

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Psychopathie – abnorme Persönlichkeit – abnorme Persönlichkeitsentwicklung – psychopathische Entwicklung – psychopathische Persönlichkeit – dissoziale Persönlichkeit – Soziopathie – Charakterneurose u.a.

Kapitel 1: Allgemeiner Überblick (1)

Was ein Psychopath ist, glauben die meisten zu kennen – bis sie aufgefordert werden dieses Krankheitsbild näher zu erläutern. Dann wird es schon enger: „Irgendetwas negatives. Fast schon ein Schimpfwort. Auf jeden Fall ein belastender, wenn nicht gar bedrohlicher Charakter. Das ist nicht falsch, aber auch nur die halbe Wahrheit – wie so oft bei seelischen Störungen. Allerdings kann man sich in der Allgemeinheit damit trösten, dass sich auch die Ärzte und Psychologen, ja sogar die dafür zuständigen Psychiater über die Psychopathien nie einig waren und selbst heute noch nicht sind. Auch wenn man den Begriff „Psychopathie“ inzwischen zu löschen und durch *Persönlichkeitsstörungen* zu ersetzen versucht.

Das hat allerdings nichts mit wissenschaftlicher Unfähigkeit zu tun. Es beweist lediglich: Hier handelt es sich um ein überaus komplexes und vor allem vielschichtiges Krankheitsbild, geprägt durch Erbanlagen und damit vorgegebener Wesensart, durch frühkindliche Entwicklung, Erziehung und durch die Wechselwirkung zwischen einem offensichtlich problematischen Charakter und der Reaktion seiner Umgebung, die erwartungsgemäß nicht ausbleiben und das Verhältnis für den Rest des Lebens spannungsreich zu gestalten pflegt.

Was diskutierte man früher, was diagnostiziert man heute für Persönlichkeitsstörungen, wo liegen ihre Ursachen, Hintergründe und psychosozialen Folgen und vor allem: kann man überhaupt etwas tun, wenn der Betroffene bereits durch eine offensichtlich negativ-prägende Lebensgrundlage vorbelastet ist?

Erwähnte Fachbegriffe:

Persönlichkeitsstörungen – Psychopathie – abnorme Persönlichkeit –
 abnorme Persönlichkeitsentwicklung – psychopathische Entwicklung –
 psychopathische Persönlichkeit – dissoziale Persönlichkeit – Soziopathie –
 Charakterneurose – Persönlichkeit – Temperament – Charakter – Intellekt –
 Psychopathologie – Nosologie – Ätiologie - Krankheitslehre – anankastisch-
 asthenisch – autistisch – dysphorisch – fanatisch – gemütlos – geltungssüchtig
 – haltlos – hyperthym – hypochondrisch – hypothym – paranoid – querulato-
 risch – schizoid – selbstunsicher – stimmungslabil – streitsüchtig – depressiv –
 zwanghaft – erregbar – triebhaft – sexuell pervers – hysterisch – verschroben
 – grenzwertige Persönlichkeit – Psychose – Geisteskrankheit – Schizophrenie
 – Neurosenlehre – kriminelle Energie – akzentuierte Persönlichkeit – exzent-
 risch – Extraversion – Neurotizismus – Psychotizismus – Dominanz – Selbst-
 behauptung – Affekt – emotionale Labilität – Aggressivität – hyperthyme
 Psychopathie – zylothyme Psychopathie – zyloide Psychopathie – schizo-
 typische Persönlichkeitsstörung – schizophrene Psychose – Schizophrenia
 simplex – latente Schizophrenie – asthenische Psychopathie – überdauernde
 Eigenschaften – traits - kindliche Traumatisierung – biographische Entwick-
 lung – Symptom-Neurose – Charakter-Neurose – Kern-Neurose – Alkoholism-
 us – Nikotinmissbrauch – Rauschdrogenkonsum – frühkindliche Hirnschädi-
 gung – paranoide Persönlichkeitsstörung – wahnhaftige Persönlichkeitsstörung
 – Freund-Feind-Denken – fanatisch-querulatorische Reaktionsweise –
 schizoide Persönlichkeitsstörung – schizotypische Persönlichkeitsstörung –
 antisoziale Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung –
 histrionische Persönlichkeitsstörung – hysterische Persönlichkeitsstörung –
 hysteroide Dysphorie – narzisstische Persönlichkeitsstörung – vermeidend-
 selbstunsichere Persönlichkeitsstörung – dependente Persönlichkeitsstörung –
 zwanghafte Persönlichkeitsstörung – spezifische Persönlichkeitsstörungen –
 depressive Persönlichkeitsstörung – passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung
 – Psychotherapie – Soziotherapie – Pharmakotherapie – psychagogische
 Behandlung – pädagogische Betreuung – Selbstbestrafung – Internalisierung
 – Externalisierung – Paar-Gespräche – Gruppentherapie – Beispiel-Lernen –
 Feed-back – Verhaltenstherapie – Psychoanalyse – tiefenpsychologisch
 orientierte Psychotherapie – Besserungseinrichtungen – Vollzugsanstalten –
 forensische Psychiatrie – Gesamt-Behandlungsplan – Konditionierungsverfah-
 ren – dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) – Problemlösetraining – Fertig-
 keitstraining – Emotionsexposition – Kontingenzmanagement – kognitive
 Techniken – Einzeltherapie – Rollenspiele – Desensibilisierungs-Techniken –
 Psychopharmaka – Antidepressiva – SSRI-Antidepressiva – Neuroleptika –
 Tranquilizer – Beruhigungsmittel – Selbstgefährdung – Fremdgefährdung –
 Suizidgefahr – aggressive Durchbrüche – Gewalttaten – Suchtgefahr – u.a.m.

„Er ist halt ein Psychopath!“ Diesen Vorwurf hat fast jeder schon einmal gehört – ohne recht zu wissen, was man sich unter einer solchen Charakter vorzustellen hat. Negativ auf jeden Fall, aber was im Einzelnen: partnerschaftlich, nachbarschaftlich, beruflich, finanziell, in krimineller Hinsicht oder?

Manchmal sind es auch (zwiespältige) Persönlichkeiten, die durchaus Leistung zeigen, beispielsweise „beinharte“ bis rücksichtslose Typen, denen man trotz aller Bedenken oder gar Wut einen gewissen Respekt nicht verwehren kann. Es kann sich also nicht (nur) um ein intellektuelles Defizit handeln (Stichwort: „geistesschwacher Triebtäter“). Vielleicht ist damit mehr die moralische Seite gemeint. Aber dann behaupten die Fachleute, es gebe auch das Gegenteil von dominant-herrsüchtigen bis moralisch grenzwertigen Naturen, nämlich passive, asthenische (kraftlose), ja selbstunsichere, alles vermeidende, hilflos bis abhängig wirkende Menschen mit einer entsprechenden Psychopathie-Diagnose. Bei solchen eher bedauernswerten und Mitleid erregenden „Opfern ihrer Wesensart“ lässt sich der Begriff „Psychopathie“ dann nicht mehr gut als Schimpfwort oder zumindest negativ wertend ge- bzw. missbrauchen.

Noch schwieriger wird es, wenn man die Biographien, die Lebensgeschichten der Großen dieser Welt aus Politik, Militär, Kunst, Wissenschaft und auch eine Reihe erfolgreicher Herrscher durchforstet. Das liest sich stellenweise wie die reine „Psychopathologie“, also die Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens (siehe auch das Kapitel *Macht und seelische Störungen*). Sind also psychopathische Züge nur lästig, negativ, aus humanitärer Sicht minderwertig? Erwachsen daraus nur missgestimmte, unbeherrschte, leicht erregbare, geltungssüchtige, gemütlose, fanatische, querulatorische oder wahnhaftige Krankheitszüge? Oder sind die Psychopathen tatsächlich das „Salz der Erde“ bzw. der zwar bittere, aber unerlässliche Stimulus der verschiedenen Epochen und Gesellschaftsstrukturen?

„Psychopathie“ – die große Unbekannte“, das „erstaunliche Phänomen“ im weiten Charakter-Spektrum der Menschheit, der begründete Anlass zu Sorge oder gar Furcht, die Ursache von Not und Unglück, aber eben auch der unfassbare Repräsentant überdurchschnittlicher Leistungen, im Schlechten verdammt, im Positiven bejubelt (man denke nur an erfolgreiche Revolutionäre, die sich nach Erreichen ihres positiven Ziels, z. B. dem Sturz einer Diktatur dann aber selber nicht mehr im demokratischen Leben zurecht finden konnten, bis hin zu Ausweisung oder Verurteilung).

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zum Thema Persönlichkeitsstörung (moderner Begriff) oder Psychopathie, abnorme Persönlichkeit, dissoziale, antisoziale, soziopathische Persönlichkeit u.a. (frühere Fachbegriffe). Und zwar zuerst als Übersichts-Kapitel, ergänzt durch spezifische Beiträge zu den einzelnen Formen der Persönlichkeitsstörung, wie sie heute klassifiziert, diagnostiziert und therapiert werden.

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN, DAS „UNBEKANNTE“ KRANKHEITSBILD

„Persönlichkeitsstörungen, das unbekannte Krankheitsbild“ lautet der provozierende Zwischentitel. Denn unbekannt können diese Menschen nicht (geblieben) sein, dafür sind sie zu auffällig, zu lästig bis bedrängend, ja u. U. bedrohlich bis gefährlich (die Mehrzahl der forensischen Patienten im Maßregelvollzug der Psychiatrie, also die zur stationären Behandlung rechtskräftig verurteilten seelisch Kranken mit oft gesellschaftsrisikanten Leiden sind Persönlichkeitsstörungen!)

Und selten sind sie auch nicht: Die Häufigkeit von Personen mit auffälliger Persönlichkeitsstruktur beträgt in der unausgelesenen Allgemeinbevölkerung nach Angaben sowohl deutscher als auch US-amerikanischer Studien knapp zehn Prozent. D. h. im deutschsprachigen Bereich leben mehr als zehn Millionen Psychopathen bzw. Persönlichkeitsstörungen unter uns.

Allerdings soll schon hier diesen beunruhigenden Aussagen die scheinbare Bedrohlichkeit genommen werden. Denn Persönlichkeitsstörung heißt ja nicht nur reizbar, haltlos, fanatisch und aggressiv, sondern auch krankhaft ängstlich, zurückgezogen, vermeidend, matt, zwanghaft u. a. Wenn man das breite Spektrum der Wesensmerkmale von aggressiv-gewalttätig bis ängstlich-zurückgezogen mit entsprechenden Schwerpunkten darzustellen versucht, dann sind die beunruhigenden, weil aggressiven Wesensmerkmale bei weitem in der Minderheit, die so genannten ängstlich-vermeidenden und gemütsmäßig instabilen Persönlichkeitsstörungen dafür am häufigsten, und die tun ja bekanntlich niemandem etwas (Einzelheiten siehe später).

Das verwunderliche Stichwort „unbekannt“ muss also einen anderen Grund haben und wird auch besser umschrieben mit den Begriffen: schwer eingrenzbar, nicht exakt definierbar, kaum einheitlich klassifizierbar oder kurz:

Die Persönlichkeitsstörungen dürften jene seelischen Krankheitsbilder sein, die das breiteste Leidensspektrum, die erstaunlichste Vielfalt und damit auch die größten Gegensätze in seelischer und psychosozialer Hinsicht in sich vereinen.

Deshalb ist man auch heute noch nicht zu einem einheitlichen, vor allem weltweit und allseits anerkannten Klassifikationssystem gelangt, auch wenn die wichtigsten Institutionen (siehe unten) ständig an einer möglichst vergleichbaren Übereinkunft arbeiten.

Auch muss man wissen, dass die Persönlichkeitsstörungen trotz ihrer enormen Bedeutung in Allgemeinheit, Klinik und Praxis bis in die 80er Jahre ein wissenschaftlich und vor allem diagnostisch und therapeutisch unterentwickeltes Gebiet darstellten. Das hat sich inzwischen geändert, vor allem durch die Bemühungen der Psychiatrischen Amerikanischen Vereinigung (APA), den

weltweit stärksten Psychiatrie-Verband mit seinem Standard-Lehrbuch Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störung in 4. Auflage (DSM-IV) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.

Dabei galt und gilt es noch immer vor allem die plötzlich anflutende Forschungs- und Publikationstätigkeit in der ganzen Welt zu kanalisieren. Denn auch die Menge an theoretischen Konzeptionen und therapeutischen Ansätzen ist inzwischen so groß geworden, dass heute eine exakte Gliederung in diesem ohnehin ausgesprochen vielfältigen Feld immer schwieriger wird. Dazu kommen erschwerend die terminologischen und konzeptionellen Unterschiede, oder auf deutsch: Eine Vielzahl von Fachbegriffen, die teils das gleiche, häufig nur einen Teil Gemeinsames und manchmal sogar ganz Unterschiedliches beschreiben, von den bisweilen erheblich abweichenden Theorien zu Ursache, Krankheitsverlauf und damit Diagnose und Therapie ganz zu schweigen. Das heißt aber auch:

Ein übergreifendes Erklärungsmodell zu den Persönlichkeitsstörungen (und früher so genannten Psychopathien) ist zur Zeit nicht in Sicht. Insofern lassen sich auch nachfolgende Überlegungen nur als derzeit diskutierte Hinweise nutzen und können morgen schon überholt sein, je nachdem, auf was sich die oben erwähnten Institutionen inzwischen geeinigt haben (könnten).

