

Persönlichkeitsstörungen

Begriffsgeschichte und aktuelle Diagnostik

Paul Hoff

Persönlichkeitsstörungen sind nicht einfach nur «Krankheiten» im engeren medizinischen Sinn. Vielmehr geht es hier um ein besonders komplexes Gebiet der Psychiatrie, das oft genug Anlass zu diagnostischen und wissenschaftlichen Kontroversen gibt. Der folgende Beitrag umreißt die Entwicklungslinien des Konzepts der «Persönlichkeitsstörung» vom 19. Jahrhundert bis zur aktuellen kriteriengeleiteten Diagnostik nach ICD-10 und DSM IV und hebt Möglichkeiten sowie Grenzen einzelner Ansätze hervor.

Die psychiatrische Diagnostik ist von grösseren methodischen Problemen betroffen als diejenige in anderen medizinischen Disziplinen (Hoff 2005). Neben der medizinischen Information transportieren psychiatrische Diagnosen oft auch erhebliche negative Untertöne. Erinnert sei an das stigmatisierende Potenzial der Diagnose Schizophrenie. Doch stellen sich diese Fragen bei den Persönlichkeitsstörungen in mindestens gleicher Schärfe: Hier nämlich kulminieren geradezu die Schwierigkeiten, die immer dann auftreten, wenn psychische Gesundheit möglichst präzise von psychischer Krankheit unterschieden werden soll, wenn die eine psychische Störung von der anderen zu differenzieren oder wenn zu entscheiden ist, ab welchem Schweregrad eine psychische Störung *behandlungsbedürftig* oder gar – bis hin zur per Rechtstitel erzwungenen Behandlung – *behandlungspflichtig* ist.

Ausgesprochen heterogene Fachtermini, die aber Ähnliches meinen, begleiten die Debatte von 1800 bis heute: «Psychopathie», «Charakteropathie», «Soziopathie», «Kernneurose», «neurotischer Charakter», «Persönlichkeitsstörung», um nur einige zu nennen (Sass 2000).

Von welcher Gruppe von Personen ist die Rede? Im Kern geht es um Menschen, bei denen zwar *keine* eklatante und akute Störung grundlegender psychischer Funktionen vorliegt, also etwa keine Verwirrtheit, kein manifester Wahn, keine situationsinadäquate Verstimmung. Jedoch bestehen dauerhafte Auffälligkeiten im Bereich der *Persönlichkeit*. Diese wird verstanden als Summe aller psychischen

Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften, die dem einzelnen Menschen seine unverwechselbare, zeitlich stabile Individualität verleihen. Betroffen sind so unterschiedliche psychische Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Affektivität und Willensbildung sowie, als Resultante, die gesamte soziale Beziehungsgestaltung. Jenseits blosser individueller Akzentuierung, die sich bei jedem Menschen findet, wird von einer *Persönlichkeitsstörung* dann gesprochen, wenn entweder der Grad der Ausprägung und/oder die individuelle Ausgestaltung der Symptomatik zu erheblichem subjektivem Leid führen und/oder nachhaltige Probleme im sozialen Umfeld hervorrufen. Nicht selten besteht all dies jahrzehntelang und prägt geradezu das Leben der betreffenden Person.

«Persönlichkeit» ist die Summe aller psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften eines Menschen, die jedem Einzelnen seine unverwechselbare, zeitlich stabile Individualität verleihen.

Begriffsgeschichte

Frühe Konzepte zu Beginn des 19. Jahrhunderts stammen aus Frankreich: Mit dem diagnostischen Begriff «Manie sans délire» bezeichnete Philippe Pinel (1809) Personen mit gestörter affektiver Regulation bei weitgehend unauffälligen kognitiven Fähigkeiten. In seinen ätiologischen Überlegungen widerspiegelt sich bereits die heute noch aktuelle Kontroverse um die jeweilige Bedeutung anlagebedingter und im Lauf des Lebens erworbener Eigenschaften. J.E.D. Esquirol (1838) vertrat wenige Jahrzehnte später die Lehre von den «Monomanien». Damit adressierte er ebenfalls Auffälligkeiten der Affektivität oder der Willensbildung bei ansonsten ungestörten kognitiven Funktionen, etwa im Sinne einer übersteigerten Impulsivität, die dann zu eng umgrenzten, eben «monomanen» Störungen wie «Kleptomanie» oder «Pyromanie» führen könne.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gewann zunächst in Frankreich, dann im gesamten westlichen Kulturkreis die Degenerationslehre zunehmend an Einfluss, übrigens keineswegs nur im medizinischen Kontext (Chamberlin und Gilman 1985, Hermle 1986). Psychische Störungen einschliesslich der Persönlichkeitsstörungen wurden als Ausdruck einer von Generation zu Generation zunehmenden krankhaften Abweichung von der Norm aufgefasst, kurz eben «Degeneration» oder «Entartung» genannt. Erbliche Faktoren wurden ebenso angeschuldigt wie ungünstige Lebenserfahrungen auf dem Hintergrund persönlicher Defizite in der sozialen Kommunikation. Als besonders fatal – mit Blick auf die spätere nationalsozialistische Pervertierung der Psychiatrie – hat sich die Verbindung von Degenerationslehre, Eugenik, «Rassenhygiene» und Sozialdarwinismus im frühen 20. Jahrhundert erwiesen.

