

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,  
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.  
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

## In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit  
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 13/2024

ICD-11 und Integrative Diagnostik von  
Persönlichkeitsstörungen

*Nicole Hauser, CH- Zürich \**

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch); oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

## Inhaltsverzeichnis

1 Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen: Hintergründe .....	1
Gründe für die Überarbeitung des Persönlichkeitsstörungskonzepts in der ICD-11 .....	2
2 Das Persönlichkeitsstörungskonzept nach ICD-11 .....	5
Allgemeine Eingangskriterien .....	5
Aspekte des Funktionsniveaus zur Schweregradbestimmung .....	5
Schweregrade .....	6
Prominente Persönlichkeitsmerkmale .....	8
3 Integrative Diagnostik der Persönlichkeitsstörung.....	13
Erhebung von Funktionsbereichen .....	14
Kriterien einer Persönlichkeitsstörung .....	16
Integrative Konzepte im Verständnis der Persönlichkeitsstörungen bisher.....	17
Ebenen der Persönlichkeit: Selbst, Ich und Identität .....	18
Integrative Pathogenesemodelle.....	19
4 ICD-11 und Integrative Diagnostik .....	27
Vergleich integrativer Diagnostik nach ICD-11 mit früheren Konzepten am Beispiel der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung.....	30
Diagnoseentwicklung der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung	30
Vorschlag der Klassifizierung nach ICD-11 .....	35
Ätiologische Überlegungen und theragnostische Implikationen ..	36
Theragnostischer Einsatz integrativer Techniken .....	41
Diagnostische Implikationen für therapeutische Ziele in der Integrativen Therapie .....	43
Therapeutische Implikationen am konkreten Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	45
5 Schlussbemerkungen.....	47
6 Zusammenfassung/Summary .....	48
7 Literatur.....	50
8 Abbildungsverzeichnis .....	57

## 1 Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen: Hintergründe

Das Konzept der Persönlichkeitsstörungen, wie es in den aktuell gängigen Diagnosemanualen und Klassifikationssystemen der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10. Version (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2020) sowie dem *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. Version (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA, 2013) festgehalten wird, geht auf eine von Kurt Schneider in den 1920er-Jahren skizzierte Typologie der als Psychopathien beschriebenen Persönlichkeitsstörungen zurück (Schneider, 1923). Auch wenn aus heutiger Perspektive der Begriff der «Psychopathie» im gesellschaftlichen Kontext des Volksmundes häufig als abwertender Begriff für eine Ansammlung besonders grausamer und kaltherziger Charakteristika verwendet wird (Mokros & Osterheider, 2009), ging es Schneider darum, auffällige Persönlichkeitsmerkmale und daraus resultierende psychosoziale Beeinträchtigungen möglichst wertfrei und nicht nur aus einer gesellschaftlich-normativen Perspektive zu betrachten, womit dieser bereits vor hundert Jahren einen deskriptiven Ansatz zur Erfassung von Persönlichkeiten prägte.

Die Entwicklung der Persönlichkeit beruht nach anthropologischem Verständnis aus einer integrativen Sicht auf Ko-respondenz-Prozessen in sozialen Lebenswelten über die gesamte Lebensspanne eines Menschen, die unumgebar Gesellschaften und Kulturen als Austauschrahmen bedingen und damit auch Normen entstehen und schaffen, die wiederum auf die Entwicklung von Persönlichkeiten wirken (Petzold, 2012a). Der Mensch wird durch den Mitmenschen, durch Intersubjektivität zum Menschen (Petzold, 2011d). Die Entwicklung und Entfaltung einer Persönlichkeit, die gemäss Martin Buber (1923/1962) «am Du zum Ich» wird, bildet sich im integrativen Verständnis unter Berücksichtigung eines Polyloges statt Dialoges, eines «Wir»-Aspekts, eines Austausches mit Vielen über die Lebensspanne im sozialen Kontext (Petzold, 2003a). Persönlichkeit wird also in Relationalität entwickelt – in der Integrative Therapie, weitergreifend als Buber, nämlich «am Wir» (Petzold, 2012q). Sie ist angewiesen auf einen sozialen und ökologischen sowie kulturellen Bezugsrahmen, sowohl im Bezug des Leibes zu seiner Umgebung (horizontale Relationalität, Petzold, 2003a, siehe auch Petzold und Müller, 2007) als auch bei der Beziehung eigenleiblicher Funktionen zueinander (vertikale Relationalität).

Damit bleiben für die Beschreibung von Persönlichkeiten und zu Störungen führende Strukturen auch gesellschaftliche Normen bedeutsam. Für die Erfassung der Persönlichkeitsstörungen können diese sogar als ausschlaggebend erachtet werden. Entsprechend wurden im ICD-10-Klassifikationssystem (WHO, 2004) stark von den Normen abweichende Verhaltensmuster von Betroffenen mit deutlichen negativen Folgen für sie selbst, ihre Lebenswelt oder auf beide Bereiche, als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung definiert. Die gängigen Klassifikationssysteme und Diagnosemanuale beinhalten dadurch in ihren Definitionen von psychischen Störungen im Allgemeinen und von Persönlichkeitsstörungen im Spezifischen auch eine gesellschaftliche und normative Prägung. Damit einher geht eine an der Medizin orientierte Diagnostik von psychologischen Konstrukten, die sich an arbiträr festgelegten Schwellen-Scores festmacht und so zwischen «normal» und «krank» unterscheidet (Saß, 1987).