Historische Aspekte

Deshalb soll in diesen Ausführungen auch nicht auf die psychiatrie- bzw. neurosen-psychologisch an sich interessanten Entwicklungen und die damit verbundenen wissenschaftlichen Meinungsverschiedenheiten, fachlichen Auseinandersetzungen und theoretischen Streitgespräche eingegangen werden, die gerade dieses Gebiet charakterisieren. Denn hier fließen verschiedene Krankheitsebenen ineinander, insbesondere die

- Neurosen mit ihrer stärker lebensgeschichtlichen Betonung und die
- früher so genannten Psychopathien mit ihren eher konstitutionell angelegten sozialen Schwächen sowie
- die historischen Konzepte der einzelnen Gründer wichtiger psychiatrischer und psychologischer Schulen, die zu diesem Thema Stellung genommen haben (Namensbeispiele: Pinel, Magnan, Koch, Kraepelin, K. Schneider, S. und A. Freud, Reich, Alexander u.a.).

Eines aber war schon früher allen klar und macht die Sache auch heute nicht leichter: Gerade bei den Persönlichkeitsanomalien besteht eine oft nur schwer absteckbare und häufig sogar fließende Grenze zur psychischen Gesundheit einerseits und offensichtlich geistig-seelischen Erkrankung andererseits. Oder etwas schlicht ausgedrückt: In keinem Gebiet der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie könnte es einerseits so, andererseits aber auch ganz

anders sein – und niemand weiß letztlich, wessen Konzepte sich am abge-
sichertsten, begründetsten und überzeugendsten realisieren lassen.

Begriffe und Definitionen

Wenn man von Persönlichkeitsstörung spricht sollte man sich auch darüber klar werden, was man unter dem Kern dieses Begriffes, nämlich einer „Persönlichkeit“ versteht. Aber selbst das ist nicht allgemein verbindlich. Nachfolgend deshalb im Kasten eine Reihe von Hinweisen, was man aus fachlicher Sicht unter einer Persönlichkeit verstehen kann.

Persönlichkeit – Temperament – Charakter

- *Persönlichkeit* wird in der *Allgemeinheit* meist im Sinne von Charakter oder Temperament und hier dann insbesondere als wertender Begriff in ethischer („sittlicher“) oder pädagogischer (erzieherischer) Hinsicht gebraucht. Beispiele: Jemand hat eine „Persönlichkeit“ oder sei eine „Mensch von Charakter“. Auch moralische Aspekte werden hier berücksichtigt. Beispiele: Zwar ist jeder Mensch eine Person, aber deshalb noch lange nicht eine Persönlichkeit (wobei in dieser Hinsicht vor allem beispielhafte Ansätze zur Denk- und Willensleistung gemeint sind).
- Die *Psychiater* und *Psychologen* verstehen unter einer Persönlichkeit „die Summe aller psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften, die dem Einzelnen seine eigentümliche, unverwechselbare Individualität (persönliche Eigenart) verleihen“.
- Als weitere Begriffe im Umfeld der Persönlichkeit hört man immer wieder die Bezeichnungen „Temperament“ und „Charakter“. Dabei umfasst das
 - *Temperament* mehr die Antriebsseite (vitale Aktivität), was sich natürlich auch im Bereich des Gefühls-, Willens- und Trieblebens zu äußern pflegt.
 - Der *Charakter* hingegen wird mehr zur strukturellen Beschreibung der Persönlichkeit herangezogen, also die erwähnten moralisch-ethischen Einstellungen, die Bindung an Normen, Gewissensinstanzen und gesellschaftliche Werte sowie die entsprechenden Verhaltensreaktionen.
 - Fasst man alle diese Konzepte zusammen, so lässt sich daraus eine Definition konstruieren, wie sie im angelsächsischen Bereich (USA, Großbritannien und wissenschaftlich angeschlossene Nationen) derzeit im Gebrauch ist. Sie lautet:

- *Persönlichkeit* ist die mehr oder weniger stabile und überdauernde Organisation einer Person hinsichtlich Charakter, Temperament, Intellekt und Physis (körperliche Gesamt-Beschaffenheit eines Lebewesens). Dies bestimmt ihre einzigartige Anpassung an die Umwelt.

Dabei werden folgende weitere Definitionen genutzt:

- *Charakter*: die mehr oder weniger stabile und überdauernde Systematisierung des strebenden Verhaltens (Wille).
- *Temperament*: das mehr oder weniger stabile System affektiven (gemütsmäßigen) Verhaltens (Fachbegriff: Emotionalität).
- *Intellekt*: das mehr oder weniger stabile und überdauernde System kognitiven (geistigen) Verhaltens (Intelligenz).
- *Physis*: das mehr oder weniger stabile System der körperlichen und neuroendokrinen, d. h. das zentrale Nervensystem betreffenden Konstitution (Verfassung bzw. Veranlagung).

Nach H. Saß

Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ dient heute als neutraler Oberbegriff für alle behandlungsbedürftigen Abweichungen der Persönlichkeitsentwicklung. Von hier aus bestehen fließende Grenzen zur seelischen Gesundheit einerseits und den geistig-seelischen Erkrankungen andererseits.

Wie hat man dies nun früher gesehen, vor allem unter dem Oberbegriff „Psychopathie“? Und wie sieht man es heute unter dem Oberbegriff „Persönlichkeitsstörung“? Im Einzelnen:

• PSYCHOPATHIE – EIN HISTORISCHER RÜCKBLICK

Der Fachbegriff *Psychopathie* (vom griechischen: psyche = Seele und pathein = leiden) ist von der Wortverbindung her das Leiden der Seele oder das Leiden an einer seelischen Störung.

Die frühere Definition, die lange Zeit gängig, bei genauem Nachdenken aber nicht unumstritten war, lautete:

Psychopathische Persönlichkeiten sind solche abnorme Persönlichkeiten, die unter ihrer Abnormität leiden oder an deren Abnormität die Gesellschaft leidet (Prof. Dr. K. Schneider, Heidelberg).

Die Abnormität der Persönlichkeit, also eine von der jeweils herrschenden gesellschaftlichen Norm abweichende Variante, soll beim Psychopathen angeboren bzw. auf der Grundlage einer abnormen Anlage lebensgeschichtlich entstanden sein. Das ist nebenbei noch heute gültig (siehe später). Meist äußert sich dies im Sinne einer „charakterlichen Abweichung“, was sich dann auch störend auf das soziale Leben des Betroffenen und seines Umfeldes auswirkt.

Es wurde aber auch schon früher darauf hingewiesen, dass das Abnorme der abnormen Persönlichkeit bzw. Psychopathie gerade darin besteht, dass der Psychopath unter seiner eigenen Charakterstruktur nicht (zumindest nicht sonderlich) zu leiden pflegt, dafür aber die Schuld überwiegend bei anderen sucht. Das Leidens-Potential der Umwelt in einer Auseinandersetzung mit einem Psychopathen allerdings war und bleibt unbestritten. Psychopathen (oder heute die Persönlichkeitsstörungen) sind in der Mehrzahl der Fälle eine Last für die anderen (siehe die jeweiligen Spezial-Kapitel).

Zwar hat sich der deutsche Begriff „Psychopathie“ in anderen Sprachen nicht oder nur randständig eingebürgert, doch findet man zumindest ähnliche Charakterisierungen schon früher in anderen Kulturen, wenn auch durch andere Fachbegriffe belegt (z. B. im angelsächsischen Bereich unter Soziopathie oder antisozialer Persönlichkeitsstörung).

Was die *Psychopathologie des Psychopathen* anbelangt (Psychopathologie: Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens), so fanden sich schon früher folgende beschreibende *Charaktermerkmale*:

- Starr, uneinsichtig, wenig flexibel (angepasst), insbesondere situationsunangepasst, unbeeindruckt von realen Gegebenheiten und den Konsequenzen des entsprechenden konflikträchtigen Handelns.
- Extrovertiert: eher übertrieben nach außen, der Umwelt zugewandt.
- Projizieren ihre Schwierigkeiten auf die Umwelt (Projektion: Übertragung der eigenen Gefühlswelt auf andere, einschließlich Unterstellung eigener Gefühle, Wünsche, Begehrlichkeit, Vorurteile u.a.).
- Machen andere bzw. die herrschenden Umstände für ihre Probleme verantwortlich.
- Reagieren ihre inneren Spannungen an anderen ab (auch und nicht zuletzt bei still Leidenden mit der bekannten „stummen Vorwurfshaltung“).

Beispiele früherer Einteilungsversuche: Obgleich schon früh deutlich wurde, dass keine klaren nosologischen Abgrenzungen (Nosologie = Krankheitslehre, systematische Beschreibung der Krankheiten) möglich sind, fanden

doch zahlreiche (meist klinische bzw. gutachterliche) Einteilungsversuche in die praktische Alltags-Arbeit Eingang, meist unterteilt nach den am deutlichsten hervortretenden *Charakterzügen*. Dazu einige Beispiele aus früheren Lehrbüchern:

- anankastisch: zwanghaft
- asthenisch: von allgemeiner seelisch-körperlicher Schwäche
- autistisch: in der eigenen Vorstellungswelt gefangen
- dysphorisch: missmutig-verstimmt
- erregbar: unbeherrscht, explosibel, aus geringstem Anlass aufbrausend, Gefühlsentladungen, evtl. Gewalttaten
- fanatisch: überwertige Ideen, kompromisslos kämpfend, gelegentlich auch „matte Fanatiker“, d.h. still, verschoben, sektiererisch
- geltungssüchtig: ständig nach Beachtung strebend
- gemütlos: ohne Mitgefühl, Nächstenliebe und zwischenmenschliche Bindung, „stahlharte Naturen“, u.U. kriminell gefährdet
- haltlos: willensschwach, unzuverlässig, gut lenkbar, aber auch verführbar
- hyperthym: lebhaft, temperamentvoll, übermäßig vital und aktiv, gelegentlich auch reizbar-streitsüchtig
- hypochondrisch: ständig in furchtsamer (und klagsamer?) Abwehr gegen vermeintliche Krankheitsgefahren
- hypothym: temperamentlos, dumpf, gemütsarm, phlegmatisch (träge, leidenschaftslos, gleichgültig), stumpf
- paranoid: misstrauisch, rechthaberisch, halsstarrig, leicht kränkbar, alles auf sich selber beziehend
- querulatorisch: nörgelsüchtige Fanatiker, überempfindlich, unnachgiebig, unbeugsam, rechthaberisch
- schizoid: zurückgezogen, zwischenmenschliche Beziehungen meidend, unfähig, sich anderen zu öffnen und seine Gefühle zu zeigen
- selbstunsicher: unsicher, mangelndes Selbstvertrauen, schüchtern, mitunter überkompensatorisch „sicheres Auftreten“
- stimmungslabil: zu unvorhersehbaren Stimmungsschwankungen neigend
- streitsüchtig: reizbar, ständig in Händel verstrickt
- depressiv: ernst, schwerblütig, gedrückt, pessimistisch, missmutig, Neigung zu trübsinnigen Grübeleien

sowie zahlreiche weitere Einteilungsvorschläge, die den hiesigen Rahmen sprengen würden.

Spätere Unterteilungen bevorzugten Wesensmerkmale wie nervös, ängstlich, empfindsam, zwanghaft, erregbar, triebhaft, sexuell pervers, hysterisch, verbohrt, verschoben u.a., was dann als zwanghafte, triebhafte, hysterische Psychopathie usw. diagnostiziert wurde.

Schließlich war man um verschiedene neue Fachbegriffe bemüht, vor allem um einer Stigmatisierungs-Gefahr durch den abwertenden Begriff Psychopathie zuvor zu kommen. Auf diese Weise bürgerten sich dann Fachbezeich-

nungen ein wie abnorme Persönlichkeit, abnorme Persönlichkeitsentwicklung, dissoziale Persönlichkeit, Soziopathie, Charakterneurose bzw. die heute gängige Persönlichkeitsstörung. Allerdings waren diese Begriffe untereinander nicht immer bedeutungsgleich, was die jeweilige Definition anbelangt, aber immerhin meist „bedeutungs-ähnlich“.

• PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

In den letzten Jahren setzte sich schließlich der moderne und heute noch gängige Fachbegriff *Persönlichkeitsstörung* durch.