Im deutschen Sprachraum belegt die Monografie von J.C.A. Koch über die «Psychopathischen Minderwertigkeiten» (1891–1893) paradigmatisch die heikle Verknüpfung von klinischer Psychopathologie und Degenerationslehre: In seiner Typologie ging es eben nicht nur um eine faktenbezogene medizinische Diagnose, sondern auch, und zwar drastisch, um soziale Bewertung («Minderwertigkeit»). Nun ist dies keineswegs «nur» von historischem Interesse: *Jede Art* von psychiatrischer Diagnose kämpft mit einem unauflösbaren Spannungsfeld zwischen empirischer Tatsachenfeststellung, subjektivem Erleben und bewertender Aussage (Hoff 2006).

Noch im 19. Jahrhundert entwarf der englische Psychiater J.C. Prichard (1835) das Konzept der «moral insanity», des «moralischen Irreseins». Wiederum waren Personen gemeint, die eben nicht, wie die Psychosekranken, durch krasse Verkennungen der Realität auffielen, sondern durch extreme, egoistische oder in sonstiger Weise grob auffällige Einstellungen und Verhaltensweisen. Im 20. Jahrhundert hat H. Cleckley (1976) in seiner einflussreichen Monografie «The Mask of Sanity» derartige «psychopathische Persönlichkeiten» durch ihr gravierend antisoziales Verhalten charakterisiert, ohne dass sonst eine psychische Erkrankung erkennbar gewesen wäre, etwa eine Psychose, neurotische Fehlentwicklung oder intellektuelle Behinderung. Denselben Ansatz finden wir in der heute vor allem in der forensischen Psychiatrie sehr einflussreichen Psychopathiekonzeption von R.D. Hare (1970).

Wesentliche Wurzeln des heutigen Verständnisses von Persönlichkeitsstörungen finden sich bei Emil Kraepelin, dessen Lehrbuch der Psychiatrie von 1883 bis 1927 in 9 Auflagen erschien. Bezugnehmend auf Kochs Monografie, auch was den hohen Stellenwert der Degenerationslehre betrifft, arbeitete er in der 8. Auflage (1909–1915) 7 Prägnanztypen «psychopathischer Persönlichkeiten» heraus. Später folgten der konstitutionstypologische Entwurf von Ernst Kretschmer (1921), systematische Typenlehren wie bei Eugen Kahn (1928) oder Reaktionstypologien wie diejenige von Gottfried Ewald (1924).

Kurt Schneider, der Heidelberger Psychiater und Psychopathologe, hat in der psychiatrischen Diagnostik generell, speziell aber in der Erfassung von Persönlichkeitszügen und -störungen, Massstäbe gesetzt. Für ihn ging es in diesem schwierigen Gebiet zunächst einmal um die differenzierte deskriptive Beschreibung ohne implizite (oder gar explizite) moralische Bewertung. Für Kurt Schneider waren *abnorme Persönlichkeiten* Variationen einer zwar nicht genau bestimmbar, aber sozial wirksamen Durchschnittsbreite menschlichen Erlebens und Verhaltens. Von diesen unterschied er die *psychopathischen Persönlichkeiten*: Sie seien dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen selbst oder die sie umgebende Gesellschaft unter ihrer Abnormität leiden. Er nannte folgende Typen: hyperthyme, depressive, selbstunsichere (einschliesslich der ängstlichen und zwanghaften), fanatische, geltungsbedürftige, stimmungslabile, explosible, gemütlöse, willenlose und asthenische Persönlichkeiten (Schneider 1950, 1967).

