

# Seelisch Kranke unter uns

## Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### WIE HÄUFIG SIND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN?

Das Thema „Persönlichkeitsstörungen“ gewinnt zusehends an Interesse, auch wenn man nicht mehr von „Psychopathie“ wie früher spricht. Der Wissensbedarf ist groß, die Forschungs-Aktivitäten nehmen zu. Bei den internationalen Klassifikationen mangelt es zwar noch an der notwendigen Einigung, aber die wichtigsten Krankheitsbilder stehen fest und zeigen interessante epidemiologische Unterschiede, je nach Diagnose, Ursache, Verlauf und den Möglichkeiten und Grenzen einer entsprechenden Therapie. Interessant und tröstlich für die Betroffenen ist die wissenschaftliche Erkenntnis, dass von einer Krankheits-Manifestation auf Dauer (nicht) mehr die Rede sein kann. Bei einem Drittel der Betroffenen lassen sich irgendwann und nur für eine gewisse Zeitspanne im Leben Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. In der übrigen mehr oder weniger langwährenden Lebenszeit bleiben die Auffälligkeiten unterhalb einer relevanten Diagnose-Schwelle oder sind mehr vorhanden. Nur noch selten kann von einer Chronifizierung die Rede sein.

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht in Ergänzung zu den verschiedenen Beiträgen in dieser Serie.

Wenn von Persönlichkeitsstörungen die Rede ist – und das nimmt ständig zu –, dann herrscht in der Allgemeinheit wachsendes Interesse – und Verwirrung, zumindest Ratlosigkeit. Das war bei dem früheren Begriff der „Psychopathie“ einfacher. Allerdings wurde der damalige „Sammeltopf negativer Charakter-Eigenschaften“ so einseitig ge- bzw. missbraucht, dass er schließlich zum Schimpfwort verkam und Ärger, wenn nicht gar juristische Drohungen auslöste. Das findet sich nun wenigstens bei den „Persönlichkeitsstörungen“ seltener, nicht zuletzt wegen der erwähnten Unsicherheiten, Unklarheiten, unterschiedlichen Bedeutungs-Inhalten und sogar Krankheitsbildern.

Gleichwohl herrscht hier nicht nur enormer Forschungsbedarf, sondern auch eine gewissen klassifikatorische Unsicherheit, sprich: Sind sich hier auch alle weltweit ton-angebenden Institutionen in ihrer Klassifikation einig, d. h. empfeh-

len sie die gleichen diagnostischen und ätiopathogenetischen Faktoren? Das ist derzeit nicht befriedigend gelöst, und zwar nicht nur was die bisherigen Unterschiede der so genannten ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem DSM-5<sup>®</sup> der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) angeht, sondern bei Letzterem sogar innerhalb der aktuellen Ausgabe mit gleich zwei Kapiteln, nämlich den bekannten Diagnose-Empfehlungen von früher und einem Alternativ-Modell, das sich bei den entsprechenden Gremien offenbar noch nicht endgültig durchgesetzt hat.

Unabhängig von diesen Problemen, die sich wohl eines Tages kompromissmäßig lösen dürften, fragt sich natürlich der durch alltägliche Begegnungen oder gar Konfrontationen angeregte Interessent: Wie häufig sind eigentlich Persönlichkeitsstörungen, und zwar unterteilt nach den verschiedenen Untergruppen, definiert nach den bisher gültigen Diagnose-Schemata.

Dazu finden sich interessante Hinweise in der 7. Auflage des Fachbuches *Persönlichkeitsstörungen* im Beltz-Verlag 2016 der Professoren Dr. Peter Fiedler vom Psychologischen Institut und Frau Professor Dr. Sabine Herpertz von der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Universität Heidelberg (siehe Literaturhinweis am Ende des Beitrags). Dazu eine epidemiologische Kurzfassung zur ersten Übersicht, um sich bei Bedarf in besagtem Fachbuch dann differenzierter informieren zu können. Im Einzelnen:

## **Epidemiologie der Persönlichkeitsstörungen**

Zur wissenschaftlichen Beantwortung der Fragen: Häufigkeit, Verbreitung, Lebenszeitprävalenz, Verlauf, Prognose u. a. braucht es ein mehr oder weniger einheitliches Diagnose-System, was bisher nicht zufriedenstellend gegeben ist (s. o.). Denn es wurden im Verlauf der letzten Jahre neue Diagnosen aufgenommen und andere gestrichen. Damit hängen die gefundenen Ergebnisse davon ab, in welchem Jahr und mit welchem Diagnose-System die epidemiologischen Studien durchgeführt wurden.

