

**Diplomarbeit**

**Die Prävalenz und Therapie der Persönlichkeitsstörungen**

eingereicht von  
**David Bernhard Nitsch**

zur Erlangung des akademischen Grades  
**Doktor der gesamten Heilkunde**  
**(Dr. med. univ.)**

an der  
**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der  
**Universitätsklinik für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin**

unter der Anleitung von Betreuern

**Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.med.univ. Andreas Baranyi**

**Univ.-Prof. Dr.med. Dr.scient.med Hans-Bernd Rothenhäusler, MSc.**

Graz, 23.08.2018

## Eidesstattliche Erklärung

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 23.08.2018*

*David Bernhard Nitsch eh.*

## Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während des Studiums und der Erstellung der Diplomarbeit unterstützt haben.

Für die tolle Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich bei meinem Betreuer, Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.med.univ. Andreas Baranyi, bedanken.

Besonderen Dank gebührt meinen Eltern, die mir durch ihre Unterstützung dieses Studium ermöglicht haben.

Darüber hinaus möchte mich bei all meinen Freunden und Kollegen bedanken, die mich durch diese wertvolle Studienzeit begleitet haben und als moralische Unterstützung gedient haben.

# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	II
Danksagungen .....	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
Zusammenfassung.....	X
Abstract .....	XI
Einleitung und Methodik.....	1
1. Die Definition, Diagnostik und Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen .....	2
1.1. Persönlichkeitsmodelle.....	2
1.2. Pathologien der Persönlichkeit .....	4
1.3. Die Definition und Einteilung der Persönlichkeitsstörungen .....	6
1.3.1. Definition .....	6
1.3.2. Klassifikationssysteme.....	7
1.3.2.1. Kategorische Einteilung nach dem ICD-10 (3) .....	7
1.3.2.2. Drei-Cluster-Einteilung .....	8
1.3.2.3. Vergleich ICD-10 (3) und DSM-5 (4).....	9
1.3.2.4. Diagnostik.....	10
1.4. Die Symptomatik der Persönlichkeitsstörungen.....	12
1.4.1. Paranoide Persönlichkeitsstörung .....	12
1.4.2. Schizoide Persönlichkeitsstörung .....	13
1.4.3. Schizotypische Persönlichkeitsstörung.....	13
1.4.4. Histrionische Persönlichkeitsstörung.....	14
1.4.5. Narzisstische Persönlichkeitsstörung.....	15
1.4.6. Antisoziale Persönlichkeitsstörung.....	15
1.4.7. Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeits-störung).....	16
1.4.8. Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung.....	18

1.4.9.	Abhängige Persönlichkeitsstörung.....	18
1.4.10.	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung .....	19
2.	Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen .....	20
2.1.	Beschreibung der Studien zur Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung.....	20
2.1.1.	Die Prävalenz der einzelnen Persönlichkeitsstörungen – ein Studienvergleich ....	30
2.1.1.1.	Gesamtprävalenz der Persönlichkeitsstörungen .....	30
2.1.1.2.	Die Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen .....	31
2.1.1.3.	Die Prävalenz der paranoiden Persönlichkeitsstörung .....	32
2.1.1.4.	Die Prävalenz der schizoiden Persönlichkeitsstörung .....	32
2.1.1.5.	Die Prävalenz der schizotypischen Persönlichkeitsstörung.....	33
2.1.1.6.	Die Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen .....	33
2.1.1.7.	Die Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung .....	34
2.1.1.8.	Die Prävalenz der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) .....	35
2.1.1.9.	Die Prävalenz der histrionischen Persönlichkeitsstörung.....	35
2.1.1.10.	Die Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung .....	36
2.1.1.11.	Die Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen.....	36
2.1.1.12.	Die Prävalenz der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung.....	37
2.1.1.13.	Die Prävalenz der abhängigen Persönlichkeitsstörung .....	38
2.1.1.14.	Die Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung .....	38
2.1.2.	Prävalenzstudien im klinischen Setting .....	39
2.1.2.1.	Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinmedizin .....	39
2.1.2.2.	Prävalenz bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten .....	40
2.1.2.3.	Persönlichkeitsstörungen bei stationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten .....	41
2.2.	Diskussion der Studienlage zur Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen .....	45
3.	Die Therapie der Persönlichkeitsstörungen:.....	48

3.1.	Psychotherapie.....	48
3.1.1.	Die Therapieverfahren im Überblick.....	49
3.1.1.1.	Kognitiv-behaviorale Ansätze.....	49
3.1.1.2.	Psychoanalytische/Psychodynamische Verfahren.....	53
3.1.1.3.	Andere Therapieverfahren.....	56
3.2.	Die medikamentöse Therapie der Persönlichkeitsstörungen.....	59
3.2.1.	Medikamentenklassen.....	59
3.2.1.1.	Antidepressiva.....	59
3.2.1.2.	Antipsychotika.....	59
3.2.1.3.	Antikonvulsiva/Stimmungsstabilisierer.....	60
3.2.1.4.	Benzodiazepine.....	60
3.2.1.5.	Clonidin.....	61
3.2.1.6.	Naltrexon.....	61
3.2.1.7.	Omega-3-Fettsäuren.....	61
3.3.	Überblick über die Therapien der einzelnen Persönlichkeitsstörungen.....	62
3.3.1.	Die Therapie der paranoiden Persönlichkeitsstörung.....	62
3.3.2.	Die Therapie der schizoiden Persönlichkeitsstörung.....	62
3.3.3.	Die Therapie der schizotypischen Persönlichkeitsstörung.....	63
3.3.4.	Die Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung.....	64
3.3.5.	Die Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung.....	65
3.3.6.	Die Therapie der antisozialen Persönlichkeitsstörung.....	66
3.3.7.	Die Therapie der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung).....	67
3.3.8.	Die Therapie der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung.....	68
3.3.9.	Die Therapie der abhängigen Persönlichkeitsstörung.....	69
3.3.10.	Die Therapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung.....	70
3.4.	Abschließend zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen.....	71
4.	Diskussion.....	72

Literaturverzeichnis..... 75

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Vergleich von ICD-10 und DSM-V“ .....	9
Tabelle 2: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Oslo“ .....	21
Tabelle 3: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Baltimore“ .....	22
Tabelle 4: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Großbritannien“ .....	23
Tabelle 5: „Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der NCS-R“ .....	24
Tabelle 6: „Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS“ .....	25
Tabelle 7: „Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS“ .....	26
Tabelle 8: „Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS“ .....	26
Tabelle 9: „Gesamtprävalenz (Cluster A+B+C) – WHO-MHS“ .....	27
Tabelle 10: „Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der NESARC-Revised-Studie“ .....	28
Tabelle 11: „Ethnische Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen – NESARC“ .....	29
Tabelle 12: „Gesamtprävalenz der Persönlichkeitsstörungen“ .....	30
Tabelle 13: „Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen“ .....	31
Tabelle 14: „Prävalenz der paranoiden Persönlichkeitsstörung“ .....	32
Tabelle 15: „Prävalenz der schizoiden Persönlichkeitsstörung“ .....	32
Tabelle 16: „Prävalenz der schizotypischen Persönlichkeitsstörung“ .....	33
Tabelle 17: „Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen“ .....	33
Tabelle 18: „Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung“ .....	34
Tabelle 19: „Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ .....	35
Tabelle 20: „Prävalenz der histrionischen Persönlichkeitsstörung“ .....	35
Tabelle 21: „Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung“ .....	36
Tabelle 22: „Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen“ .....	36
Tabelle 23: „Prävalenz der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung“ .....	37
Tabelle 24: „Prävalenz der abhängigen Persönlichkeitsstörung“ .....	38
Tabelle 25: „Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung“ .....	38
Tabelle 26: „Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Erstversorgung“ .....	39
Tabelle 27: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten“ .....	41
Tabelle 28: „Prävalenz in deutschen psychotherapeutischen/psychosomatischen Kliniken“ ..	42
Tabelle 29: „Vergleich zwischen klinischer Evaluierung und semistrukturiertem Interview“	43

## Abkürzungsverzeichnis

PS...Persönlichkeitsstörung

GB...Großbritannien

ICD...International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

DSM...Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA...American Psychiatric Association

WHO-MHS...WHO World Mental Health Survey

NESEARC... National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Condition

NCS-R...National Comorbidity Survey Replication

SKID II...Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

SIDP-IV...Strukturiertes Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen

IPDE...International Personality Disorder Examination

SAP...Standardised Assessment of Personality

STEPPS...Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

SSRI...Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer)

## Zusammenfassung

**Einleitung:** In dieser Übersichtsarbeit werden die wichtigsten Aspekte von Persönlichkeitsstörungen erarbeitet. Ausgehend von Definition, Symptomatik und Diagnose wird vertiefend auf die Prävalenz und die Therapie der Persönlichkeitsstörungen eingegangen. Persönlichkeitsstörungen sind psychische Erkrankungen, die durch starre, auf spezielle Weise ausgeprägte Persönlichkeitsmuster gekennzeichnet sind. Diese Persönlichkeitsstrukturen beeinflussen das Denken und Handeln der Menschen und führen zu gestörten Verhaltensweisen, die zu Problemen im sozialen und beruflichen Leben führen können.

**Methoden:** Ausgehend von einer Pubmed-Datenbanksuche werden die wichtigsten Publikationen der letzten 20 Jahre dargestellt und die Prävalenzdaten, die psychotherapeutischen Verfahren und die psychopharmakologischen Strategien verglichen.

**Ergebnisse:** Prävalenzdaten zu Persönlichkeitsstörungen scheinen sehr divergierend zu sein. Studien geben die Gesamtprävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung zwischen 4,4 % [Coid et al. 2006, (1)] und 13,7 % [Torgersen et al. 2001, (2)] an. Bezüglich der Therapie der Persönlichkeitsstörungen wird eine Psychotherapie mit begleitender psychopharmakologischer Therapie empfohlen, wobei für einige Psychotherapien wie die dialektisch-behaviorale Therapie, die mentalisierungsbasierte Therapie, die übertragungsfokussierte Therapie und die Schematherapie die größte Evidenz vorliegt.

**Diskussion:** Aufgrund der in der bisherigen Literatur recht unterschiedlichen Ergebnisse der Prävalenzdaten sind weitere Studien mit semistrukturiertem Interview als Diagnoseverfahren wünschenswert. Trotzdem kann festgehalten werden, dass Persönlichkeitsstörungen eine häufige psychische Erkrankung im klinischen Alltag sind. Auch die Studienlage bezüglich der Therapie der Persönlichkeitsstörungen, insbesondere des Einsatzes von Psychopharmaka, lässt noch einige Fragen offen. Die Psychotherapie ist meist das Mittel der Wahl, Medikamente werden gelegentlich Off-Label und adjuvant eingesetzt. Diesbezüglich wären weitere Wirksamkeitsstudien zur Effizienz von Psychotherapie und zum Einsatz von Psychopharmaka wünschenswert.

## Abstract

**Introduction:** In this thesis the most important aspects of personality disorders are elaborated. Starting from definition, symptoms and diagnosis, a further in-depth look on prevalence and therapy of personality disorders is taken. Personality disorders are psychiatric diseases which are characterised by rigid and extraordinary personality structures. These personality structures affect the thinking and actions of people and lead to dysfunctional behavioral patterns, which can cause problems in social and professional life.

**Methods:** A database search via Pubmed was conducted and the most important publications of the last 20 years were described. The prevalence data, the psychotherapeutic techniques and the psychopharmacologic strategies were compared.

**Results:** Prevalence data of personality disorders seems to be divergent. Studies suggest an overall prevalence of personality disorders in normal population between 4.4 % [Coid et al. 2006, (1)] and 13.7 % [Torgersen et al., 2001 (2)]. Regarding the therapy of personality disorders psychotherapy with concomitant psychopharmacologic therapy is recommended, whereby the most evidence exists for some psychotherapies like the Dialectic-Behavioral Therapy, Mentalization-Based Therapy, Transference-Focused Therapy and Schema Therapy.

**Discussion:** Due to the quite varying results of the prevalence data of personality disorders in previous studies, further studies using a semistructured interview as diagnostic method would be desirable. Nevertheless, it can be noted that personality disorders are frequent mental diseases in clinical practise. Furthermore, the study situation regarding therapy of personality disorders, particularly the psychopharmacology therapy, leaves some questions open. Psychotherapy is the most chosen method, psychopharmacology is sometimes used off-label and adjuvant. Concerning this matter further efficacy studies on the psychotherapy and psychopharmacology would be preferable.

## Einleitung und Methodik

Persönlichkeitsstörungen sind psychische Erkrankungen, die durch starre Verhaltensmuster, die aufgrund einer gestörten Persönlichkeitsstruktur auf extreme Weise ausgeprägt sind, charakterisiert werden. Oft wirken sich diese Störungen auf Beziehungen und das soziale Umfeld aus. Sie begleiten die betroffenen Menschen seit ihrer Jugend. (3) Der bekannteste Vertreter aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen dürfte die Borderline-Persönlichkeitsstörung sein. Patientinnen und Patienten werden durch große Emotionalität, parasuizidale Handlungen, Impulsivität und eine gestörte Beziehungsgestaltung auffällig. (4) Daneben ist die antisoziale Persönlichkeitsstörung häufig bekannt, weil Menschen mit dieser Form der Persönlichkeitsstörung oft mit dem Gesetz in Konflikt geraten. (5) Über andere Persönlichkeitsstörungen wird in der Öffentlichkeit meist weniger diskutiert. Diese Arbeit soll einerseits die Symptomatik der Persönlichkeitsstörungen näher vorstellen, andererseits wird die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen genauer beleuchtet. Dazu wurde eine Pubmed-Datenbanksuche durchgeführt und die wichtigsten Studien der letzten 20 Jahre näher beleuchtet. Es werden die Fragen untersucht, wie viele Menschen in der Allgemeinbevölkerung wirklich an einer Persönlichkeitsstörung leiden dürften und wie häufig die einzelnen Subtypen auftreten dürften.

Außerdem wird auf die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen im klinischen Setting eingegangen, um einen Anhaltspunkt zu bieten, wie sehr man als Ärztin oder Arzt mit dem Auftreten dieses Störungsbildes rechnen sollte.

Zuletzt stellt sich die Frage: Wie sollte man therapieren, wenn Patientinnen oder Patienten mit solch einer Störung diagnostiziert werden? Dadurch, dass Persönlichkeit zu den innersten Eigenschaften eines Menschen gehört und die Individualität eines Menschen definiert, ist auch die Therapie von Pathologien äußerst schwierig und langwierig. Psychotherapeutische und medikamentöse Möglichkeiten werden im abschließenden Teil dieser Arbeit besonders auf ihre evidenzbasierte Wirksamkeit untersucht.

# 1. Die Definition, Diagnostik und Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen

## 1.1. Persönlichkeitsmodelle

Bevor man über Persönlichkeitsstörungen diskutieren kann, muss definiert werden, was Persönlichkeit ist. Was macht Persönlichkeit aus? Wie wird eine „normale“ Persönlichkeit definiert? Weiterführend zu der Frage: Wie entsteht eine „Störung der Persönlichkeit“?

In der Psychologie existieren verschiedene Definitionen von Persönlichkeit, wahrscheinlich weil dieser Begriff ein so zentrales Thema darstellt. (6) Im Anschluss werden einige dieser Modelle vorgestellt:

### Traits

Persönlichkeit ist ein komplexer Begriff, der bereits viele Erklärungsansätze erhalten hat. Im Laufe der Zeit haben sich laut Gerrig und Zimbardo (6) und Möller et al. (5) fünf Persönlichkeitsfaktoren herauskristallisiert, bezeichnet als „Big 5“ der Persönlichkeitsforschung:

#### 1) Neurotizismus

Wie „neurotisch“ ist der Mensch? Ausprägungen dieser Eigenschaft können von ruhig, stabil, zufrieden bis zu ängstlich, instabil reichen. (5,6)

#### 2) Extraversion

Wie sehr schafft es der Mensch aus sich herauszukommen, ist er eher gesprächig, voller Energie und kann er sich gut durchsetzen oder ist er eher ruhig und zurückhaltend? (5,6)

#### 3) Verträglichkeit

Hier spielt die Empathie die zentrale Rolle, ist die Person mitfühlend, freundlich oder kaltherzig und streitsüchtig? (5,6)

#### 4) Gewissenhaftigkeit

Steht die Person organisiert und verantwortungsbewusst im Leben oder ist sie eher sorglos und leichtsinnig? (5,6)

#### 5) Offenheit

Kreative, intellektuelle, offene Menschen stehen hier auf der einen Seite der Ausprägungsskala; einfach strukturierte, oberflächliche Menschen stehen auf der anderen. (5,6)

## Psychodynamische Theorien

Laut den psychodynamischen Theorien bildet sich die Persönlichkeit durch verschiedene innere Kräfte. (6) Nach Sigmund Freud wird beispielsweise die Persönlichkeit in mehrere Instanzen aufgeteilt. Die erste Instanz ist hierbei das „Es“. Das „Es“ symbolisiert die Triebe eines Menschen. Die Triebe haben den immerwährenden Drang, befriedigt zu werden. Gehandelt wird nicht rational, sondern nach dem „Lustprinzip“ ohne Rücksicht auf Konsequenzen. Dem gegenüber steht das „Über-Ich“, welches eine Art Gewissen darstellt. Hier sind Regeln, Werte und Normen gespeichert. Dazwischen steht das „Ich“. Das „Ich“ steht in der Realität und muss oft zwischen den Trieben und Impulsen des „Es“ und den sich oft gegenüberstehenden Regeln des „Über-Ich“ vermitteln. Es wählt sozusagen die Handlungen aus, die dann in die Realität umgesetzt werden. Um mit den oft starken Impulsen und Regeln umzugehen, hat das „Ich“ auch gewisse Abwehrmechanismen entwickelt. (6)

Obwohl Freuds Theorien oft kritisiert wurden, behalten sie bis heute noch Bedeutung. Manche Theoretiker haben Änderungen eingeführt, zum Beispiel hat das „Ich“ mehr an Bedeutung gewonnen, sexuelle Triebe haben an Bedeutung verloren und die Persönlichkeitsentwicklung wurde auf die Dauer des ganzen Lebens ausgeweitet. (6)

## Humanistische Theorien

Bei humanistischen Theorien steht vor allem das „Selbst“ im Zentrum. Der Mensch strebt sein Leben lang nach Selbstverwirklichung. (6)

## Soziale Lerntheorien und kognitive Theorien

Hier wird die Umwelt zentrales Thema für die Persönlichkeitsentwicklung. Die Persönlichkeit entwickelt sich durch immerwährendes Verstärkungslernen unter Interaktion mit der Umwelt. Die Umwelt wird dabei nicht von jedem gleich wahrgenommen, sondern sie wird subjektiv interpretiert. (6)

Wenn man die verschiedenen Theorien betrachtet, erkennt man, dass jede Theorie einen anderen Aspekt als „zentral“ darstellt: vererbt vs. erlernt, unbewusst vs. bewusst, etc.

Deshalb kann nicht angegeben werden, welche Theorie gültig ist, weil jeder Theorieansatz eigenständige Bestandteile zur Entwicklung der Persönlichkeit beschreibt. Somit trägt jede Theorie zum allgemeinen Verständnis der Persönlichkeit bei.

## 1.2. Pathologien der Persönlichkeit

In diesem Kapitel wird behandelt, wie es zu Pathologien der Persönlichkeit kommen kann. Aufgrund der vielen verschiedenen Theorien zur Persönlichkeit ist auch der Weg zur Störung jeweils ein anderer.