Besonderer Erwähnung bedarf die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Diagnose zeigt die Komplexität und Konflikträchtigkeit vieler tragender psychiatrischer Begriffe besonders klar (Herpertz und Sass 2000). In der wechselvollen Geschichte dieser «Grenzerkrankung» wurde sie zum einen als Verdünnungsform schizophrener Erkrankungen verstanden, was sich in den aktuellen Diagnosemanualen bis in den Bereich der schizotypen Störung (ICD-10) beziehungsweise schizotypischen Persönlichkeitsstörung (DSM IV) verfolgen lässt, zum anderen rückte die Borderline-Störung als emotional instabiler Zustand eher in die Nähe der affektiven Erkrankungen. Dies steht in der Tradition von Emil Kraepelin,



Geisteskrankheit (Federzeichnung; erschienen in Imago 1913 als Illustration zu einem Artikel über die Bildung künstlerischer Inspiration von Dr. Pfister aus Zürich)

der von «konstitutionellen Verstimmungen» gesprochen hatte. Eine weitere Strömung fasste das Borderline-Gebiet vorwiegend als Störung der Impulskontrolle auf, was historisch auf die Monomanienlehre Esquirols verweist. Und schliesslich wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig auch mit der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung gebracht, wobei die ätiologische Bedeutung gravierender psychischer Traumata in der Kindheit hervorgehoben wird.

Aktuelle Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM IV

Die Reliabilität der gesamten psychiatrischen Diagnostik hat durch die Einführung operationalisierter Kriterien markant gewonnen. Dies geschah beim Wechsel von der ICD-9 zur ICD-10 (WHO 1991) ebenso wie es in der aktuellen Fassung des entsprechenden amerikanischen Manuals DSM IV praktiziert wird (APA 2000). In die gleiche Richtung zielen spezielle Interview- und Erhebungstechniken (vgl. Loranger et al. 1994). Gleichwohl darf man von einer solchen kriteriengeleiteten Diagnostik gerade mit Blick auf komplexe psychopathologische Sachverhalte oder biografische (Fehl-)Entwicklungen nicht zu viel erwarten: Eine höhere Reliabilität wird mitunter nämlich durch Kriterien erkaufte, die zwar auf den ersten Blick klar erscheinen, in Anbetracht der abzubildenden komplexen Phänomene wie Persönlichkeitszüge und deren Dynamik im gesamten Lebenslauf aber auch rasch an ihre Grenzen stossen. Und dennoch: Auch in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist der Ansatz von ICD-10 und DSM IV, nämlich die deskriptive Annäherung an

psychopathologische Phänomene ohne starke (und oft implizite) theoretische Vorannahmen zur Verursachung und ohne stigmatisierende soziale Werturteile, zu begrüssen. Dieses Ziel hatte bereits Kurt Schneider verfolgt, wenn auch mit anderer Begrifflichkeit, was ihn zu einem bedeutenden Vorläufer der heutigen psychiatrischen Diagnostik werden lässt.

Um von einer Persönlichkeitsstörung – und nicht nur von einer *akzentuierten* Persönlichkeit – zu sprechen, bedarf es einer erheblichen und dauerhaften negativen Auswirkung der psychopathologischen Auffälligkeiten auf die Lebensgestaltung der betreffenden Person, etwa wenn ständig drastische Konflikte auftreten, wenn ein eigenbrötlerisch-misstrauischer Rückzug stattfindet oder eine ausgeprägte emotionale Instabilität den Aufbau tragfähiger interpersonaler Beziehungen verhindert. Von hoher praktischer Relevanz ist dieses Kriterium deswegen, weil es verhindert, dass individuelle Akzente der Persönlichkeitsbildung, die weder besonders markant sind noch, wenn überhaupt, zu wesentlichem Leidensdruck führen, schon ausreichen, um die gravierende Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu begründen.