Unter einer Persönlichkeitsstörung verstand man ein tief eingewurzelttes Fehlverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten. Eine praktisch verwertbare Definition lautete (nach Tölle):

Von Persönlichkeitsstörung spricht man dann, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert (betont hervorgehoben) ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben.

Die Zahl der einzelnen Untergruppen reduzierte sich deutlich. Am häufigsten verwendet wurden die Diagnosen hyperthyme, paranoide, schizoide, hysterische, depressive, sensitive, asthenische, anankastische, erregbare, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung sowie – allerdings nur bedingt vergleichbar – die Soziopathie bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus gab es weitere zahlreiche Typologisierungen, die dann aber ihren Schwerpunkt eher neurosen-psychologisch in der Neurosenlehre hatten (siehe das spezielle Kapitel über *Neurosen einst und heute*).

Nach wie vor legte man aber Wert auf die Feststellung, dass die Grenzen zwischen Persönlichkeitsstörung und noch als gesund zu bewertender Persönlichkeitsstruktur („grenzwertige Persönlichkeit“) fließend seien. Auch wies man darauf hin, dass (manche) Persönlichkeitsstörungen und Neurosen sich weder begrifflich noch diagnostisch auszuschließen pflegen. Und man wurde nicht müde darauf hinzuweisen, dass es eben Persönlichkeitsstörungen gebe, die eher den Psychosen (Geisteskrankheiten wie Schizophrenie, siehe diese) nahe stehen sowie Persönlichkeiten, die man besser in der Neurosenlehre aufgehoben sehe (z. B. die dann auch entsprechend benannten Charakterneurosen). Und natürlich antisoziale und soziopathische Persönlichkeitsstörungen mit entsprechender krimineller Energie, wengleich auf krankhafter Grundlage.

- *Ursächlich* (Fachbegriff: Ätiologie) diskutierte man sowohl hereditäre (erbliche) und hirnorganische Faktoren (Entzündungen oder Verletzungen des Zentralen Nervensystems) als auch psychosoziale Faktoren (zwischen-

menschlich, Erziehung, spätere (ungünstige) Einflussnahmen u.a.). Das führte dann zu dem von allen akzeptierten Begriff der „mehrschichtigen Entstehungsweise“.

- Was den *Verlauf* anbelangt, so tritt die Persönlichkeitsstörung meist erstmals in der Jugend auf und verblasst im mittleren und höheren Lebensalter oft (aber nicht immer) wieder. Auch hängt dies im wesentlichen von der jeweiligen Form der Persönlichkeitsstörung ab. Manche werden tatsächlich „ruhiger“ (im Sinne der Umgebung), was aber auch soviel heißt wie Vitalitätseinbuße und psychosoziale Einengung (Rückzug, Isolationsneigung). Andere sind unverändert ausgeprägt oder werden gar noch „akzentuierter“, d. h. lästiger bis unerträglicher, wenn nicht gar riskant bis gefährlich. Einzelheiten dazu siehe die speziellen Kapitel über *Persönlichkeitsstörungen*.

Die Persönlichkeitsstörung nach moderner Definition

Heute gilt folgender Definitions-Kompromiss (nach Saß, 1987):

Eine Persönlichkeitsstörung liegt dann vor, wenn durch Ausprägungsgrad und/oder die besondere Konstellation von psychopathologisch relevanten Merkmalen dieser Bereiche erhebliche subjektive Beschwerden und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen.

Was das im Einzelnen allgemein verständlich heißt, soll im folgenden etwas ausführlicher dargelegt werden (auch wenn man sofort registriert, dass die Definition von Psychopathie bis Persönlichkeitsstörung im wesentlichen die immer gleichen Grundlagen erfasst und in die Definition mit einbezieht).

Nach wie vor ungelöst aber sind folgende Probleme:

Die Komplexität des Persönlichkeitsbegriffes oder kurz: was ist normal, was ist grenzwertig, was ist krankhaft? Zwar geht es nicht mehr so weit wie früher, wo man – sage und schreibe – etwa 1.800 Begriffe über die (scheinbar möglichen) Persönlichkeitszüge auflistete, doch stellt eben gerade das Phänomen „Persönlichkeit“ schon im gesunden Zustand vor eine Fülle von Eigenschaften, die durch grenzwertige Verzerrung oder krankhafte Entstellung die Palette noch um ein vielfaches verbreitert.

Deshalb hat man versucht, dieses Problem auf einige wenige Aspekte zu reduzieren, um auch damit arbeiten, d. h. diagnostizieren, einteilen und schließlich behandeln zu können. Mit Hilfe so genannter faktorieller Analysen glaubt man inzwischen die Fülle der möglichen Persönlichkeitszüge auf einige wesentliche Dimensionen zurückführen zu können, wobei sich diese Zahl auf sieben, fünf oder gar drei reduzieren lassen soll.

Bei den so genannten 3-Faktoren-Persönlichkeitsmodellen verschiedener Autoren (z. B. Eysenck, 1977; Millon, 1981; Widiger u. Mitarb., 1987, DSM-IV, 1994 u.a.) geht es vor allem um Fachbegriffe wie Neurotizismus, Extraversion, Psychotizismus bzw. Freude/Schmerz, Eigen-/Fremdorientiertheit, bzw. Aktivität/Passivität bzw. zirkulierende Angst/ausagierendes Verhalten, Selbstbehauptung/Dominanz, soziales Eingebundensein bzw. Exzentrizität, dramatischer Affekt und Angst usw.

Bei den 5-Faktoren-Persönlichkeitsmodellen (z. B. Costa u. McCrae, 1990; von Zerssen, 1988) finden sich Begriffe wie Extraversion, emotionale Labilität/Neurotizismus, Freundlichkeit, Aufgeschlossenheit sowie Extraversion, Neurotizismus, Aggressivität, Gewissenhaftigkeit, Offenheit (Gläubigkeit).

Und bei dem 7-Faktoren-Persönlichkeitsmodell (Cloninger, 1994) ist die Rede von Schadensvermeidung, Neugierverhalten, Belohnungsabhängigkeit, Beharrungsvermögen, Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität und Selbsttranszendenz.

Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur. Einige Bemerkungen darüber hinaus allerdings in komprimierter Form:

Eine schizophrene Psychose mit Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen, eine Depression mit schwerster Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, qualvollem Problem-Grübeln, unsinnigen Schuld-Gefühlen, eine Zwangsstörung mit ihren z. T. grotesken Gedanken- und Handlungszwängen u.a., sie alle haben relativ wenig mit Wesensart und Verhaltensweisen eines Menschen zu tun, der zwar seine Schwächen haben mag, aber letztlich seelisch gesund bleiben durfte.

Anders bei Persönlichkeitsstörungen: Hier scheinen Charakter, Verhaltensweisen und -auffälligkeiten qualitativ, also nach ihrer grundsätzlichen Beschaffenheit nicht wesentlich von derjenigen der Allgemeinbevölkerung abzuweichen. Die Unterschiede liegen in der Quantität, also in Menge, Zahl und Ausprägungsgrad, was die Andersartigkeit der Persönlichkeitszüge anbelangt. Das heißt aber auch: 1. die Grenzen sind fließend und 2. über diese und jene Besonderheit kann man diskutieren, je nach Einstellung, ja sogar Modeströmung (was gestern unmöglich war, kann heute „in“ sein, auch in Wesensart und Verhaltensweisen). Und schließlich darf man nicht vergessen, dass manche überzogene charakterliche Eigenart den Betroffenen durchaus nützen kann, ja sogar zu Großem befähigt, und zwar nicht nur im Bereich von Politik, Militär und Wirtschaft, auch in Naturwissenschaft und Kunst (wer sich hier genauer auskennt, findet auch Beispiele aus dem religiösen bzw. theologischen Bereich).

Deshalb versuchen die weltweit den Ton angehenden psychiatrischen Institutionen einen für den Alltag verwertbaren Kompromiss zu erzielen, was Definition, Klassifikation, diagnostische Kriterien und damit auch therapeutische

Möglichkeiten anbelangt. Als Grundlage gelten die alten Erkenntnisse des Heidelberger Psychiatrie-Professors Kurt Schneider, der eine facetten-reiche Typologie der (früher als Psychopathen bezeichneten) Persönlichkeitsstörungen aufstellte (siehe oben). Ergänzt werden sie durch ein ebenfalls älteres Psychopathie-Schema, nämlich durch den Tübinger Psychiatrie-Professor Ernst Kretschmer. Und neuerdings durch die so genannte biopsychosoziale Lerntheorie, eine wissenschaftliche Konstruktion, die sowohl biologische Aspekte (z. B. erbliche Belastungen) als auch seelische und psychosoziale Aspekte berücksichtigt wissen will, und zwar von der Geburt über die Erziehung bis zum prägenden Alltag des ganzen übrigen Lebens.

Das führte allerdings dazu, dass manche Formen der Persönlichkeitsstörung gelöscht oder anderen psychischen Krankheitsbild zugeordnet wurden. So hat beispielsweise die früher geläufige Diagnose eines „asthenischen Psychopathen“ (siehe die obigen Beispiele) seine Eigenständigkeit verloren und wird heute als Persönlichkeitsstörung vom dependenten, selbstunsicheren, passiv-aggressiven und zwanghaften Typ geführt (Einzelheiten siehe später). Oder gemütsmäßig herab- bzw. heraufgestimmte Persönlichkeitsstörungen unter der früheren Diagnose einer hyperthyemen, zylothymen und zykloiden Psychopathie finden sich heute in der großen Gruppe der affektiven Erkrankungen (der Gemütsstörungen, insbesondere Depressionen und manische Hochstimmung). Umgekehrt scheint der neue Vorschlag einer „schizotypischen Persönlichkeitsstörung“ nicht selten in Gefahr, im Grunde eine schizophrene Psychose zu sein, weshalb man entweder eine alte Schizophrenie-Diagnose wiederbelebt, nämlich die Schizophrenia simplex bzw. den Begriff der latenten (verborgenen, vorhanden, aber nicht in Erscheinung tretenden) Schizophrenie. Einzelheiten zu diesen Begriffen siehe das ausführliche *Schizophrenie*-Kapitel.

Das Ergebnis dieser Unsicherheiten und kontroversen Diskussionen bzw. Einteilungs-Vorschläge sind mehrere Klassifikations-Systeme (z. B. nach Prof. Dr. Kurt Schneider, nach DSM-IV und ICD-10 – siehe oben). So kann sich also jeder sein geeignetes System aussuchen – und die notwendige Vergleichbarkeit, international, ja sogar national ist erst einmal vergeben. Zwar ähneln sich die einzelnen Klassifikationen in vielen Aspekten und werden sich in Zukunft auch langsam angleichen bis decken, sind aber heute eben noch nicht völlig identisch und damit nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in der praktischen Arbeit von Klinik und Praxis nicht übereinstimmend nutzbar.

Und ein letztes Problem macht gerade bei der Persönlichkeitsstörung zu schaffen: Da gibt es zum einen so genannte überdauernde Eigenschaften oder Persönlichkeitszüge (englischer Fachbegriff: traits). Beispiele: „nachtragend“ oder „exzentrisch“ (verstiegen, überspannt). Daneben aber auch kurzfristig – affektive Reaktionen wie „häufige Wutausbrüche“. Schließlich spezielle Verhaltensweisen wie etwa die „Unfähigkeit, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen“. Kurz: Eine Einheitlichkeit ist nicht möglich, und das noch unter verschiedenen theoretischen Blickwinkeln.

Ein zusätzliches Problem, das nicht mit den tonangebenden Klassifikations-Systemen zu tun hat, ist die gerade bei Persönlichkeitsstörungen häufige Überlappung der Krankheitszeichen oder gar -typen. So kann ein Betroffener durchaus mehrere Persönlichkeitsstörungen oder zumindest auffällige Persönlichkeitszüge aus den einzelnen Unterformen aufweisen. Das aber ist diagnostisch nicht nur ausgesprochen schwierig einzuordnen, es macht auch eine einheitliche Klassifikation fast unmöglich (entweder – oder).

Dort, wo man täglich mit Persönlichkeitsstörungen zu tun hat (z. B. in der forensischen Psychiatrie), versucht man diese Defizite durch spezifische Untersuchungsinstrumente auszugleichen, z. B. strukturierte Interview-Verfahren (IPDE, SCID), was jedoch einen erheblichen Zeitaufwand erfordert und deshalb nicht in jedem Fall genutzt werden kann.

Die Zukunft wird zeigen, wie man gerade auf dem ohnehin schwierigen Gebiet der Persönlichkeitsstörungen zu einem einheitlichen Konzept und damit zu einer erleichterten Möglichkeit von Diagnose und Therapie kommen kann.