### Traits

Im „Trait-Modell“ wird davon ausgegangen, dass Persönlichkeitsstörungen auf extremen Ausprägungen von Traits basieren. Ein einzelner „Ausreißer“ reicht hierbei nicht aus, sondern erst wenn mehrere Traits pathologisch sind kommt es zur Persönlichkeitsstörung. (6)

### Psychodynamische Theorien

Bereits im Absatz zu den psychodynamischen Theorien ist erwähnt worden, dass das „Über-Ich“ und das „Es“ sich oft gegenüberstehen. Dazu haben sich Theorien entwickelt, dass sich bei zu viel Konfliktpotential eine Störung der Persönlichkeit entwickeln könnte. In neueren Theorien wird jedoch auf andere Dinge mehr Wert gelegt. Beispielsweise wird argumentiert, dass Störungen durch einen Mangel an psychologischen Funktionen (z.B. Impulskontrolle, Selbstreflexion, ...) entstehen. (6,7)

Objektbeziehungstheorien fokussieren sich andererseits auf die frühen Beziehungen in der Kindheit, vor allem die Mutter-Kind-Beziehung. Wenn Kinder übermäßig kritischen, missbrauchenden, ignorierenden oder in der Beziehung inkonsistenten Eltern ausgesetzt sind, ist es für sie schwer, ein konstantes, reifes Bild von sich selbst und von anderen zu entwickeln. Dadurch kann es einerseits zu Problemen im Verständnis und der Interpretation von Handlungen der Mitmenschen, andererseits zu einem gestörten Selbstbild (z.B. geringe Selbstachtung, wenig Kritikfähigkeit, keine Akzeptanz von Niederlagen) kommen. Persönlichkeitsstörungen basieren demnach also auf gestörten psychologischen Prozessen und keinen isolierten Symptomen. (6,7)

### Soziale Lerntheorien und kognitive Theorien

Hier wird davon ausgegangen, dass sich bei den Patientinnen und Patienten dysfunktionale Schemata entwickelt haben. Informationen werden dadurch falsch interpretiert, die Umwelt oder auch das „Selbst“ wird sozusagen „falsch“ wahrgenommen. Dadurch entstehen wiederum falsche Erwartungen an sich selbst und an die Umwelt. (6,7)

## Neurobiologische Aspekte

Neben den verschiedenen Entstehungstheorien aus psychologischer Sicht haben neurobiologische Faktoren in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Beispielsweise wurde bei einigen Personen, die im späteren Leben eine Persönlichkeitsstörung erlitten haben, „Minimal Brain Dysfunctions“ gefunden. „Minimal Brain Dysfunctions“ sind kleinere neurologische Veränderungen (EEG-Veränderungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität). Morphologische Veränderungen im Bereich des frontalen Kortex und der Amygdala wurden ebenfalls untersucht. Des Weiteren haben sich Hinweise gefunden, dass genetische Faktoren eine wichtige Rolle spielen, jedoch können diese aufgrund der unterschiedlichen psychosozialen Entwicklung jedes Kindes oft nur schwer interpretiert werden. (5–7)

## 1.3. Die Definition und Einteilung der Persönlichkeitsstörungen

### 1.3.1. Definition

Persönlichkeitsstörungen sind psychische Erkrankungen, die ein vielfältiges Muster an Symptomen aufweisen.

Laut dem „Taschenführer zur ICD 10 Klassifikation psychischer Störungen“ von Dilling und Freyberger (2016), (3), Seite 231, werden Persönlichkeitsstörungen folgendermaßen definiert:

„Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.x), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61.x) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.x) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.“

[(3), Seite 231]

## 1.3.2. Klassifikationssysteme

Die beiden wichtigsten Klassifikationen sind das ICD-10 (3) der WHO und das DSM-5 (4,5) der APA (Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft). Im folgenden Abschnitt werden die beiden Klassifikationssysteme vorgestellt und Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede hervorgehoben:

### 1.3.2.1. Kategorische Einteilung nach dem ICD-10 (3)

Das ICD-10 (3) teilt die Persönlichkeitsstörungen in neun Hauptkategorien auf: (3,5,8)

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung
  - Impulsiver Typus
  - Borderline Typus
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
- Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
  - exzentrisch
  - haltlos
  - narzisstisch
  - passiv-aggressiv
  - psychoneurotisch
  - unreif

### 1.3.2.2. Drei-Cluster-Einteilung

Die American Psychiatric Association teilt im DSM-5 die Persönlichkeitsstörungen in drei Cluster (4,5) ein:

#### Gruppe A:

Die Cluster A Persönlichkeitsstörungen (4,5) sind durch sonderbare und exzentrische Verhaltensmuster charakterisiert. Sie zeigen Ähnlichkeiten zu paranoiden Symptomstörungen wie der Schizophrenie. (4,5)

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung (4,5)

#### Gruppe B

In diesem Cluster werden Persönlichkeitsstörungen angeführt, die durch extrovertierte, also dramatische, emotionale und launische Verhaltensweisen charakterisiert sind. Ihnen wird Ähnlichkeit zu affektiven Störungen zugeschrieben. (4,5)

- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline Persönlichkeitsstörung (4,5)

#### Gruppe C

Besonders ängstliche, gehemmte und furchtsame Personen werden oft einer Persönlichkeitsstörung des Cluster C zugeschrieben. (4,5)

- Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung
- Abhängige Persönlichkeitsstörung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung (nur DSM IV) (4,5)

Die Einteilung nach dem DSM-5 verbindet das kategorische und das dimensionale Modell. Die drei Cluster können als drei Dimensionen gesehen werden. Dimensionen haben weniger starke Grenzen als Kategorien, das heißt, dass anhand eines individuellen Persönlichkeitsprofils jede

Dimension dargestellt werden kann und somit eine Person Aspekte verschiedener Persönlichkeitsstörungen in sich tragen kann. (4,5)

### 1.3.2.3. Vergleich ICD-10 (3) und DSM-5 (4)

Tabelle 1 soll auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen hinweisen.

*Tabelle 1: „Vergleich von ICD-10 und DSM-V“ nach H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer, 2011 (4) und Dilling H, Freyberger HJ, Cooper JE, Weltgesundheitsorganisation, 2016 (3)*

<b>Vergleich ICD-10 und DSM-5</b>	
ICD-10	DSM-5
Paranoide Persönlichkeitsstörung	Paranoide Persönlichkeitsstörung
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Schizoide Persönlichkeitsstörung
	Schizotypische Persönlichkeitsstörung
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	Antisoziale Persönlichkeitsstörung
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Impulsiver Typus - Borderline Typus	Borderline Persönlichkeitsstörung
Histrionische Persönlichkeitsstörung	Histrionische Persönlichkeitsstörung
	Narzisstische Persönlichkeitsstörung
Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung
Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	Abhängige Persönlichkeitsstörung
Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen: - exzentrisch - haltlos - narzisstisch - passiv-aggressiv - psychoneurotisch - unreif	(DSM-IV: passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung)

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, überlappen sich die beiden wichtigsten Einteilungssysteme größtenteils. Kleinere Unterschiede betreffen die Nomenklatur (z.B. antisoziale vs. dissoziale PS). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im ICD-10 als Unterform der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung geführt, neben dem impulsiven Typus. Im DSM-5 stellt sie eine eigene Kategorie dar, ein „Impulsiver Typus“ wird nicht angeführt. Ebenfalls eine eigene Kategorie

im DSM-5 ist die schizotypische Persönlichkeitsstörung, die im ICD-10 nicht unter den Persönlichkeitsstörungen, sondern unter dem Kapitel „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ aufgezählt wird. Auch die narzisstische Persönlichkeitsstörung beansprucht im DSM-5 ein eigenes Kapitel, im ICD-10 wird sie nur unter den sonstigen spezifischen PS aufgelistet. Genauso unter den spezifischen PS findet man die passiv-aggressive PS, die nur im DSM-IV zu finden ist. Grund dafür soll sein, dass im DSM-5 versucht worden ist, die Anzahl an Persönlichkeitsstörungen zu reduzieren. Es sollten nur mehr die Persönlichkeitsstörungen gelistet werden, die empirisch ausreichend untersucht worden sind. (3,4)

#### 1.3.2.4. Diagnostik

Eine Persönlichkeitsstörung kann auf Basis folgender allgemeiner Diagnosekriterien laut ICD 10 (3) diagnostiziert werden:

- Abweichung der Erfahrungs- und Verhaltensmuster von sozialen Normen
- Verminderte Flexibilität und keine Anpassung in sozialen Situationen
- Persönlicher Leidensdruck
- Beginn im späten Kindesalter oder Adoleszenz
- Stabilität der Abweichung
- Ursache der Abweichung nicht durch andere psychische Störungen erklärbar
- Ausschluss einer organischen Erkrankung (3)

Bei der Anamnese soll auf repetitive Verhaltensmuster besonders unter Belastung geachtet werden. Auch eine Fremdanamnese kann sehr hilfreich sein, weil manchmal die pathologischen Muster den Patientinnen und Patienten entweder nicht bewusst sind oder diese aus Peinlichkeit verschwiegen werden. Um die Patientinnen und Patienten besser kennen zu lernen, wird stationäre Beobachtung als sinnvoll angesehen. (4)

Es gibt auch mehrere diagnostische Instrumente, die als Hilfestellung dienen:

- Selbstbeurteilungsinstrumente (z.B. Freiburger Persönlichkeitsinventar) (4)
  - Das Freiburger Persönlichkeitsinventar basiert auf zehn Skalen mit zwei Zusatzskalen. Die jeweiligen Punkte werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten addiert und ausgewertet. Dem Test wird eine hohe interne Validität zugeschrieben. (9)
- Checklisten für die Untersucherin/den Untersucher (4)
- Strukturierte Interviews
  - SKID II, Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (4,7), ist ein strukturiertes klinisches Interview aus 119 Items basierend auf den diagnostischen Kriterien von DSM-IV-TR. Traits der letzten fünf Jahre werden evaluiert. Vor dem Interview wird von der Patientin oder vom Patienten ein Fragebogen beantwortet, danach werden die Items geordnet nach der Diagnose im klinischen Interview evaluiert. Die Durchführung sollte durch erfahrenes Personal erfolgen. (4,7)
  - SIDP-IV, Strukturiertes Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (4,7), besteht aus 101 Items zur Bewertung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Rezente Persönlichkeitsveränderungen und typische Muster der letzten 5 Jahre werden hiermit gescreent. Zum Einsatz dieses Tests ist eine gute Ausbildung mit einiger Erfahrung von Nöten. Der Vorgänger dieses Tests ist das SIDP-III. (4,7)
  - IPDE, International Personality Disorder Examination (4,7), besteht aus 537 Fragen basierend auf Kriterien von DSM-IV-TR und ICD-10. Er besteht aus einem Fragebogen und einem klinischen Interview, in denen verschiedene Themenbereiche geprüft werden. (4,7)
  - SAP, Standardised Assessment of Personality (7)
- Standardisierte Interviews (4,7)

## 1.4. Die Symptomatik der Persönlichkeitsstörungen

Um das Verständnis für das Denken und Handeln von Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu erweitern, werden in diesem Punkt die Symptome von Persönlichkeitsstörungen erläutert. Daneben wird auf die Differentialdiagnostik und die Komorbidität eingegangen.

### 1.4.1. Paranoide Persönlichkeitsstörung

Die paranoide Persönlichkeit ist geprägt von Misstrauen gegenüber anderer Mitmenschen und der Umwelt. Das führt einerseits zu einem Zurückziehen der Patientinnen und Patienten, andererseits, wenn sich soziale Kontakte nicht vermeiden lassen, häufig zu einem großen Konfliktpotential. Auf eigene Standpunkte wird meist engstirnig und oft mit großer Streitsucht beharrt. Kritikfähigkeit ist kaum vorhanden, die Personen sind äußerst verletzlich. Dadurch, dass andere Menschen oft als manipulativ, hinterhältig oder gar betrügerisch angesehen werden, suchen diese Patientinnen und Patienten nach diesbezüglichen Hinweisen und sind dadurch meist angespannt. Auch Eifersucht spielt häufig eine große Rolle. Allen diesen Gefühlen ist gemeinsam, dass sie in keiner Weise angebracht sind. Somit werden oft Fakten verdreht und Handlungen missverstanden. Eine zusätzliche Unterteilung ist in eine fanatische Persönlichkeit, die überheblich wirkt und eine überwertige Idee durchsetzen will, und eine querulantische Persönlichkeit, die sich ständig im Unrecht sieht und dagegen kämpft, möglich. (5,10)

### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Oft nur schwer lässt sich die paranoide Persönlichkeitsstörung von den wahnhaften Störungen differenzieren. Bei den Wahnerkrankungen beziehen sich jedoch die Reaktionen in der Regel nur auf einzelne Themenbereiche, bei der Persönlichkeitsstörung reagieren die Patientinnen und Patienten allgemein nicht situationsgerecht. (4)

Des Weiteren ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die auch häufig durch Größenideen charakterisiert ist, einerseits von der paranoiden Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden, andererseits treten diese Störungen auch gehäuft miteinander auf. (4)

### 1.4.2. Schizoide Persönlichkeitsstörung

Auffällig bei dieser Patientengruppe ist, dass sie affektiv eher kühl, distanziert, reserviert und scheu wirkt. Diese Menschen tragen oft eine gewisse Gleichgültigkeit mit sich. Gleichzeitig wirken sie häufig sonderlingshaft und haben Schwierigkeiten sich emotional auszudrücken. Nachdem Gefühle beim Kontakt mit anderen Menschen nicht erlebt werden, sind diese Menschen eher einzelgängerisch mit wenigen, nur oberflächlichen Bekanntschaften. Je nach Ausprägung wird aber die Einsamkeit nicht als negativ empfunden, weil mangels Verständnis und Empathie Kontakt mit anderen Menschen oft nur Verwirrung und Konflikt bedeutet. (4,5,11)

#### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Menschen mit milderen Formen des Autismus können ähnlich imponieren, wobei diese zusätzliche Symptome wie stereotype Verhaltensweisen und einseitige Interessen zeigen. Daneben zeigen schizoide Persönlichkeiten häufig Überschneidungen zur paranoiden Persönlichkeitsstörung. (4)

### 1.4.3. Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Auch Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung wirken kalt, unnahbar und sonderlingshaft. Ihr Verhalten wird jedoch meist als skurril und exzentrisch beschrieben. Die Patientinnen und Patienten leben sozial häufig rückgezogen, haben oft bizarre, magische Vorstellungen und Überzeugungen. Gleichzeitig besteht eine soziale Ängstlichkeit, die Betroffenen sind überempfindlich und können fast wahnhaftige Beziehungsideen entwickeln. In der Kommunikation haben diese Menschen häufig Defizite, der Ausdruck wirkt vage und umständlich. (4,11)

#### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Im ICD-10 wird diese Persönlichkeitsstörung im Kapitel der Schizophrenien aufgelistet, weil die Symptome an Positiv- oder Negativsymptomatik erinnern. Somit stellt die Schizophrenia simplex eine wichtige Differentialdiagnose dar. Zur Unterscheidung sollen die allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen angewandt werden. (4)

#### 1.4.4. Histrionische Persönlichkeitsstörung

Vom Wortstamm „histrion“ (lat. Schauspieler) lässt sich ableiten, dass sich die Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten oft theatralisch, dramatisch, spontan und extrovertiert zeigen. Es wird meist nach Aufmerksamkeit und Bewunderung verlangt, Emotionalität steht häufig im Vordergrund. Gefühle werden oft extrem ausgelebt, doch die Affektivität ist meist nur oberflächlich. Immerzu besteht der Drang im Mittelpunkt zu stehen, rastlos wird in verschiedenste Rollen geschlüpft um Aufmerksamkeit zu erlangen. Dadurch ist das Verhalten stark von der Umwelt geprägt, einerseits wird häufig mittels Manipulation das gewünschte Ergebnis zu erreichen versucht, oder aber sind die Betroffenen durch ständige Anpassung sehr leicht vom Gegenüber beeinflussbar. Im Inneren dieser Menschen herrscht oft jedoch eine Gefühlslosigkeit und Leere, das Selbstwertgefühl leidet stark. Durch dieses geringe Selbstwertgefühl wirken diese Menschen oft auch leicht verletzbar und sensibel. Eine geringe Frustrationstoleranz führt zu schneller Ablenkbarkeit. Dadurch wird ständig nach Abwechslungen und neuen Herausforderungen gesucht. Die Geschlechterrollen werden oft geradezu stereotypisch ausgelebt. Meist ist es so, dass die Männer machohaft und stark wirken und die Frauen eher submissiv und kindlich. (4,5,12)

#### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Neben anderen Persönlichkeitsstörungen tritt die histrionische Persönlichkeitsstörung gehäuft mit dissoziativen und Konversionsstörungen auf. Differentialdiagnostisch kann besonders die Borderline-Persönlichkeitsstörung Überschneidungen aufweisen. (4,12)

#### 1.4.5. Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Patientinnen und Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung imponieren arrogant, überheblich, empathielos und überlegen. Eigene Fähigkeiten werden übertrieben dargestellt und überschätzt, es fehlt an Kritikfähigkeit. Gleichzeitig wird an andere Menschen ein hohes Maß von Ansprüchen gestellt und die Kompetenzen anderer werden in Frage gestellt. Hinter dieser Fassade kann jedoch durchaus ein hohes Maß an Selbstzweifel, Angst oder auch Depression verborgen liegen. Personen, bei denen dies der Fall ist, sind eher zurückhaltend und vermeiden soziale Kontakte, um Misserfolge aus dem Weg zu gehen. (4,13)

#### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Andere Persönlichkeitsstörungen wie die dissoziale, histrionische und Borderline-PS treten im Kontext der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gehäuft auf. Darüber hinaus kann eine erhöhte Komorbidität mit Depressionen, bipolaren Störungen, Somatisierungsstörungen, Angsterkrankungen und vor allem Abhängigkeitserkrankungen beobachtet werden. (4,13)

#### 1.4.6. Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung wird in der Regel über Auswirkungen im sozialen Bereich definiert. Gesellschaftliche Normen werden ignoriert, Gefühle anderer häufig nicht verstanden oder manipulativ ausgenutzt. Die Rechte anderer werden verletzt und die eigenen Verhaltensweisen oft ohne Rücksicht auf Gesetze und Normen durchgesetzt. Ein Konflikt mit dem Gesetz ist somit nicht nur wegen der Impulsivität und Aggressivität der Personen keine Seltenheit. In zwischenmenschlichen Beziehungen wirken die Menschen ausbeuterisch und können keine Reue zeigen. (4,5)

#### Differenzialdiagnostik und Komorbidität

Beispielsweise in einer Manie können gelegentlich ebenfalls dissoziale Verhaltensweisen beobachtet werden, bzw. muss festgehalten werden, dass nicht jede dissoziale Verhaltensweise gleich eine Persönlichkeitsstörung bedeutet. Hier sind wiederum die allgemeinen Kriterien zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu beachten. (4)

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung kann ebenfalls dissozial anmutende Eigenschaften aufweisen, jedoch meist mit weniger Aggressivität und Impulsivität. (4)

#### 1.4.7. Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung wird im ICD-10 in einen impulsiven Typ und einen Borderline-Typ eingeteilt, wobei der impulsive Typ (häufiger bei Männern) seltener ist und die mangelnde Impulskontrolle und Aggressivität im Vordergrund steht. (5)

Die Klinik der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung ist von starker Emotionalität gekennzeichnet. Die Affektregulation ist gestört, auf geringste Auslöser wird mit hoher Affektivität (Angst, Wut, Schuld, Verzweiflung,...) und längerer Dauer reagiert. Dies kann zu einem Gefühlschaos führen, Gefühle können nicht mehr richtig definiert und differenziert werden und schränken die Patientinnen und Patienten im Denken und Handeln ein. In Folge baut sich ein hohes inneres Spannungsniveau auf. Dieses wird oft durch selbstverletzendes Verhalten oder parasuizidale Handlungen wieder abgebaut. Neben starken Emotionen kann sich ein Gefühl „innerer Leere“ einstellen, das durch selbstverachtendes Gedankenkreisen und Scham- bzw. Schuldgefühlen begleitet wird. Das kann bis hin zu dissoziativen Zuständen reichen, in denen Schmerz- und Umgebungswahrnehmung eingeschränkt sind. Selbstverletzendes Verhalten kann ein Versuch sein, diese Zustände wieder aufzulösen. Schwarz-Weiß-Denken (dichotomes Denken) verstärkt die starke Emotionalität der Patientinnen und Patienten, Mitmenschen werden in gegensätzliche Kategorien wie Gut und Böse eingeteilt und eigene Erfahrungen als Erfolg oder Misserfolg interpretiert. Zusätzlich dazu können in Krisensituationen Pseudohalluzinationen auftreten, oft akustische Pseudohalluzinationen in Form von Stimmen. (4,5)