Demgegenüber gewann die psychologische Erforschung von Persönlichkeitseigenschaften (*traits*) insbesondere in den 1980er-Jahren an Bedeutung, in der Modelle gebildet wurden, die *traits* je nach Ausprägungsgrad dimensional verstanden anhand von faktoranalytischen Untersuchungen zu Persönlichkeitsmustern zusammenfügten. Berühmte Beispiele sind in Eysencks (1983) Dimensionen der Extraversion, des Neurotizismus und Psychotizismus oder bei Costa und McCrae (1992 ??) zu finden, die die Persönlichkeitsfaktoren der Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und des Neurotizismus' dimensional in ihrem Modell der «Big Five» subsumierten.

### **Gründe für die Überarbeitung des Persönlichkeitsstörungskonzepts in der ICD-11**

Die Forschungslage der Persönlichkeitspsychologie erwies sich entsprechend diesem dimensional verstandenen Verständnis von Charaktereigenschaften als richtungsweisend in der Überarbeitung des ICD-10-Konzepts von Persönlichkeitsstörungen zur erneuerten elften Version des ICD-Klassifikationssystems. So konnten sich ICD-10-Symptomkriterien für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen beispielsweise ängstlich-vermeidender oder dependenter Persönlichkeitsmerkmale nicht auf empirisch fundierte Befunde wie die beschriebenen Muster aus der psychologischen Persönlichkeitsforschung stützen (Westen & Shedler, 1999). Die kategorische spezifische Einteilung erwies sich als

wenig fundiert, während sich – analog des dimensionalen Verständnisses von Persönlichkeitsausprägungen wie bspw. Extraversion oder Gewissenhaftigkeit – der Schweregrad einer Störung vorhersagekräftiger zeigte (Crawford, Koldobsky, Mulder, & Tyrer, 2011). Die fehlende Evidenz für kategoriale Persönlichkeitskonzepte und der arbiträren Grenzziehung zwischen Normalität und Pathologie traf auf viele Studien, die auf ein dimensionales Störungsbild verwiesen und auf ein Persönlichkeitsverständnis, das sich entlang eines Kontinuums orientierte (Stieglitz und Freyberger, 2018).

Die Vergabe einer Persönlichkeitsstörungs-Diagnose entlang der Kriterienlisten der spezifischen und relativ zufällig zusammengestellten Eigenschaftssammlungen (z.B. einer vermeidend-selbstunsicheren oder einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung) nach ICD-10 führte in der Folge auch zu einer mangelhaften Berücksichtigung der allgemeinen Eingangskriterien (die sich an Funktionsbeeinträchtigungen orientierten) und vielmehr zu einer «Abarbeitung» einzelner problematisch erscheinender Persönlichkeitseigenschaften. Dass sich bei diagnostischen Schwellenwerten von beispielsweise 3 erfüllten von 6 möglichen Kriterien oder auch 5 von 9 Kriterien phänomenologisch vollständig unterschiedliche Störungsbilder ergaben, führte zu einer immensen Heterogenität innerhalb einer Diagnose, die kaum noch Überschneidungen und gemeinsame Nenner aufwies. So konnte sich eine dissoziale Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 beispielsweise aus komplett unterschiedlichen Symptomkriterien zusammensetzen, je nachdem welche 3 der 6 Kriterien als zutreffend bestimmt wurden und damit im Erscheinungsbild zwei völlig verschiedene Störungsmuster zusammenfassten. Auch ergab sich daraus mutmasslich behelfsmässig eine inflationäre Vergabe von Komorbiditäten in der Diagnosestellung, die den wenig aussagekräftig gewordenen Störungen entgegenzuwirken versuchten. Wie kurz ein solch kategoriales und an Kriterienlisten orientiertes Diagnoseverständnis von Persönlichkeiten fasste, wurde darin verdeutlicht, dass damit durchschnittlich drei komorbide Diagnosen festgestellt wurden (Hauser et al., 2021; Renneberg & Herpertz, 2021).

Von einem umfassenden Verständnis einer Persönlichkeit konnte dabei nicht mehr ausgegangen werden, genauso wenig wie von einer Berücksichtigung des persönlichen Leidens, das aus den Störungsbeschreibungen ursprünglich zu erfassen versucht wurde. Als besonders wenig aussagekräftig stellte sich

dementsprechend die häufig diagnostizierte „Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet, (n.n.b.)“ dar. Für eine störungsspezifische Behandlungsplanung erwies sich diese Diagnose als ebenso wenig hilfreich wie für die Erforschung evidenzbasierter Behandlungskonzepte, zumal diese Diagnose kaum Informationswert über die spezifischen Störungsausprägungen erhielt (Herpertz, 2018). Dahingegen ergab sich eine Prägnanz aus verschiedenen Längsschnittstudien mit Patientinnen und Patienten, die an Borderline Persönlichkeitsstörungen litten und die variable Langzeitverläufe dieser zuvor als zeitstabil verstandenen Störungsbilder belegen konnten (Grilo et al., 2004; Zanarini et al., 2012; Gunderson, 2010). Solche Untersuchungen berichteten von Remissionsraten bis zu 90% innerhalb von 10 Jahren auf symptomatischer Ebene bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Zanarini, 2019; Zanarini et al., 2012) und innerhalb von 2 Jahren von bereits 40-60% hohen Remissionsraten bei Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen (Grilo et al., 2004). Damit konnte sich die Annahme einer frühen Störungsmanifestation im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter mit darauf folgender Zeitstabilität als Diagnosebedingung nicht länger halten, eine Annahme, die mitunter als Grundlage für eine potentielle Stigmatisierung betroffener Patientinnen und Patienten und konsequenterweise zurückhaltender Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung von psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen erachtet wurde (Fiedler & Herpertz, 2023; Renneberg & Hepertz, 2021).