Früher war es da schon einfacher, man untersuchte die „Psychopathien“. Wenn man darunter konkret die heutige Antisoziale Persönlichkeitsstörung verstand, ergaben sich dann aber andere Erkenntnisse, als wenn man dafür gelegentlich die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen zusammenfasste, wie sie früher diskutiert wurden.

Gleichwohl kommen so genannte störungs-übergreifende Studien schon vor 1980 recht übereinstimmend zu Prävalenz-Raten zwischen 5 und 10 %, und das in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und Kulturkreisen (z. B. Norwegen, Schweden, USA, Deutschland).

Inzwischen liegen halbwegs übereinstimmende Befunde vor, wobei die meisten Erhebungen mit so genannten semistrukturierten Interviews auf Städte oder ihre

nähere Umgebung beschränkt bleiben, die Mehrzahl wiederum aus den USA, der Rest aus Nordwest-Europa. Und hier spricht man inzwischen von Prävalenz-Raten von 10 und 15 % mit Durchschnittswerten von 11 bis 12 %.

Was die spezifischen Persönlichkeitsstörungen anbelangt, kommen die ängstlich-vermeidenden und die zwanghaften Persönlichkeitsstörungen mit durchschnittlich 2,5 % am häufigsten vor. Gefolgt werden sie mit jeweils ungefähr 1,5 % von paranoiden, Borderline-, antisozialen und passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörungen. Bei ungefähr 1 % der untersuchten Personen ließen sich schizoide, dependente, schizotypische und histrionische Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. Wird die narzisstische Persönlichkeitsstörung eingebunden, dann liegt sie zumeist deutlich unter 1 %.

Vergleicht man die US-amerikanischen Untersuchungen mit denen aus Nordwest-Europa, so kommen zwanghafte und paranoide Personen deutlich häufiger in Europa vor, aber auch noch etwas öfter ängstlich-vermeidende, schizoide und dependente Persönlichkeitsstörungen. Dagegen werden antisoziale und schizotypische und möglicherweise auch histrionische (hysterische) und narzisstische Persönlichkeitsstörungen eher in den Vereinigten Staaten diagnostiziert. Will man aus diesen Erkenntnissen eine etwas lockerere Schlussfolgerung ziehen, so ist der Persönlichkeitsstil des Durchschnitts-Nordwest-Europäers wohl eher leicht gefühlsgehemmt, skeptisch und zurückgezogen, während man in den USA mehr expressiver, impulsiver, vielleicht sogar exzentrischer auftritt (nach S. Torgensen, 2014).

### **Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischer Behandlung**

Soweit die Untersuchungen in der Allgemeinheit. Bei *klinischen Studien* fallen die Prävalenzraten der Persönlichkeitsstörungen unter den psychiatrischen Patienten deutlich höher aus, nämlich fast 40 % nach ICD-10-Kriterien der WHO und mehr als 50 % nach DSM-Kriterien der APA. Die Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationen kommen allerdings dadurch zustande, dass bei Letzterer fünf Persönlichkeitsstörungen mehr diagnostizierbar sind (typisch, narzisstisch, passiv-aggressiv sowie in den früheren Ausgaben noch selbstschädigend und sadistisch). Bereinigt man hier die Ausgangslage, nähern sich beide Prozentzahlen einander an.

Am häufigsten sind es auf jeden Fall Borderline-Persönlichkeitsstörungen (14 bis 15 %), selbstunsicher-vermeidende (11 bis 15 %), histrionische (4 bis 7 %) und dependente (mehr als 4 %). Interessantes Nebenergebnis: Trotz aller kultureller Unterschiede finden sich die meisten Persönlichkeitsstörungen in allen teilnehmenden Ländern. Nur aus Indien wurden weder die Borderline-, noch die vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen mitgeteilt, die in anderen Nationen fast durchgängig die höchsten Prävalenzraten aufweisen.