Die Impulsivität der Betroffenen spiegelt sich auch in ihren Verhaltensweisen wider. Oft wird das selbstverletzende Verhalten von Bulimie, Drogen- und Alkoholabusus begleitet. Zeitweise werden oft hohe Risiken in Kauf genommen, gelegentlich übermäßig Geld ausgegeben oder sexuelle Promiskuität betrieben. Diese Symptomatik führt dazu, dass den Personen vor allem die Beziehungsgestaltung schwerfällt. Einerseits fällt es ihnen schwer, Nähe auszuhalten, andererseits steht im Gegensatz dazu die Angst, alleine zu sein. Das führt zu pathologischen Verhaltensmustern wie plötzlicher Abweisung abwechselnd mit Idealisierung der Partnerin oder des Partners, die vom Gegenüber nicht nachvollziehbar sind und oft zum Abbruch der Beziehung führen. (4,5)

Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in der eigenen Identität wider, das Selbstwertgefühl ist nur schwach ausgeprägt. Die eigenen Verhaltensweisen werden vom Urteil anderer abhängig gemacht, sodass durch wechselnde Bezugspartner oft die eigenen Ansichten wechseln, was dazu führen kann, dass beispielsweise Ausbildungen abgebrochen werden. (4,5)

Eine wichtige Problematik im klinischen Alltag kann die oft vorhandene Suizidalität der Patientinnen und Patienten sein. Parasuizidale Gedanken und Handlungen können einerseits dazu dienen, aufgrund von Rache Gefühle von Ohnmacht auszugleichen oder andererseits manipulativ Aufmerksamkeit zu erregen. Durch die hohe Komorbidität mit Depressionen, dem hohen Maß an Verzweiflung und dem Kontrollverlust über die Gefühle liegt die Suizidalität 50-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. (4,5)

### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Ein Zusammenhang besteht mit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), gelegentlich auch in der Symptomatik. In der Genese beider Störungen können frühkindliche Traumatisierungen eine Rolle spielen. Dementsprechend ist die Komorbidität hoch. Zur Unterscheidung ist der zeitliche Zusammenhang zwischen Symptomatik und Ereignis wichtig. Neben der PTSD ist auch die Komorbidität mit affektiven Störungen erheblich. (4) Gemeinsamkeiten finden sich auch mit anderen Persönlichkeitsstörungen, wie der histrionischen, narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitsstörung. Beim impulsiven Typus muss zusätzlich darauf geachtet werden, dass keine Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vorliegt, auch weil diese gehäuft komorbide vorhanden ist. (4)

#### 1.4.8. Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung

Die selbstunsicher-vermeidende (DSM-5) oder ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD 10) ist vor allem durch übermäßige Verletzbarkeit, Selbstunsicherheit, Besorgtheit, Anspannung und Schüchternheit definiert. Patientinnen und Patienten mit dieser Störung leben in ständiger Angst, verletzt oder abgewiesen zu werden, weil jede Kritik oder Ablehnung das Selbstbild auf verheerende Weise erschüttern könnte. Sie sind besonders vorsichtig, wollen diese Angst auf keinen Fall zeigen, um nicht in Verlegenheit zu geraten. Die Wahrnehmung alltäglicher Situationen ist daher gestört. In Folge sind diese Menschen oft sehr zurückhaltend, soziale Kontakte werden, wenn möglich, gemieden, was in Einsamkeit resultieren könnte. (4,5)

#### Differentialdiagnostik und Komorbidität

Auch bei der dependenten Persönlichkeitsstörung stehen Minderwertigkeitsgefühle im Vordergrund, jedoch werden diese Gefühle bei der dependenten Persönlichkeitsstörung in den Vordergrund geschoben und offen gezeigt. (4)

Die Komorbidität mit der sozialen Phobie ist hoch, möglicherweise kann die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung als schwere Form der sozialen Phobie interpretiert werden. Auch Depressionen und Substanzmissbrauch sind häufige Komorbiditäten der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung. (4,14)

#### 1.4.9. Abhängige Persönlichkeitsstörung

Die abhängige (asthenische) oder dependente Persönlichkeitsstörung ist durch Entscheidungsschwäche und Abhängigkeit charakterisiert. Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung fühlen sich häufig hilflos, inkompetent und weigern sich Verantwortung zu übernehmen. Daraus ergibt sich, dass andere Menschen für sie Entscheidungen treffen müssen und die Patientinnen und Patienten mit großen Ängsten vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden leben müssen. Folglich werden Konflikte häufig vermieden und die eigenen Interessen stets in den Hintergrund gestellt. In Beziehungen sind diese Menschen stets nachgiebig und wirken dadurch oft überaus empathisch. Sie setzen oft alles daran, die Beziehung zu erhalten und passen sich dementsprechend an die Wünsche der Partnerin oder des Partners an. Wenn diese Beziehungen, zum Beispiel aufgrund von zu starkem Anklammern, zerbrechen, fallen die Betroffenen noch stärker in diese Muster und müssen eventuell zusätzlich mit Depressionen kämpfen. (4,5,15)

## Differentialdiagnostik und Komorbidität

Einerseits muss die dependente Persönlichkeitsstörung von affektiven Störungen wie der Depression abgegrenzt werden, andererseits liegt eine hohe Komorbidität vor. (4) Abhängige Verhaltensweisen können auch in anderen Persönlichkeitsstörungen vorhanden sein, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der histrionischen und der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Hierbei ist zur Abgrenzung eine genaue Anamnese und der zeitliche Verlauf wichtig, die Motivation hinter den abhängigen Verhaltensweisen ist bei jeder Persönlichkeitsstörung unterschiedlich. (4)

### 1.4.10. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Die zwanghafte oder anankastische Persönlichkeitsstörung ist durch ein Muster von Perfektionismus und Starrheit geprägt. Im Erscheinungsbild sind diese Menschen ordentlich, perfektionistisch und überaus korrekt. Ihre Einstellungen sind durchwegs rigide, es mangelt oft an Flexibilität, Kreativität und Spontanität. Obwohl diese Menschen in der Arbeitswelt häufig sehr geschätzt werden, sind sie sich selbst oft im Weg. Das ist so zu verstehen, dass sie sich selbst Ziele stecken, die teilweise nicht zu realisieren sind. Dazu kommt, dass sie nicht in der Lage sind, von diesen Zielen abzuweichen und dadurch die Produktivität leidet. Im Inneren sind diese Personen unsicher, voller Zweifel und reagieren überaus empfindlich auf Kritik. Zusätzlich mangelt es an Entscheidungsfähigkeit, die ebenfalls aus der tiefen persönlichen Unsicherheit rührt. (5)

## Differentialdiagnostik und Komorbidität

Zwangsstörungen können ähnlich imponieren, sind jedoch von der zwanghaften Persönlichkeitsstörung abzugrenzen. Komorbiditäten zeigen sich bei Depressionen und der abhängigen und der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung. Zwanghafte Persönlichkeitszüge können auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen gefunden werden, wie bei der Angststörung, affektiven Störungen und der Anorexie. (4)

## 2. Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen. Einerseits soll die Frage geklärt werden, wie häufig Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung vorkommen. Zu diesem Zweck werden im ersten Teil die wichtigsten Prävalenzstudien der letzten 20 Jahre zur Normalbevölkerung vorgestellt und verglichen. Andererseits soll beleuchtet werden, wie häufig man als Ärztin oder Arzt rechnen muss, mit Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in Kontakt zu treten. Dazu werden Prävalenzdaten zu speziellen Patientengruppen wie stationären oder ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten oder Patientinnen und Patienten in der Allgemeinmedizin beschrieben.

### 2.1. Beschreibung der Studien zur Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung

In folgendem Abschnitt werden Studien vorgestellt und verglichen, bei denen die Durchschnittsbevölkerung untersucht wurde. Sie sollten einen guten Überblick bieten, wie oft Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung vorkommen:

#### **Studie 1: “The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample” von Torgersen et al., 2001 (2)**

In dieser Studie wurden in Oslo 2053 Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren zwischen 1994 und 1997 mit dem SIDP-R-III (Structural Interview for DSM-III-R Personality Disorders) untersucht. Eine Gesamtprävalenz für Persönlichkeitsstörungen von 13,7 % konnte in diesem Sample ermittelt werden. (2)

Tabelle 2: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Oslo“ nach Torgersen et al., 2001 (2)

<b>Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Oslo</b>	
Persönlichkeitsstörung	Prävalenz
Gesamtprävalenz	13,7 %
Cluster A	4,1 %
Paranoide Persönlichkeitsstörung	2,4 %
Schizoide Persönlichkeitsstörung	1,7 %
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	0,6 %
Cluster B (inkl. sadistische PS)	3,1 %
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	0,7 %
Borderline Persönlichkeitsstörung	0,7 %
Histrionische Persönlichkeitsstörung	2,0 %
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	0,8 %
Cluster C (inkl. passiv-aggressive PS, selbstzerstörerische PS)	9,4 %
Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	5,0 %
Abhängige Persönlichkeitsstörung	1,5 %
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	2,0 %

Dass, wie in Tabelle 2 ersichtlich, die Daten für Cluster C Störungen im Vergleich zu Studien von Coid et al., 2006 (1), Samuels et al., 2002 (16), Lenzenweger et al., 2007 (17) oder Trull et al., 2010 (18) in der Oslo Studie höher sind, könnte man nicht nur der hohen Prävalenz der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung zuschreiben, sondern auch der Inklusion der passiv-aggressiven PS und der selbstzerstörerischen Persönlichkeitsstörung.

Die Daten für Cluster A und die anderen einzelnen Persönlichkeitsstörungen lassen sich zum Teil besser mit anderen Studien vergleichen [Samuels et al., 2002, (16)], [Coid et al., 2006, (1)], [Lenzenweger et al., 2007, (17)], [Trull et al., 2010, (18)], obwohl mit dem SIPD-R-III ein diagnostisches Interview genutzt wurde, das sonst eher seltener in epidemiologischen Studien zu finden ist. (2) Auch die Geschlechterverteilung in dieser Studie wurde von Torgersen et al., 2001 (2) als typisch angesehen. Bezüglich der Stichprobe muss hinzugefügt werden, dass es sich hier um eine recht urbane Stichprobe handelt, was möglicherweise die Daten beeinflussen könnte. (2)

### **Studie 2: “Prevalence and Correlates of personality disorders in a community sample” von Samuels et al., 2002 (16)**

In Baltimore wurden von Samuels et al., 2002 (16) von 1997 bis 1999 742 Menschen zwischen 34-92 Jahren untersucht. Diagnostisches Mittel war eine Version des IPDE, welche DSM-IV und ICD-10 Kriterien vereinte. Insgesamt konnten bei ungefähr 9 % der Menschen eine oder

mehrere Persönlichkeitsstörungen detektiert werden. Die Ergebnisse wurden, um die Normalbevölkerung besser darzustellen, gewichtet. Es handelt sich um die gewichteten Prävalenzdaten in der folgenden Tabelle 3. (16)

*Tabelle 3: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Baltimore“ nach Samuels et al., 2002 (16)*

<b>Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Baltimore</b>		
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>ICD-10 (gewichtet)</b>	<b>DSM-IV (gewichtet)</b>
Gesamtprävalenz	5,1 %	9 %
Cluster A		2,1 %
Paranoide PS	0,3 %	0,7 %
Schizoide PS	1,1 %	0,9 %
Schizotypische PS		0,6 %
Cluster B		4,5 %
Antisoziale PS	2,3 %	4,1 %
Borderline PS	0,9 % impulsiv/0,1 % borderline	0,5 %
Histrionische PS	0,05 %	0,2 %
Narzisstische PS		0,03 %
Cluster C		2,8 %
Ängstlich (vermeidende) PS	0,2 %	1,8 %
Abhängige PS	0,1 %	0,1 %
Zwanghafte PS	0,8 %	0,9 %

Cluster B Persönlichkeitsstörungen haben in dieser Studie mit 4,5 % die höchste Prävalenzrate, wobei die antisoziale Persönlichkeitsstörung in diesem Cluster die größte Prävalenz aufweist. Demographisch war laut Samuels et al., 2002 (16) vor allem auffällig, dass in Cluster A und B die Anzahl der Männer der der Frauen überlegen war. Cluster C war vor allem bei unverheirateten Menschen häufig. (16)

Interessant sind zudem die unterschiedlichen Prävalenzergebnisse der antisozialen, Borderline- und der ängstlichen Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von der Anwendung der beiden Klassifikationssysteme DSM-IV bzw. ICD-10. Die Klassifikation nach ICD-10 ergab im Vergleich mit den Prävalenzdaten nach DSM-IV nur bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine höhere Prävalenz, ansonsten waren die Prävalenzdaten nach ICD-10 durchwegs geringer. Eine Erklärung könnte auch sein, dass durch die Klassifikation basierend auf dem ICD-10 mehr Kriterien erfüllt werden müssen als dies im DSM-IV der Fall ist. (16)

Persönlichkeitsstörungen sind dafür bekannt, dass sie seit Beginn der Adoleszenz auftreten und möglicherweise im Laufe der Jahre an Schwere abnehmen können. (3,19) In der Studie von Samuels et al., 2002 (16) ist daher das hohe Alter der Untersuchungsteilnehmer zu beachten und dieses könnte möglicherweise die Prävalenzdaten beeinflussen.

**Studie 3: “Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain” von Coid et al., 2006 (1)**

Mit dem “Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders” wurden 626 Personen zwischen 16 und 74 Jahren in England, Schottland und Wales im Jahr 2000 untersucht. Die Gesamtprävalenz, eine Persönlichkeitsstörung aufzuweisen, belief sich in dieser Studie auf 4,4 %. Eine Gewichtung der Ergebnisse in der Studie von Coid et al., 2006 (1) wurde durchgeführt, um möglichen Fehlern, wie einer Stichprobenverzerrung, entgegenzuwirken. In Tabelle 4 finden sich die gewichteten Prävalenzdaten zu dieser Studie. (1)

*Tabelle 4: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Großbritannien” nach Coid et al., 2006 (1)*

<b>Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Großbritannien</b>	
Persönlichkeitsstörung	Prävalenz (gewichtet)
Gesamtprävalenz	4,4 %
Cluster A	1,6 %
Paranoide Persönlichkeitsstörung	0,7 %
Schizoide Persönlichkeitsstörung	0,8 %
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	0,06 %
Cluster B	1,2 %
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	0,6 %
Borderline Persönlichkeitsstörung	0,7 %
Histrionische Persönlichkeitsstörung	0 %
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	0 %
Cluster C	2,6 %
Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	0,8 %
Abhängige Persönlichkeitsstörung	0,1 %
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	1,9 %

Bei Männern konnten, ausgenommen der schizotypischen Persönlichkeitsstörung, mehr Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden als bei Frauen. Das Cluster C ist möglicherweise aufgrund der hohen Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung das am häufigsten diagnostizierte Cluster. Hervorzuheben ist in dieser Studie die geringe Anzahl von Cluster B Störungen. Generell erscheinen die Prävalenzdaten im Vergleich zu anderen Studien eher gering, was eventuell am Einsatz eines anderen diagnostischen Instruments (SCID-IV) geschuldet sein könnte. (1)

**Studie 4: “DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication” von Lenzenweger et al., 2007 (17)**

Zwischen 2001 und 2003 wurden in den USA via Umfrage 9282 erwachsene Menschen auf Persönlichkeitsstörung gescreent. Die Umfrage enthielt Fragen aus dem IPDE (International Personality Disorder Examination). 5692 Personen wurden daraufhin zu einem diagnostischen Interview eingeladen. Die Daten für die Cluster A bis C Gesamtprävalenz ergaben sich aus diesen Interviews. Danach wurden Interviews mit dem vollständigen IPDE zur Neueinschätzung mit einem Subsample von 214 durchgeführt. Aus diesen ergaben sich die Prävalenzdaten zu den einzelnen Persönlichkeitsstörungen, wie in Tabelle 5 ersichtlich. Die Gesamtprävalenz für Persönlichkeitsstörungen in dieser Studie beläuft sich auf 9,1 %. (17)

*Tabelle 5: „Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der NCS-R“ nach Lenzenweger et al., 2007 (17)*

<b>Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der NCS-R</b>	
Persönlichkeitsstörung	Prävalenz
Gesamtprävalenz	9,1 %
Cluster A	5,7 %
Paranoide Persönlichkeitsstörung	2,3 %
Schizoide Persönlichkeitsstörung	4,9 %
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	3,3 %
Cluster B	1,5 %
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	1,0 %
Borderline Persönlichkeitsstörung	1,6 %
Histrionische Persönlichkeitsstörung	0,0 %
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	0,0 %
Cluster C	6,0 %
Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	5,2 %
Abhängige Persönlichkeitsstörung	0,2 %
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	2,4 %

Cluster A und C Persönlichkeitsstörungen waren in dieser Studie am meisten prävalent, unter den einzelnen Störungen die schizoide Persönlichkeitsstörung und die ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung am häufigsten. Im Gegensatz zu anderen Studien konnten hier jedoch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede beobachtet werden. (17)

Positiv ist bei dieser Studie die hohe Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer anzumerken. Die Ergebnisse konnten in den Einzeluntersuchungen zur Neueinschätzung mittels IPDE gut reproduziert werden. (17)

**Studie 5: “DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental health surveys” von Huang et al., 2009 (20)**

Im Jahr 2009 wurde eine Studie publiziert, bei der Prävalenzdaten der ganzen Welt verglichen wurden. Die Daten stammen aus verschiedenen Ländern in einem Zeitraum von 2001 bis 2004. Mittels 33 Fragen aus dem IPDE (International Personality Disorder Examination) wurden in 13 Ländern Prävalenz- und Korrelationsdaten bei 21.162 Menschen erhoben. In den folgenden Tabellen sind die Prävalenzdaten für die jeweiligen Cluster ersichtlich, beginnend mit der Prävalenz für Cluster A Persönlichkeitsstörungen in Tabelle 6. (20)

*Tabelle 6: „Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS” nach Huang et al., 2009 (20)*

<b>Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS</b>	
Land	Prävalenz
Kolumbien	5,3 %
Libanon	4,2 %
Mexiko	4,6 %
Nigeria	1,6 %
China	3,1 %
Südafrika	3,4 %
USA	4,0 %
Westeuropa (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien)	1,1 %
Gesamt	3,6 %

Zusätzlich wurde beobachtet, dass bei Männern fünfmal so häufig Cluster A Störungen vorkommen als bei Frauen. (20)

Die Prävalenzdaten für Cluster A Störungen scheinen in dieser Studie stark im internationalen Vergleich zu differieren. In Westeuropa sind sie in dieser Studie beispielsweise geringer (1,2 %) als in den USA mit 4,0 % und mittel-/südamerikanischen Ländern mit 4,6 % und 5,3 %. Asien (4,2 % und 3,1 %) und Afrika (1,6 % und 3,4 %) liegen dabei in dieser Studie im mittleren Bereich. (20)

Cluster B:

Tabelle 7: „Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS“ nach Huang et al., 2009 (20)

<b>Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS</b>	
Land	Prävalenz
Kolumbien	2,1 %
Libanon	1,7 %
Mexiko	1,6 %
Nigeria	0,3 %
China	1,3 %
Südafrika	1,5 %
USA	2,0 %
Westeuropa (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien)	0,4 %
Gesamt Cluster B	1,5 %

Die obenstehende Tabelle 7 zeigt für diese Studie für Cluster B in Westeuropa eine sehr geringe Prävalenz mit 0,4 %, USA mit 2,0 % und Kolumbien mit 1,7 % führen in der Untersuchung von Huang et al., 2009 (20) die Liste an. Auffallend ist zudem, dass die geringste Prävalenz in Nigeria gefunden werden konnte, nur ein Fünftel von der Prävalenz Südafrikas. Geringer fällt die Gesamtprävalenz für Cluster B Störungen im Vergleich zu den anderen Clustern aus, nämlich 1,5 %. (20)

Cluster C:

Tabelle 8: „Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS“ nach Huang et al., 2009 (20)

<b>Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen – WHO-MHS</b>	
Land	Prävalenz
Kolumbien	3,6 %
Libanon	2,9 %
Mexiko	2,4 %
Nigeria	0,9 %
China	1,4 %
Südafrika	2,5 %
USA	4,2 %
Westeuropa (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien)	1,2 %
Gesamt	2,7 %

In Tabelle 8 ist ersichtlich, dass für das Cluster C in dieser Studie Nigeria, China und Westeuropa wiederum die Länder mit der niedrigsten Prävalenz waren. USA ist hier mit 4,2 % vertreten, Kolumbien mit 3,6 % an zweiter Stelle. Cluster C Störungen konnten häufiger bei Männern diagnostiziert werden (1,7 % vs. 1,0 %). (20)

Gesamtprävalenz:

Tabelle 9: „Gesamtprävalenz (Cluster A+B+C) – WHO-MHS“ nach Huang et al, 2009 (20)

<b>Gesamtprävalenz (Cluster A+B+C) – WHO-MHS</b>	
Land	Prävalenz
Kolumbien	7,9 %
Libanon	6,2 %
Mexiko	6,1 %
Nigeria	2,7 %
China	4,1 %
Südafrika	6,8 %
USA	7,6 %
Westeuropa (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien)	2,4 %
Gesamt	6,1 %

In Tabelle 9 werden die Prävalenzen, eine Persönlichkeitsstörung zu haben, für die untersuchten Länder dargestellt. Niedrig ist in dieser Studie die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in Ländern wie Nigeria (2,7 %), China (4,1 %) und Westeuropa (2,4 %), höhere Prävalenzdaten sind in den USA (7,6 %) und Kolumbien (7,9 %) festgestellt worden. Im Mittelfeld liegen Libanon (6,2 %), Mexiko (6,1 %) und Südafrika (6,8 %). In der Studie wird weiter berichtet, dass in Nigeria nur ländliche Räume untersucht worden sind und auch für andere psychische Erkrankungen konstant niedrige Prävalenzdaten vorliegen. (20) Dies könnte darauf hinweisen, dass in ländlichen Regionen die Prävalenzdaten geringer sein könnten und somit die Daten zu Nigeria sich nur bedingt mit den Daten anderer Länder vergleichen lassen.