Zusammengefasst liessen sich damit als Gründe für die Überarbeitung des ICD-10-Persönlichkeitsstörungskonzepts in der künstlichen Dichotomie zwischen einer Persönlichkeitsstörung vs. keine Persönlichkeitsstörung finden und einem damit zusammenhängenden überholten kategorischen Konzept von Persönlichkeit bei evidenzbasiertem dimensionalem Verständnis, in der Heterogenität bei der Diagnosestellung anhand von Kriterienlisten und der Variabilität und Überlappung spezifischer Persönlichkeitsstörungen sowie dem Stigma bei der Vergabe der Diagnose.

## **2 Das Persönlichkeitsstörungskonzept nach ICD-11**

Anstelle einer kategorialen Einteilung spezifischer Persönlichkeitsstörungen wurde mit der überarbeiteten Konzeption der ICD-11 ein dimensionaler Ansatz vorgelegt, bei dem allgemeine Funktionseinschränkungen wieder in den Vordergrund gerückt und nach drei Schweregraden (leicht, mässig, schwer) eingeschätzt werden (WHO, 2020).

### **Allgemeine Eingangskriterien**

Als allgemeine Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11 (WHO, 2020) wurden definiert: Funktionsbeeinträchtigungen treten andauernd in den Bereichen des Selbst und der Beziehungsgestaltung auf und manifestieren sich in Form von unangepassten Mustern in Kognition, Emotion sowie Verhalten. Die Störung tritt in variablen persönlichen und sozialen Situationen über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren auf und geht mit einem erheblichen Leidensdruck, gravierenden Funktionsbeeinträchtigungen in persönlichem, familiären, sozialen, Ausbildungs-/Berufskontext einher. Zudem wird die Störung als unangemessen für den Entwicklungsstand der betroffenen Person eingeschätzt und tritt nicht als Folge einer Medikation oder Substanz auf oder ist primär erklärbar durch soziokulturelle Faktoren oder sozialpolitische Konflikte.

### **Aspekte des Funktionsniveaus zur Schweregradbestimmung**

Zur Bestimmung des Schweregrads der andauernden Funktionsbeeinträchtigung werden Aspekte des Funktionsniveaus überprüft, auf die nachfolgend eingegangen wird (siehe dazu auch Renneberg & Herpertz, 2021). Das Ausmass und der Durchdringungsgrad betreffend Funktionsstörungen im Bereich des *Selbst* wird beispielsweise damit überprüft, wie stabil und kohärent, aber auch flexibel sich das Identitätsgefühl der betreffenden Person darstellt. Inwiefern zeigt sich das Selbstgefühl oder Identitätsgefühl als besonders unbeständig oder inkonsistent oder aber auch als besonders rigide und unbeweglich? Zudem soll exploriert werden, inwiefern eine Person über die Fähigkeit verfügt, ein im Ganzen positives und stabiles Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten und wie genau die eigene Sicht und Einschätzung auf die eigene Persönlichkeit sowie auf eigene Stärken und Grenzen sind. Auch sollen Kompetenzen zur Selbststeuerung erhoben werden, die sich an motivationalen und volitionalen Fähigkeiten erkennbar machen, d.h.

beispielsweise ob jemand angemessen Ziele planen, wählen und implementieren kann.

Im Bereich der *Beziehungsgestaltung* lässt sich Ausmass und Durchdringungsgrad allfälliger interpersoneller Dysfunktion am Interesse, Beziehungen zu anderen einzugehen erheben sowie anhand weiterführender Fähigkeiten, enge, reziprok befriedigende Beziehungen einzugehen und auch aufrechtzuerhalten. Das interpersonelle Funktionsniveau kann zudem anhand der Fähigkeit überprüft werden, inwiefern jemand die Perspektive anderer verstehen und dann auch berücksichtigen kann und Konfliktbewältigungskompetenzen aufweist.

Schwere-, Durchdringungsgrad und Chronizität der Persönlichkeitsdysfunktion lassen sich in den Manifestationsbereichen *Emotion*, *Kognition* und *Verhalten* daran erheben, inwiefern diese Ebenen mit Stress oder Beeinträchtigungen in den verschiedenen Kontexten – persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen – verbunden sind. Die Manifestationsbereiche definieren sich wie folgt (Tabelle 1).

<b>Emotion</b>	<b>Kognition</b>	<b>Verhalten</b>
<b>Bandbreite und Angemessenheit</b> in Erleben und Ausdruck	Situative und interpersonelle <b>Einschätzungen</b> (v.a. unter Stress)	Flexibilität und Kontrolle von <b>Impulsen</b> und <b>Modulation</b> des Verhaltens je nach Situation und möglicher Konsequenzen
<b>Reagibilität</b> (Tendenz unter- oder überreagibel)	<b>Entscheidungsfähigkeit</b> in Situationen der Ungewissheit	Verhaltensreaktionen auf <b>intensive Emotionen</b> und <b>belastende Umstände</b> (z.B. Neigung zu Selbstschädigung oder Gewalt)
<b>Erkennen und Anerkennen</b> unerwünschter Emotionen (z.B. Wut / Traurigkeit)	Stabilität und Flexibilität von <b>Ansichten und Überzeugungen</b>	

Tabelle 1: Manifestationsbereiche des Persönlichkeitsfunktionsniveaus.