WIE DIAGNOSTIZIERT MAN EINE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

„Psychopathen sind unbehandelbar“, lautete der frühere Seufzer, den man zwar nicht offiziell zu hören bekam, der aber in therapeutischer Resignation dominierte. Allerdings versuchte man schon früher zu unterscheiden zwischen einer „negativen konstitutionellen Anlage“ (Erbanlage), was einen Behandlungserfolg zumindest zu erschweren schien und so genannten neurosenpsychologischen Ansätzen, bei denen man zwar eine Erb-Basis zugestand, dann aber den Kern des Problems in den Auseinandersetzungen sah, die sich zwischen der gestörten Persönlichkeit und ihrer Umwelt entzündeten (Stichworte: biographische Entwicklung und kindliche Traumatisierung). Solche Persönlichkeitsstörungen wurden dann als so genannte Symptom-Neurosen oder Charakter-Neurosen meist psychoanalytisch behandelt. Und wenn sie sich dann als therapie-resistent (also behandlungs-erfolglos) erwiesen, sprach man eher und wohl auch ein wenig abschätzig von Kern-Neurosen oder Sozio-pathie.

Inzwischen sieht man das alles etwas anders, durchaus positiver. Vor allem setzt man neben die Psychotherapie, also die Behandlung mit seelischen Mitteln auch Medikamente ein. Im Einzelnen:

- Zuerst geht es aber um die *Diagnose* im Einzelnen und die konkrete Differenzierung im speziellen, d.h. um welche Unterform der Persönlichkeitsstörung es sich handelt. Dabei muss man aber mit einer oft geringeren Introspektionsfähigkeit rechnen, d.h. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist es nicht immer und vor allem ausreichend gegeben, durch eine „selbst-kritische Innenschau“ dazu effektiv beizutragen, wo die eigenen Probleme und die Reaktio-

nen der Umwelt liegen, was am Schluss ein manchmal schwer durchschaubares Gesamt-Leiden ergibt.

- Wichtig ist deshalb eine *Fremd-Anamnese*, d. h. die gezielte Befragung von Angehörigen oder nahen Bezugspersonen, was vor allem zur Abschätzung der sozialen Konflikte bedeutsam ist.

- Bei der eigentlichen *Untersuchung* wird man insbesondere auf vorübergehende Verstimmungen, d. h. nicht nur Deprimiertheit, sondern auch auf selbst- und fremd-belastende Aspekte wie missmutig, „schlecht gelaunt“, mürrisch, missgünstig, aufbrausend, aggressiv, versteckt oder offen feindselig u.a. eingehen. Dazu Angst-, wenn nicht gar Panik-Reaktionen oder sogar psychose-nahe Phänomene mit vorübergehender Störung der Realitäts-Kontrolle und entsprechenden „zwischenmenschlichen Entgleisungen“.

- Den Abschluss bildet eine *neurologische*, ggf. auch *internistische Zusatzuntersuchung* (z. B. frühkindliche Hirnschädigung, spätere Intoxikationsmöglichkeiten, d. h. Vergiftung durch Alkohol-, Nikotin- oder Rauschdrogen-Missbrauch, in internistischer Hinsicht Herz-Kreislauf-Schäden usw.). Denn es gibt auch körperlich begründbare Persönlichkeitsveränderungen, die man dann nicht (ausschließlich) psychotherapeutisch oder durch Psychopharmaka angehen kann, wenn man nicht zuvor die organische Ursache zu beheben vermochte.

ZUR PSYCHOTHERAPIE VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Bei der *Psychotherapie*, also der Behandlung mit psychologischen Mitteln hängt die Wahl des therapeutischen Vorgehens einerseits von der speziellen Form der Persönlichkeitsstörung und andererseits vom Schweregrad bzw. evtl. begleitenden psychischen Erkrankungen ab.

Die derzeit wichtigsten bzw. anerkannten Therapieformen in dieser Hinsicht sind die so genannten kognitiv/verhaltenstherapeutischen und supportiven (unterstützenden) Techniken sowie tiefenpsychologische und/oder störungsorientierte Behandlungsverfahren, die gezielt auf die spezifischen Problembereiche einer gestörten Persönlichkeit eingehen. Daneben pädagogische bzw. psychagogische (Kombination aus psychologischen und pädagogischen) Therapiemethoden. Und alles mit der Tendenz, möglichst viel Selbsterfahrung und selbstgesteuerte Veränderungsmöglichkeiten zu nutzen.

Die Dauer einer solchen Therapie pflegt in der Regel längere Zeiträume zu umfassen, jedenfalls oftmals mehr, als für eine durchschnittliche Psychotherapie für andere Heilanzeigen vorgesehen ist. Es geht einfach um die allmähliche, dafür aber dauerhafte Umgestaltung vieler - oft eben auch negativer - Eigenschaften im Bereich des Erlebens, Befindens und sozialen Verhaltens – und das kostet Zeit. Manchmal helfen aber auch kürzere Krisen-Interventio-

nen, vor allem wenn es sich um akute Zuspitzungen im zwischenmenschlichen Bereich handelt (Familie, Beruf, Nachbarschaft), aus denen dann ernstere soziale Konflikte zu entstehen drohen.

Dabei tut man gut daran, mindestens zwei Gruppen persönlichkeitsgestörter Patienten zu unterscheiden:

1. Jene Persönlichkeitsstörungen, die durch ein so genanntes rigides Über-Ich charakterisiert sind, also eine relativ starre Kontroll- und Bestrafungs-Instanz im Rahmen der innerseelischen Hierarchie. Ferner durch Tendenzen zur Selbstbestrafung, zur so genannten Internalisierung (also indem sich der Betreffende alle möglichen Konflikte zu eigen macht) und zu einer ängstlich-unterwürfigen Anpassung an die Umgebung.

Hier fallen dann Fachbegriffe wie zwanghafte, dependente, vermeidende, schizoide, depressive oder masochistische Persönlichkeiten (siehe später).

Bei dieser Gruppe wird man psychotherapeutisch vor allem versuchen Hemmungen und überzogene Selbstkritik durch eine zu strenge Gewissens-Instanz abzubauen, das Selbstvertrauen zu stärken und die Fähigkeit zur Austragung von Konflikten zu trainieren.

2. Die zweite Gruppe sind Persönlichkeitsstörungen mit eher expansiven, irritierbaren (und dann auch andere verunsichernd und verärgern), mit hyperthymen, hysterischen und antisozialen Zügen. Diese Menschen neigen zur Externalisierung (d. h. sie tragen ihre Konflikte nach außen), zu ungezügelter Aggressivität, dramatischen Darstellungen und zum Ausagieren von Triebregungen (können sich also nicht ausreichend zusammen nehmen und vor allem in kritischen Situationen im Griff halten). Außerdem verlagern sie gerne die Schuld für auftauchende Probleme auf ihre nähere und weitere Umgebung, von der sie auch noch häufig unkritisch fordern, sie möge sich ihnen anpassen, statt umgekehrt.

Diese Patienten müssen in der Psychotherapie lernen ihre Ansprüche zu reduzieren, sich zurückzunehmen, eine gewisse Anpassung an die Umgebung zu üben und die Probleme nicht nur bei anderen, sondern auch bei sich selber zu suchen. Und vor allem anschließend das gemeinsam erarbeitete zu akzeptieren und auch zu bewältigen trachten.

In allen Fällen kann es nicht verwundern, dass es bei solchen Therapeut-Patient-Beziehungen besonders gut „funktionieren“ muss (was zwar in jeder Psychotherapie die unverzichtbare Grundlage ist, bei solch „schwierigen“ Klienten, wie im Falle einer Persönlichkeitsstörung aber ganz besonders).

Manchmal können auch Paar-Gespräche hilfreich sein, besonders, wenn sich die Probleme auf die Partnerschaft konzentrieren. Gut geeignet sind für viele (allerdings nicht alle, insbesondere nicht allzu sehr gestörte) Patienten die

Gruppentherapien. Das Stichwort lautet: „Beispiel-Lernen. D. h. die Beobachtung der anderen mit ihren negativen, auf jeden Fall belastenden bis störenden Verhaltensweisen kann manchmal Wunder wirken, indem der Betreffende plötzlich spürt, dass er ja selber nicht viel anders ist bzw. mit seiner Umgebung ähnlich umspringt. In solchen Gruppen-Runden geht es dann in der Regel auch nicht zimperlich zu. Und wenn die einzelnen gelernt haben nicht nur Kritik auszuteilen, sondern auch einmal einzustecken und vielleicht sogar langsam konstruktiv zu nutzen (Fachbegriff: positives Feed-back), dann kommt es schließlich auch zur therapeutisch erwünschten Stärkung positiver und zumindest Milderung störender Verhaltensweisen.

Die **Heilungsaussichten** sind gerade bei Persönlichkeitsstörungen individueller zu beurteilen als bei anderen psychischen Störungen. Darüber hinaus gibt es auch eine Unterteilung nach Unterformen mit jeweils eigenen Erfolgsaussichten. Im Einzelnen:

- Zu einer eher guten Prognose tendieren die histrionischen (früher hysterisch genannten), zwanghaften, dependenten und vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen. Unter den heutigen Behandlungsbedingungen zunehmend auch die früher eher pessimistisch beurteilten Borderline- und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen.
- Weniger günstig sind die Beeinflussungsmöglichkeiten bei den schizoiden, paranoiden, schizotypischen und besonders bei den antisozialen Persönlichkeitsstörungen.

Die Prognose scheint insgesamt umso besser zu werden, je eher die Patienten unter der Therapie bereit sind, die Externalisierung („es sind nur die anderen ...“) aufzugeben, störende Eigenschaften als ich-dyston (mit meiner eigentlichen Wesensart im Grunde nicht vereinbar) zu erleben und einen Leidensdruck zuzulassen, den sie früher durch Fremd-Beschuldigungen gerne zu mildern versuchten.

Der Leidensdruck wäre nämlich dann die Grundlage der Selbstbesinnung und Um-Orientierung im zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen und schließlich beruflichen Bereich.

Das heißt allerdings auch, dass ggf. mit entsprechend belastenden Gemüts-Reaktionen bezahlt werden muss, d. h. Resignation, Niedergeschlagenheit, Angst, mit Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln. Doch solche Symptome pflegen in der nachfolgenden stützenden Behandlung eine eher günstige Ausgangslage zu sein und verbessern bei konsequenter Therapie die langfristigen Heilungsaussichten.

BEHANDLUNG MIT ARZNEIMITTELN

Gerade bei den psychogenen (also scheinbar rein seelisch ausgelösten) Störungen pflegt es auf den ersten Blick nicht einzuleuchten, mit *Medikamenten* („Chemie“) einzugreifen. So wurde es vor allem früher gesehen – und praktiziert. Inzwischen aber weiß man: Damit vergibt man zumindest einen Teil des möglichen Behandlungserfolgs, und der ist gerade bei Persönlichkeitsstörungen besonders mühsam zu erreichen.

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte und vor allem Jahre haben aber gezeigt, dass es im Grunde keine absolut „reine“, also ausschließlich seelisch zu interpretierende Störungen gibt. Die Erklärung ist einfach: Wie soll man sich auch anders die geistigen und gemütsmäßigen Funktionen erklären, als über die Schiene biochemischer Prozesse im Gehirn. Für die organischen Funktionen leuchtet das ein. Wenn ein Muskel bewegt werden soll, ist das nur über einen Nerven-Impuls möglich, der in der Regel vom zentralen Nervensystem, also vom Gehirn selber kommt. Der Beweis ist einfach: Wenn die zentral-nervösen Strukturen nicht mehr funktionieren, also das entsprechende Areal im Gehirn oder der impuls-leitende Nerv zum Muskel, dann geschieht nichts mehr, der Muskel ist gelähmt.

Etwas höher angesiedelt, aber durchaus vergleichbar muss man dies bei kognitiven und emotionalen Funktionen sehen, also bei Geist und Gemüt. Hier ist es natürlich noch komplizierter, beschränkt es sich doch auf das Gehirn bzw. bestimmte Gehirn-Areale selber. Doch die Leistung, nämlich Kreativität oder Heiterkeit beispielsweise auf der positiven Seite und krankhafte Teilnahmslosigkeit und Depression auf der anderen, von ausgeprägten seelischen Krankheitszeichen wie Wahn und Sinnestäuschungen ganz zu schweigen, die müssen sich auch irgendwie biochemisch erklären lassen, ob einem das zusagt oder nicht. Und dafür sieht man heute vor allem die so genannten Neurotransmitter, also Überträger- oder Botenstoffe als entscheidend an.

Am schwierigsten aber wird es bei Verhaltensstörungen, besonders dann, wenn sie grenzwertig sind und in verdünnter Form auch bei so genannten „klinisch Gesunden“ vorkommen (also Menschen, die keiner stationären Behandlung bedürfen, wahrscheinlich nicht einmal einer ambulanten Therapie, obgleich sie in dieser oder jener Richtung immer wieder auffällig werden).