Daten zu den individuellen Störungen sind aufgrund der wenigen Screeningfragen, die aus dem IPDE genommen worden sind, nicht erhebbar. Die Screeningfragen könnten weiter Grund für gewisse Limitationen sein, da nur einige wenige Fragen aus dem IDPE entnommen worden sind. Zudem könnten Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen Kulturen verschiedene Ausprägungen haben, sodass die standardisierten Screeningfragen nicht für jedes Land gleich gut geeignet wären. Nichtsdestotrotz bietet diese Studie aufgrund der hohen Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie der weltweiten Untersuchung einen guten Anhalt zur Beurteilung der Häufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen.

**Studie 6: “Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders” von Trull et al., 2010 (18)**

In der NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Condition) Studie von Trull et al., 2010 (18) wurden über 40.000 Individuen mit verschiedenen diagnostischen Kriterien gescreent. In zwei Wellen, zwischen 2001-2002 und 2004-2005, wurden von Angesicht zu Angesicht in den USA Befragungen durchgeführt. Diese wurden nicht nach einem traditionellen Interview wie mit dem SIDP oder dem IPDE durchgeführt, sondern mit dem AUDADIS-IV (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV). Hier wurde nach DSM-IV erhoben, ob die benötigte Anzahl an Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt werden. In der NESARC Studie musste jedoch nur eines der Kriterien mit einer sozialen oder beruflichen Dysfunktion einhergehen, weshalb die Prävalenzdaten in dieser Untersuchung relativ hoch wirken (21,5% Gesamtprävalenz). Bei der NESARC-Revised-Studie wurden diese Daten noch einmal neu ausgewertet, hier mussten nun alle Kriterien zu einer Beeinträchtigung in Beruf oder Alltag führen, was, wie in der untenstehenden Tabelle 10 ersichtlich, zu deutlich geringeren Prävalenzdaten führte (9,1 % Gesamtprävalenz). (18)

*Tabelle 10: „Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der NESARC-Revised-Studie“ nach Trull et al., 2010 (18)*

<b>Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in der NESARC-Revised-Studie</b>		
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>NESARC</b>	<b>NESARC-Revised</b>
Gesamtprävalenz	21,5 %	9,1 %
Cluster A	7,1 %	2,1 %
Paranoide PS	4,4 %	1,9 %
Schizoide PS	3,1 %	0,6 %
Schizotypische PS	3,9 %	0,6 %
Cluster B	9,7 %	5,5 %
Antisoziale PS	3,8 %	3,8 %
Borderline PS	5,9 %	2,7 %
Histrionische PS	1,8 %	0,3 %
Narzisstische PS	6,2 %	1,0 %
Cluster C	8,1 %	2,3 %
Ängstlich (vermeidende) PS	2,4 %	1,2 %
Abhängige PS	0,5 %	0,3 %
Zwanghafte PS	7,9 %	1,9 %

Im Vergleich mit den bereits geschilderten Studien wirken die neu ausgewerteten Daten der „Revised-Studie“ mehr im Einklang mit den übrigen Studiendaten.

In dieser NESEARC-Revised-Studie wurde auch die Gesamtprävalenz für verschiedene ethnische Gruppen untersucht. Asiatische Menschen zeigten in dieser Studie die geringste Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen, hingegen ist die Prävalenz bei Native Americans in dieser Studie höher, wie in Tabelle 11 ersichtlich. (18)

*Tabelle 11: „Ethnische Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen – NESARC“ nach Trull et al., 2010 (18)*

<b>Ethnische Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen - NESEARC</b>	
Ethnische Gruppe	Prävalenz
Weißer	8,86 %
Afroamerikaner	10,33 %
Native Americans	17,37 %
Asiatisch/Hawaiianisch	5,31 %
Hispanic	9,38 %

Es konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass Männer allgemein häufiger an manchen Unterformen der Persönlichkeitsstörungen leiden dürften als Frauen. Ausgenommen dürften die paranoide, Borderline, ängstliche, abhängige, histrionische und zwanghafte Persönlichkeitsstörung sein, die häufiger bei Frauen vorkommen. (18)

Bezüglich der Qualität dieser Studie sind einige Dinge anzumerken. Positiv ist sicherlich die große Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Limitierend könnte jedoch sein, dass die Untersuchungsmethode kein traditionelles semistrukturiertes Interview ist. Dies wäre aber aufgrund der hohen Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schwierig durchzuführen.

## 2.1.1. Die Prävalenz der einzelnen Persönlichkeitsstörungen – ein Studienvergleich

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der zuvor geschilderten Studien zu den einzelnen Persönlichkeitsstörungen nochmals zusammengefasst und interpretiert.

### 2.1.1.1. Gesamtprävalenz der Persönlichkeitsstörungen

Folgende Tabelle 12 soll die Prävalenzen, eine Persönlichkeitsstörung zu haben, veranschaulichen:

*Tabelle 12: „Gesamtprävalenz der Persönlichkeitsstörungen“*

<b>Gesamtprävalenz der Persönlichkeitsstörungen</b>						
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Huang et al. (20)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2009	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	Weltweit (WHO)	USA (NESARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2004	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	21162	43093
Prävalenz	13,7 %	9 %	4,4 %	9,1 %	6,1 %	9,1 %

Die Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen liegt in den vorliegenden Studien zwischen 4,4% [Coid et al., 2006 (1)] und 13,7 % [Torgersen et al., 2001 (2)]. Aufgrund der unterschiedlichen Klassifikation sind die Daten von Torgersen et al., 2001 (2) eventuell nur bedingt mit den Daten der anderen Studien vergleichbar. Drei amerikanische Studien, [Samuels et al., 2002 (16)] u. [Lenzenweger et al. 2007 (17)] u. [Trull et al., 2010 (18)], geben eine Prävalenz um 9 % an, andere Studien eine Prävalenz von 4,4 % [Coid et al., 2006 (1)] bzw. 6,1 % [Huang et al., 2009 (20)]. Für Westeuropa gibt Huang et al., 2009 (20) nur eine Prävalenz von 2,4 % an, was am ehesten mit der Studie von Coid et al., 2006 (1) aus Großbritannien (4,4 %) vergleichbar ist.

### 2.1.1.2. Die Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen

Die Gesamtprävalenz für Cluster A Persönlichkeitsstörungen schwankt, wie in Tabelle 13 ersichtlich, zwischen 1,6 % [Coid et al., 2006 (1)] und 5,7 % [Lenzenweger et al., 2007 (17)]. Durch die starken Prävalenzunterschiede in den verschiedenen Studien ist daher eine genaue Angabe der Prävalenz nicht möglich.

Die beiden Studien mit den größten Stichproben liegen bei 2,1 % (n=43093) [Trull et al., 2002 (18)] und 3,6 % (n=21162) [Huang et al., 2009, (20)]. Dies sind auch die beiden neuesten Studien. In dem WHO Mental Health Survey wurden auch nicht-europäische Länder gescreent, zum Teil mit deutlich höheren Ergebnissen, wie etwa in Kolumbien. (20)

Die NCS-R Studie von Lenzenweger et al., 2007 (17) gibt im Vergleich mit den anderen geschilderten Studien eine höhere Prävalenzzahl an.

*Tabelle 13: „Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen“*

<b>Prävalenz der Cluster A Persönlichkeitsstörungen</b>						
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Huang et al. (20)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2009	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	Weltweit (WHO)	USA (NESARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2004	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	21162	43093
Prävalenz	4,1 %	2,1 %	1,6 %	5,7 %	3,6 %	2,1 %

### 2.1.1.3. Die Prävalenz der paranoiden Persönlichkeitsstörung

Die nachfolgende Tabelle 14 veranschaulicht die Prävalenzdaten der paranoiden Persönlichkeitsstörung:

Tabelle 14: „Prävalenz der paranoiden Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der paranoiden Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	2,4 %	0,3 % / 0,7 %*	0,7 %	2,3 %	1,9 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Für die paranoide Persönlichkeitsstörung wird eine Prävalenz zwischen 0,3 % [Samuels et al., 2002, (16)] und 2,4 % [Torgersen et al., 2001, (2)] angegeben. Die beiden großen, neueren Studien von Lenzenweger et al., 2007 (17) und Trull et al., 2010 (18) lassen in den USA eine Prävalenz um circa 2 % vermuten.

### 2.1.1.4. Die Prävalenz der schizoiden Persönlichkeitsstörung

Tabelle 15: „Prävalenz der schizoiden Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der schizoiden Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	1,7 %	1,1 % / 0,9%*	0,8 %	4,9 %	0,6 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die Prävalenz der schizoiden Persönlichkeitsstörung wird zwischen 0,6 % [Trull et al., 2010 (18)] und 4,9 % [Lenzenweger et al., 2007 (17)], wie in Tabelle 15 ersichtlich, angegeben. Die

meisten Studien berichten jedoch über eine Prävalenz zwischen 0,6 % [Trull et al., 2007 (18)] und 1,7 % [Torgersen et al., 2001 (2)].

#### 2.1.1.5. Die Prävalenz der schizotypischen Persönlichkeitsstörung

Tabelle 16: „Prävalenz der schizotypischen Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der schizotypischen Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	0,6 %	0,6 %	0,06 %	3,3 %	0,6 %

Wie in Tabelle 16 ersichtlich, ist die schizotypische Persönlichkeitsstörung mit einer Prävalenz zwischen gerade über 0 % [Coid et al., 2006 (1)] und 3,3 % [Lenzenweger et al., 2007 (17)] eine der selteneren Persönlichkeitsstörungen. Auch hier gibt die NCS-R-Studie von Lenzenweger et al., 2007 (17) höhere Prävalenzraten (3,3 %) an.

#### 2.1.1.6. Die Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 17: „Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen“

<b>Prävalenz der Cluster B Persönlichkeitsstörungen</b>						
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Huang et al. (20)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2009	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	Weltweit (WHO)	USA (NESARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2004	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	21162	43093
Prävalenz	3,1 %	4,5 %	1,2 %	1,5 %	1,5 %	5,5 %

Die Prävalenz von Cluster B Störungen dürfte, wie in Tabelle 17 veranschaulicht, zwischen 1,2 % [Coid et al. 2006 (1)] und 5,5 % [Trull et al. 2010 (18)] liegen. (1,18)

Die NESEARC-Revised Studie von Trull et al., 2010 (18) gibt die höchste Prävalenzzahl an. Die beiden anderen größeren Studien NCS-R von Lenzenweger et al., 2007 (17) und WHO-MHS von Huang et al., 2009 (20) berichten über eine Prävalenz von 1,5 %. In Westeuropa konnte in der Studie von Huang et al., 2009 (20) lediglich eine Prävalenz von 0,4 % ermittelt werden, die unter den Werten von anderen europäischen Studien liegt. (1,2,20)

### 2.1.1.7. Die Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung

In Tabelle 18 werden die Prävalenzdaten für die antisoziale Persönlichkeitsstörung gelistet:

*Tabelle 18: „Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung“*

<b>Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	0,7 %	2,3 % / 4,1 %*	0,6 %	1,0 %	3,8 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung dürfte zwischen 0,6 % [Coid et al. 2006 (1)] und 4,1 % [Samuels et al. 2002 (16)] liegen.

### 2.1.1.8. Die Prävalenz der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Tabelle 19: „Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	0,7 %	1 % / 0,5 %*	0,7 %	1,6 %	2,7 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung dürfte, wie in Tabelle 19 veranschaulicht, bei Prävalenzzahlen zwischen 0,7 % [Coid et al., 2006 (1)] u. [Torgersen et al., 2001 (2)] und 2,7 % [Trull et al., 2010 (18)] liegen. Europäische Studien geben die Prävalenz nur in der Höhe von 0,7 % [Coid et al., 2006 (1)] u. [Torgersen et al., 2001 (2)] an. Die beiden neuesten amerikanischen Studien liegen über diesem Wert. (17,18)

### 2.1.1.9. Die Prävalenz der histrionischen Persönlichkeitsstörung

Tabelle 20: „Prävalenz der histrionischen Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der histrionischen Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	2,0 %	0,05 % / 0,2 %*	0 %	0,0 %	0,3 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die histrionische Persönlichkeitsstörung liegt bei über knapp 0 % [Samuels et al., 2002 (16)] u. [Coid et al., 2006 (1)] u. [Lenzenweger et al., 2007 (17)] und 2 %, wobei letzterer Wert aus der ältesten betrachteten Studie von Torgersen et al., 2001 (2) stammt. Alle anderen Werte in Tabelle 20 liegen nur knapp über 0 %, sodass es sich hierbei um eine der seltensten Persönlichkeitsstörungen handeln dürfte. (1,16–18)

#### 2.1.1.10. Die Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Tabelle 21: „Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	0,8 %	0,03 %	0 %	0,0 %	1,0 %

Auch die narzisstische Persönlichkeitsstörung dürfte, wie in der Tabelle 21 ersichtlich, bei einer Prävalenz mit bis zu 1 % [Trull et al., 2010 (18)] eine der selteneren Persönlichkeitsstörungen sein.

#### 2.1.1.11. Die Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 22 soll die Prävalenzen der Cluster C Störungen veranschaulichen:

Tabelle 22: „Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen“

<b>Prävalenz der Cluster C Persönlichkeitsstörungen</b>						
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Huang et al. (20)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2009	2010
Ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	Weltweit (WHO)	USA (NESARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2004	2001-2002, 2004-2005
Test	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	21162	43093
Prävalenz	9,4 %	2,8 %	2,6 %	6,0 %	2,7 %	2,3 %

Die Prävalenz der Cluster C Störungen liegt anhand von Tabelle 22 zwischen 2,3 % [Trull et al., 2010 (18)] und 9,4 % [Torgersen et al., 2001 (2)]. Dazu muss angemerkt werden, dass es sich bei Torgersen et al., 2001 (2) um die älteste betrachtete Studie handelt, wo die passiv-aggressive PS und die selbstzerstörerische PS laut DSM-III mitgezählt wurden. Deshalb dürfte diese Studie bezüglich der Aussagekraft der Prävalenzzahl eingeschränkt sein. In der NCS-R-Studie von Lenzenweger et al., 2007 (17) wird die Prävalenz mit 6,0 % angegeben, was sich von den restlichen Studien, die zwischen 2,3 % [Trull et al., 2010 (18)] und 2,8 % [Samuels et al., 2002 (16)] liegen, unterscheidet. (2,16–18)

#### 2.1.1.12. Die Prävalenz der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung

Tabelle 23: „Prävalenz der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	5,0 %	0,2 % / 1,8 %*	0,8 %	5,2 %	1,2 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung liegt anhand der in Tabelle 23 angeführten Studien zwischen 0,2 % [Samuels et al., 2002 (16)] und 5,2 % [Lenzenweger et al., 2007 (17)].

### 2.1.1.13. Die Prävalenz der abhängigen Persönlichkeitsstörung

Tabelle 24: „Prävalenz der abhängigen Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der abhängigen Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	1,5 %	0,1 %/ 0,1 %*	0,1 %	0,2 %	0,3 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die abhängige Persönlichkeitsstörung hat laut Tabelle 24 eine Prävalenz zwischen 0,1 % [Samuels et al., 2002 (16)] u. [Coid et al., 2006 (1)] und 1,5 % [Torgersen et al., 2001 (2)] und dürfte somit eher selten vorkommen. Der höchste Wert stammt aus der ältesten betrachteten Studie [Torgersen et al., 2001 (2)]. Ein Wert zwischen 0,1 % [Samuels et al., 2002 (16)] u. [Coid et al., 2006 (1)] und 0,3 % [Trull et al., 2010 (18)] dürfte als Prävalenz anzunehmen sein.

### 2.1.1.14. Die Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Tabelle 25: „Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung“

<b>Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung</b>					
Autor	Torgersen et al. (2)	Samuels et al. (16)	Coid et al. (1)	Lenzenweger et al. (17)	Trull et al. (18)
Jahr	2001	2002	2006	2007	2010
Untersuchungs-ort	Oslo	Baltimore	GB	USA (NCS-R)	USA (NESEARC-Revised)
Untersuchungs-zeitraum	1994-1997	1997-1999	2000	2001-2003	2001-2002, 2004-2005
Diagnostisches Testverfahren.	SIPD-R	IPDE	SCID-IV	IPDE	AUDADIS-IV
Sample-size	2053	742	626	5692	43093
Prävalenz	2,0 %	0,8 % / 0,8 %*	1,9 %	2,4 %	1,9 %

Legende: \*ICD-10/DSM-IV

Die Prävalenz der zwanghaften Persönlichkeitsstörung liegt in den genannten Studien zwischen 0,8 % [Samuels et al., 2002 (16)] und 2,4 % [Lenzenweger et al., 2007 (17)], wobei die Prävalenzwerte der meisten Studien überwiegend bei ungefähr 2 % liegen, wie in Tabelle 25 ersichtlich. (1,2,16–18)

## 2.1.2. Prävalenzstudien im klinischen Setting

In diesen Studien wurde ein spezielles, ausgewähltes Patientengut untersucht um herauszufinden, wie häufig Persönlichkeitsstörungen außerhalb der Normalbevölkerung vorkommen. Die Studien sollen Hinweise darauf geben, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, im klinischen Setting Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen anzutreffen.

### 2.1.2.1. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinmedizin

#### **Studie: “The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders” von Moran et al., 2000 (21)**

Zwischen Dezember 1997 und Juli 1998 wurden in und rund um London 303 Menschen zwischen 18 und 75 Jahren in Wartebereichen von Hausärzten für diese Studie rekrutiert. Eine überarbeitete Form des Standardised Assessment of Personality (SAP) wurde als Interviewmethode genutzt. Bei dieser Methode wird eine Fremdanamnese (z.B. telefonisch) durch einen nahen Verwandten/Bekanntem eingesetzt. Die Diagnostik wurde sowohl mit Hilfe der Kriterien des ICD-10 DCR als auch durch die des DSM-IV durchgeführt. Kombiniert ergab sich ein 24 %ige Gesamtprävalenz für Persönlichkeitsstörungen. Die Ergebnisse werden in Tabelle 26 veranschaulicht. (21)

*Tabelle 26: „Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Erstversorgung“ nach Moran et al., 2000 (21)*

<b>Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Erstversorgung [Moran et al., 2000 (21)]</b>		
Persönlichkeitsstörung	ICD-10	DSM-IV
Paranoide PS	7,3 %	8,3 %
Schizoide PS	5,6 %	4,0 %
Schizotypische PS		2,3 %
Antisoziale PS	3,6 %	1,7 %
Borderline PS	4,6 %	4,2 %
Histrionische PS	2,3 %	2,3 %
Narzisstische PS		1,7 %
Ängstlich (vermeidende) PS	7,6 %	8,3 %
Abhängige PS	2,6 %	1,7 %
Zwanghafte PS	7,9 %	6,3 %

Diese Studie gibt eine Orientierung, wie viele Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im allgemeinmedizinischen Patientengut vorkommen dürften. Im Vergleich zu Studien aus der

Gesamtpopulation sind die Prävalenzdaten doch etwas höher, eine 24 %ige Gesamtprävalenz für Persönlichkeitsstörungen wird postuliert. (21) Das würde nach dieser Studie bedeuten, dass knapp ein Viertel aller Patientinnen und Patienten an einer Persönlichkeitsstörung leiden würden, was eine relevante Anzahl darstellen würde.