## Schweregrade

In der ICD -11 Diagnostik kann neu eine leichte, mittelgradige oder schwere Persönlichkeitsstörung festgestellt werden. Eine Übersicht der Kriterien gemäss WHO (2020) zu den einzelnen Schweregradeinteilungen ist in Tabelle 2



zusammengefasst. Subklinisch können zudem Persönlichkeitsschwierigkeiten beschrieben werden. Dazu wird die Ausprägung der Symptome, die Anzahl betroffener Lebensbereiche und der Leidensdruck sowie Einschränkungen im psychosozialen Umfeld anhand Selbst- und Fremdgefährdung entlang der vorgängig beschriebenen Aspekte des Funktionsniveaus beurteilt. Eine leichte Persönlichkeitsstörung wäre demnach beispielsweise dadurch charakterisiert, dass Funktionsbeeinträchtigungen nur bestimmte Lebensbereiche betreffen und einige soziale oder berufliche Rollen noch aufrechterhalten werden können.

Schwierigkeiten	Leichte PS	Mittelgradige PS	Schwere PS
<p>Ausgeprägte Persönlichkeitseigenschaften, die zu Behandlungsschwierigkeiten führen können, aber nicht für Störung qualifizieren.</p> <p>Schwierigkeiten in Denken über Selbst, andere und die Welt, &gt; 2 J.</p>	<p>Allgemeinkriterien für PS sind erfüllt.</p> <p>Störungen betreffen einige Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen, aber nicht andere (z. B. Probleme mit der Selbststeuerung bei Aufrechterhaltung der Stabilität / der Identität oder des Selbstwerts). Kontextabhängig.</p>	<p>Allgemeinkriterien für PS sind erfüllt.</p> <p>Die Störungen beeinträchtigen mehrere Funktionsbereiche (z. B. Identität oder Selbstbewusstsein, Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen, Impulskontrolle, Verhaltenssteuerung). Allerdings können einige Bereiche relativ schwach betroffen sein.</p>	<p>Allgemeinkriterien für PS sind erfüllt.</p> <p>Störungen betreffen die meisten oder alle Funktionsbereiche.</p>
<p>Intermittierend, in Zeiten hoher Belastung (Stress)</p> <p>oder in geringer Ausprägung</p>	<p>Probleme in vielen zwischenmenschlichen Beziehungen und/oder bei Erfüllung erwarteter beruflicher / sozialer Rollen, aber einige Beziehungen werden aufrechterhalten und/oder einige Rollen ausgeübt.</p> <p>in der Regel keine erhebliche Selbst-/ Fremdschädigung.</p>	<p>Deutliche Probleme in meisten Beziehungen, der Erfüllung der meisten erwarteten sozialen/ beruflichen Rollen bis zu gewissem Grad. Beziehungen mit Konflikten, Vermeidung, Rückzug, extremer Abhängigkeit.</p> <p>Manchmal mit Selbst-/ Fremdschädigung verbunden.</p>	<p>Schwere Störungen in Funktionsweise des Selbst. Die Selbstwahrnehmung kann durch Selbstverachtung gekennzeichnet sein oder grandios oder höchst exzentrisch sein.</p> <p>Häufig mit erheblicher Selbst-/ Fremdschädigung verbunden.</p>
<p>Einige Funktionsstörungen, jedoch nicht schwer genug, um soziale, berufliche, zwischenmenschliche Beziehungen zu stören oder können auf bestimmte Beziehungen / Situationen beschränkt sein.</p>	<p>Erheblicher Leidensdruck, Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, anderen wichtigen Funktionsbereichen, auf bestimmte Bereiche oder mehrere beschränkt, aber milder ausgeprägt.</p>	<p>Deutliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder Funktionsbereichen, obwohl die Funktionsfähigkeit in begrenzten Bereichen erhalten bleiben kann.</p>	<p>Schwere Beeinträchtigungen in allen oder fast allen Lebensbereichen, einschließlich persönlicher, familiärer, sozialer, schulischer, beruflicher und anderer wichtigen Bereichen des Lebens.</p>

Tabelle 2: Schweregrade der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11. PS = Persönlichkeitsstörung.

Dazu sind die spezifischen Einschränkungen in den emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Manifestationsbereichen nur leicht ausgeprägt und gehen folglich beispielsweise nicht mit schwerer Selbst- und Fremdschädigung einher. Je mehr Lebensbereiche betroffen sind oder/und je schwerer die Ausprägung der Beeinträchtigung in diesen, desto schwerer der Störungsgrad. Bei einer schweren Persönlichkeitsstörung erstrecken sich Funktionseinschränkungen entsprechend auf so gut wie alle Lebensbereiche und diese gehen oft mit selbst- oder fremd-schädigenden Verhaltensweisen einher, wodurch die Erfüllung sozialer Normen kaum mehr möglich ist.

