichkeitsstörungen nach und nach vorgestellt. Auswahl und Anzahl der verschiedenen Störungen orientiert sich dazu an den aktuellen Versionen der Klassifikationssysteme ICD-10 (2. Aufl., 1993) und DSM-IV-TR (APA, 2000), wobei diese Version als »offizielles Diagnostikum« unverändert in das DSM-5 (dort in Sektion II) übernommen wurde. Gar nicht mehr vorhanden sind übrigens zwei Persönlichkeitsstörungen, deren Kriterien bis zum DSM-IV-TR noch im Forschungsanhang zu finden waren: die depressive und die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen. Da beide

Störungen auch nicht in der ICD-10 ausgearbeitet wurden, wird in dieser Monografie nicht mehr auf sie eingegangen. Wer sich näher mit beiden Störungsbereichen befassen möchte, sei auf die früheren Auflagen dieses Buches rückverwiesen.

13.1 Therapieziel: ein funktionaler Persönlichkeitsstil

Um die Vorteile des Trait-Domain-Konzepts prominenter Persönlichkeitsmerkmale in der ICD-11 für die Diagnostik und Behandlungsplanung zu illustrieren, werden wir auf das Polaritäten-Modell der Persönlichkeitsstile und -störungen von Millon (1981) zurückgreifen, wie dies in → Kapitel 6 vorgestellt wurde. Innerhalb dieses Modells gilt unser Augenmerk insbesondere den zwei bipolaren Hauptdimensionen

- ▶ der Strukturdimension mit den einander gegenüberliegenden Polen einer vernunftorientierten Selbstkontrolle sowie einer gefühlsorientierten Selbstaktualisierung;
- ▶ der Beziehungsdimension mit den einander gegenüberliegenden Polen eines selbstorientierten Autonomiebedürfnisses sowie einer objektorientierten Bindungsneigung.

Diese beiden Dimensionen erhalten hier deshalb eine besondere Bedeutung zugeschrieben, weil sie eine konzeptuelle Nähe zu den beiden ICD-11-Persönlichkeitsdimensionen des Selbst (der Identität und Selbstkontrolle) sowie der interpersonellen Beziehungen (mit Empathie, Nähe und Distanzierung) aufweisen. Wie jedoch bereits in → Kapitel 6 ausführlich begründet wurde, hat das Polaritäten-Modell von Millon erhebliche Vorteile gegenüber anderen Persönlichkeitskonzepten einschließlich jener Dimensionierung in der ICD-11. Denn die meisten anderen sind (wegen ihrer faktorenanalytisch generierten Dimensionen) vorrangig eindimensional angelegt. Zumeist reichen sie von »unauffällig« bis hin zu »erheblich gestört«. Und mit den zugrunde liegenden Fragebögen lässt sich bei Betroffenen immer nur ein Mehr oder Weniger finden – beispielsweise hinsichtlich eines zugrunde liegenden Neurotizismus oder Psychotizismus oder einer Introversion oder Rigidität jeweils als »Störung der Person« gemeint. Selbst mit der Struktur- bzw. Beziehungsdimension im ICD-11-Modell der Persönlichkeitsstörungen hat man sich nicht von einer eindimensionalen Persönlichkeitsbeurteilung freimachen können, wenngleich dort in der Tat der Blick weg von Negativ-Merkmalen hin auch auf Positiv-Merkmale einer dann »gesunden Person« ausgerichtet ist. Damit sind erfreulicherweise in Diagnosesystemen nach dem Alternativ-Modell des DSM-5 erstmals auch in der ICD-11 auch Ziele therapeutischer Einflussnahme angedeutet.

Dennoch bietet das bedürfnistheoretisch begründete Polaritäten-Modell von Millon entscheidende weitere Vorteile und erlaubt damit einen erheblichen Schritt über die DSM-5- bzw. ICD-11-Persönlichkeitsbeurteilung hinaus in Richtung auf die Entwicklung konkreter therapeutischer Ziele in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Des Weiteren wird nachfolgend auf Ergebnisse der Komorbiditätsforschung zurückgegriffen; dabei wird auf das mit Millons Ansatz begründete konzeptuelle Modell der Gleichzeitigkeitsdiagnosen der Persönlichkeitsstörungen der Entwicklung differenzieller Indikationsentscheidungen zugrunde gelegt (erstmalig begründet in → Kapitel 8 und

hier nochmals etwas umfänglicher mit Blick auf positive Aspekte persönlicher Stile dargestellt in → Abb. 13.1).