#### 2.1.2.2. Prävalenz bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten

In diesem Punkt werden zwei Studien besprochen, die die Prävalenzen bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten darstellen sollen. Bei der ersten Studie handelt es sich um „The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients“ von Zimmerman et al., 2005 (22). In dieser 2005 publizierten Studie wurden 859 Personen außerhalb des stationären Krankenhaussettings in New York mittels SIDP-IV untersucht. Die Daten zeigen die Häufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten. Knapp ein Drittel aller ambulanten Patientinnen und Patienten haben zusätzlich eine Diagnose für eine Persönlichkeitsstörung erhalten. Bei Einschluss der Personen mit nicht näher klassifizierten Persönlichkeitsstörungen stieg die Prävalenz auf 45,5 %. (22)

Die Datensammlung für die zweite Studie, „The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams“ von Newton-Howes et al., 2010 (23), fand zwischen 2001 und 2002 in der Nähe von London statt. Hier wurden 2.528 psychiatrische Patientinnen und Patienten im urbanen Setting mittels einer vereinfachten Form des Personality Assessment Schedule (PAS-Q) untersucht. Bei 40 % aller Personen konnte in dieser Studie mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. (23)

Die Daten dieser beiden Studien sind in Tabelle 27 zusammengefasst:

*Tabelle 27: „Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten“ nach Zimmermann et al., 2005 (22) und nach Newton-Howes et al., 2010 (23)*

<b>Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten</b>		
Persönlichkeitsstörung	Prävalenz nach Zimmermann et al., 2005 (22)	Prävalenz nach Newton-Howes et al., 2010 (23)
Gesamt	31,4 %	39,4 %
Cluster A	5,6 %	7,8 %
Paranoide Persönlichkeitsstörung	4,2 %	5,0 %
Schizoide Persönlichkeitsstörung	1,4 %	2,8 %
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	0,6 %	
Cluster B	13,0 %	18,4 %
Antisoziale PS	3,6 %	3,2 %
Borderline PS	9,3 %	11 / 8,5* %
Histrionische PS	1,0 %	3,2 %
Narzisstische PS	2,3 %	
Cluster C	21,8 %	25,5 %
Ängstlich (vermeidende) PS	14,7 %	16,3 %
Abhängige PS	1,4 %	16,0 %
Zwanghafte PS	8,7 %	6,7 %

Legende: \*Impulsiv/Borderline

Im direkten Vergleich scheinen einerseits viele Prävalenzdaten ähnlich zu sein, andererseits scheint es beispielsweise bei der abhängigen Persönlichkeitsstörung Diskrepanzen zu geben. Im Vergleich zu Daten der unbehandelten Gesamtpopulation scheint die Borderline-Persönlichkeitsstörung überproportional häufig vorzukommen. Auch die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung beläuft sich auf eine hohe Prävalenz. (22,23)

### 2.1.2.3. Persönlichkeitsstörungen bei stationären psychiatrischen Patientinnen und Patienten

In folgendem Abschnitt werden Persönlichkeitsstörungen bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten im stationären Setting veranschaulicht.

In einem Artikel von Zimmerman et al., 2008 (24) wird auf die größte Studie, durchgeführt von Oldham et al., 1995 (25) im Raum New York, hingewiesen. 129.286 ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten wurden in dieser Studie mittels unstrukturierter klinischer Evaluationen inkludiert. Die Gesamtprävalenz für eine Persönlichkeitsstörung lag bei 10,8 %. (24,25)

Die Studie „Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken“ von Konermann et al., 2006 (26) untersuchte 49.984 Patientinnen und Patienten aus 17 Kliniken in Deutschland. Als Diagnostik wurde das PSY-BaDo-PTM eingesetzt. Es handelt sich hierbei um eine Basisdiagnostik, mit der Kliniken alle aufgenommenen Patientinnen und Patienten erfassen. Die Durchführung eines strukturierten Interviews war somit nur optional. Insgesamt wurden 49.984 Personen erfasst, von denen 13.044 (26,1 %) mindestens eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Die genauere Aufteilung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen ist in Tabelle 28 ersichtlich. (26)

*Tabelle 28: „Prävalenz in deutschen psychotherapeutischen/psychosomatischen Kliniken“ nach Konermann et al., 2006 (26)*

<b>Prävalenz in deutschen psychotherapeutischen/psychosomatischen Kliniken</b>	
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Prävalenz nach Konermann et al., 2006 (26)</b>
Paranoide PS	0,4 %
Schizoide PS	0,6 %
Schizotypische PS	0,2 %
Antisoziale PS	0,1 %
Borderline PS	5,6 %
Histrionische PS	1,3 %
Ängstlich (vermeidende) PS	3,0 %
Abhängige PS	3,5 %
Zwanghafte PS	0,9 %
Kombinierte PS	3,3 %
Andere spezifische PS	5,0 %

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist gefolgt von der abhängigen Persönlichkeitsstörung und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung die häufigste diagnostizierte Störung laut dieser Studie. (26) Dies deutet darauf hin, dass vor allem Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen überdurchschnittlich oft hospitalisiert werden. Auch die vergleichsweise hohe Anzahl an kombinierten Persönlichkeitsstörungen (3,3 %) und anderen spezifischen Persönlichkeitsstörungen (5,0 %) ist zu beachten.

Allgemein sind in dieser Studie sehr niedrige Prävalenzen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen auffällig. Das könnte möglicherweise daran liegen, dass keine strukturierten Interviews gefordert wurden und somit womöglich nur spärlich angewendet wurden. (26) Mit diesen speziellen diagnostischen Tools hätten sich möglicherweise mehr Menschen diagnostizieren lassen. Des Weiteren ist anzumerken, dass es sich bei den Kliniken nicht nur um psychiatrische, sondern auch um psychosomatische handelte. (26) Möglicherweise

unterscheidet sich das Patientengut zwischen diesen beiden Klinikformen. Dieser Umstand würde die Vergleichbarkeit mit anderen Studien erschweren.

Zimmerman et al., 2008 (24) berichten in ihrem Artikel über eine Studie von Molinari et al., 2004 (27), die die Wichtigkeit der Anwendung von semistrukturierten Interviews zur Diagnostik verdeutlichen soll. Obwohl die Studie „Prevalence of Personality Disorders in Two Geropsychiatric Inpatient Units“ von Molinari et al., 2004 (27) schon älter ist, gibt diese wichtige Hinweise darauf, dass eine rein klinische Evaluierung und die Diagnostik mit semistrukturierten Interviews unterschiedliche Daten erbringen können. Hier wurden jeweils 100 weibliche Patientinnen und 100 männliche Patienten aus zwei verschiedenen Kliniken untersucht. Die Daten der klinischen Evaluierung wurden mit den Prävalenzdaten erhoben mit dem SIDP-R des DSM-III-R verglichen, wie in Tabelle 29 ersichtlich. (24,27)

*Tabelle 29: „Vergleich zwischen klinischer Evaluierung und semistrukturiertem Interview“ nach Zimmerman et al., 2008 (24) aus Molinari et al., 2004 (27)*

<b>Vergleich zwischen klinischer Evaluierung und semistrukturiertem Interview (24,27)</b>				
Persönlichkeitsstörung	Weiblich		Männlich	
	Klinisch	SIDP-R	Klinisch	SIDP-R
Paranoide PS	1 %	8 %	1 %	26 %
Schizoide PS	0 %	5 %	1 %	6 %
Schizotypische PS	0 %	2 %	0 %	9 %
Antisoziale PS	0 %	2 %	2 %	4 %
Borderline PS	1 %	5 %	2 %	8 %
Histrionische PS	0 %	7 %	0 %	12 %
Narzisstische PS	0 %	2 %	0 %	5 %
Ängstlich (vermeidende PS)	0 %	5 %	0 %	18 %
Abhängige PS	2 %	9 %	8 %	9 %
Zwanghafte PS	0 %	7 %	2 %	17 %
Passiv-aggressive PS	0 %	4 %	0 %	12 %
Andere PS	0 %	4 %	11 %	11 %
Gesamt	4 %	52 %	27 %	61 %

Die Daten in Tabelle 29 veranschaulichen zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Diagnostik mittels klinischer Evaluierung und einer Diagnostik durch ein semistrukturiertes Interview. Diese Ergebnisse suggerieren, dass die Diagnostik mittels semistrukturiertem Interview für Studien essenziell ist.

Leider gibt es sehr wenige rezente umfangreiche Studien, die bei stationären Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden, sodass eine genaue Einschätzung der Prävalenzzahl bei stationären Patientinnen und Patienten kaum möglich ist. Weitere Studien im deutschsprachigen Raum mit Diagnostik durch ein semistrukturiertes Interview wären diesbezüglich wünschenswert.

## 2.2. Diskussion der Studienlage zur Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen

Die Studienlage zur Prävalenz der Persönlichkeitsstörung scheint zum Teil sehr unterschiedliche Prävalenzdaten von Persönlichkeitsstörungen anzugeben. Dies könnte an mehreren Faktoren liegen:

- Klassifikationssysteme:

Dass unterschiedliche Klassifikationssysteme (DSM, ICD) eine unterschiedliche Datenlage erbringen können, wird beispielsweise in der Studie von Moran et al., 2000 (21) oder in der Studie von Samuels et al., 2002 (16) gezeigt. Es gibt keinen klaren Konsens, welches Klassifikationssystem in Zukunft angewendet werden sollte. Dazu kommt noch, dass Neuerungen innerhalb eines Klassifikationssystems (z.B. durch Wegfall ganzer Diagnosen) schon zu Änderungen der Datenlage führen könnten.

- Diagnostisches Tool

Unterschiedliche diagnostische Tools wurden in den Studien angewendet, was eine Vergleichbarkeit ungemein erschwert. (1,2,17,18) Zudem sind kaum vollständige semistrukturierte Interviews zum Einsatz gekommen, sondern lediglich Kurzfassungen. Dies ist aufgrund des damit verbundenen Aufwands auch verständlich.

Es lässt sich nicht sicher sagen, ob ein auf dem IPDE basierendes Tool mehr oder weniger Prävalenzen bringt als eine andere Diagnostik. Zimmerman et al., 2008 (24) weisen in einem Artikel darauf hin, dass durch die Verwendung von semistrukturierten Interviews bei der Evaluation von psychiatrischen Patientinnen und Patienten mehr Personen diagnostiziert werden können als durch eine unstrukturierte klinische Evaluierung. (24)

Somit kann festgehalten werden, dass der Einsatz von umfassender Diagnostik bei Verdacht auf Persönlichkeitsstörungen in Betracht gezogen werden sollte.

Bei Moran et al., 2000 (21) kommt zusätzlich die Methode der Fremdevaluierung durch Angehörige zum Einsatz. Es ist denkbar, dass diese Art von Diagnostik zu anderen Prävalenzdaten führen könnte, da nahe Bekannte möglicherweise die Psychopathologien der Persönlichkeitsstörungen besser erfassen können als die Patientinnen und Patienten selbst.

- Patientengut (Sample)

Welches Patientengut ausgewählt wird, scheint für die Prävalenz ein wichtiger Faktor zu sein. Die weltweite Studie der WHO [Huang et al., 2009 (20)] zeigt unterschiedliche Prävalenzen in verschiedenen Kulturen. Für den deutschsprachigen Raum sind kaum Daten erhältlich, sodass nicht sicher ist, ob Daten aus USA überhaupt für Europa repräsentativ sein können. Laut Huang et al., 2009 (20) dürften die Prävalenzen für Persönlichkeitsstörungen in den USA doch etwas höher liegen als in Europa. Ein zusätzlicher Faktor könnte sein, ob die Studie eher in urbanen Gegenden durchgeführt wird oder im ländlichen Raum, weil sich auch hiermit das Patientengut unterscheidet. (20)

Auch das Alter könnte ein entscheidender Faktor sein. Allgemein beginnen Persönlichkeitsstörungen bereits im Jugendalter. (3) Eine Abschwächung der Symptomatik mit dem Älterwerden ist denkbar. (19) Wenn junge Erwachsene aus einer Studie ausgeschlossen sind, könnte das Einfluss auf die Ergebnisse nehmen, wie beispielsweise dies in der Studie von Samuels et al., 2002 (16) möglich wäre.

Abschließend zu diesem Kapitel lässt sich sagen, dass möglicherweise aufgrund der Heterogenität der Störungen kaum eine sichere Prävalenzzahl angegeben werden kann. Letztendlich fehlen in diesem Zusammenhang noch viele Daten, vor allem im deutschsprachigen Raum.

Dennoch erscheinen die Häufigkeiten beachtlich. Persönlichkeitsstörungen werden sicherlich nicht nur in der Gesamtbevölkerung unterschätzt, sondern auch im Krankenhaussetting ist es sehr wahrscheinlich, auf Patientinnen oder Patienten mit solch einer Störung zu treffen. (24) Vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung und die abhängige Persönlichkeitsstörung dürften zu häufigeren Störungen im klinischen Setting gehören. (23,26) Dies sollte nicht nur aufgrund der zahlreichen Komorbiditäten, sondern auch zur Optimierung der Compliance bedacht werden.

Für die Angabe von Prävalenzzahlen wäre es wünschenswert, Diagnostiken und Klassifikationssysteme zu vereinheitlichen, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu erleichtern. Dazu könnten semistrukturierte Interviews öfters eingesetzt werden, weil diese besser Persönlichkeitsstörungen erfassen können als eine klinische Evaluierung. (24)

Eine Erklärung für den spärlichen Einsatz genauer Diagnostiken könnte die Angst vor Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten sein. Persönlichkeitsstörungen gelten häufig als chronische, schwierig zu behandelnde Erkrankungen. Durch den Erhalt einer solchen Diagnose wäre es denkbar, dass auch durch Klinikerinnen und Kliniker den Patientinnen und Patienten mit Vorurteilen begegnet wird. Möglicherweise meiden Therapeutinnen und Therapeuten die Erfassung solcher oft ein Leben lang bestehenden Diagnosen, auch wenn eine Verbesserung der Symptomatik im Laufe der Zeit möglich ist. (19) Akademisches Interesse und das Interesse gegenüber dem Patientenwohl müssen hier besonders gut abgewogen werden. Daraus könnte man schließen, dass eine Reevaluierung bei bereits vor längerer Zeit erfassten Diagnosen aus diesem Grund in Betracht gezogen werden sollte.

### 3. Die Therapie der Persönlichkeitsstörungen

In diesem Abschnitt werden einerseits psychotherapeutische und andererseits medikamentöse Therapiemöglichkeiten von Persönlichkeitsstörungen miteinander verglichen, Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieschemata dargestellt und die Wirksamkeit für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen evaluiert.

#### 3.1. Psychotherapie

Prinzipiell ist es gelegentlich sinnvoll, Psychotherapie mit ergänzender psychopharmakologischer Medikation einzusetzen. Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist beispielsweise in Studien von Bartak et al., 2010, 2011, 2011 (28–30) untersucht worden. Psychotherapie ist somit das Mittel der Wahl für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Auch aus ökonomischer Sichtweise sollte sich der Einsatz von Psychotherapie lohnen. (31)

Eine „Heilung“ im Sinne einer Änderung der Persönlichkeit ist aber auch damit kaum zu erreichen. Ziel ist es eher, dysfunktionale Muster abzuschwächen. Diese müssen zuallererst erarbeitet werden, was aufgrund der oft fehlenden Krankheitseinsicht kein Leichtes ist. Der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung ist somit essenziell. Trotzdem wird man immer wieder auf Widerstände der Patientinnen und Patienten treffen, Kriseninterventionen werden im Laufe der Langzeittherapie von Nöten sein. (4,5)

### 3.1.1. Die Therapieverfahren im Überblick

Nach ausführlicher Recherche wird schnell klar, dass spezifische Therapieverfahren vor allem für die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung entwickelt wurden und empirisch untersucht wurden. In diesem Kapitel werden verschiedene Therapieverfahren und ihre Wirksamkeit vorgestellt.

#### 3.1.1.1. Kognitiv-behaviorale Ansätze

##### **Kognitive Therapie nach Beck**

Vorläufer der „Schematherapie“ ist die kognitive Therapie nach Beck. Wie in der Schematherapie sind Schemata im Mittelpunkt, die kognitive Strukturen darstellen, welche grundsätzliche Ansichten beinhalten. Diese Ansichten beeinflussen die Wahrnehmung und das Verhalten. Bei Persönlichkeitsstörungen sind diese Schemata von Kindheit an beispielsweise durch schlechte Familienverhältnisse oder schwierige Lebensumstände gestört worden. Diese Schemata werden in der Therapie identifiziert, Verhaltensweisen analysiert und die Ursache der maladaptiven Schemata herausgefunden. (32)

##### **Wirksamkeit**

In einem Artikel von Rafaeli, 2009 (32) wird auf die Wirksamkeit von der kognitiven Therapie bei Borderline-PS, der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung auf Basis von Studien von Brown et al., 2004 (33), Emmelkamp et al., 2006 (34) und Strauss et al., 2006 (35) hingewiesen. Jedoch liegen für die Schematherapie und die dialektisch-behaviorale Therapie laut einem Cochrane-Review von Stoffers et al. (2012) (36) bezüglich der Borderline-Persönlichkeitsstörung mehr Evidenzdaten vor.