Im Grunde sind diese Erkenntnisse alt, nämlich rund 100 Jahre. Sie basieren gerade bei den Persönlichkeitsstörungen auf der Überlegung, dass es sich bei diesen abnormen Verhaltensweisen auch um biologisch fundierte Zustände handeln müsse, die konstitutionell (also Anlage und Erbe) oder durch später erworbene Funktionsanomalien bedingt sind (Beispiele: die Psychiatrie-Professoren Kraepelin, 1903/04 und Kretschmer, 1921). Sie und ihre damals schon biologisch aufgeschlossenen Fachkollegen waren der Meinung, dass viele abnorme Persönlichkeiten oder Psychopathen letztlich also unvollständige Ausprägungen der beiden großen Gruppen endogener (von innen kom-

mender, also als biologisch seit jeher akzeptierter) Krankheiten anzusehen sind, nämlich der Schizophrenien sowie affektiven Psychosen (endogenen Depressionen und manischen Hochstimmungen).

Und deshalb schlug man schon früh den Einsatz von Psychopharmaka vor, vor allem dann, wenn das Leidensbild Anklänge schizophrener, depressiver oder manisch überzogener Symptome aufwies. Dabei ging man vor allem von der Wunschvorstellung aus, die so genannte Vulnerabilität (Verwundbarkeit) für affektive (gemütsmäßig) und kognitive (geistige) Dysfunktionen zu reduzieren. Im Auge hatte man insbesondere bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstörung wie impulsives Verhalten oder starke Stimmungsschwankungen. Ferner psychosoziale Folgen dieser Persönlichkeits-Komplikationen wie Selbst- und Fremdgefährlichkeit. Oder mangelnde soziale Kompetenz (sich im Alltag zurecht zu finden), von konkret fassbaren Beschwerdebildern wie depressive oder ängstliche, zwanghafte oder sonstige Syndrome (Symptom-Kombinationen) ganz zu schweigen.

Tatsächlich hat sich die pharmakologische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans inzwischen durchgesetzt. Sie stellt auch keine konkurrierende Alternative zur Psychotherapie dar. Im Gegenteil: Sie bereitet in vielen Fällen der Behandlung mit seelischen Mitteln erst den Boden, ganz abgesehen von der Notwendigkeit einer Krisenintervention (z. B. bei Selbst- und Fremdgefährdung, d. h. Suizidgefahr und aggressiven Durchbrüchen).

Natürlich muss sie – wie überall sonst auch – kritisch abgewogen werden, was Notwendigkeit (da in der Regel lang dauernd) und was Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln anbelangt. Und ganz besonders die Suchtgefahr. Deshalb ist man mit Beruhigungsmitteln vom Typ der Benzodiazepin-Tranquilizer gerade bei Persönlichkeitsstörungen eher zurückhaltend, bestenfalls zur raschen Angstlösung und Aggressionsmilderung in Krisensituationen (siehe oben).

Keine Suchtgefahr besteht dagegen bei Antidepressiva, also stimmungsaufhellenden Arzneimitteln, wenn es sich um Persönlichkeitsstörungen mit ängstlich-depressivem Hintergrund handelt. Das gleiche gilt für die antipsychotischen Neuroleptika, die man als hochpotente Neuroleptika gegen die Symptome einer Psychose (Geisteskrankheit wie Schizophrenie oder organischen Psychosen durch äußerliche Einwirkungen) nutzen kann, ergänzt durch mittel- und niederpotente Neuroleptika mit weniger ausgeprägter antipsychotischer, mehr beruhigender Wirkung. Besonders günstig sind die inzwischen entwickelten so genannten atypischen Neuroleptika, die ein breites Wirkungsspektrum ohne die sonst gefürchteten extrapyramidalen Nebenwirkungen haben (beispielsweise nicht mehr korrigierbare medikamentös ausgelöste Bewegungsstörungen).

DIE WICHTIGSTEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN, WIE SIE HEUTE DIAGNOSTIZIERT WERDEN

Nachfolgend nun die wichtigsten Formen von Persönlichkeitsstörungen, wie sie die US-amerikanische Klassifikation des DSM-IV (siehe oben) vorschlägt, was inzwischen auch weltweit immer mehr akzeptiert und genutzt wird. Im Einzelnen (Auswahl nach Saß und Mitarb.):

• **Paranoide Persönlichkeitsstörung**

Die *paranoide (wahnhaft) Persönlichkeitsstörung* äußert sich durch die durchgängige und ungerechtfertigte Neigung, die Handlung anderer als absichtlich bedrohlich zu deuten, ergänzt durch Misstrauen und aggressive Reaktionsbereitschaft.

- *Beschwerdebild*: Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung fühlen sich dauernd angegriffen, was ihre Person, ihre Leistung, ihr Ansehen u.a. anbelangt – obwohl niemand sie beeinträchtigen will (schon gar nicht, wenn man ihre Wesensart inzwischen erkannt und zu ertragen hat). Selbst neutrale oder gar freundliche Reaktionen anderer werden als feindselig oder kränkend interpretiert, harmlose Bemerkungen oder Vorkommnisse als versteckt bedrohlich oder abwertend gedeutet. Das Misstrauen, insbesondere was böartige Beweggründe der anderen anbelangen soll, bezieht sich beispielsweise auf die Treue des Lebenspartners, die Zuverlässigkeit von Mitarbeitern, die Zurückhaltung von Nachbarn u.a.

Der spezifische wahnhaft Denkstil der paranoiden Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch eine unaufhörliche, ja rastlose bis erschöpfende, durch nichts zu neutralisierende Suche nach verborgenen Bedeutungen, und zwar überwiegend negativer Natur. Die Folge ist eine durchgehend strapazierte Aufmerksamkeit mit andauernder psychischer Anspannung, was schon mittelfristig nicht ohne Erschöpfungsfolgen bleiben kann, obgleich die Betroffenen sich das kaum anmerken lassen.

Auf jeden Fall sind solche Menschen überempfindlich gegenüber Kritik und neigen aufgrund ihres übersteigerten Bedürfnisses nach Autonomie („ich bin ich, selbstständig und brauche niemand“) dazu, langsam in eine chronische oppositionelle Haltung zu geraten, sich Feindbilder und schließlich tatsächlich Gegner aufzubauen, um dann aggressiv gegen vermeintliche oder schließlich tatsächlich verbitterte Angehörige, Bekannte, Nachbarn und Mitarbeiter zu reagieren.

Dann können auch einmal unvermittelt aggressive Durchbrüche drohen, die als berechtigte Reaktion auf die subjektiv wahrgenommene Feindseligkeit der Umwelt zu verstehen sind. Nicht selten aber kommt es irgendwann einmal zu

den erwähnten Erschöpfungszuständen mit depressiven Reaktionen („wer hält das schon aus, ständig diese Anfeindungen und Schikanen“).

- *Behandlung:* In der Therapie versucht man vor allem eine offene, vertrauensvolle Beziehung herzustellen und damit die Neigung zur Fehlinterpretationen von Situationen anzusprechen, wie sie aus der wahnhaften Reaktionsbereitschaft ständig erwachsen muss. Vor allem geht es darum, den Betroffenen das Gefühl zu nehmen, dass er im Grunde alleine ist (Freund-Feind-Denken: „allein gegen alle“). – Hilfreich kann im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans der Einsatz von antipsychotischen Neuroleptika werden, besonders wenn das wahnhafte Beschwerdebild alle zwischenmenschlichen Zugänge von vorne herein zu vermauern droht.

Sonderformen der paranoiden Persönlichkeitsstörung mit einem Hang zu fanatisch-querulatorischer Reaktionsweise, die vor allem maniform (krankhaft angetrieben) angeheizt werden, können mit den so genannten Phasenprophylaktika Lithium oder Carbamazepin behandelt werden, die sich in der Vorbeugung bzw. im Rückfallschutz von manisch-depressiven Erkrankungen bewährt haben. Verhaltenstherapeutisch versucht man die Empfindlichkeit für Kritik zu verringern. Dafür gibt es ähnliche Behandlungsverfahren wie bei der Therapie von Angststörungen, z. B. Entspannungsübungen in Verbindung mit einer Hierarchie von kritischen Äußerungen („ich bin ganz ruhig, Kritik kann mir nichts anhaben“).

• Schizoide Persönlichkeitsstörung

Die *schizoide Persönlichkeitsstörung* (schizoid, also einem schizophrenen Krankheitsbild ähnlich) äußert sich vor allem durch soziale Kontaktschwäche sowie eingeschränkte gemütsmäßige Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit. Einzelheiten dazu siehe die Kapitel über Schizophrenie und schizo-affektive Psychosen, wahnhafte Störungen u.a. sowie die speziellen Ausführungen über die schizoide Persönlichkeitsstörung.

- *Beschwerdebild:* Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung neigen meist zu sozialer Isolation und damit zum Einzelgängertum. Sie haben oder wünschen keine oder kaum engere Beziehungen außerhalb des Kreises naher Verwandter. Auch erweisen sie sich oft als gleichgültig gegenüber sozialen Regeln, ja sogar gegenüber Lob und Kritik. An den gängigen Vergnügungen oder Tätigkeiten haben sie keinerlei Interesse, und wenn, dann nur, wenn sie es alleine machen können.

Zwischenmenschlich wirken sie kühl, gemütsmäßig distanziert, ja unnahbar. Schon ihre Ausdrucksfähigkeit (Mimik, Gestik, kurz: Körpersprache) ist eingeschränkt und wirkt bereits rein äußerlich zurückweisend. Dabei können sie im Berufsleben durchaus kompetent und sogar im Familienleben halbwegs tragbar erscheinen.

Das schizoide Verhaltensmuster ist zwar ebenfalls durchgängig, wie es bei allen Persönlichkeitsstörungen zur Charakteristik gehört, dafür aber weniger deutlich ausgeprägt als bei den so genannten schizotypischen oder gar schizophrenen Formen (siehe diese). Problematisch wird die Verbindung aus schizoider und antisozialer Persönlichkeitsstörung. Hier erweist sich vor allem die Verbindung aus sozialer Bindungsschwäche sowie der Mangel an Empathie (Einfühlungsvermögen) als nachteilig bis zwischenmenschlich verheerend.

- *Behandlung*: Therapeutisch gelten bei Behandlung der schizoiden Persönlichkeitsstörung ähnliche Bedingungen wie bei der schizotypischen Störung (siehe unten). Schizoiden Patienten ist es allerdings eher gegeben, die Vorteile einer Gruppentherapie zu nutzen. Da sie aber relativ selten in soziale Konflikte verwickelt sind und auch keinen ausgeprägten Leidensdruck äußern, kommen diese Persönlichkeitsstörungen kaum in gezielte Fachbehandlung, vor allem wenn es sich „nur“ um zwischenmenschliche Gemüts-Defizite und ihre psychosozialen Konsequenzen im Alltag handelt.

• Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Die *schizotypische* (oder *schizotype*) *Persönlichkeitsstörung* wird charakterisiert durch folgendes

- *Beschwerdebild*: Eigentümlichkeiten des Denkens, der äußeren Erscheinung und des Verhaltens sowie Defizite in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Dabei fallen enge Verbindungen mit den schizophrenen Psychosen auf, und zwar sowohl im Erscheinungsbild als auch in der erblichen Belastung. Dies hat sich durch verschiedene Adoptionsstudien bestätigt, in denen Geschwisterpaare vom Schicksal getrennt wurden, wobei die einen bei den schizophren belasteten Eltern blieben, die anderen in gesunden Familien aufwuchsen – und trotzdem vom gleichen Leiden, zumindest aber von einer schizotypischen (schizotypen) Persönlichkeitsstörung eingeholt wurden. Enge Beziehungen und damit auch diagnostische Überlappungen gibt es auch bzw. vor allem mit der so genannten Borderline-Persönlichkeit (siehe diese).

- *Behandlung*: Ähnlich wie bei der paranoiden und schizoiden Persönlichkeitsstörung geht es auch hier erst einmal um den vorsichtigen Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Und das ist in diesem Fall besonders schwierig, denn die schizotypischen Persönlichkeitsstörungen weisen den stärksten Beeinträchtigungsgrad auf, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich. Dabei ist vor allem die ausgeprägte Angst vor Nähe und Bindung zu berücksichtigen. So kann die Therapeut-Patient-Beziehung nur langsam intensiviert und der Kontakt nur allmählich enger werden. Vor allem muss der behandelnde Arzt oder Psychologe die an sich „befremdlichen“ Gefühle und Reaktionen des Patienten verstehen lernen und ihm dabei helfen, diese in wachsendem Maße wahrzunehmen und vor allem darüber zu sprechen.

Wenn in dieser Beziehung schließlich ein gewisses Vertrauen entstanden ist, kann man das Gespräch auf die Beziehungen zu anderen Menschen erweitern. Denn darum geht es schlussendlich: Der Kontakt zum Therapeuten ist zeitlich begrenzt, doch der zur Umwelt eine „Aufgabe für den Rest des Lebens“.