### **Prominente Persönlichkeitsmerkmale**

Zur Beschreibung der Persönlichkeitsdomänen, aus denen überwiegend Funktionsbeeinträchtigungen hervorgehen, wurden fünf Hauptmerkmale definiert, die in der Diagnostik nach ICD-11 optional bestimmt werden können. Diese wurden mit folgenden prominenten Merkmalen definiert, die sich weitgehend mit den Persönlichkeitsmerkmalen des DSM-5-Alternativmodells (APA, 2013) decken (mit der Ausnahme von Zwanghaftigkeit statt Psychotizismus): Negative Affektivität, Distanziertheit/Bindungslosigkeit, Dissozialität, Enthemmung und Zwanghaftigkeit. Mit der Anzahl dysfunktionaler Persönlichkeitsmerkmale kann wiederum auch eine Aussage über den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung gemacht werden. Während sich bei einer schweren Persönlichkeitsstörung entsprechend mehrere Merkmale konstellieren können, gehen leichte Störungen üblicherweise mit einem oder wenigen prominenten Persönlichkeitsmerkmal(en) einher (Renneberg & Herpertz, 2021). Im Folgenden werden die Merkmalsbereiche zur Beschreibung ausgeführt.

Die Domäne der **negativen Affektivität** beinhaltet

- *das Erleben einer Bandbreite von negativen Emotionen, die sowohl in der Frequenz als auch in der Intensität nicht als proportional zu der jeweiligen Situation steht.*  
Typischerweise werden Angst und Sorge, Feindseligkeit, Schuld- und Schamgefühle. Je nach Merkmalskombination äussern sich negative Emotionen in den unterschiedlichen Individuen anders. Bei hoher dissozialer Ausprägung können sich diese beispielsweise in Form von externalisierenden Gefühlsausdrücken wie Wut, Missgunst und Feinseligkeit zeigen, während eine hohe Distanziertheit eher mit

internalisierenden negativen Gefühlen einhergeht, die sich in Ängstlichkeit, depressiven und pessimistischen sowie Schuldgefühlen darstellt.

- *Emotionale Labilität und eine schlechte Emotionsregulation* tragen zu einer Übersensibilität und -reagibilität auf sowohl eigene negative Gedanken als auch externe Ereignisse bei. Charakteristisch dafür ist das Grübeln über eigene Unzulänglichkeiten oder vergangene Fehler, über tatsächliche oder vorgestellte Gefahren und Verletzungen oder Beleidigungen, aber auch über potentielle künftige Probleme. Es besteht eine hohe Sensibilität für Kritik und Rückschläge, eine hohe Kränkbarkeit und geringe Frustrationstoleranz. Häufig werden verschiedene Gefühle gleichzeitig oder schnelle Wechsel zwischen diesen erlebt, einmal verstimmt, bestehen allerdings Schwierigkeiten, wieder in ein emotionales Gleichgewicht zu kommen. Dazu werden dann häufig andere Personen gebraucht oder die Situation wird verlassen.
- *Negativistische Einstellungen* beinhalten die Neigung, Vorschläge von anderen Menschen als kompliziert und schwierig zu erachten und in der Erwartung negativer Konsequenzen abzulehnen. Je nach Merkmalskombination können dabei Selbstvorwürfe (bspw. bei Distanziertheit) oder die Abwertung anderer für deren schlechte Ideen (bei Dissozialität) im Fokus stehen.
- Ein *geringes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein* schliesst die Vermeidung von potentiell schwierigen Situationen und Aktivitäten in den verschiedensten Bereichen wie intellektuelle oder soziale Tätigkeiten ein. Zudem fällt eine Abhängigkeit von anderen in diesen Merkmalsbereich (bspw. in Form von einer erhöhten Hilfsbedürftigkeit oder mangelhafter Entscheidungsfähigkeit ohne die Meinung anderer). Auch Neid auf andere, Gefühle der eigenen Nutz- und Wertlosigkeit, Selbstabwertung bis hin zu suizidalen Gedanken und Handlungen können dabei auftreten.
- Im zwischenmenschlichen Kontakt kann sich ein grundsätzliches *Misstrauen* gegen andere manifestieren. Dieses kann sich sowohl darin äussern, anderen rasch schlechte Absichten zu unterstellen und beispielsweise in wohlgemeinten Kommentaren versteckte Bedrohungen und Kränkungen zu interpretieren als auch darin, nachtragend und unverzeihlich bei bestehenden Verletzungen zu bleiben. Auf der eher individuellen Ebene kann hierbei eine Verbitterung und ein Zynismus gegen Gesellschaft und System entstehen.

Der Merkmalsbereich **Bindungslosigkeit und Distanziertheit** umfasst

- einen *sozialen* Bereich mit der Vermeidung von zwischenmenschlichen Interaktionen, mit mangelhaften Freundschaften und fehlender Intimität. Eine mangelnde Freude an sozialen Kontakten wird dabei als vermeidender Motivator für soziale Aktivität erachtet, die sich über jegliche Lebensbereiche erstreckt und Zufallsbekanntschaften miteinschliesst,
- und eine *emotionale* Distanziertheit, die gekennzeichnet ist durch Zurückhaltung, Unnahbarkeit sowie reduziertem Gefühlsausdruck und eingeschränkter emotionaler Erfahrung. Eine emotionale Verslossenheit und Reserviertheit, sowohl verbal als auch nonverbal, kann es schwermachen, Gefühle aus dem Verhalten zu erkennen. In extremen Fällen fehlt das emotionale Erleben, und die Resonanzfähigkeit auf negative sowie auf positive Ereignisse ist stark eingeschränkt.