Natürlich entwickelt sich die Wissenschaft weiter. Deshalb dürfen aktuelle Studien als methodisch anspruchsvoller gelten, zumal dort auch größere Patientenzahlen erfasst werden. Nach wie vor kommen aber selbst in neueren Studien die klinisch diagnostizierten und behandelten Persönlichkeitsstörungen häufiger vor, nämlich unverändert an erster Stelle die Borderline-Persönlichkeitsstörungen (28,5 %), die ängstlich-vermeidenden (22 bis 25 %) und die dependenten (13 bis 15 %). Danach folgen die histrionischen (8 bis 10 %), zwanghaften (6 bis 11 %), paranoiden (6 bis 10 %), schizotypischen (um die 6 %), narzisstischen (5 bis 10 %) und – nur ganz selten – die schizoiden (1 bis 2 %).

Dabei lässt sich dann schlussfolgern, dass es besonders die dependent-abhängigen, die ängstlich-vermeidenden und emotional-instabilen Patienten sind, die therapeutische Hilfe in klinischen Einrichtungen suchen. Dagegen versuchen die mehr introvertierten Personen mit höherem Selbstbezug eher alleine mit ihren Problemen zurechtzukommen.

### **Epidemiologische Aspekte**

Bedeutsam auch weitere störungs-spezifische Aspekte: Beim Vergleich von persönlichkeitsgestörten mit nicht-gestörten Patienten zeigen die bisher vorliegenden Studien folgende Erkenntnisse (nach R. Torgensen, 2005):

- Menschen mit Persönlichkeitsstörungen
  - unterziehen sich deutlich häufiger erneut einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung (auffällig häufig Borderline-, ängstlich-vermeidende und schizotypische Persönlichkeitsstörungen),
  - weisen erheblich größere Anpassungsschwierigkeiten in Familie und Beruf auf (vorrangig bei dissozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen),
  - blicken häufiger auf Ehescheidung oder längere Zeiten ohne feste Partnerschaft zurück (vor allem histrionische, Borderline- und dissoziale Persönlichkeitsstörungen) und
  - nehmen deutlich häufiger wegen unterschiedlicher *körperlicher* Krankheiten ärztliche Hilfe in Anspruch (besonders ängstlich-vermeidende, dependente und schizotypische Persönlichkeitsstörungen).

Eine geringe Schulbildung findet sich überzufällig häufig bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstruktur; deutlich *über* dem Durchschnitt die schulischen Erfolge bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung. Fraglich bleibt aber grundsätzlich, wie bindend hier entsprechende Kausalitätsschlüsse gezogen

werden dürfen. Es können nämlich auch die Lebensbedingungen sein, die hier keinen unerheblichen Einfluss ausüben.

### **Persönlichkeitsstörungen – lebenslang?**

Früher schienen entsprechende Untersuchungen dafür zu sprechen, dass Persönlichkeitsstörungen ein „lebenslanges Schicksal“ sind. Konkret nach P. Fiedler und S. Herpertz: „Das Störungsmuster ist stabil und langdauernd und sein Beginn kann zumindest bis zur Adoleszenz oder bis zum frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden“. Oder: „Persönlichkeitsstörungen beginnen immer in der Kindheit und Jugend und äußern sich auf Dauer im Erwachsenenalter“. Diese Überlegungen sind wissenschaftlich heute nicht mehr haltbar.

Offenbar gehen die früheren Erkenntnisse auf weniger klar definierte Kriterien und unzureichende methodische Voraussetzungen zurück. Moderne Studien zeigen eine andere Entwicklung, eine günstigere. Natürlich kann ein Teil der im Erwachsenenalter diagnostizierbaren Persönlichkeitsstörungen auch seine Wurzeln in Kindheit und Jugend haben, wenngleich kaum bei allen Betroffenen. Dafür gibt es bisweilen erstaunlichen Remissions-Raten (gesundheitliche Wiederherstellung) nach heutiger Erkenntnis. Einschränkend muss man allerdings gestehen, dass bei vielen Betroffenen vom „zeitgleichen Erreichen eines als gesund zu bezeichnenden sozialen und beruflichen Funktionsniveaus“ nicht gesprochen werden kann. Gleichwohl hat der frühere prognostische Pessimismus heute keinen Grund mehr. Selbst das Risiko eines Suizides hat sich in den vergangenen Jahren offenkundig deutlich vermindert, selbst bei denen in diese Hinsicht besonders gefährdeten Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Fazit: Der frühere therapeutische Pessimismus im Bereich der Persönlichkeitsstörungen ist nicht mehr haltbar. Man spricht sogar von einer Remissions-Rate bei persönlichkeitsgestörten Patienten von ungefähr 85 %. Natürlich gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnose-Gruppen. Und es ist nicht auf der ganzen Linie mit dem gewünschten Normalisierungs-Erfolg zu rechnen (z. B. unbeständige Berufsentwicklung, häufiger Stellenwechsel, wiederholte Phasen der Arbeitslosigkeit, bei zwischenzeitlich Verheirateten konfliktreiche Beziehungen u. a.). Dennoch gibt die Entwicklung auch zu gewisser Hoffnung Anlass, wobei aber vor allem die Frage eine Rolle spielt: behandlungs-willig und im Besitz eines adäquaten Therapieplatzes ambulant oder stationär.