##### **Schematherapie**

Das Konzept der Schematherapie wurde als Ergänzung zu den traditionellen Verfahren eingeführt. Sie begründet darauf, dass Kinder emotionale Grundbedürfnisse haben, die erfüllt werden müssen. Ansonsten würden sich diese als negative emotionale Aktivierungen in Form von „Schemata“ im Gehirn einprägen. Diese Schemata können nicht mehr verlernt werden, sondern nur gehemmt. Schon in der Kindheit wird gelernt, mit diesen Schemata mittels Erduldung, Vermeidung und Widersetzung umzugehen. Diese Bewältigungsstrategien können jedoch zu Entwicklungsproblemen führen. Wenn die Schemata das gesamte Verhalten bestimmen, werden

sie als „Modus“ bezeichnet. Mittels „Schema-Modus-Inventar“ werden im Rahmen der Schematherapie diese Modi erfasst. Dazu gehören Kindmodi (verletzbar, wütend, ärgerlich, impulsiv, undiszipliniert, glücklich), maladaptive Bewältigungsmodi (Unterordnung, Vermeidung, Kompensierung) und Elternmodi (strafend, fordernd) neben dem gesunden Modus des Erwachsenen. Diese Modi laufen nicht einzeln, sondern sind andauernd miteinander in Verbindung, ein Modus kann sozusagen zum nächsten führen. (37)

Das Ziel der Therapie ist es, die Symptome der Patientinnen und Patienten mit den Modi in Verbindung zu setzen. Den in der Kindheit etablierten Modi können somit neue gelernte Bewältigungsstrategien entgegen wirken. Dabei handelt es sich einerseits um bereits vorhandene Ressourcen, andererseits können durch Psychoedukation diese Ressourcen gestärkt und erweitert werden. Basierend auf diesen Ressourcen wird ein gemeinsames Therapiekonzept erstellt. Diese „Fallkonzeption“ dient auch immer wieder als Bezugspunkt. Dieser könnte hilfreich sein, um bei belastenden Situationen in eine metakognitive Ebene zu finden. In dieser Ebene wird aus Sicht einer dritten Person die Situation betrachtet, sodass es leichter ist, wieder in eine Arbeitsbeziehung zu finden. Die Fallkonzeption wird als Moduslandkarte dargestellt, die aus Anamnese, aktuellem Befund, Fragebögen und Imaginationsübungen entsteht. Sie dient als Basis, Modi einzuordnen und zu bewerten und gesundes Bewältigungsverhalten zu entwickeln. (37)

Die Beziehungsgestaltung ist ein wichtiger Aspekt für die erfolgreiche Therapie. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung führt zu einer geringeren Abbruch-Rate und erleichtert der Therapeutin oder dem Therapeuten das Arbeiten. Es wird so viel Unterstützung angeboten, wie benötigt wird, ähnlich wie bei „guten Eltern“ (Nachbeelterung). Emotionale Grundbedürfnisse werden durch die Therapeutin oder den Therapeuten befriedigt, emotionale Aktivierung reguliert. In Mentalisierungsbewegungen werden die Erlebnisse im Zusammenhang mit der Fallkonzeption kognitiv bewertet. (37)

Neben der spezifischen therapeutischen Beziehung und der Fallkonzeption als Therapiemodell spielt der Einsatz von erlebnisaktivierenden Techniken eine wichtige Rolle. In Imaginationsübungen und Modusdialogen werden Situationen in der Kindheit bzw. innere Prozesse dargestellt und anschließend gemeinsam bewertet. (37)

## Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der Therapie wird beispielsweise in einer Studie von Bamelis et al., 2014 (38) belegt. Sie kann bei fast allen Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden. Eine gute Ausbildung der Therapeutin oder des Therapeuten ist wichtig, genauso wie eine regelmäßige Supervision. (37)

## **Dialektisch-behaviorale Therapie**

Die dialektisch-behaviorale Therapie ist eine Variation der Verhaltenstherapie, die in den 80er-Jahren von M. Linehan für die Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde. Das ursprüngliche dialektisch-behaviorale Konzept wurde nach und nach erweitert und somit an verschiedene Patientengruppen angepasst. (39,40)

Die Therapie soll nicht nur zur Veränderung der pathologischen Muster anregen. Die pathologischen Muster werden in diesem Zusammenhang als bereits erfolgte dysfunktionale Problemlösungen interpretiert. Die Widersprüchlichkeiten in der Innenwelt der Patientinnen und Patienten sollen aufgelöst und integriert werden. (41)

Die Einzeltherapie wird in Stadien bzw. Phasen eingeteilt. Nach Unterzeichnung des Behandlungsvertrages werden am Anfang die gefährlichen Verhaltensweisen behandelt. Dazu gehören suizidale bzw. parasuizidale Handlungen sowie risikoreiches, selbstzerstörerisches Verhalten und Verhalten, das zu schädigenden Beziehungen führt. Skills werden eingesetzt, um diesen Verhaltensmustern entgegenzuwirken. Verhaltensweisen werden durch solche „Skills“ ausgetauscht. Danach wird Fokus auf Emotionen und Kontakt mit der Außenwelt gelegt. Die Folgen traumatischer Erfahrungen werden behandelt. Die ersten beiden Punkte müssen nicht streng nacheinander behandelt werden, sondern können parallel bearbeitet werden. Zum Schluss wird versucht, ein Netz von Kompetenzen aufzubauen, um Patientinnen und Patienten eine stabile Umwelt für das Leben außerhalb des Krankenhauses zu bieten. Im Gespräch ist es für die Therapeutinnen und Therapeuten wichtig, eine Mischung aus Akzeptanz und Anreize zur Veränderung für Ansichten der Patientinnen und Patienten zu zeigen. Die Patientin bzw. der Patient soll verstehen, dass sich diese Reaktionen nicht unbedingt gegenseitig ausschließen, sondern es kann gleichzeitig sowohl Verständnis als auch Anreiz zur Veränderung präsent sein. Dem „Schwarz-Weiß-Denken“ sollte somit entgegengewirkt werden. (40)

Zudem werden schädigende Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten analysiert und Strategien zur Änderung dieser Verhaltensweisen geplant. Ungültige Muster werden durchbrochen, Expositionstechniken angewandt und alternative Fertigkeiten aufgebaut. (40)

Im Skillstraining werden in Gruppen spezielle Skills aufgebaut, unterteilt in „Innere Achtsamkeit“, „Fertigkeiten zur Stresstoleranz“, „Emotions-Modulation“ und „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“. Dazu haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, in Form eines Telefoncoachings zu geplanten Uhrzeiten mit der Therapeutin oder dem Therapeuten Kontakt aufzunehmen. Natürlich sollten von therapeutischer Seite immer wieder Teamsitzungen und Supervisionen durchgeführt werden. (40)

### Wirksamkeit

Die Wirksamkeit dieser sowohl stationär als auch ambulant durchführbaren Psychotherapie für Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist gut belegt. Im Vergleich zu anderen Therapien ist dieses modulare Therapiekonzept am besten untersucht. (36,42)

### 3.1.1.2. Psychoanalytische/Psychodynamische Verfahren

#### **Übertragungsfokussierte Therapie**

Im Konzept der übertragungsfokussierten Therapie wird davon ausgegangen, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen (insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung) an einer Identitätsdiffusion leiden. Das Konzept dieser Identitätsdiffusion basiert darauf, dass die psychologische Struktur aus verschiedenen Einheiten, den Dyaden, besteht, die aus einem Teil die Objekte repräsentieren und zum anderen Teil das Selbst repräsentieren. Diese Objektbeziehungen können positiv oder negativ behaftet sein und sind normalerweise verbunden. Bei Borderline-Patientinnen und -Patienten können diese Dyaden nicht zu einem sinnvollen, gesamtheitlichen Konzept, das die eigene Identität und die Identität anderer (bspw. der Therapeutin/des Therapeuten) repräsentiert, vereint werden. Diese Projektionen können sich innerhalb von Minuten ändern, somit ändert sich für Borderline-Patientinnen und -Patienten stetig die Rollenverteilung. Spaltungsmechanismen bleiben in den Personen immanent, was zur Verminderung grundlegender Fähigkeiten wie dem Nachgehen einer Arbeit, Aufbau einer stabilen Beziehung und anderer sozialen Fähigkeiten führt. (41,43) In der Therapie wird versucht, diese gespaltenen Objektbeziehungen zu analysieren. Mittels freien Assoziationen zu alltäglichen Problemen soll den Patientinnen und Patienten geholfen werden, ihre eigenen Widersprüchlichkeiten zu erkennen und zu interpretieren. Im zweiten Schritt wird auf die Rollenverteilung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut eingegangen. Die Patientin oder der Patient soll die wechselnden Objektbeziehungsdyaden verstehen. Im dritten Schritt wird auf die Verbindungen zwischen den Objektbeziehungsdyaden eingegangen. Für Borderline-Patientinnen und -Patienten existieren diese Dyaden völlig unabhängig voneinander. Sie sollen verstehen, dass die Aktivierung einer Dyade zur Aktivierung einer anderen führen kann, bzw. dass eine abgewehrte Dyade der Grund zur Aktivierung einer anderen Dyade sein kann, sodass ein gesamtheitliches Bild von sich selbst entwickelt wird. Die abgespaltenen Teilobjekte sollen somit nach und nach integriert werden. (41,43)

Taktiken und Techniken sind dazu da, diese Ziele zu erreichen. Taktiken beinhalten die Vereinbarung eines therapeutischen Rahmens und die Unterzeichnung eines Behandlungsvertrags, der die Therapeutin oder den Therapeuten und die Patientin oder den Patienten schützen soll (z.B. vor Suizidalität, Behandlungsabbrüchen, Unehrlichkeit,...). Eine der wichtigsten Taktiken

ist es, Affekte der Patientin oder des Patienten genauestens zu beobachten und somit zu erkennen, in welcher Objektbeziehungsdyade er sich gerade befindet. Techniken beinhalten die Interpretation, Übertragung (und Gegenübertragung) sowie die Analyse. (41,43)

#### Wirksamkeit

In einer Vergleichsstudie von Clarkin et al., 2007 (44) zeigt sich die übertragungsfokussierte Psychotherapie mit der dialektisch-behavioralen Therapie und der supportiven Therapie ebenbürtig. In einem Vergleich mit der Schematherapie war die übertragungsfokussierte Therapie unterlegen. (45)

Die Effektivität wird in einem Cochrane Review von Stoffers et al., 2012 (36) belegt, jedoch wird wie bei den anderen Psychotherapien angegeben, dass noch weitere Studien fehlen, die diese Daten bestätigen.

### **Mentalisierungsbasierte Therapie**

Die mentalisierungsbasierte Therapie wurde insbesondere für die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. (39,46) Die beiden Begründer dieser Therapie, A. Bateman und P. Fonagy, waren psychodynamische Therapeuten. Sie gehen davon aus, dass das Spiegeln von Emotionen durch Bezugspersonen eine wichtige Rolle in der frühkindlichen Entwicklung spielt. Bei Inkongruenz wird somit ein „fremdes“ Selbstbild geschaffen. Im weiteren Verlauf wirkt sich dies auf die Affektregulation, soziale Interaktionen und Aufmerksamkeit aus. Beispiele für Auslöser dieser Störung können psychologische Traumata durch enge Bezugspersonen sein. In diesem Fall steht die Angst vor der Bezugsperson im Gegensatz zur Affektion bzw. zu der Suche nach Trost bei derselben Person. Die Entwicklung sozialer Funktionen und die Möglichkeit des Mentalisierens wird dadurch verhindert. Als Mentalisieren wird die intuitive Fähigkeit, das eigene Verhalten und das Verhalten anderer Menschen, durch Zuschreibung von mentalen Prozessen wie Verlangen, Gefühlen und Überzeugungen, zu interpretieren, bezeichnet. Auch im späteren Verlauf wird der Prozess des Mentalisierens früher unterbrochen als bei gesunden Menschen. Das erlittene Trauma kann weiters zu einer Hypersensitivität im Knüpfen von Beziehungen führen. Die Patientinnen und Patienten wollen sich andauernd durch andere Menschen identifizieren, Intimität wird schneller geschaffen. (39,46)

Der Fokus in der Therapie liegt somit auf dem Schaffen der Fähigkeit, eigene und auch Gedanken und Gefühle anderer zu verstehen. Das soll in einem dreiphasigen Programm geschehen.

In der ersten Phase wird die Kapazität des Mentalisierens durch Aufarbeitung der persönlichen Geschichte mit wichtigen Beziehungen erfasst. Danach wird ein Therapieprogramm erstellt und die zweite Phase begonnen. In dieser werden Denkprozesse der Patientin oder des Patienten analysiert. Therapeutinnen und Therapeuten haben die Aufgabe, unterschiedliche Perspektiven aufzuzeigen. Die Patientinnen und Patienten sollen erkennen, dass es andere Standpunkte und Interpretationsmöglichkeiten für erlebte Situationen geben kann. Das soll weniger durch Ratschläge, sondern mehr durch die Erweckung der Neugier der Patientinnen und Patienten geschehen. In der dritten Phase der Therapie werden soziale und interpersonelle Aspekte im Zusammenhang mit den Erkenntnissen der zweiten Phase gebracht. (46)

#### Wirksamkeit

Die Wirksamkeit dieser Psychotherapie wurde bereits in mehreren Studien nachgewiesen, durchgeführt von Bateman und Fonagy. (47,48). Eine neuere Studie hat gezeigt, dass diese Art von Therapie auch bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung Wirkung zeigen kann. (49)

### 3.1.1.3. Andere Therapieverfahren

#### **Supportive Psychotherapie**

Ob die „Supportive Psychotherapie“ als eigene Psychotherapieschule gesehen werden kann, wird in Fachkreisen viel diskutiert. Grundsätzlich unterscheidet sich diese Art der Therapie dadurch, dass weniger „aufdeckende Elemente“ in Bezug auf die Ursache der Psychopathologie eingesetzt werden, sondern die bereits vorhandenen Ressourcen gestärkt werden. Deshalb eignet sich diese Art der Therapie insbesondere einerseits bei gesunden Menschen in einer Lebenskrise und andererseits bei psychiatrischen Krankheiten wie Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen. Bei letzterer Patientengruppe ist es das Ziel, Verschlechterung entgegenzuwirken und die eigenen Kompetenzen innerhalb der durch die Persönlichkeitsstörung zugrundeliegenden Grenzen zu maximieren. Wichtige Techniken sind dabei das Aufbauen einer guten Arzt-Patienten-Beziehung mit gutem, emotional mit den Patientinnen und Patienten abgestimmtem, Zuhören und empathischem Paraphrasieren. Ähnlich wie in der Gesprächstherapie sind Authentizität, Empathie und Wertschätzung Grundpfeiler für die Behandlung. Neben dieser Vertrauensbasis sind eine realistische Zielvereinbarung, Vermeidung von Übertragung/Gegenübertragung, Förderung von Coping-Mechanismen, Anleitung zur Selbstständigkeit, Ressourcenaktivierung, Entlastung von negativen Gefühlen, positive Umdeutung der Symptome und Stärkung des Selbstwertgefühls Ziele der supportiven Psychotherapie. Somit nimmt sich die supportive Psychotherapie elektiv Elemente aus verschiedenen Psychotherapieschulen heraus, um den Patientinnen und Patienten ein selbstständiges und angenehmes Leben zu ermöglichen. (50,51)

#### Wirksamkeit

In einer Studie von Clarkin et al., 2007 (44) konnten ähnliche Erfolgsraten wie bei der dialektisch-behavioralen Therapie beobachtet werden, jedoch mit geringeren Erfolgen als in der übertragungsfokussierten Therapie. Auch in der Studie von Rosenthal et al., 1999 (52) konnten positive Ergebnisse festgestellt werden. Jedoch gibt es ansonsten wenig aktuelle Daten zur supportiven Therapie, sodass es noch an weiteren Vergleichsstudien mit etablierteren Therapieverfahren wie der dialektisch-behavioralen Therapie, der Schematherapie, der übertragungsfokussierten Therapie und der mentalisierungsbasierten Therapie bedarf.

## **STEPPS – Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving**

STEPPS ist eine Form der Gruppentherapie, die Skills Training mit kognitiv-behavioralen Techniken und systemischen Elementen vereint. Sie wurde speziell für die Behandlung der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung konzipiert. Dieses Training hat drei signifikante Schritte. Im ersten Schritt sollen die Patientinnen und Patienten lernen, dass die Gefühle und Verhaltensweisen, die der Krankheit zugrunde liegen, auch geändert werden können. Im zweiten Schritt werden Skills zum richtigen Umgang mit Emotionen erlernt. Der dritte Schritt ist ein Verhaltenstraining. Das Lernen von bestimmten Verhaltensweisen und Emotionskontrolle soll helfen, Lebenskrisen zu überwinden und ein stabileres Sozialleben ermöglichen. Eine Einheit der Gruppentherapie wird mit einer Evaluation der Schweregrade der Symptome durch einen Fragebogen begonnen. Somit lassen sich Fortschritte im Training gut beobachten. Nach einer Entspannungsübung wird von einer Patientin oder einem Patienten ein emotional aufregendes Ereignis und die angewandten Skills zur Bewältigung dieses Ereignisses erzählt. Danach werden Skills von der Therapeutin oder vom Therapeuten vorgestellt, die die Patientinnen und Patienten zuhause als eine Art „Hausübung“ anwenden sollen. Die systemische Komponente besteht daraus, dass Freundinnen, Freunde und Familienmitglieder in die Therapie inkludiert werden. In einer Gruppentherapiesitzung wird beispielsweise ein Familienmitglied miteingeladen und von der Therapeutin/vom Therapeuten instruiert, wie sie mit den Patientinnen und Patienten in Krisen umgehen können. (53,54)

### **Wirksamkeit**

Eine Studie von Blum et al., 2008 (55) konnte die Wirksamkeit des Einsatzes von STEPPS in Bezug auf Reduktion der Symptomatik und Besserung der Verhaltensweisen im Vergleich zur herkömmlichen Therapie nachweisen. Auch die Wirksamkeit bei Patientinnen und Patienten mit antisozialer- und Borderline-Persönlichkeitsstörung konnte in einer Studie, durchgeführt von Black et al., 2015 (56), gezeigt werden. Das Cochrane-Review von Stoffers et al., 2012 (36) konnte auch positive Effekte belegen, auch wenn ansonsten noch sehr wenige Studien und somit relativ wenig Evidenz für den Einsatz von STEPPS vorliegen.

### **Manual-assisted cognitive treatment**

In einer kurzen, aus sechs Sitzungen bestehenden, Therapie werden verschiedene Themen wie Suizidalität, Emotionsregulation, Substanzmissbrauch, Problemlösungsstrategien, negatives Denken, etc. angesprochen. Sie ist somit besonders für Patientinnen und Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung ausgelegt.

## Wirksamkeit

In einer Studie von Weinberg et al., 2006 (57) konnten einige positive Effekte in Bezug auf Selbstverletzung beobachtet werden, jedoch nicht in Bezug auf Selbstmordgedanken und in Bezug auf die Wiederholungszeit von Selbstverletzungen. Eine andere Studie von Morey et al., 2010 (58) konnte positive Effekte in Bezug auf Suizidgedanken und Selbstverletzung beobachten, jedoch auch eine Abbruchrate von über 50%. Auch sind die Teilnehmerzahlen dieser beiden Studien sehr niedrig, sodass noch weitere Studien für den Beleg der Wirksamkeit dieser Behandlung benötigt werden.

Weitere Therapieverfahren sind beispielsweise die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie, die interpersonelle Psychotherapie, die strukturbezogene Psychotherapie und die dynamisch-dekonstruktive Psychotherapie. (4,36,59) Bei diesen Arten der Psychotherapien liegen jedoch weniger Evidenzdaten bezüglich der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen vor. (4,36,60)

## 3.2. Die medikamentöse Therapie der Persönlichkeitsstörungen

Im folgenden Abschnitt werden medikamentöse Möglichkeiten zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen dargestellt. Prinzipiell gibt es für Persönlichkeitsstörungen keine Zulassung für ein Psychopharmakon, sodass Verschreibungen „off-label“ stattfinden. (60,61) Dabei richtet sich die Behandlung nach einzelnen Symptomen der Persönlichkeitsstörungen beziehungsweise nach den Komorbiditäten. (8,61,62) Folgende Medikamentenklassen werden für den Einsatz bei Persönlichkeitsstörungen diskutiert:

### 3.2.1. Medikamentenklassen

#### 3.2.1.1. Antidepressiva

In der Klasse der Antidepressiva sollten am ehesten SSRI (Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung Wirkung zeigen. Sie sind aufgrund des Nebenwirkungsprofils trizyklischen/tetrazyklischen Antidepressiva und MAO-Inhibitoren vorzuziehen. (60,62)

In einem Cochrane-Review von Stoffers et al., 2010 (63) konnte der Einsatz von Antidepressiva für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nur in Bezug auf die Behandlung vorliegender Komorbiditäten unterstützt werden.

Auch für die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung könnte sich laut Voderholzer und Hohagen, 2017 (60) der Einsatz von Antidepressiva (SSRI) zur Verbesserung der Symptomatik lohnen.

Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) empfehlen Therapieversuche mit SSRI zudem bei der schizoiden, dissozialen, histrionischen, narzisstischen, zwanghaften und abhängigen Persönlichkeitsstörung.

#### 3.2.1.2. Antipsychotika

Klassische Neuroleptika wurden auch bei Persönlichkeitsstörungen früher eingesetzt, die in den 80er Jahren nachgewiesene Wirkung konnte jedoch in neueren Studien [wie zum Beispiel von Soloff et al., 1993 (64)] nicht bestätigt werden. Zusätzlich sind die Nebenwirkungen in dieser Substanzklasse relativ hoch. (60,62)

Die kurzfristige niedrigdosierte Gabe von atypischen Antipsychotika (Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Aripiprazol) könnte jedoch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zur Kontrolle von mikropsychotischen Episoden, Derealisationserleben und starken Spannungszuständen Wirkung zeigen. (8,63)

Risperidon könnte laut Koenigsberg et al., 2003 (65) bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung positive Effekte zeigen. (60)

Daneben könnten laut Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) atypische Antipsychotika niedrigdosiert bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden, um die misstrauische Grundeinstellung zu verbessern.

Haloperidol und Zuclopenthixolazetat könnten zur Durchbrechung von psychomotorischen Erregungszuständen insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der antisozialen Persönlichkeitsstörung parenteral eingesetzt werden. (8)

### 3.2.1.3. Antikonvulsiva/Stimmungsstabilisierer

Hier steht laut Voderholzer und Hohagen, 2017 (60) der Einsatz der Substanzen Lamotrigin und Valproinsäure für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Raum. Valproinsäure könnte sich auf Impulsivität, Aggressivität und Ärger positiv auswirken. Lamotrigin sollte ebenfalls bei Ärger und Impulsivität Wirkung zeigen. (8,60)

Phenytoin könnte laut dem Cochrane-Review von Khalifa et al., 2010 (66) positive Effekte auf impulsive Aggressivität bei Patienten mit antisozialer-Persönlichkeitsstörung haben. Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) stellen bei dieser Persönlichkeitsstörung zudem die Gabe von Valproinsäure zur Stimmungsstabilisierung in den Raum.