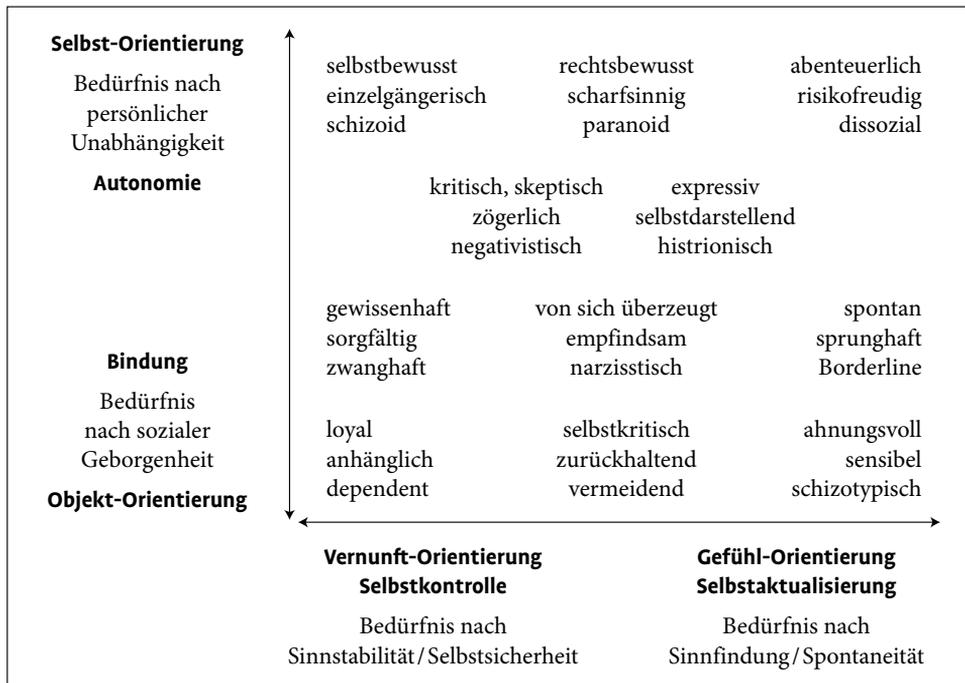


Abbildung 13.1 Verortung markanter Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen als sog. »Korbiditäten-Chart« im Polaritäten-Raum zwischen »Struktur« und »Beziehung« (Erläuterungen im Text)

13.2 Lernen und Entwicklung zwischen Polaritäten

Bevor in → Abschnitt 13.3 konkrete Indikationsüberlegungen mithilfe des Komorbiditätsmodells angestellt werden, folgen hier jetzt zunächst einige allgemeine Überlegungen, wie sich eine *normale* oder (besser:) *psychisch gesunde* Persönlichkeit mithilfe des Polaritäten-Modells beschreiben lässt. Denn eine Behandlung ungünstiger Persönlichkeitseigenarten und Interaktionsgewohnheiten kann nur gelingen, wenn an deren Stelle wünschenswerte Alternativen eingesetzt werden. Die nachfolgenden Überlegungen stellen deshalb zugleich erste Perspektiven dar, in welche Richtung therapeutische Zielüberlegungen gehen könnten.

Die bisherigen Beschreibungen des Polaritäten-Modells betonten die Möglichkeit, dass sich Menschen hinsichtlich der hier dargestellten *strukturellen* und/oder *interaktionellen* Bedürfnisse in ihrer Entwicklung ungünstig vereinseitigen können. Als psychisch gesund mit positiver Persönlichkeitsentwicklung wäre eine Person zu bezeichnen, die sich – je nach Lebenskontext und Lebensanforderung – aller Bedürfnisaspekte

bzw. Polaritäten der zwei ICD-11-Hauptachsen situationspezifisch und funktional bedient wird. Für beide Achsen sind in den unterschiedlichen Therapieschulen konzeptuelle Ausarbeitungen vorhanden. Als mögliche Zielkonstrukte dieser zwei Achsen sollen dazu die Bezeichnungen *sozial bezogene Autonomie* (dies mit Blick auf die Beziehungsdimension) und *erfahrungsoffene Selbstsicherheit* (dies mit Blick auf die Strukturdimension) eingeführt werden, dies nicht zuletzt deshalb, weil beide Bezeichnungen in den letzten Jahren zunehmend diskutiert und verwendet werden (vgl. Fiedler, 2003).

Sozial bezogene Autonomie

Eine psychisch gesunde Person wird mit Blick auf die Bindungsachse als Mensch mit sozial bezogener Autonomie bezeichnet. Diese Person wird dann, wenn es angemessen erscheint, mit großem Vertrauen in die *eigene* Bindungsfähigkeit und reflektiertem Vertrauen in die differenzielle Bindungsfähigkeit *anderer* Menschen mit Bedacht und klar bewusst zwischenmenschliche Beziehungen auswählen, eingehen und pflegen.