### **Persönlichkeitsstörungen im höheren Lebensalter**

Studien mit Persönlichkeitsstörungen im höheren Lebensalter sind eher selten. Früher sprach man davon, dass die Häufigkeit jenseits des 50. Lebensjahres deutlich geringer ausfällt als zuvor. Diese Erkenntnisse können heute bestätigt werden.

In einer Zusammenfassung valider Studien kam erneut heraus, dass die Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen unter dem 50. Lebensjahr bei durchschnittlich 21 % lag (Zusammenfassung der einzelnen Störungsbilder s. o.), was sich für jenseits der 50. Lebensjahres halbierte (rund 10 %). Da es sich allerdings bei den untersuchten Personen um überwiegend geriatrische Patienten handelte, kann natürlich auch eine Unterschätzung vorkommen.

Doch sprechen neuere Erkenntnisse dafür, dass die Häufigkeit der Persönlichkeitsstörungen im höheren Lebensalter deutlich zurückgeht. Am auffälligsten in positiver Hinsicht bei histrionischen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen, und zwar sowohl was Beschwerdebild, als auch die psychosozialen Aspekte im Beruf und Familie anbelangt. Insbesondere die Impulsivität wird bei vormals diagnostizierten Borderline- bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörungen kaum mehr beobachtet.

Andererseits lassen sich gelegentlich auch Verschlechterungen registrieren, vor allem bei den Diagnosen „ängstlich-vermeidend“, „zwanghaft“ und „schizotypisch“. Und dies sowohl hinsichtlich der Persönlichkeits-Auffälligkeiten als auch des so genannten psychosozialen Funktionsniveaus.

Während – wie erwähnt – vor allem die antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen im höheren Lebensalter kaum mehr diagnostizierbar (oder konkreter: nicht mehr auffindbar) sind, muss gerade bei diesen Leidensbildern später offenbar eher mit einer Depression gerechnet werden. Dabei scheinen insbesondere jene ehemaligen Borderline-Patienten ein erhöhtes Depressions-Risiko aufzuweisen, die vor dieser Erkrankung ernsteren Lebensereignissen, Krisen und einschneidenden Lebensveränderungen ausgesetzt waren. Ansonsten finden sich im 3. und 4. Lebensalter bei Persönlichkeitsstörungen vor allem die üblicherweise zugleich auftretenden alters-bedingten psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen.

## **Schlussfolgerung**

Persönlichkeitsstörungen kommen häufig vor: Einer von zehn Erwachsenen scheint die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung zu erfüllen. Die meisten finden sich bei Personen mit geringem Einkommen und in den unteren Sozialschichten, wobei die Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeits-Eigenarten und Lebensbedingungen kaum klärbar sind. Auch das Leben ohne festen Lebenspartner könnte eine Risikobedingung sein. Vorschnelle Kausalitäts-Annahmen verbieten sich jedoch grundsätzlich. Auf jeden Fall sind Persönlichkeitsstörungen keine stabilen, d. h. unveränderbaren Eigenarten, wie dies mitunter leider noch immer unterstellt wird. Insbesondere impulsive, aggressive und extravertierte Persönlichkeits-Eigenarten scheinen sich im Verlaufe des

Lebens deutlich zu verringern. Dagegen können zwanghafte und eher introvertierte Persönlichkeitsmuster mit dem Alter zunehmen.

## LITERATUR

Grundlage dieser Ausführungen ist die 7. Auflage des Fachbuches

*P. Fiedler, Herpertz, Sabine C.: Persönlichkeitsstörungen.* Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 2016

Dort auf rund 550 Seiten eine ausführliche Darstellung mit umfangreichem Literaturverzeichnis.

Weitere Einzelheiten zu dem Thema „Persönlichkeitsstörungen“  
siehe auch in der Sparte *Psychiatrie heute* in dieser Internet-Serie

[www.psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net)