Lithium ist bereits in den 70er Jahren bei Borderline-Patientinnen und -Patienten untersucht worden. Schon damals haben sich positive Effekte in Bezug auf Impulskontrolle und Stimmungsschwankungen gezeigt. Compliance und Toxizität könnte sich jedoch limitierend auf den Einsatz von Lithium auswirken. (60,67)

### 3.2.1.4. Benzodiazepine

Die große Gefahr der Abhängigkeit bei Benzodiazepinen erfordert einen vorsichtigen Einsatz vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eventuell könnten sie bei suizidalen Krisen kurzfristig eingesetzt werden. (8)

Alprazolam könnte sich anhand einer Studie von Reich et al., 1989 (68) bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung als hilfreich erweisen. (62)

In einem Artikel von Wedekind et al., 2005 (62) wird auf Basis bereits älterer Studien aus den 80er Jahren angegeben, dass sich Lorazepam bei kurzzeitigem Impulskontrollverlust als hilfreich erweisen könnte und dass Oxazepam und Clonazepam Angst, Feindseligkeit und Irritierbarkeit bei antisozialer Persönlichkeit und der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung/impulsiver Typus senken könnte. (62) In einem Cochrane Review von Khalifa et al., 2010 (66) konnte jedoch keine große Evidenz für die medikamentöse Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörungen gefunden werden.

#### 3.2.1.5. Clonidin

Clonidin soll durch Senkung der zentralen noradrenergen Aktivität eine spannungslösende Wirkung erzielen, schlaffördernd wirken und selbstverletzendes Verhalten sowie dissoziative Symptome verringern, wie beispielsweise in der Studie von Ziegenhorn et al., 2009 (69) untersucht. Jedoch liegen noch nicht genügend Studien vor, die diese Effekte bei der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung sicher belegen. (60,61,67)

#### 3.2.1.6. Naltrexon

Opioid-Antagonisten wie Naltrexon könnten dissoziative Zustände und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patientinnen und -Patienten senken. Studien von Bohus et al., 1999 (70), McGee, 1997 (71) oder Roth et al., 1996 (72) würden diese Effekte suggerieren. Weitere randomisiert-kontrollierte Studien zur Bestätigung dieses Effekts wären jedoch wünschenswert. (61,62,67)

#### 3.2.1.7. Omega-3-Fettsäuren

Omega-3-Fettsäuren könnten laut einem Cochrane Review von Stoffers et al., 2010 (63) die depressive Symptomatik und die Suizidalität bei Borderline-Patientinnen und -Patienten senken.

### 3.3. Überblick über die Therapien der einzelnen Persönlichkeitsstörungen

#### 3.3.1. Die Therapie der paranoiden Persönlichkeitsstörung

##### Psychotherapeutische Aspekte

Misstrauen und Angst vor Manipulation und Kontrolle führen dazu, dass Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung selten Hilfe aufsuchen. Krisen oder nahe Bezugspersonen sind meist die Motivatoren, sich in Psychotherapie zu begeben. Auch dann stellt das Herstellen einer therapeutischen Beziehung eine große Herausforderung dar. Hier ist eine höfliche, ehrliche und offene Einstellung die Lösung. Paranoiden Gedanken sollte realistisch und mit Bezug auf die Gegenwart begegnet werden. (10)

Möglicherweise kann dadurch das Misstrauen nach und nach abgebaut werden, sodass die Patientinnen und Patienten das Gefühl bekommen, dass Bezugspartnerinnen und Bezugspartner ihnen gegenüber auch Positives im Sinne haben. (4)

##### Medikation:

Es gibt keine reichhaltigen Studien, die für den Einsatz von Psychopharmaka bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung sprechen. Bei wahnhaft gefärbter Symptomatik wäre der Einsatz von Antipsychotika naheliegend, welcher sich beispielsweise in einer Fallstudie von Birkeland, 2013 (73) als wirksam erweist. (61) Auch Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) empfehlen den niedrigdosierten Einsatz von atypischen Antipsychotika, um die misstrauische Grundstimmung zu verbessern.

#### 3.3.2. Die Therapie der schizoiden Persönlichkeitsstörung

##### Psychotherapeutische Aspekte

Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung sind von Rückzug, Scheu und sozialer Distanz gekennzeichnet. Hilfe wird meist aufgrund von komorbiden psychischen Erkrankungen oder auf Anregung Angehöriger gesucht. Wichtig ist es, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen und diese auch aufrecht zu erhalten. Letzter Punkt könnte sich schwierig gestalten. Patientinnen und Patienten sind meist freundlich und compliant, zeigen jedoch kaum Emotionen. Die Patientinnen und Patienten berichten oft über wenig Beschwerden, was die Gestaltung der Psychotherapie für die Therapeutin oder den Therapeuten erschweren könnte. Zusätzlich lässt sich oft kein spürbarer Fortschritt in der Psychotherapie festmachen. Für die Patientinnen und Patienten ist eine gute therapeutische Beziehung jedoch wichtig, weil sie für

sie eine Herausforderung darstellt. Eine geduldige und einfühlsame Haltung seitens der Therapeutinnen und Therapeuten soll das Durchhalten der Therapie erleichtern. Vor allem in längerer Sicht können fundamentale Veränderungen erreicht werden. Gruppentherapien, Übungen zur Verbesserung der Wahrnehmung, Angstbewältigung und Verbesserung der sozialen Fähigkeiten wären wichtige Bausteine in der Therapie. (11,74)

#### Medikation

Die Pharmakotherapie richtet sich nach begleitenden psychischen Störungen. Im Fall von depressiven Störungen wäre der Einsatz von Antidepressiva denkbar, bei psychotisch gefärbter Symptomatik könnte sich der Einsatz von atypischen Antipsychotika lohnen. (11,61)

### 3.3.3. Die Therapie der schizotypischen Persönlichkeitsstörung

#### Psychotherapeutische Aspekte

Der Erstkontakt mit Therapeutinnen oder Therapeuten erfolgt bei Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung meist aufgrund von Aufmerksamkeitsstörungen, kognitiver Probleme, sozialen Ängsten, Kommunikationsproblemen oder Paranoia. Zuerst wird es bei der Therapie der schizotypischen Persönlichkeitsstörung um den Aufbau einer therapeutischen Beziehung gehen. Paranoia und Probleme bei der Beziehungsgestaltung könnten diesen Punkt erschweren. Für die Patientinnen und Patienten könnte es außerdem schwierig sein, die therapeutische Beziehung in Therapiepausen aufrechtzuerhalten. Zudem fällt es diesen Personen schwer, ihre eigenen Gedanken kognitiv zu bewerten, weshalb diese, wenn sie eine Belastung darstellen, abgelehnt werden und nicht in die Realität integriert werden. Eine weitere Herausforderung ist es, mit magischen Gedanken umzugehen, sowohl als Therapeutin oder Therapeut als auch als Patientin oder Patient. Zur Therapie würden sich kognitive und verhaltenstherapeutische Ansätze eignen. Somit können soziale Fähigkeiten trainiert und kognitive Prozesse verbessert werden. Patientinnen und Patienten haben oft das Gefühl, vermehrt für externe Situationen verantwortlich zu sein. Diese Gedanken sollen identifiziert und entzerrt werden. (11,75)

#### Medikation:

Die Nähe zu den schizophrenen Erkrankungen legt einen Einsatz von atypischen Antipsychotika nahe. (75) Koenigsberg et al., 2003 (65) konnten beispielsweise positive Effekte von Risperidon beobachten.

Weniger Evidenz gibt es für den Einsatz von Antidepressiva bei depressiver Begleitsymptomatik. (11,67,75) Zusätzlich wird eine kognitive Stimulation mittels Noradrenalin/Dopaminagonisten zur Verbesserung der Aufmerksamkeit und kognitiven Funktionen diskutiert, wie beispielsweise bei Ripoll et al., 2011 (67) basierend auf Studien von McClure et al., 2007 (76) u. 2010 (77).

### 3.3.4. Die Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung

Psychotherapeutische Aspekte:

In einem Übersichtsartikel von Sulz, 2010 (12) wird der Einsatz von psychodynamischen Formen, kognitiver Therapie (inklusive Schematherapie), kognitive-behavioraler Therapie, Function Analytic Therapy und interpersoneller Therapie diskutiert. Es wird auf einen Artikel von Verheul und Herbrink, 2007 (78) verwiesen, wonach psychodynamische und kognitiv-behaviorale Verfahren erfolgreich sind.

In Psychotherapieansätzen nach Horowitz wird der Fokus auf Stabilisierung, die Veränderung des Kommunikationsstils und auf interpersonelle Prozesse und Schemata gelegt. (12) In dem psychoanalytischen Ansatz nach Mentzos werden die durch Übertragung und Gegenübertragung verdrängten intrapsychischen Konflikte weiterentwickelt und nachgereift. (12) In der kognitiven Therapie nach Fleming wird daran gearbeitet, wie Mechanismen wie ständiges Abschweifen und automatische dysfunktionale Gedanken vermieden werden können. Die Konsequenzen des extremen Verhaltens müssen der Patientin oder dem Patienten klar gemacht werden. Selbstinduktionstraining, Rollenspiel und Entspannungstraining können hierbei hilfreich sein. Emotionen sollen soweit konstruktiv eingesetzt werden können, sodass die Gedanken des Nichtbeachtetwerdens entkatastrophisiert werden. (12)

Neben diesen Therapien sind die Functional Analytic Therapy nach Callaghan, der personalisierte Ansatz nach Millon und Grossmann und die Schematherapie nach Young Beispiele, wie die histrionische Persönlichkeitsstörung behandelt werden könnte. (12)

Medikation:

Die Pharmakotherapie bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung ist zu wenig ausreichend erforscht, um Empfehlungen für Medikamentenklassen abgeben zu können. Somit richtet sich die Pharmakotherapie nach Symptomatik und nach vorliegenden Komorbiditäten wie z.B. Depressionen. (61) Ein Therapieversuch mit niedrigdosierten SSRI könnte sich positiv auf emotional überschwängliche Verhaltensweisen auswirken. (8)

### 3.3.5. Die Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

#### Psychotherapeutische Aspekte

Die Psychotherapie bezieht sich auf frühkindliche Entstehungsmuster der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Hier werden problematische Beziehungen mit primären Bezugspersonen als möglicher Mitgrund für die spätere Entstehung von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen gesehen. Es ist davon auszugehen, dass die narzisstischen Verhaltensmuster ein unsicheres und beschädigtes Selbstwertgefühl maskieren. (13)

Kompensatorische Verhaltensmuster könnten dazu führen, dass die Therapie erst relativ spät aufgesucht wird. Gerade in Führungspositionen könnten narzisstische Eigenschaften sogar hilfreich sein. In Krisensituationen wie eines Jobverlusts oder Trennung einer Partnerschaft wird dann die Therapie aufgesucht. (79)

In der Therapie sollen inkompatible Selbstschemata aufgelöst und narzisstische Verhaltensweisen unter anderem durch Aktivierung von hilfreichen Ressourcen reduziert werden. Die Beziehungsfähigkeit soll verbessert werden. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Erfolgserlebnisse, günstige Beziehungserfahrungen und eine realistische Selbstwahrnehmung. (13)

Dazu ist es nötig, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Empathische Konfrontation mit den zugrunde liegenden narzisstischen kognitiven Prozessen ist von hoher Bedeutung. Verhaltensanalysen evaluieren und verdeutlichen der Patientin oder dem Patienten die Konsequenzen des narzisstischen Verhaltens. Somit sollte die Patientin oder der Patient selbst zum Schluss kommen, das Verhalten zu ändern. Mittels emotionsregulatorischer Techniken und Aufarbeitung der Biographie ähnlich der Schematherapie können einerseits negative Emotionen vermieden bzw. kompensiert werden und andererseits Einsicht für Gründe des narzisstischen Verhaltens geschaffen werden. (79)

#### Medikation:

Die Medikation richtet sich nach den vorliegenden Komorbiditäten, die Studienlage konnte bis jetzt keine psychopharmakologische Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung empfehlen. (79) Eine Therapie mit SSRI könnte sich möglicherweise positiv auf die emotionale Reagibilität und die leichte Kränkbarkeit auswirken. (8)

### 3.3.6. Die Therapie der antisozialen Persönlichkeitsstörung

#### Psychotherapeutische Aspekte

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung gilt als eine der schwierigeren Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf Psychotherapien. Einerseits suchen Patientinnen und Patienten selten Hilfe, andererseits kommt es häufig zu Complianceproblemen aufgrund des schwierigen Aufbaus einer therapeutischen Beziehung. (80)

Kognitiv-behaviorale Therapien sollen auf Verminderung von strafbarem Verhalten, Einschränkung ungünstiger Kontakte mit anderen antisozialen Persönlichkeiten, Verbesserung der Empathiefähigkeit und Erkennung der Konsequenzen des antisozialen Verhaltens abzielen. (4)

Ein Cochrane Review von Gibbon et al., 2010 (81) untersuchte elf verschiedene Therapieformen zur Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Nur drei Formen resultierten in positiven Effekten: die kognitiv-behaviorale Therapie, das „contingency management“ zur Behandlung von Süchten und ein Programm gegen Fahren unter Alkoholeinfluss. Es gibt viel Bedarf für neue Studien, um die psychotherapeutische Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörung besser evaluieren zu können. (81)

#### Medikation:

Eine breite Evidenz für den Einsatz von Medikamenten bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung liegt nach Khalifa et al., 2010 (66) nicht vor.

Quante et al., 2008 (61) weisen darauf hin, dass die Behandlung mit SSRI wie Fluoxetin oder Sertralin anhand von Studien von Kavoussi et al., 1994 (82) und Salzman et al., 1995 (83) Impulsivität und Aggressivität senken könnte, wobei die Studie von Salzman lediglich Borderline-Patientinnen und Patienten untersucht. (83) Auch Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) empfehlen diesen Einsatz von SSRI neben dem Einsatz von Stimmungsstabilisierern wie Valproinsäure.

Dazu könnten Haloperidol oder Zuclopenthixolazetat zur Durchbrechung von akuten Erregungszuständen eingesetzt werden. (8)

Laut Khalifa et al., 2010 (66) wurden Effekte von Phenytoin, Bromocriptin und Nortryptilin diskutiert.

### 3.3.7. Die Therapie der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung)

#### Psychotherapeutische Aspekte

Obwohl Borderline-Patientinnen und -Patienten häufiges Klientel der psychotherapeutischen Praxis sind, gilt die Therapie oft als relativ schwierig. Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist ein strukturiertes Therapiekonzept. Klare Bedingungen und Therapievereinbarungen fördern die Stabilität in der therapeutischen Beziehung. (39,41,84)

Die Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist unter den Persönlichkeitsstörungen am besten untersucht. Ein Cochrane-Review von Stoffers et al., 2012 (36) gibt Aufschluss über Wirksamkeiten der einzelnen Therapieschulen. Am meisten Evidenz gibt es für die dialektisch-behaviorale Therapie, die Schematherapie, die übertragungsfokussierte Therapie und die mentalisierungsbasierte Therapie. Andere mögliche wirksame Verfahren wären beispielsweise das STEPPS-Programm und die supportive Therapie. (36) Die Therapien der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden im Abschnitt 3.1.1 genauer vorgestellt.

#### Medikation:

Für die medikamentöse Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden bereits viele Medikamentenklassen untersucht. Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) empfehlen die Gabe von SSRI zur Impulsregulation und gegen Ängste sowie die Gabe von Stimmungsstabilisierern. Atypische Antipsychotika sollten nur kurzfristig und niedrigdosiert bei mikro-psychotischen Episoden, Derealisationsphänomenen, Angstzuständen und Spannungszuständen eingesetzt werden. (8)

In einem Cochrane Review von Stoffers et al., 2010 (63) konnten positive Effekte für Antipsychotika der zweiten Generation, für Stimmungsstabilisierer und für Omega-3-Fettsäuren bestätigt werden. Die Empfehlung für Antidepressiva bezieht sich nur auf den Einsatz bei komorbider depressiver Symptomatik. (63)

Für Clonidin bei Spannungen, Schlafproblemen und zur Senkung von selbstverletzendem Verhalten und dissoziativen Symptomen (60,61,67,69) und für Naltrexon gegen dissoziative Zustände (8,61,62,67,70–72) liegen weniger Evidenz vor. (63)

Bei akuten psychomotorischen Erregungszuständen könnte der Einsatz von Haloperidol oder Zuclopenthixolazetat angezeigt sein. Suizidale Krisen könnten neben dem Einsatz von Antidepressiva kurzfristig zusätzlich mit Benzodiazepinen bekämpft werden. (8)

### 3.3.8. Die Therapie der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung

Psychotherapeutische Aspekte:

Für die Behandlung der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung gibt es nur wenige Studien, die meisten Studien beziehen sich auf die Behandlung von sozialen Phobien. In einem Artikel von Lampe und Malhi, 2018 (14) wird angegeben, dass Evidenz für die Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler Therapie, Training sozialer Kompetenzen, psychodynamischer Psychotherapie, Schematherapie und der supportiv-expressiven Psychotherapie vorliegt, obwohl auch hier die Anzahl der Studien noch relativ gering ist. In der Therapie sollte besonders auf Angstvermeidung Acht gegeben werden, da sie der zugrundeliegende Mechanismus der Persönlichkeitsstörung sein könnte. Angstvermeidende Strategien wären demnach schlechter für das Outcome als Konfrontation bzw. Konzentration auf die Angst in der Therapie. Auch das Training sozialer Kompetenzen ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die Psychotherapie sollte individuell und problemorientiert gestaltet werden, wobei Symptome, Emotionen, Mentalisierung, Beziehungsgestaltung und Bewältigungsmechanismen wichtige Eckpfeiler in der Gestaltung der Therapie darstellen. (14)

Medikation:

Für den Einsatz von Psychopharmaka bei der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung liegen nur wenig Studiendaten vor, jedoch lässt sich durch die Ähnlichkeit zu Angststörungen wie der sozialen Phobie der Einsatz von Antidepressiva legitimieren, da diese in diesem Spektrum gut untersucht sind. Hierbei ist besonders der Einsatz von SSRI empfohlen. Auch bei begleitenden Depressionen würde diese Medikamentengruppe Wirkung zeigen. (8,14)

### 3.3.9. Die Therapie der abhängigen Persönlichkeitsstörung

#### Psychotherapeutische Aspekte

In einem Artikel von Disney, 2013 (15) wird die kognitive Therapie als häufige Therapieform angegeben. Maladaptive Schemata, die aus der Kindheit rühren, sind Zentrum dieser Therapieform. Integrative Therapieformen beleuchten verschiedene Aspekte der Persönlichkeitsstörung. Eine Möglichkeit wäre eine Verknüpfung der kognitiv-behavioralen Therapie mit einem existenziellen Ansatz. Daneben könnte ein Training von sozialen Fähigkeiten hilfreich sein. (15)

In der Therapie sollte evaluiert werden, in welchen speziellen Situationen die dependenten Schemata besonders auftreten, damit diese in der Therapie behandelt werden können. Ein Problem bei der Persönlichkeitsstörung könnte sein, dass die Patientinnen und Patienten „zu sehr compliant“ sind. Die Patientinnen und Patienten wirken freundlich und höflich, aber auch reserviert. Somit werden möglicherweise wichtige Informationen in der Therapie nicht erfasst, Autonomie nur schwer erlangt und somit viel Kontakt benötigt. Auch auf das Vorliegen von Komorbiditäten sollte Acht gegeben werden. (15)

#### Medikation:

Bei vorliegenden Komorbiditäten wie Depressionen und zur positiven Beeinflussung von Ängsten könnte der Einsatz von Antidepressiva sinnvoll sein. (8,61) Wie bei anderen Persönlichkeitsstörungen existieren wenig Daten für die Behandlung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung.