**Dissozialität** umschreibt eine

- *Selbstbezogenheit*, die sich in einem Anspruchsdenken äussert, d.h. der Meinung, man habe das Beste und eine selbstverständliche Bevorteilung gegenüber anderen verdient. Eine solch egozentrische Haltung kann sich sowohl aktiv in der Erwartung der Bewunderung durch andere und aufmerksamkeitsuchendes Verhalten oder bei ausbleibender Beachtung durch negative und fremdschädigende Verhaltensweisen äussern als auch passiv darin, dass Bedürfnisse und das Wohlbefinden anderer «vergessen» oder schlicht nicht berücksichtigt werden.
- Dazu äussert sich ein *Mangel an Empathie* in Form mangelnden Einfühlungsvermögens in der Gleichgültigkeit darüber, ob eigene Handlungen mit negativen Konsequenzen für andere einhergehen. Dies kann auch zu betrügerischem, manipulativem, ausbeuterischem sowie fremdschädigendem Verhalten führen. Instrumentalisierendes Verhalten kann im Extremfall mit aggressiven und sogar sadistischen Tendenzen einhergehen, insofern dass Gewalt zum Erreichen der eigenen Ziele rücksichtslos oder zum eigenen Lustgewinn angewandt wird.

Die **Enthemmtheit** beschreibt die Tendenz, aufgrund unmittelbarer Reize unüberlegt zu handeln. Dies kann sich in

- *Impulsivität* äussern, sodass das Verhalten überstürzt aus dem Moment heraus geleitet wird, ohne die negativen Folgen für sich oder andere zu bedenken. Der Belohnungsaufschub ist üblicherweise schwach ausgeprägt, kurzfristige Befriedigungen werden schnell verfolgt.

- Eine erhöhte *Ablenkbarkeit* kann sich in einer mangelhaften Konzentrationsfähigkeit, einem fehlenden Durchhaltevermögen und Neigung zu Langeweile und Frustration zeigen. Einerseits können sich Betroffene leicht durch äussere Reize ablenken, andererseits fällt es ihnen aber selbst wenn es keine Ablenkungen gibt schwer, ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten und an Aufgaben dranzubleiben.
- *Unverantwortlichkeit* beinhaltet unzuverlässiges Handeln und fehlende Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten.
- Eine *Rücksichtslosigkeit* geht häufig mit einem fehlenden Sinn für Vorsicht und einer Neigung zur Selbstüberschätzung sowie mangelhafter realistischer Berücksichtigung von Sicherheitsrisiken einher.
- Ein *Mangel an Planung* umfasst die Bevorzugung spontaner Aktivitäten. Es wird auf unmittelbare Gefühle, Empfindungen, Impulse und Gedanken fokussiert, während längerfristige oder sogar kurzfristige Zielen relativ wenig Aufmerksamkeit erhalten. Gemachte Pläne können zudem häufig nicht eingehalten und damit Ziele nicht erreicht werden.

Eine hohe Ausprägung von **Zwanghaftigkeit** oder **Anankasmus** ist vorhanden, wenn ein enger Fokus auf eigene rigide Standards und auf Kontrolle gelegt wird. Zu den Ausprägungen gehören:

- *Perfektionismus*. Es besteht eine starke Beschäftigung mit sozialen Regeln, Verpflichtungen, Normen und moralischen Vorstellungen, der pedantischen Beachtung von Details, rigiden Abläufen, strenger Regeltreue und ausgeprägter Planung. Entscheidungen sind dabei mit einem hohen Bedürfnis nach Kontrolle und Absicherung verbunden. Dies kann sich beispielsweise in übertriebenem Ordnung- und Sauberkeitssinn, Eigensinnigkeit (auch darüber, was als richtig und falsch gehalten wird) und unspontanem, zögerlichem, unflexiblem Verhalten äußern.
- *Beschränkung in Emotionen und Verhalten*. Der eigene Gefühlsausdruck wird rigide kontrolliert, der von anderen missbilligt, Verhaltensweisen sind geprägt durch Sturheit, Beharrlichkeit und Inflexibilität, Risiken und Spontaneität werden vermieden. Ein starres Verfolgen von Plänen und Detailtreue kann zu Schwierigkeiten, sich zu entscheiden oder von Plänen zu lösen führen, bei bestehender Furcht, nicht alle Aspekte in Betracht gezogen zu haben.

Nebst diesen fünf Persönlichkeitsdomänen kann in der ICD-11-Diagnostik zusätzlich zu der Bestimmung des Schweregrads der Persönlichkeitsstörung auch noch ein Borderline-Muster beschrieben werden. Auf vielzähligen empirischen Befunden basierend (siehe bspw. Herpertz et al., 2017; Gunderson et al., 2011; Tyrer et al. 2011), wird damit weiterhin ein Syndrom zusammengefasst, das von klinischem Nutzen sein kann, wenn betroffene Patientinnen und Patienten durch diese Diagnosestellung von störungsspezifischen Behandlungen profitieren können. Die jahrzehntelange Forschung zum Konstrukt der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat dabei zum Verständnis geführt, dass die Emotionsregulationsstörung betroffener Personen nicht ausreichend durch negative Gefühle beschrieben werden können, wie sie beispielsweise mit der Persönlichkeitsdomäne der negativen Affektivität in der ICD-11-Diagnostik beschrieben werden. Vielmehr wird aufgrund der Forschungslage davon ausgegangen, dass die Emotionsregulationsstörung beim Borderline-Muster eng mit einer Ablehnungshypersensibilität (Gunderson, 2010) sowie einem tiefgreifend beschädigten Selbstwertgefühl (Winter, Bohus, & Lis, 2017) einhergeht.