Medikamentös sind vor allem antipsychotisch wirksame Neuroleptika gefragt. In Einzelfällen wird man auch auf bestimmte Antidepressiva (trizyklische, MAO-Hemmer und SSRI-Antidepressiva) zurückgreifen, vor allem wenn sich die Unfähigkeit, Freude zu empfinden (Fachbegriff: Anhedonie), das Fehlen von Vergnügen in Situationen, die normalerweise mit Lustgefühlen verbunden sind sowie Antriebsmangel und Rückzugsgefahr nicht anders in den Griff bekommen lassen. Allerdings wird man gerade in dieser Hinsicht auf überschießende Reaktionen achten müssen (Fachbegriff: zu ausgeprägte dynamische Aktivierung), d. h. früher zu wenig, plötzlich aber medikamentös stimuliert zu viel Kontaktwünsche. Denn gerade das müsste das nähere Umfeld besonders irritieren, weil der Patient bisher als eigentlich distanziert und zurückgezogen empfunden wurde.

Verhaltenstherapeutisch geht es bei den schizotypischen Persönlichkeitsstörungen vor allem um das Training der sozialen Fertigkeiten (wie komme ich mit dem Alltag und seinen „banalen“ Anforderungen zurecht) und die Verbesserung der kognitiven (geistigen) Leistungsfähigkeit. Nicht zu vernachlässigen ist auch das Training zur Bewältigung furchtsamer (Rückzugs-)Reaktionen im zwischenmenschlichen Bereich von Familie, Nachbarschaft, Beruf u.a.

• Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die *antisoziale Persönlichkeitsstörung* (früher auch als Soziopathie, also – etwas frei übersetzt – als sozialer, gesellschaftlicher Störfaktor bezeichnet) lässt sich im allgemeinen am sichersten diagnostizieren. Das liegt nicht zuletzt an ihrem meist eindrucksvollen (negativ auffallenden)

- *Beschwerdebild*: verantwortungsloses und antisoziales (gegen jede gesellschaftliche Regeln verstoßendes) Verhalten, und zwar von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Vor allem scheinen antisoziale Persönlichkeiten wegen ihrer Impulsivität (also spontanen, hier besonders überschießenden, unkontrollierten Wesensart), ihrer Unzuverlässigkeit, Bindungsschwäche, Egozentrität (krankhafter Ichbezogenheit) und wegen des Mangels an Schuldgefühlen therapeutisch kaum beeinflussbar zu sein (s.u.).

Zusätzliche Probleme, seien sie gesundheitlicher, seien sie sozialer Art, entstehen oft durch den gleichzeitigen Missbrauch von Alkohol, Rauschdrogen, Tabak und Medikamenten. Die Heilungsaussichten sind deshalb in aller Regel ungünstig.

- *Behandlung*: Nach dieser negativen Einführung nimmt der Satz nicht Wunder: Versuche mit (meist) gruppentherapeutischen Verfahren werden in der Regel im Rahmen von Besserungseinrichtungen, in Vollzugsanstalten oder in der forensischen Psychiatrie durchgeführt (rechtskräftig verurteilte psychisch Kranke in der Behandlung dafür spezialisierter Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser).

Medikamentös gibt es für antisoziale Persönlichkeiten keine speziellen Therapieansätze. Reizbarkeit und Aggressivität werden – soweit möglich – durch antipsychotische Neuroleptika und die Phasenprophylaktika Lithium und Carbamazepin (leicht) gebessert (siehe diese). Das eigentlich antiepileptisch zum Krampfschutz eingesetzte Carbamazepin wird vor allem dann empfohlen, wenn sich im Hirnstrombild (EEG) bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung eine so genannte Temporallappen-Schädigung feststellen lässt (Schädigungen im Temporal- oder Schläfenlappen des Gehirns sind für eine ganz besonders auffällige und für Laien ungewöhnliche Form der Epilepsie verantwortlich, was sich gerade durch solche Antiepileptika erfolgreich behandeln lässt).

Verhaltenstherapeutisch ist bei den antisozialen Persönlichkeitsstörungen eine Erkenntnis von nachteiliger Bedeutung, die sich auch nicht erfolgreich „wegtrainieren“ lässt, zumindest bei einer nicht geringen Zahl von Betroffenen: Diese „Soziopathen“ sind durch Strafreize weniger gut konditionierbar (prägnant) und lernen schlecht aus Erfahrungen, und seien sie noch so schmerzlich und damit für eine entsprechende Verhaltenskorrektur wegweisend. Dazu kommt das bereits erwähnte Risiko-Suchtverhalten, das weit über dem Durchschnitt liegen kann (was offenbar auch mit bestimmten Funktionsstörungen des Gehirns zu tun hat). So kommt man meist um einen Gesamt-Behandlungsplan nicht herum, der mit Psychotherapie, Konditionierungsverfahren, Belohnung und Beeinflussung durch Eltern und Beziehungspersonen sowie oft genug durch entsprechende Medikamente arbeitet – leider letztlich mit begrenztem Erfolg.

• **Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (engl.: *borderline* = Grenzlinie, in diesem Zusammenhang also fließende Krankheits-Grenze zwischen Psychose (Geisteskrankheit) und rein seelisch bedingter neurotischer Störung) sind diagnostisch zu einer höchst unscharfen, vieldeutigen und damit zu mancherlei zusätzlichen Fehldeutungen und Irrtümern verleitenden Sammel-Kategorie geworden. Dass man in den maßgeblichen Kreisen von APA und WHO (siehe unten) nun auch noch die übergeordnete Kategorie der Persönlichkeitsstörungen ins Gespräch bringt, hat einer allseits befriedigenden diagnostischen und klassifikatorischen Zuordnung bisher nicht viel geholfen – im Gegenteil.

Um was handelt es sich und was kann man tun?

- *Beschwerdebild*: Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) geht in ihrem DSM-IV vor allem beschreibend (inhaltlich hält man sich hier wohlweislich erst einmal zurück) von einem durchgängigen Muster von Instabilität hinsichtlich Selbstbild (wer bin ich eigentlich?), Stimmung und zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Deshalb auch die begriffliche Gleichsetzung von Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, wie es die WHO formuliert. Entscheidend sind dabei folgende Merkmale (Zusammenfassung aus WHO- und APA-Kriterien):

So genannte Identitätsstörung, d. h. ausgeprägte und andauernde Instabilität der Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung (was bin ich, was bin ich wirklich, wie sehe ich mich und wie sehen mich andere?). Impulsivität in potentiell selbstschädigenden Bereichen: Geldausgabe, Sexualität, Alkohol-, Rauschdrogen-, Medikamenten- und Nikotinmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“ u.a. Neigung, sich ständig in intensive, dafür aber letztlich instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge entsprechender psychosozialer bzw. gemütsmäßiger Krisen. Einer der Gründe des ständigen Wechsels liegt in der Neigung die Menschen entweder zu idealisieren oder zu entwerten. Und in der Tendenz zu ewigen Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn die impulsiven („unvernünftigen“) Wertungen und Handlungen unterbunden oder getadelt werden. Vor allem aber auch in der Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit der Unfähigkeit, solch explosives Verhalten wirkungsvoll zu kontrollieren (z. B. heftige Zornesausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen). Ferner Schwierigkeiten, Handlungen oder Reaktionsweisen beizubehalten, die nicht unmittelbar belohnt werden. Dazu eine unbeständige, ja unberechenbare Stimmung bzw. immer wiederkehrende reaktive Verstimmungen (z. B. hochgradige Missstimmung, Reizbarkeit oder aggressive Angstreaktionen, die gewöhnlich einige Stunden, selten mehr als einige Tage andauern). Schließlich ein fast chronisches Gefühl innerer Leere, wiederholte Selbstverletzungsversuche, Selbstmordandeutungen oder -drohungen, mehrfache suizidale Handlungen, manchmal sogar durch wahnhaftige Vorstellungen ausgelöst.

Auf jeden Fall handelt es sich hier um enge inhaltliche Beziehungen zu den Gemütsstörungen (affektiven Störungen wie Depressionen und Manie) sowie zu den schizophrenen Psychosen. Und im Persönlichkeitsbereich fallen immer wieder Überschneidungen auf mit den schizotypischen, histrionischen (früher hysterischen) und antisozialen Persönlichkeitsstörungen (siehe diese).

- *Behandlung*: Die Therapieerfolge halten sich in Grenzen. So eingeschränkt bis aussichtslos aber, wie man das früher beurteilte, ist es nach den wissenschaftlichen Untersuchungen und damit auch therapeutischen Erfahrungen der letzten Jahre nicht mehr. Es gibt sogar Borderline-Spezialstationen, wenngleich noch gering an Zahl und damit Aufnahme-Kapazität.

Die besten Erfolge hat man offenbar durch mehrjährige (!) und nicht zu dicht aufeinander folgende Psychotherapie-Stunden, die sich vor allem der ständig wechselnden (wenngleich letztlich immer wieder gleich belastenden) Problem-bereiche im Alltag (Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Beruf, Freundes-kreis) widmen.

Ein spezifisches Behandlungsprogramm ist beispielsweise die so genannte dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), in der man verschiedene verhaltens-therapeutische Modelle und Methoden kombiniert. Fachbegriffe: Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Emotionsexposition, Kontingenzmanagement, kogni-tive Techniken der Identifikation und Veränderung von dysfunktionalen kogniti-ven Schemata (z. B. „ich bin halt unmöglich, es nützt ja doch alles nichts“). Einzelheiten zu diesen Stichworten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Das für Borderline-Patienten typische „Schwarz-weiß-Denken“ soll vor allem durch dialogische Vermittlung abgebaut werden, d. h. statt des „entweder-oder“ ein „sowohl-als-auch“, was den Alltag erleichtert und die „sturen“ und letztlich selbstzerstörerischen kompromisslosen Reaktionen abmildern hilft.

Spezifische Behandlungs-Ansätze in der Einzel- und Gruppentherapie kon-zentrieren sich vor allem auf problematische Formen der Beziehungsgestal-tung (das Hauptproblem der Borderline-Patienten), was sich am besten im Kontakt mit den primären Bezugspersonen (Partner, Eltern, Geschwister, Kinder, aber auch Nachbarn und Arbeitskollegen) bearbeiten lässt.

Bei den Therapeuten ist jedenfalls eine ständige „Wachsamkeit“ geboten, die zwar „verstehende Nähe“ erlaubt, gleichzeitig ab klare Grenzen setzt und be-sonders dem bekannten manipulativem Verhalten der Borderline-Patienten widersteht (heute der „wunderbarste Arzt“ und die „einzige Rettung“, morgen die „größte Enttäuschung“ u.ä.).

Medikamentös geht man bei Borderline-Patienten sehr vorsichtig vor. Beruhi-gungsmittel sind schon wegen ihrer Sucht-Gefahr ein Problem und helfen auf Dauer auch nicht weiter, schon gar nicht bei dieser speziellen Wesensart. Geht die Borderline-Symptomatik mehr in Richtung schizophrener Psychose oder ängstlich-depressiver Ausprägung kann man versuchen mit Neuroleptika oder Antidepressiva etwas gegenzusteuern (wobei sich aber gerade Border-line-Patienten oft als ausgesprochen nebenwirkungs-empfindlich erweisen). Bei chronischer Gemüts-Instabilität und vor allem bei ausgeprägter und damit auch gesellschaftlich schädigender Impulsivität bis Aggressivität werden auch Lithiumsalze oder Carbamazepin empfohlen.

• **Histrionische Persönlichkeitsstörung**

Die *histrionische Persönlichkeitsstörung* (vom lateinischen: histrio = Schau-spieler, Gaukler) erhielt ihre neue, erst einmal ungewöhnlich klingende und wirkende Fachbezeichnung durch den Versuch, den (abwertenden) Beiklang

des Begriffes „Hysterie“ zu vermeiden. Oder kurz: hysterisch heißt heute histrionisch.

Eine kurze Definition lautet: Durchgängiges Muster emotionaler Instabilität (Gemüts-Labilität) mit übermäßigem Verlangen nach Aufmerksamkeit.

Nachfolgend ein etwas ausführlicheres *Beschwerdebild*, um das – besonders in der Allgemeinheit eher schillernde – Phänomen „Hysterie“ konkreter zu fassen:

- Neigung zu dramatischen Auftritten, um die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen; bezaubern anfangs durch ihren Enthusiasmus (Begeisterungsfähigkeit bis zur Schwärmerei), durch ihre scheinbare Offenheit und vor allem Koketterie (eitel-selbstgefällig, Gefallsucht, auf Aufmerksamkeit aus); schlüpfen gerne in die Rolle einer „Stimmungskanone“.

Wenn sie die Aufmerksamkeit zu verlieren drohen, können sie Zuflucht zu dramatischen Reaktionen nehmen: Geschichten erfinden, eine Szene machen. Bei Vorgesetzten, Persönlichkeiten oder dem Arzt schmeicheln sie sich gerne mit Geschenken ein oder ziehen die Aufmerksamkeit mit dramatischen Beschreibungen ihrer seelischen oder körperlichen Beschwerden auf sich.