### 3.3.10. Die Therapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Psychotherapeutische Aspekte:

Kognitive Therapie und kognitiv-behaviorale Therapie könnten anhand von Studien von von Cummings et al., 2012 (85) oder Strauss et al., 2006 (35) wirksame Möglichkeiten der Psychotherapie sein. Außerdem könnte nach Barber und Muenz, 1996 (86) die interpersonelle Therapie in Bezug auf die depressive Symptomatik noch besser wirken. Daneben zeigt die Schematherapie in Bezug auf depressive Symptomatik, soziale und berufliche Kompetenzen gute Studienergebnisse [Bamelis et al., 2014 (38)]. Trotzdem wären weitere randomisiert-kontrollierte Studien wünschenswert. (87)

Medikation:

Diedrich und Voderholzer, 2015 (87) weisen darauf hin, dass es wenig randomisiert-kontrollierte Studien bezüglich der Pharmakotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung gibt. Weiters wird auf Studien hingewiesen, wonach der Einsatz von Carbamazepin und Fluvoxamin gegen zwanghafte Verhaltensweisen [Greve und Adams, 2002 (88)], [Anseau, 1991 (89)] und Citalopram bei zwanghaften Verhaltensweisen in Kombination mit depressiver Symptomatik [Ekselius und von Knorrig, 1998 (90)] sinnvoll sein könnte. (87) Auch Rothenhäusler und Täschner, 2013 (8) empfehlen den Therapieversuch mit SSRI zur Bekämpfung von Ängsten.

### 3.4. Abschließend zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen

Aufgrund der Studienlage kann eine klare Empfehlung für die Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen ausgesprochen werden. (31,91) Grundlegend für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen ist der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung, klare Therapievereinbarungen und ein klares Behandlungskonzept. (4,41) Welche Therapien letztendlich am wirksamsten sind, wurde am genauesten für die Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht. Hier dürfte die dialektisch-behaviorale Therapie gemeinsam mit der Schematherapie, der mentalisierungsbasierten Therapie und der übertragungsfokussierten Therapie am besten belegt sein. [Stoffers et al., 2012 (63)]

Den Psychopharmaka kann häufig nur eine adjuvante Rolle zugesprochen werden. Cochrane-Reviews existieren nur für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung können SSRI, Antipsychotika der zweiten Generation, Stimmungsstabilisierern und Omega-3-Fettsäuren Nutzen zugesprochen werden. (63) Für die antisoziale Persönlichkeitsstörungen können SSRI in Teilbereichen Wirkung zeigen. (8) Auch der Einsatz von Phenytoin und Bromocriptin wurde diskutiert. (66) Khalifa et al., 2010 (66) geben in ihrem Cochrane-Review jedoch an, dass es wenig Evidenz für die medikamentöse Therapie der antisozialen Persönlichkeitsstörung gibt.

Reviews über die medikamentöse Therapie von Persönlichkeitsstörungen stützen sich oft auf wenige, teilweise ältere Studien, da die Studienlage sehr dürftig ist. Somit kann zusammengefasst werden, dass für alle Persönlichkeitsstörungen mehr Studiendaten benötigt werden. Bei der Psychotherapie wären zusätzliche Untersuchungen für andere Persönlichkeitsstörungen als die Borderline-Persönlichkeitsstörung wünschenswert. In Bezug auf die medikamentöse Therapie fehlt es bei allen Persönlichkeitsstörungen (mit Ausnahme vielleicht der Borderline-Persönlichkeitsstörung) an großen, randomisiert-kontrollierten Studien. Vielleicht kann dadurch in Zukunft für gewisse Medikamente, die bereits in Einzelstudien Erfolge zeigten, eine wichtigere Rolle in der medikamentösen Behandlung der Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben werden.

## 4. Diskussion

Persönlichkeitsstörungen sind psychische Erkrankungen, die durch spezielle Verhaltensweisen und starre Denkmuster geprägt sind. (3) Es gibt zwei Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-V), die sich zum Teil in der Einteilung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden. Beispielsweise wird beim ICD-10 die schizotype Persönlichkeitsstörung im Kapitel der Schizophrenien angeführt und die Borderline-Persönlichkeitsstörung in einen impulsiven Typus und einen Borderline Typus unterteilt. (3) Auch im Hinblick auf die Entwicklung der Klassifikationssysteme hat es in den letzten Jahren viele Änderungen gegeben, sodass in Zukunft weitere Änderungen bei der Einteilung der Persönlichkeitsstörung möglicherweise nicht auszuschließen sind. (4)

Diese unterschiedlichen Einteilungssysteme erschweren auch eine genaue Angabe der Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen sind mit zwischen 4,4% [Coid et al., 2006 (1)] und 13,7 % [Torgersen et al., 2001 (2)] Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung eine häufige psychiatrische Erkrankung. In manchen Studien werden Unterschiede der Prävalenzzahlen bei Anwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme angegeben. (16,21) Die Vergleichbarkeit der dargestellten Studien wird durch die Anwendung verschiedener diagnostischer Tools (z.B. IDPE, SKID-II, SIDP-IV) zusätzlich erschwert. Eine Vereinheitlichung würde die Vergleichbarkeit sicherlich erleichtern und wäre somit wünschenswert.

Ein zusätzlicher Faktor, der die abweichenden Ergebnisse in den verschiedenen Studien erklären würde, könnte das unterschiedliche Patientengut, das untersucht wurde, sein. Es dürfte hierbei nicht nur länderspezifische Unterschiede geben (20), daneben könnte sich auch beispielsweise unterschiedliches Alter in den verglichenen Patientengruppen auf die Ergebnisse auswirken. (3,16,19) Unterschiede in den Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen in der städtischen Bevölkerung und in der ländlichen Bevölkerung werden ebenfalls diskutiert. (20)

Im klinischen Setting sind die Wahrscheinlichkeiten, eine Patientin oder einen Patienten mit Persönlichkeitsstörung anzutreffen, laut einigen Studien relativ hoch. Hier sind wahrscheinlich die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung und eventuell die abhängige Persönlichkeitsstörung die am häufigsten anzutreffenden Störungen. (22,23,26) Im deutschsprachigen Raum gibt es leider noch wenige brauchbare Daten in Bezug auf die Häufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen. Ob Studien aus den USA für die Prävalenz im deutschsprachigen Raum repräsentativ sind, lässt sich somit nur schwer beurteilen. Unterschiede bei der Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen in Westeuropa und den USA

konnten beispielsweise bei der internationalen Studie von Huang et al., 2009 (20) festgestellt werden.

Zur besseren Diagnose sollten häufiger semistrukturierte Interviews wie z.B. IDPE, SKID-II oder SIDP-IV eingesetzt werden. Die rein klinische Evaluierung dürfte geringere Prävalenzzahlen erbringen als eine Diagnostik mittels semistrukturiertem Interview. (24,26,27)

Obwohl für die Angabe von Prävalenzzahlen die Diagnostik durch ein semistrukturiertes Interview wünschenswert wäre, könnte eine unbedachte Diagnosestellung gelegentlich problematisch sein. Möglicherweise werden Patientinnen und Patienten durch den Erhalt einer Diagnose stigmatisiert. Persönlichkeitsstörungen sind für ihren oft langen und gelegentlich komplizierten Verlauf bekannt, der Erhalt dieser Diagnose würde die Patientinnen und Patienten möglicherweise einen großen Teil ihres Lebens begleiten. (3,4,19)

Die Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung wäre jedoch der erste Schritt zur Behandlung der Persönlichkeitsstörungen. Bis jetzt wurden vor allem Psychotherapieformen und die Psychopharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung hinreichend untersucht. Insbesondere die Psychotherapie in Form von dialektisch-behavioraler Therapie, Schematherapie, mentalisierungsbasierter Therapie und übertragungsfokussierter Therapie wird hier empfohlen. (36,41) Eine Erklärung, warum vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung viel Studienmaterial vorhanden ist, könnte sein, dass Patientinnen und Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig viel „Leidensdruck“ verspüren, öfter auffällig werden (z.B. durch parasuizidale Handlungen) und somit vermehrt hospitalisiert werden. (22,24,26)

Bei anderen Persönlichkeitsstörungen fehlt es einerseits an spezifischen Psychotherapien, andererseits scheint es weniger Wirksamkeitsstudien zu geben. Somit wäre für andere Persönlichkeitsstörungen die Entwicklung und Evaluierung spezieller Psychotherapien wünschenswert.

Die psychopharmakologische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen lässt noch einige Fragen offen. Medikamente werden Off-label eingesetzt, sodass sich Klinikerinnen und Kliniker oft nur auf Erfahrungswerte stützen können. (60) Manchmal können nur einzelne Symptome oder komorbide Erkrankungen der Persönlichkeitsstörungen behandelt werden. (8)

Cochrane Reviews gibt es für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Für die Borderline Persönlichkeitsstörung wird der Einsatz von atypischen Antipsychotika, Stimmungsstabilisierern, Omega-3-Fettsäuren und SSRI empfohlen. (63) Für die antisoziale Persönlichkeitsstörung soll es wenig Evidenz für die psychopharmakologische Behandlung geben, Effekte von SSRI und Stimmungsstabilisierern werden diskutiert. (8,66)

Für andere Persönlichkeitsstörungen wird häufig der Therapieversuch mit SSRI empfohlen. (8) Weitere randomisiert-kontrollierte Studien für den Einsatz von Psychopharmaka bei Persönlichkeitsstörungen wären jedoch wünschenswert.

Vielleicht könnte durch den vermehrten Einsatz von speziellen diagnostischen Tools wie semi-strukturierte Interviews die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen insgesamt verbessert werden, sodass diesen mehr Beachtung geschenkt werden kann. Damit würden möglicherweise mehr Wirksamkeitsstudien zu Psychotherapie und Psychopharmakologie durchgeführt werden, sodass klarere Empfehlungen zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen abgegeben werden können.

## Literaturverzeichnis

1. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry.*;188(5):423–31.
2. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(6):590–6.
3. Dilling H, Freyberger HJ, Cooper JE, Weltgesundheitsorganisation, Herausgeber. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR. 8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016. Bern: Hogrefe; 2016.: S. 231-6
4. H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.* 4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage. Bd. Band 2: Spezielle Psychiatrie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2011. S.: 989-1059
5. Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.* 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2013. (Duale Reihe): S. 378-99
6. Gerrig RJ, Zimbardo PG. *Psychologie.* 20., aktualisierte Auflage. Hallbergmoos: Pearson; 2015. (Pearson Studium Psychologie): S. 505-47
7. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, American Psychiatric Publishing, Herausgeber. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders.* 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2005.: S. 17-101
8. Rothenhäusler H-B, Täschner K-L. *Kompendium praktische Psychiatrie und Psychotherapie.* 2. Aufl. Wien: Springer; 2013.: S. 391-417
9. Dorsch Lexikon der Psychologie - Verlag Hans Huber - Stichwort Detailseite [Internet]. [zitiert 5. April 2018]. Verfügbar unter:  
<https://portal.hogrefe.com/dorsch/freiburger-persoenlichkeitsinventar-fpi-r/>
10. Hayward BA. Cluster A personality disorders: Considering the ‘odd-eccentric’ in psychiatric nursing. *Int J Ment Health Nurs.* 2007;16(1):15–21.
11. Saß H, Jünemann K. Zur ätiologischen Stellung und Therapie der schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2001;69(SH2):120–6.

12. Sulz S. Hysterie I: histrionische Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 2010;81(7):879–88.
13. Lammers C-H, Vater A, Roepke S. Narzisstische Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 2013;84(7):879–88.
14. Lampe L, Malhi G. Avoidant personality disorder: current insights. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;55–66.
15. Disney KL. Dependent personality disorder: A critical review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1184–96.
16. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180(06):536–42.
17. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553–64.
18. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised Narcissistic Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. *J Personal Disord*. 2010;24(4):412–26.
19. Skodol AE. Longitudinal Course and Outcome of Personality Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):495–503.
20. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):46.
21. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(1):52–7.
22. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1911–8.
23. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(4):453–60.

24. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(3):405–20.
25. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, u. a. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry.* 1995;152(4):571–8.
26. Konermann J, Hammerstein A von, Zaudig M, Tritt K. Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. *Persönlichkeitsstörungen Theor Ther.* 2006;10(1):3–17.
27. Molinari V, Ames A, Essa M. Prevalence of Personality Disorders in Two Geropsychiatric Inpatient Units. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1994;7(4):209–15.
28. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Thunnissen M, Ziegler UM, Dekker J, u. a. Patients with Cluster A Personality Disorders in Psychotherapy: An Effectiveness Study. *Psychother Psychosom.* 2011;80(2):88–99.
29. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV, u. a. Effectiveness of Outpatient, Day Hospital, and Inpatient Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster B Personality Disorders. *Psychother Psychosom.* 2011;80(1):28–38.
30. Bartak A, Spreeuwenberg MD, Andrea H, Holleman L, Rijnierse P, Rossum BV, u. a. Effectiveness of Different Modalities of Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster C Personality Disorders: Results of a Large Prospective Multicentre Study. *Psychother Psychosom.* 2010;79(1):20–30.
31. Bartak A, Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJ. Strengthening the Status of Psychotherapy for Personality Disorders: An Integrated Perspective on Effects and Costs. *Can J Psychiatry.* 2007;52(12):803–10.
32. Rafaeli E. Cognitive-behavioral therapies for personality disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(4):290–7.
33. Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Christoph P, Beck AT. An Open Clinical Trial of Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord.* 2004;18(3):257–71.
34. Emmelkamp PMG, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, Apeldoorn FJ van. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2006;189(1):60–4.

35. Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber JP, u. a. Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(2):337–45.
36. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD005652.
37. Roediger E, Zarbock G. Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Eine Standortbestimmung. *Nervenarzt.* 2015;86(1):60–71.
38. Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):305–22.
39. Bohus M, Kröger C. Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Zum gegenwärtigen Stand der Forschung. *Nervenarzt.* 2011;82(1):16–24.
40. Burmeister K, Höschel K, von Auer A, Reiske S, Schweiger U, Sipos V, u. a. Dialektisch Behaviorale Therapie – Weiterentwicklungen und empirische Evidenz. *Psychiatr Prax.* 2014;41(05):242–9.
41. Sollberger D, Walter M. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschritte Neurol · Psychiatr.* 2010;78(12):698–708.
42. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(6):936–51.
43. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. *Int J Psychoanal.* 2008;89(3):601–20.
44. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):922–8.

45. Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P, Tilburg W van, Dirksen C, Asselt T van, u. a. Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(6):649–58.
46. Eizirik M, Fonagy P. Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):72–5.
47. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008;165(5):631–8.
48. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1355–64.
49. Bateman A, O’Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2016;16:304.
50. Spießl H, Freyberger H, Rössler W. Let’s talk about .... *Psychiatr Prax*. 2007;34(5):213–4.
51. Harari E. Supportive psychotherapy. *Australas Psychiatry*. 2014;22(5):440–2.
52. Rosenthal RN, Muran JC, Pinsker H, Hellerstein D, Winston A. Interpersonal Change in Brief Supportive Psychotherapy. *J Psychother Pract Res*. 1999;8(1):55.
53. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW. STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Compr Psychiatry*. 2002;43(4):301–10.
54. STEPPS: A Viable Supplement to Treatment of Borderline Personality Disorder | *Psychiatric Times* [Internet]. [zitiert 4. Mai 2018]. Verfügbar unter: <http://www.psychiatrictimes.com/personality-disorders/stepps-viable-supplement-treatment-borderline-personality-disorder>
55. Blum N, St. John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, u. a. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline

- Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry*. 2008;165(4):468–78.
56. Black Donald W., Simsek-Duran Fatma, Blum Nancee, McCormick Brett, Allen Jeff. Do people with borderline personality disorder complicated by antisocial personality disorder benefit from the STEPPS treatment program? *Personal Ment Health*. 2015;10(3):205–15.
57. Weinberg I, G Gunderson J, Hennen J, Cutter C. Manual Assisted Cognitive Treatment for Deliberate Self-Harm in Borderline Personality Disorder Patients. *J Personal Disord*. 2006;20:482–92.
58. Morey LC, Lowmaster SE, Hopwood CJ. A pilot study of Manual-Assisted Cognitive Therapy with a Therapeutic Assessment augmentation for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res*. 2010;178(3):531–5.
59. Hörz-Sagstetter S, Doering S. Psychoanalytisch orientierte Therapie der Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*. 2015;60(4):261–8.
60. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. *Therapie psychischer Erkrankungen: State of the Art 2017*. 12. Auflage. Voderholzer U, Hohagen F, Herausgeber. München: Elsevier; 2017.: S. 373-404
61. Quante A, Roepke S, Merkl A, Angheliescu I, Lammers C-H. Psychopharmakologische Behandlung von und bei Persönlichkeitsstörungen. *Fortschritte Neurol · Psychiatr*. 2008;76(03):139–46.
62. Wedekind D, Bandelow B, Rüter E. Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Fortschritte Neurol · Psychiatr*. 2005;73(5):259–67.
63. Stoffers J, Völm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD005653.
64. Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of Phenezine and Haloperidol in Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(5):377–85.
65. Koenigsberg HW, Reynolds D, Goodman M, New AS, Mitropoulou V, Trestman RL, u. a. Risperidone in the Treatment of Schizotypal Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(6):628–34.

66. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD007667.
67. Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011;14(9):1257–88.
68. Reich J, Noyes R, Yates W. Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. *J Clin Psychiatry.* 1989;50(3):91–5.
69. Ziegenhorn AA, Roepke S, Schommer NC, Merkl A, Danker-Hopfe H, Perschel FH, u. a. Clonidine Improves Hyperarousal in Borderline Personality Disorder With or Without Comorbid Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29(2):170.
70. Bohus MJ, Landwehrmeyer GB, Stiglmayr CE, Limberger MF, Böhme R, Schmahl CG. Naltrexone in the Treatment of Dissociative Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder: An Open-Label Trial. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(9):598–603.
71. McGee MD. Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(1):32–3.
72. Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *J Clin Psychiatry.* 1996;57(6):233–7.
73. Birkeland SF. Psychopharmacological treatment and course in paranoid personality disorder: a case series. *Int Clin Psychopharmacol.* 2013;28(5):283–5.
74. Thylstrup B, Hesse M. „I am not complaining“- Ambivalence construct in schizoid personality disorder. *Am J Psychother.* 2009;63:147–67.
75. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(7):452.
76. McClure MM, Romero MJ, Bowie CR, Reichenberg A, Harvey PD, Siever LJ. Visual-spatial learning and memory in schizotypal personality disorder: Continued evidence for the importance of working memory in the schizophrenia spectrum. *Arch Clin Neuropsychol.* 2007;22(1):109–16.

77. McClure MM, Harvey PD, Goodman M, Triebwasser J, New A, Koenigsberg HW, u. a. Pergolide Treatment of Cognitive Deficits Associated with Schizotypal Personality Disorder: Continued Evidence of the Importance of the Dopamine System in the Schizophrenia Spectrum. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(6):1356–62.
78. Verheul PDR, Herbrink M. The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(1):25–38.
79. Vater A, Roepke S, Ritter K, Lammers C-H. Narzisstische Persönlichkeitsstörung. Forschung, Diagnose, Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 2013;58:599–615.
80. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(12):427.
81. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD007668.
82. Kavoussi RJ, Liu J, Coccaro EF. An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(4):137–41.
83. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, u. a. Effect of Fluoxetine on Anger in Symptomatic Volunteers With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1995;15(1):23.
84. Paris J. Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(1):56–60.
85. Cummings JA, Hayes AM, Cardaciotto L, Newman CF. The Dynamics of Self-Esteem in Cognitive Therapy for Avoidant and Obsessive–Compulsive Personality Disorders: An Adaptive Role of Self-Esteem Variability? *Cogn Ther Res*. 2012;36(4):272–81.
86. Barber JP, Muenz LR. The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(5):951–8.
87. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive–Compulsive Personality Disorder: a Current Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(2):2.

88. Greve KW, Adams D. Treatment of features of Obsessive-Compulsive Personality Disorder using carbamazepine. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;56(2):207–8.
89. Ansseau M, Troisfontaines B, Papart P, von Frenckell R. Compulsive personality as predictor of response to serotonergic antidepressants. *BMJ.* 1991;303(6805):760–1.
90. Ekselius L, Von LK. Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998;13(5):205–11.
91. Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *Am J Psychiatry.* 1999;156(9):1312–21.