Unter bestimmten Bedingungen kann das Vertrauen in soziale Beziehungen so weit gehen, dass selbst Konformismus und Dependenz als Handlungsmuster *aktiv* gewählt werden, weil nur unter diesen Voraussetzungen die Durchsetzung von Zielen der sozialen Gruppierung, der man sein Vertrauen gibt, möglich wird.

Unter anderen kontextuellen Bedingungen und gegenüber anderen Menschen jedoch könnte die psychisch gesunde Person genau das Gegenteil – nämlich *Unabhängigkeit* und *zwischenmenschliche Distanz* – bevorzugen, wie z. B.: völlig auf sich allein gestellt handeln, mit berechtigtem Misstrauen gegenüber anderen keinerlei enge Beziehungen eingehen, sich vielleicht sogar eher von Kontakten bestimmter Art grundsätzlich und unbeeinflussbar fernhalten.

Würde die Person diese kritische Distanz beispielsweise gegenüber ideologisch fehlgeleiteten sozialen Gruppierungen oder gegenüber ganzen Volksgruppen vertreten, könnte sie innerhalb dieser Gruppierungen als schizoid, paranoid oder gar dissozial erscheinen – Attribute, die ihr von außerhalb dieser ideologisch verführten Gemeinschaften nicht zugeschrieben würden. Dort würde sie, wenn man sie kannte, vermutlich eher als unabhängig und integer angesehen.

Erfahrungsoffene Selbstsicherheit

Eine psychisch gesunde Person wird mit Blick auf die Strukturachse als Mensch mit erfahrungsoffener Selbstsicherheit bezeichnet. Als eine solche ist diese Person dadurch charakterisierbar, dass sie zur Anreicherung und Differenzierung ihres Selbstsystems über eine Offenheit für zwischenmenschliche emotionale Erfahrungen verfügt.

Eine psychisch gesunde Person wird sich in Offenheit erfordernden Situationen gelegentlich als risikobereit erweisen, indem sie sich spontan auf ihre Gefühle verlässt und diesen intuitiv mehr vertraut als bestehenden Vorurteilen oder Regeln. Unter wieder anderen Anforderungen wird diese Person jedoch ganzheitlich einem Bedürfnis nach Selbstsicherheit folgen und Selbstkontrolle als persönlichen Stil wählen. Sie wird sich selbstbestimmt und normorientiert nicht von Gefühlen leiten lassen, dies vielleicht deshalb nicht, weil eigene grundlegende Wertvorstellungen tangiert sind. In solchen Situationen mag diese Person von außen betrachtet zeitweilig sogar, wenn sie etwa für eigene

oder sozial berechnete Grundwerte vehement eintritt, als normorientiert, engstirnig und hochgradig rigide erscheinen.

Schließlich wird diese Person gleichermaßen gern, wenn ihr danach ist, bewusst in *Passivität* verfallen, wie sie sich situationsabhängig nicht scheut, *aktiv* und *gestaltend* am alltäglichen Leben teilzuhaben. Und sie wird ihrem *Wohlbefinden* wie ihrem *Schmerz-erleben* je nach spezifischer zwischenmenschlicher Konstellation den jeweils angemessenen Raum zu geben versuchen.

Flexibilität und Freiheitsgrade

Bezeichnend ist also, dass sich eine psychisch gesunde Person recht frei im Bedürfnisraum des Polaritäten-Modells situations- und anforderungsspezifisch hin und her bewegen kann.

- ▶ *Sozial bezogene Autonomie* bedeutet die Fähigkeit, klar zwischen sich selbst (und den eigenen Bedürfnissen) und anderen (und deren Bedürfnissen) zu unterscheiden.
- ▶ *Erfahrungsoffene Selbstsicherheit* bedeutet die gleichzeitig vorhandene Fähigkeit, auf elementare, intuitive Weise unterscheiden zu können, dass bestimmte Gedanken, Bedürfnisse, Lebensgrundsätze und Handlungsintentionen nur der Person selbst zu eigen sind und nicht von anderen stammen.

Und *beides* bedeutet zugleich, genau die Sicherheit anderer auch umgekehrt aus der Sicht der anderen Personen heraus verstehen zu können, als deren Gedanken, Bedürfnisse, Lebensperspektiven und Handlungsintentionen.