- Auftreten und Verhalten sind in sexueller Hinsicht oft unangepasst bis provozierend oder gar verführerisch. Dies betrifft nicht nur Personen, an denen die Betroffenen ein sexuelles oder zumindest gefühlsmäßiges Interesse haben, sondern auch andere zwischenmenschliche, soziale oder berufliche Beziehungen. Dabei fallen nicht nur die Unangemessenheit dieses Verhaltens, sondern auch die oberflächliche und rasch wechselnde Gemütseinstellung auf.

- Zur Aufmerksamkeits-Zentrierung auf die eigene Person wird konsequent die eigene Erscheinung eingesetzt, d. h. man versucht unaufhaltsam durch entsprechendes Auftreten zu beeindrucken. Das kostet viel Zeit, Geld und Energie für Kleidung, Körperpflege, Schmuck und exquisite Besonderheiten.

Komplimente werden schnell und fast unersättlich aufgegriffen, kritische Bemerkungen hingegen genauso rasch verdrossen, verärgert, gereizt oder aggressiv zurückgewiesen.

- Der Sprachstil ist übertrieben ausdrucksreich bis „blumig“, aber wenig detailliert. Alles bleibt irgendwie vage, diffus, nicht beweisbar (im Guten wie im Schlechten), ohne Sorgfalt, Tiefgang, vor allem schnell variierbar, austauschbar.

- Charakteristisch ist eine Neigung zur Dramatisierung, zu theatralischem Auftreten und übertriebenem Gefühlsausdruck.

Beispiele: exaltierte (überspannte, überschwengliche) Begrüßungszeremonien, unkontrollierte Weinkrämpfe bei banalen Anlässen, auch Wutausbrüche u.a. Dabei alles rasch „an- und ausschaltbar“, so dass bald der Verdacht aufkommt, diese Gefühle seien nur „strategisch“ oder gar vorgetäuscht.

- Hohe Suggestibilität (Beeinflussbarkeit), d. h. Standpunkte und Gefühle können leicht von anderen oder auch nur von Modeerscheinungen beeinflusst werden. Das ist auf der einen Seite eine übertriebene Vertrauensseeligkeit, besonders gegenüber wichtigen Persönlichkeiten, Autoritäten, auch gegenüber dem Arzt („Zauberkräfte“), auf der anderen Seite eine rasche und vor allem kränkende Abwertung, wenn die überzogenen Ansprüche nicht erfüllt werden können.

- Und diese Menschen sehen ihre zwischenmenschlichen Beziehungen persönlicher und gemütsintensiver (bis zur „Gefühlsduselei“) und flüchten, wenn sie sich enttäuscht sehen, in romantische Phantasien oder abrupte (plötzliche und unvorhersehbare) Reaktionen.

Weitere Einzelheiten, insbesondere, was die psychosozialen Folgen angeht, siehe das spezielle Kapitel über *Hysterie*.

- *Behandlung*: Psychotherapeutisch in Form von Einzel- und Gruppentherapie, in denen die Patienten einen „normalen“ zwischenmenschlichen Kontakt erlernen und ihren bisherigen (hysterischen) Beziehungsstil ablegen sollen.

Ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung muss der Therapeut auch hier ständig aufpassen, nicht durch ein nicht selten geschickt verstecktes manipulatives Verhalten des Patienten beeinflusst, ja gelenkt und damit therapeutisch missbraucht zu werden.

Medikamentös sollte man sich bei histrionischen Persönlichkeitsstörungen zurückhalten. Bei der Sonderform der so genannten „hysteroiden Dysphorie“ (also einer ständigen Miss-Stimmung dieser Patienten) wurden auch mal Antidepressiva empfohlen, besonders so genannte MAO-Hemmer (Einzelheiten siehe das Kapitel über Antidepressiva).

• **Narzisstische Persönlichkeitsstörung**

Narziss war in der alt-griechischen Sage ein Jüngling, der sich in sein Spiegelbild verliebt hatte, weshalb man einen in sich selbst verliebten Menschen auch heute noch im Volksmund einen Narzissten nennt. Narzissmus ist also eine Mischung aus Selbstverliebtheit, Selbstbezogenheit, Selbstbewunderung und damit Egoismus. Die *narzisstische Persönlichkeitsstörung* zeigt deshalb folgendes

- *Beschwerdebild*: unrealistische Größen-Phantasien, damit unkritisches, selbstbezogenes Verhalten bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung durch andere. Was besonders auffällt, ist ein Mangel an Empathie, also an Einfühlungsvermögen für andere („ich-ich-ich“).

Die modernen Definitionen (insbesondere das DSM-IV der APA) sprechen von einem seelisch tief greifenden Muster von Großartigkeit (in Phantasien oder Verhalten) sowie einem ständigen Bedürfnis nach Bewunderung – und alles ohne das erwähnte Einfühlungsvermögen für andere. Folgende Kriterien werden als wesentlich erachtet:

Grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente); erwartet ohne entsprechende Leistung als überlegen anerkannt zu werden. Stark eingenommen von der Phantasie grenzenlosen Erfolgs, von Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe. Glaubt etwas Besonderes und Einzigartiges zu sein (und auch deshalb nur von anderen, ebenfalls besonderen und einzigartigen Personen oder Institutionen verstanden zu werden bzw. nur mit diesen verkehren zu können). Verlangt ständig nach übermenschlicher Bewunderung und legt ein überzogenes bis lächerliches Anspruchsdenken an den Tag, z. B. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder das grundsätzliche Eingehen auf die eigenen Erwartungen. Gilt schließlich in zwischenmenschlicher Hinsicht als ausbeuterisch, d. h. zieht nur Nutzen aus anderen und ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse der anderen zu erkennen, anzuerkennen oder zu respektieren, geschweige denn sich mit ihnen zu identifizieren. Dafür ist er häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn. Nach außen hin fällt er vor allem durch seine arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen auf und merkt vor allem nicht, dass man ihn auszugrenzen beginnt.

Ein spezielles Problem ist die Neigung zur Selbstbeschädigung (auch durch Alkohol, Tabak, Medikamente, gesundheitsschädigendes Verhalten in sportlicher oder sonstiger Hinsicht) bis hin zur ernststen Suizidalität (Selbsttötungs-Impulse). Dies vor allem bei ausgeprägter Kränkbarkeit.

Durch ihre Art viel zu fordern und wenig zu geben, sind narzisstische Persönlichkeiten in ihrer Umgebung wenig beliebt, was dann auch einen Teufelskreis anheizt.

- *Behandlung*: Es handelt sich also um eine problematische Charakterstruktur, die – wenn überhaupt – am ehesten durch gezielte psychotherapeutische Maßnahmen beeinflusst werden kann. Wegen der geringen Frustrationstoleranz (raschen Kränkbarkeit) der Patienten empfiehlt sich deshalb eher die Einzeltherapie, besonders zu Beginn der Behandlung.

Hier muss man dann auch rasch herausfinden

- wie viel Konfrontation (d. h. die problematischen Wesenszüge herausarbeiten und damit konstruktiv zu ändern versuchen) und
- wie viel stützende Zuwendung nötig/möglich sind – je nach Belastbarkeit.

Medikamentös sollte man eher zurückhaltend sein. Bei ängstlich-deprimierten Dauerverstimmungen werden aber mitunter Antidepressiva (MAO-Hemmer und SSRI-Antidepressiva) empfohlen, bei ausgeprägten und insbesondere häufigen Hochs und Tiefs (Gemütslabilität) gelegentlich auch Lithiumsalze.

• Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Bei der *vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung* (auch ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung genannt) handelt es sich um Menschen, die aus Angst vor Zurückweisung oder Kritik jegliche zwischenmenschliche Kontakte meiden bzw. nur dann eingehen, wenn sie sich sicher sind, dass sie Erfolg haben oder zumindest akzeptiert werden.

- *Beschwerdebild*: Zwar dominiert der „größte Wunsch in meinem Leben“ im Sinne von „mehr Zuwendung durch andere“, doch sind die Betroffenen so unsicher, schüchtern und damit nervös-angespannt, furchtsam, besorgt und von der Vorstellung geplagt sozial minderwertig, unattraktiv, zumindest aber den anderen unterlegen zu sein, dass sie sich im zwischenmenschlichen Kontakt tatsächlich als wenig „kompetent“, ja als ungeschickt erweisen und deshalb überhaupt nicht „aus ihrer Deckung heraustreten“.

Unbekannte, vor allem aber riskante Aufgaben nehmen sie nur widerwillig auf sich, selbst wenn sie anderen als alltäglich bis harmlos erscheinen, weil sie die Furcht vor Fehlern und damit Beschämung als so unüberwindlich empfinden, dass sie solche „Fehlritte“ dann auch tatsächlich begehen bzw. – als fatale Schlussfolgerung – lieber erst gar nicht antreten.

Dies alles führt zum Vermeiden sozialer oder beruflicher Aktivitäten, zum Austrocknen zwischenmenschlicher Kontakte aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung. Und schließlich zu Einschränkungen im Lebensstil, der zuletzt nur noch von dem überzogenen Bedürfnis nach Sicherheit geprägt ist.

Bei der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung gibt es viele Ähnlichkeiten und Parallelen zu einer vergleichbaren Angststörung, nämlich der sozialen Phobie (siehe diese).

- *Behandlung*: Patienten mit einer vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung würden diesen Teufelskreis natürlich gerne durchbrechen, stehen aber durch ihre Wesensart der dafür notwendigen therapeutischen Beziehung im Wege, vor allem was ihr geringes Selbstbewusstsein („das schaffe ich

ohnehin nicht“) sowie die Furcht vor Enttäuschung, Zurückweisung und Kritik erschwert („was wird man alles von mir verlangen“).

Deshalb empfiehlt sich zunächst eine Einzeltherapie, bei der es vor allem um stützende Zuwendung geht, damit der Betroffene allmählich Vertrauen fassen und eine gewisse Belastbarkeit entwickeln kann. Als sinnvoll erwiesen haben sich aber auch verhaltenstherapeutische Konzepte in der Gruppentherapie, wobei man sich untereinander aufbauen, stützen und zu helfen versucht.

Dominieren ängstlich-depressive Verstimmungen, kann man im Einzelfall auch Medikamente erwägen, vor allem Antidepressiva.

• **Dependente Persönlichkeitsstörung**

Dependent kommt vom lateinischen *dependere* = abhängen und heißt demzufolge Abhängigkeit. Eine *dependente Persönlichkeitsstörung*, auch als abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung bezeichnet, ist also durch ein Gefühl der Unfähigkeit charakterisiert, das eigene Leben selbstständig zu führen. In der Selbsteinschätzung beurteilen sich die Betroffenen als schwach und hilflos, weshalb sie in allen Lebenssituationen auf die Unterstützung durch andere, insbesondere den Partner, nahe Angehörige, Freunde, Nachbarn u.a. angewiesen sind. Außerdem sind sie ständig von großer Trennungsangst, Gefühlen der Hilflosigkeit und Inkompetenz geplagt, wobei sich die Kraftlosigkeit mal mehr im geistigen und dann wieder mehr im gemütsmäßigen Bereich äußert.

Deshalb sind Menschen mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung auch nur wenig bereit, Selbstverantwortung zu übernehmen, selbst wenn man ihnen dazu den Weg ebnet. In der Zweierbeziehung besteht vor allem eine ständige Angst vor Verlust bzw. allein gelassen zu werden.

- *Behandlung*: Diese für die zwischenmenschliche Durchsetzungsfähigkeit negativen Grundeigenschaften sind aber erst einmal günstig, wenn es um die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung geht. Die Betroffenen sind freudig bereit, sich helfen zu lassen, ja anpassungsfähig und zuverlässig, was die Bedingungen einer Psychotherapie anbelangt.

Die Gefahr besteht allerdings darin, dass der Patient durch die Behandlungssituation in ein neues Abhängigkeitsverhältnis gerät. Das eigentliche Behandlungsziel ist deshalb die Verbesserung von Selbstvertrauen und Autonomie. Nach und nach gilt es die positiven Züge der dependenten Persönlichkeitsstörung zu nutzen, nämlich die bekanntermaßen gute soziale Integration und meist hohe Leistungswilligkeit (um sich damit die Sympathie der anderen zu sichern). In der Fachsprache heißt dies: Kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen dienen deshalb erst einmal der Verbesserung der Handlungskompetenz (wo fühle ich mich zuständig, fähig, und damit auch sicher) und des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten. Daraus ergibt sich auch eine

verbesserte Wahrnehmung der eigenen Interessen und der Möglichkeiten, sie zu nutzen. Und dies auch einmal um den Preis allmählicher Abgrenzung von den früheren Schutzpersonen (die man eigentlich durch seine Abhängigkeit nicht kränken und damit verlieren will).

Hilfreich sind daher Rollenspiele und Selbstbehauptungs-Training, wobei man langsam von der Einzelbehandlung über die Einbeziehung des Partners (der möglicherweise schon zuviel schützende Vorleistungen gebracht hat, die eine solche Abhängigkeit letztendlich begünstigen) bis zur Gruppentherapie gelangen sollte.