Interpersonelle Schwierigkeiten bei Borderline-Patienten und -patientinnen könnten demnach weder durch die Merkmale *Enthemmung/Dissozialität* noch durch die Domäne *negative Affektivität* hinreichend beschrieben werden, sondern seien durch ein für diese Symptomkonstellation spezifisches und komplexes Zusammenspiel von sozialer Bedrohungssensibilität, geringer Emotionsregulationsfähigkeit und dysfunktionaler sozialer Kognition bestimmt (Herpertz, Jeung, Mancke, & Bertsch, 2014). Gutiérrez et al. (2023) halten dagegen als Schlussfolgerung aus ihrer faktoranalytischen Untersuchung an 1799 Probandinnen und Probanden aus der Allgemeinbevölkerung und klinischen Settings fest, dass sich das Borderline-Muster kaum noch von der Persönlichkeitsdomäne der negativen Affektivität im ICD-11-System unterscheidet und damit zu einem überflüssigen Spezifikator mit mangelnder Trennschärfe werde. Aus der Psychotherapieforschung (siehe Zanarini, 2019 und Gunderson, Links 2014) sprachen allerdings evidenzbasierte Programme für die effektive Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit vergleichbaren Effektstärken wie bei Behandlungen anderer psychischer Störungen (siehe bspw. Cristea et al., 2017) und damit für die Nützlichkeit dieser Diagnose, um betroffene Patientinnen und Patienten vor einer medizinisch-therapeutischen Unterversorgung zu schützen (Herpertz et al., 2017; Tyrer et al.

2011, 2014). Somit hat sich das Borderline-Muster als zusätzliche Option in der ICD-11-Diagnostik gehalten.

Inhaltlich werden in der ICD-11 im **Borderline-Muster** nahezu deckungsgleich zum DSM-5-Konzept (APA, 2013) Schwierigkeiten und Instabilität im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen (gekennzeichnet von bspw. verzweifelter Bemühen, nicht verlassen zu werden), des Selbstbildes und der Identität sowie einem instabilen Selbstwertgefühl, der Affekte (mit ausgeprägter Stimmungsreaktivität und einem chronischen Gefühl der Leere oder aber auch intensiven Wutgefühlen und -ausbrüchen) und der Impulsivität (mit bspw. selbstschädigendem bis zu suizidalem Verhalten) beschrieben. Zusätzlich können vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung auftreten.

### **3 Integrative Diagnostik der Persönlichkeitsstörung**

In der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD) wird von einem phänomenologisch-deskriptiven Ansatz ausgegangen, der als Grundlage zur therapeutischen Zielformulierung dient. Entlang einem modularen Aufbau wird von der psychosozialen Anamnese (Modul 1) mit der Frage, woher ein Mensch kommt, zur Klassifikation geführt (Modul 2), um zu erörtern, was der Mensch «hat». Die Diagnostik wird ätiologisch weitergeführt (Modul 3) mit der Frage, woher das, was vorgängig festgestellt wurde, kommt. Anschliessend wird in Modul 4 die Persönlichkeitsdiagnostik mit Ressourcen, Potenzialen und der Resilienz erhoben und der Frage, welche Stärken trotz allem da sind. Therapeutisch ausgerichtet, soll dieses Vorgehen zur Behandlungsplanung führen (Modul 5), in der erarbeitet wird, was zu tun ist.

Prozessual ist die Diagnostik insofern zu verstehen, dass diese durch die intersubjektive Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut in jedem Fall die betrachtete Realität berührt und somit zur Intervention wird. Auf dieser Grundlage war Petzold (1988d) bemüht, den Begriff der «Theragnose» zu etablieren, der die Prozessualität und die Verschränkung des diagnostischen und therapeutischen des Geschehens betont. Die Integrative Diagnostik basiert damit auf der (erweiterten) anthropologischen Grundformel

(Petzold, 1988t, 2003e), die den Menschen – genderindividuell – als Körper-Seele-Geist-Subjekt, also als informierten Leib, in seiner Lebenswelt, dem sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum betrachtet. Die Entwicklung der komplexen Persönlichkeit wird nach diesem Verständnis in der Ko-Respondenz mit anderen und in Interaktion mit den Umwelten in einem lebenslangen Entwicklungsprozess selbstreflexiv und diskursiv gestaltet. Vor dem salutogenetisch geprägten anthropologischen Verstehenshintergrund der *Integrativen Therapie* (Antonovsky, 1987), wonach ein Mensch als Subjekt nie vollständig krank ist, sondern Störungen immer nur Teilbereiche der Funktionalität betreffen (Petzold, 2003e) sowie eine Persönlichkeit nie «abgeschlossen» und fertig entwickelt sondern im permanenten Wandel ist, wurde in der IPD dazu die Erhebung einer *healthy functioning personality* definiert, bei der analog dem interventionellen Verständnis jeglicher Diagnostik ein Fokus auf die Reaktualisierung von Ressourcen, Potentialen und Resilienz geschaffen werden soll (Osten, 2019). Das integrative Denken rückt damit die gesunden Anteile für deren Förderung entsprechend Grundsätzen der positiven Psychologie bereits im diagnostischen Prozess in den Vordergrund (Blickhan, 2018). Dazu werden in der integrativen *Heuristik zur healthy functioning personality* auch ätiologische Aspekte berücksichtigt, indem Gründe und Ursachen für Einschränkungen in der Ausschöpfung von Verarbeitungs- und Bewältigungsressourcen im diagnostischen Prozess erarbeitet werden, was wiederum Informationen für Behandlungsansätze mit der Freilegung von bestehenden Funktionsbereichen, Ressourcen und Resilienzfaktoren bietet. Die prozessuale Diagnostik erlaubt ausserdem anhand verschiedener Analyseebenen eine umfassende Erhebung der verschiedenen Funktionsbereiche eines Menschen.