Wichtig ist natürlich, dass das Bedürfniskonzept über eine Person-Perspektive hinausreicht, da Bedürfnisse immer auch auf zwischenmenschliche und soziale wie gesellschaftliche Aspekte bezogen sind. Persönlichkeitsentwicklung ist immer sozial-gesellschaftlich ausgerichtet und determiniert. Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsabweichungen geraten zunehmend unter den Einfluss zwischenmenschlicher wie auch gesellschaftlicher Konflikte und sind entsprechend immer zugleich als Widerspiegelungen von sozialen und gesellschaftlichen Widersprüchlichkeiten zu verstehen und zu konzeptualisieren.

13.3 Auf der Suche nach funktionalen Persönlichkeitsstilen

Für eine psychisch gesunde Person ist also eine gewisse Flexibilität im Umgang mit den zuvor dargestellten Bedürfnisaspekten kennzeichnend. Typisch ist, dass sie fähig ist, sich persönliche Urteile über die Realität erfahrungsoffen zu erschließen (**Selbstaktualisierung**) und diese klar und unabhängig auszudrücken (**Autonomie**), dass sie weiter weiß, woran sie glauben soll, und dass sie klar mitteilen kann, welche Grundüberzeugungen ihrem Handeln zugrunde liegen (**Selbstkontrolle**), und sie entscheiden kann, welche Grundüberzeugungen zugunsten sozialer Geborgenheit und damit zugunsten anderer Grundüberzeugungen (z. B. solidarisch) zurückgestellt werden sollten (**Bindung**).

Die interpersonell bedeutsamen Bedürfnisaspekte stellen nicht nur für die gesunde Persönlichkeit grundlegende Orientierungsmöglichkeiten dar. Alle Polaritäten im Polaritäten-Modell (Bindung, Autonomie, Selbstsicherheit, Selbstaktualisierung) bieten

mit Blick auf die seelische Gesundheit in der Persönlichkeitsentfaltung und für die Behandlung persönlichkeitsgestörter Menschen interessante und bedenkenswerte therapeutische Ziele und Perspektiven. Auf die sich dabei eröffnenden Möglichkeiten für eine allgemeine Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen wird jetzt im Zusammenspiel des Konzeptes prominenter Persönlichkeitsstile (Domänen) in der ICD-11 mit dem Polaritäten-Modell eingegangen. Wir benutzen dazu die von der WHO im Internet (unter www.who.int/classifications/icd/en/ [27.05.2022]) publizierte vorläufige englischsprachige Domänen-Beschreibung in eigener Übersetzung. Bei der Angabe von Komorbiditäten der Persönlichkeitsstörungen untereinander sowie mit psychischen Störungen beziehen wir uns auf Forschungsergebnisse, wie sie in → Kapitel 8 dargestellt wurden (zu Gleichzeitigkeitsdiagnosen zwischen Persönlichkeitsstörungen und psychischen Störungen sei insbesondere auf die Übersicht in → Tab. 8.1 verwiesen).

13.3.1 Negative Affektivität (ICD-11: 6D11.0)

■ Übersicht

Zu den häufigen Erscheinungsformen der Negativen Affektivität gehören:

- ▶ **Erleben eines breiten Spektrums negativer Emotionen mit einer Häufigkeit und Intensität, die in keinem Verhältnis zur Situation steht.** Zu den gängigen negativen Emotionen gehören unter anderem Angst, Sorge, Depression, Verletzlichkeit, Furcht, Wut, Feindseligkeit, Schuld und Scham. Personen mit einem hohen Dissozialitätswert neigen eher zu »externalisierenden« negativen Emotionen (z. B. Wut, Feindseligkeit, Verachtung), während Personen mit einem hohen Distanziertheitswert eher zu »internalisierenden« negativen Emotionen neigen (z. B. Angst, Depression, Pessimismus, Schuld).
- ▶ **Emotionale Labilität und schlechte Emotionsregulierung.** Personen reagieren sowohl übermäßig auf ihre eigenen negativen Kognitionen als auch auf negative externe Ereignisse (z. B. Bedrohungen oder Kritik, Probleme und Rückschläge). Sie haben eine niedrige Frustrationstoleranz und regen sich schon bei geringfügigen Problemen sichtlich auf. Sie erleben und zeigen oft mehrere Emotionen gleichzeitig oder schwanken innerhalb kurzer Zeit zwischen verschiedenen Emotionen hin und her. Wenn sie sich einmal aufgeregt haben, fällt es ihnen schwer, ihre Fassung wiederzuerlangen.
- ▶ **Negativistische Einstellungen.** Personen lehnen die Vorschläge oder Ratschläge anderer mit dem Argument ab, dass die Umsetzung deren Ideen zu schwierig wäre oder dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit negative Folgen haben würden. Dabei kann die Schuld dafür sowohl sich selbst als auch anderen gegeben werden.
- ▶ **Geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.** Personen können auf verschiedene Weise ein geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen zeigen. Dazu ge-