Medikamente sind nur selten nötig, am ehesten bei depressiven Stimmungsschwankungen, die zeitlich begrenzt durch Antidepressiva aufgefangen werden können.

• **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung**

Die *zwanghaften Persönlichkeitsstörungen* (auch anankastische Persönlichkeitsstörungen genannt) bieten so manche Parallelen zu den selbstunsicheren und abhängigen, kurz asthenischen (rasch erschöpfbaren, zu Schwächezuständen, aber auch zu Reizbarkeit und erhöhter Empfindlichkeit neigenden) Formen, nehmen jedoch wegen ihres spezifischen Leidensbildes eine Sonderstellung ein.

- *Beschwerdebild*: Das wichtigste Merkmal ist eine durchgängige Neigung zu Perfektionismus und damit letztlich zu Unflexibilität. Enge Beziehungen bestehen deshalb auch zu Zwangsstörungen, Depressionen und manchen schizophrenen Beeinträchtigungen.

Charakteristisch ist ein ständiges Gefühl von Zweifel verbunden mit einem Hang zu übertriebener Gewissenhaftigkeit, zu ständigen Kontrollen und damit zu unnötiger Über-Vorsicht, Starrheit, ja Halsstarrigkeit. Belastend sind auch beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse, die allerdings nicht die lähmende Zwanghaftigkeit einer Zwangsstörung erreichen.

Die häufigsten Symptome sind Gefühle starken Zweifels und verstärkter Vorsicht, überzogene Vorliebe für Details, Regeln, Listen, Schemata und organisatorische Aspekte mit unergiebigem Dominanz des Faktors „Ordnung“. Nicht selten die Neigung zu Perfektionismus (was die Erfüllung einer Aufgabe erschwert, vielleicht sogar unmöglich macht) sowie übertriebene Gewissenhaftigkeit, ja Skrupel. Die Vorliebe für „Produktivität“ geht auf Kosten von Genussfähigkeit und vor allem zwischenmenschliche Beziehungen. Dazu pedantisch, übertrieben, angepasst, besonders was soziale Konventionen anbelangt, wenn nicht gar unflexibel, starr, stur, falls andere ihren eigenen Lebensstil praktizieren wollen. Und dies bis hin zu sich grenzwertig aufdrängenden unerwünschten Gedanken oder Impulsen, wie sie bei der eigentlichen Zwangsstörung typisch sind. (Bei der dritten Gruppe zwanghafter Störungen,

den zwanghaften Handlungen fangen Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung dann allerdings an vorsichtig selber zu korrigieren, um nicht in die – bewusst oder unbewusst – gefürchtete offensichtliche Zwangskrankheit zu verfallen.)

- *Behandlung:* Meist verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsprogramme zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten. Bei zusätzlichen Zwangssymptomen empfehlen sich spezielle Desensibilisierungs-Techniken. Kognitive Therapieverfahren sollen vor allem die so genannten dysfunktionalen Denkschemata durch flexiblere Muster ersetzen. Auch wird versucht, das Gemütsleben der oft sehr rational bestimmten und darüber hinaus nicht selten zu Schuldgefühlen neigenden Patienten zu stärken.

Medikamentös können – vor allem wenn sich offenkundige Zwangsstörungen in den Vordergrund zu schieben drohen –, die so genannten SSRI-Antidepressiva zusätzlich hilfreich sein (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel über Zwangsstörungen).

• **Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen**

Schließlich stehen aus der früheren Fülle der Psychopathien noch zwei weitere Persönlichkeitsstörungen zur Diskussion, auch wenn sie nach dem derzeitigen Forschungsstand noch nicht in die federführenden Klassifikationen aufgenommen werden konnten. Dazu gehören die depressive und die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. Im Einzelnen:

- Hauptmerkmal einer **depressiven Persönlichkeitsstörung** ist ein tiefgreifendes und beständiges Gefühl von unbehaglich-freudlos-unglücklich-niedergeschlagen. Die Betroffenen sind übermäßig ernst, humorlos und unfähig zu genießen. Sie neigen zum Grübeln, zu ständiger Sorgenbereitschaft und zu einem pessimistisch eingefärbten und damit zermürenden Gedankenkreisen und Problem-Grübeln. Das pflegt in zwischenmenschlicher und beruflicher Hinsicht nicht ohne Folgen zu bleiben, ja kann regelrecht lähmen, auch wenn sich diese Patienten eher als Realisten sehen: „Ich wusste es ja“. In Wirklichkeit droht hier die verhängnisvolle Konsequenz einer sich ständig selbst erfüllenden Prophezeiung.

Ein entscheidendes Grundproblem ist also ihre strenge, unflexible (über-)kritische und fast schon negativistische Fremd- und Selbst-Beurteilung, die sich vor allem an den Schwächen und nur selten (und irgendwie ungern) an den Stärken einer Person, Situation oder Sache orientiert.

Menschen mit einer depressiven Persönlichkeitsstörung, so der bisherige Verdacht, tendieren zu „richtigen“ Depressionen bzw. haben oder entwickeln eine entsprechende Disposition (Neigung). Dies ist besonders dann ernst zu nehmen, wenn sich eine genetische Verbindung herausstellt, d. h. in der Vorgeschichte eine erbliche Belastung mit entsprechenden Störungen vorliegt.

- Die **passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung** ist vor allem durch ein tiefgreifendes Muster negativistischer Einstellungen und passiven Widerstandes gegenüber Leistungsanforderungen gekennzeichnet.

Unter *negativistisch* versteht man in der direkten Übersetzung eine „Verneinungs-Sucht“, also konkret eine ständig ablehnende, negativ gefärbte Grundhaltung, wie sie als Trotzverhalten in der Pubertät nicht selten zu finden und dort auch nur vorübergehend und für diese Entwicklungsphase entschuldbar ist – nicht aber als grundsätzliche Lebenseinstellung.

Auf jeden Fall fühlen sich Menschen mit einer passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung von anderen oft missverstanden, beklagen sich anhaltend über persönliches Unglück (das sie nicht selten unbewusst selber inszenieren), sind mürrisch und streitsüchtig, kurz: „unerfreuliche Zeitgenossen“.

Autoritäten gegenüber zeigen sie ungemessene Kritik, ja Verachtung, was ihre Position nicht gerade verbessert. Menschen, die ein offensichtlich glücklicheres Los gezogen haben (sollen), begegnen sie mit Neid, Missgunst, Groll oder einem eigenartigen, auf jeden Fall nicht nachvollziehbaren Wechselspiel zwischen feindseligem Trotz und (mitunter fast unterwürfiger) Reue.

Die Ambivalenz (Zwiespältigkeit) im Denken und Handeln und das geringe Selbstwertgefühl, das aus einer solchen Einstellung entsteht (ständige Fremd-Abwertung schlägt zuletzt in eine verheerende Selbst-Abwertung um) führen oft zu Auseinandersetzungen und Streitigkeiten mit der Umwelt. Und zu persönlichen Enttäuschungen, die zwar unkritisch anderen zugeschrieben, im Grunde aber selbst provoziert werden.

Dieses Verhaltensmuster, das einer passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt, findet sich aber auch bei zahlreichen anderen Leidens- und Krankheitsbildern: Borderline-Persönlichkeitsstörung, histrionischen (hysterischen), paranoiden (wahnhaften), dependenten (von anderen abhängigen), antisozialen und eben vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen. Es bleibt deshalb fraglich, ob die zuständigen Institutionen sich eines Tages entscheiden, daraus ein eigenes, selbstständiges Krankheitsbild zu definieren.

SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Wie bereits eingangs angedeutet, liegen abnorme Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen in der Regel im Randbereich zwischen einem gesunden und einem gestörten Seelenleben. Die Übergänge sind fließend und können sogar innerhalb eines einzelnen Schicksals eine beträchtliche Variationsbreite durchlaufen. Dabei sollte man – um diesem Phänomen gerecht zu werden – das grundsätzlich Negative dieser Wesensmerkmale endlich aus dem öffentlichen Meinungsbild über Persönlichkeitsstörungen herausnehmen. Es gibt

durchaus auch Vorteile. An Beispielen mangelt es nicht, nämlich dann, wenn die scheinbar negative Eigenschaft zur rechten Zeit, am rechten Ort und vom richtigen Vertreter in eine positive Leistung münden kann, sei es politisch, militärisch, wirtschaftlich, kulturell-künstlerisch oder wie auch immer.

Deshalb muss man letztlich einräumen, dass selbst die modernen Klassifikationen durch präziser gewordene Erfassungsinstrumente und diagnostische Unterteilungen die Persönlichkeitsstörungen zwar konkreter darzustellen vermögen, letztlich aber nicht so typisch und damit für den Alltag in Klinik und Praxis hilfreich einteilbar sind wie beispielsweise Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen, die Suchtkrankheiten, Altersleiden u.a.

Bei den Persönlichkeitsstörungen spielen häufiger als bei den meisten anderen psychischen Leiden schwierige Lebensentwicklungen mit entsprechenden (krankhaften) Reaktionen eine Rolle, wie sie sich einerseits aus spannungsvoller Konstitution (Veranlagung und damit Verfassung eines Menschen) und andererseits aus seiner Biographie (Lebensgeschichte) ergeben.

Das heißt: Wesentliche Fortschritte in der psychiatrischen Konzeption der Persönlichkeitsstörungen werden sich in Zukunft am ehesten aus zwar entwicklungspsychologischen, aber auch neurobiologischen Untersuchungen ableiten lassen. Und das prägt dann auch die Therapie, die im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans nicht nur psychotherapeutisch einschließlich soziotherapeutischer Hilfen und Korrekturen, sondern auch medikamentös eingreifen sollte.

Darin liegt dann auch die Chance für die Betroffenen und ihre Angehörigen und auch Freunde, Nachbarn, Berufskollegen u.a. Denn gerade Persönlichkeitsstörungen sind seelische Erkrankungen, an denen nicht nur der Betreffende, sondern auch und oft vor allem sein Umfeld zu leiden hat, wie die alte Definition lautet – nicht zu Unrecht.

LITERATUR

Die früheren Psychopathien und heutigen Persönlichkeitsstörungen sind zwar seit jeher ein Thema von besonderer Wichtigkeit, sei es im Alltag mit Familie, Nachbarschaft und Arbeitsplatz, sei es in der Kriminologie, der Wissenschaft von Ursachen und Erscheinungsform von Verbrechen bzw. dann forensischen Psychiatrie, die rechtskräftig verurteilte seelisch Kranke zu betreuen hat. An Fachliteratur mangelt es deshalb nicht, sogar an durchaus fundierten Sachbüchern. Probleme bereiten allerdings die ständigen Klassifikations-Änderungen, die nicht nur neue Definitionen, sondern auch Fachbegriffe einschließen. Nachfolgend deshalb einige Übersichten zu diesem Thema aus der deutschsprachigen Fachliteratur einschließlich historischer Beiträge:

APA (Hrsg.): **Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV**. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Beck A. T. u. Mitarb.: **Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen**. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1993

Bohus, M. u. Mitarb.: **Persönlichkeitsstörungen**. In: M. Berger (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1999

Bräutigam, W.: **Reaktionen, Neurosen, abnorme Persönlichkeiten. Seelische Krankheiten im Grundriss**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1985

Bronisch, T. u. Mitarb.: **Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen**. Verlag Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2002

Fiedler, P.: **Persönlichkeitsstörungen**. Beltz-PVU, Weinheim 2001

Fiedler, P.: **Integrative Therapie bei Persönlichkeitsstörungen**. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2000

Herpetz, S., H. Saß: **Persönlichkeitsstörungen**. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Hoffmann, S. O.: **Charakter und Neurose**. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1979

Kraepelin, E.: **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte**. Barth-Verlag, Leipzig 1903

Kretschmer, E.: **Körperbau und Charakter**. Springer-Verlag, Berlin 1921

Saß, H.: **Persönlichkeitsstörungen**. In: V. Faust (Hrsg.): *Psychiatrie – ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996 (Grundlage vorliegender Ausführungen)

Saß, H.: **Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Saß, H.: **Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung**. In: W. Janzarik (Hrsg.): *Persönlichkeit und Psychose*. Enke-Verlag, Stuttgart 1988

Saß, H., S. Herpetz (Hrsg.): **Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen**. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Saß, H.: **Persönlichkeitsstörungen**. In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart, Band 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000.

Shapiro, D.: **Neurotische Stile.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1991

Schmitz, B. u. Mitarb. (Hrsg.): **Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie.** PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1996

Schneider, K.: **Die psychopathischen Persönlichkeiten.** Verlag Deuticke, Wien 1923 (Nachdruck: Thieme, Leipzig 1950)

Tress, B. u. Mitarb. (Hrsg.): **Persönlichkeitsstörungen – Leitlinie und Quellentext.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2002

WHO: **Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2001

WHO: **Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2002