In der ICD-10 sind deswegen Persönlichkeitsstörungen konsequenterweise charakterisiert durch «tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. ... (Es gebe) deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. ... (Persönlichkeitsstörungen) beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an.» (WHO 1991)

Im Einzelnen werden in der ICD-10-Gruppe F60 folgende spezifische Störungen unterschieden: *paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische, anankastische, ängstliche (vermeidende), abhängige* sowie, als Restkategorien, *sonstige spezifische und nicht näher bezeichnete* Persönlichkeitsstörung. Diese Vielfalt schafft aber auch ein spezielles Problem, nämlich die symptomatische Überlapung verschiedener Kategorien, was zu multiplen Diagnosen mit fraglicher klinischer Aussagekraft führen kann. Ein solcher Fall liegt etwa vor, wenn eine Person gleichzeitig die diagnostischen Kriterien der ängstlichen, zwanghaften und dependenten Persönlichkeitsstörung erfüllt. In der Diskussion, ob es überhaupt sinnvoll sei, distinkte Persönlichkeitsstörungen als klare nosologische Einheiten voneinander abzugrenzen oder ob nicht vielmehr ein fließendes Kontinuum anzunehmen sei, neigt sich die Waagschale in jüngerer Zeit immer mehr in Richtung Kontinuum.

Persönlichkeitsstörungen sind hoch komplexe diagnostische Konstrukte, die immer wieder kritisch hinterfragt werden müssen.

Zusammenfassung

Die Diagnostik (und auch die Therapie) von Persönlichkeitsstörungen ist ein besonders komplexes und herausforderndes Gebiet der Psychiatrie: Denn zum einen bezieht diese Diagnose nicht nur den Querschnittsbefund ein, sondern die gesamte biografische Entwicklung einer Person, was methodisch ausserordentlich anspruchsvoll ist, und zum anderen beobachten wir fließende Übergänge von massiv gestörten über leicht akzentuierte Persönlichkeiten bis hin zu der –

bekanntlich nicht unerheblichen – normalen Bandbreite menschlichen Erlebens und Verhaltens. Nicht zu unterschätzen ist das Risiko, durch eine vermeintlich eindeutige, sich gar als naturgesetzlich legitimiert verstehende psychiatrische Diagnostik im sozialen Bereich, medizinische Grenzlinien an Stellen zu ziehen, wo sie wissenschaftlich nicht begründbar sind. Dadurch können erhebliche Stigmatisierungseffekte generiert werden. Nun gilt dieses Argument im Prinzip für jede psychiatrische Diagnose, doch entwickeln Debatten um die Persönlichkeitsstörungen oft eine besondere Brisanz, vor allem, aber nicht nur, im Kontext der strafrechtlichen Begutachtung (Hoff und Sass, im Druck).

Die Einführung deskriptiv ausgerichteter Kriterien und Algorithmen auch zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen in den Manualen ICD-10 und DSM IV hat zu einer besseren Praktikabilität, Reliabilität und wissenschaftlichen wie forensischen Anwendbarkeit der entsprechenden Diagnosen geführt. Doch wäre es eine Illusion zu glauben, alleine trennschärfere psychopathologische Begriffe könnten die immanenten methodischen Probleme beseitigen. Nach wie vor bedarf es zur Befunderhebung, diagnostischen Einordnung und forensischen Begutachtung bei Persönlichkeitsstörungen in erster Linie einer sorgfältigen psychopathologischen Untersuchung, die ausdrücklich die nur schwer operationalisierbaren, komplexen Bereiche des Befunds einbezieht.

Bei jeder Art von psychiatrischer Diagnostik arbeiten wir mit sprachlich verfassten, begrifflichen Konstrukten und nicht mit naturgesetzlich eindeutig vorgegebenen biologischen Entitäten. Hier liegt das praxisrelevante Risiko einer unkritischen Verdinglichung beziehungsweise *Reifizierung* psychiatrischer Diagnosen, speziell auch im Falle der Persönlichkeitsstörungen: Reifizierung würde etwa bedeuten, eine «paranoide Persönlichkeitsstörung» als eindeutige, gar biologisch abgrenzbare Krankheitseinheit misszuverstehen, die vom Untersucher objektiv abgebildet wird, quasi wie in einem Röntgenbild. Störungen der Persönlichkeit sind aber hoch komplexe und daher immer wieder kritisch zu hinterfragende diagnostische Konstrukte. Selbstverständlich soll eine derartige Einschränkung nicht zu einer Verunsicherung im diagnostischen (und damit auch im therapeutischen) Prozess führen. Vielmehr geht es um den Respekt vor der Komplexität des Gegenstands, bei dem es sich immerhin um die *Persönlichkeit eines Individuums in ihrer Entwicklung über die gesamte bisherige Lebensspanne* handelt. ♦



Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31, Postfach 1931
8032 Zürich

Interessenskonflikte: keine

Die Literaturliste ist in der Onlinefassung zu finden:
www.rosenfluh.ch/2009/psychiatrie-neurologie-nr.-04.2009.html