### **Erhebung von Funktionsbereichen**

Eine Ressourcenanalyse kann mit Hilfe des Modells der «fünf Säulen der Identität» (Petzold 2012q) erstellt werden, die zudem potentielle Unterstützungsmöglichkeiten freilegen können (siehe dazu auch Kapitel *Theragnostischer Einsatz integrativer Techniken*). Mit der Erhebung einer Lebensweltanalyse wird die kontextuelle Perspektive des Lebens (z.B. Familie, Arbeitssituation, sozioökologische Umstände, soziales Netzwerk, Wohnraum) im Kontinuum berücksichtigt. Eine häufig angewandte, medial gestützte Methode für diesen diagnostischen oder theragnostischen Prozess bietet das Lebenspanorama



(Petzold & Orth, 1993). Es kann alternativ auch eine Kontinuumsanalyse erstellt werden, in dem der bisherige Lebensvollzug mit den verschiedenen Milieus einer Person, kritische Lebensereignisse und die Vorschau auf Ziele beleuchtet werden. Eine Bedürfnisanalyse kann Bedürfnisse, Wünsche und Interessen sowie Motivationen einer Persönlichkeit erschliessen lassen. Defizite, Störungen, Traumatisierungen und Konflikte können dahingegen in einer Problem- und Konfliktanalyse erhoben werden.

Gemäss der Heuristik der *healthy functioning personality* in der Befassung mit der Persönlichkeit eines Menschen, werden die Bereiche der Feldfunktionen (z.B. Auftreten, Lebensfreude und -zufriedenheit, Einstellungen zu Leistung und Beruf, Interessen und Talentbereiche, Beziehungsmuster, etc.), der Geschlechtsidentität (z.B. eine diesbezügliche Bewusstheit mit der eigenen Geschlechtsleiblichkeit und Attraktivität, Rollenidentifikation, Orientierungen in Liebe und romantischen Beziehungen, etc.), der Fähigkeiten (z.B. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kontakt- und Beziehungs- sowie Bindungsfähigkeit, soziale Verbundenheit und Empathie, Umgang mit Konflikten, Differenzierungsfähigkeit, Genussfähigkeit, Werte- und Sinnstrukturen, etc.), der Emotion (z.B. Vitalitätsaffekt, Emotionsdynamik und -regulation, Emotionsdifferenzierung und -wahrnehmung, etc.) und der Kognition (z.B. Offenheit, soziale Intelligenz, Reflexivität, Phantasie, Memorationsfähigkeiten, Motivations- und Willensmuster, Attribution und Schemata) sowie der Selbststeuerung (z.B. Selbstfürsorglichkeit, eigenleibliches Spüren, Affektsteuerung, Resonanzfähigkeit, Impulssteuerung, Ab- und Angrenzungsfähigkeiten, Stressbewältigungsmechanismen, Selbstwertregulation, Lebensziele) exploriert (Osten, 2019). Selbstwahrnehmung, interpersonelle Fähigkeiten, und Kompetenzen in den kognitiven, emotionalen und behavioralen Manifestationsbereichen werden so breitflächig in den verschiedenen Lebensbereichen einer Person erfasst.

Als potential- statt defizitorientiertes Humanverfahren verstanden, sind in der IPD nebst den pathogenen Faktoren dabei Ressourcen- und Resilienzfaktoren zu erheben, um Coping- und Creatingstrategien einer Person zu verstehen, wie sich anhand der Praxis einer Ressourcen-, Potenzial- und Resilienzanalyse von sieben Ressourcenbereichen umsetzen lässt: Als primäre Ressource ist dafür die genetische Ausgangslage einer Person zu beachten und sekundär die körperliche Gesundheit zu erheben. Drittens soll das Ressourcenfeld der Existenzsicherung

exploriert werden (z.B. Arbeit, aber auch Wohnen und Leben), viertens die psychische Stabilität, fünftens Faktoren der Entwicklung und Sozialisation und sechstens die soziale Netzwerksicherung sowie siebtens der Umgang mit Globalfaktoren (wie bspw. ein Bewusstsein über die eigene Kohorten- und Kulturzugehörigkeit, Wertehaltungen in Bezug auf die eigene Biografie, etc.) (siehe ausführlicher dazu Osten, 2019; Checkliste 13).

### **Kriterien einer Persönlichkeitsstörung**

In der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen, wie sie bislang in den klinisch weit verbreiteten und genutzten Diagnosemanualen und Klassifikationssystemen DSM und ICD definiert waren, konnte die beschriebene Heuristik einer gesunden funktionierenden Persönlichkeit für ein ergänzendes tiefergehendes Verständnis und ein Erfassen eines Menschen mit allen Lebensbereichen hilfreich sein. Das salutogenese-orientierte Verständnis kann an ein therapeutisches Vorgehen heranführen und damit Anknüpfungspunkte für die spezifische Praxis bieten. Dabei wird allerdings eine psychotherapeutische Ebene bedient, die im diagnostischen Prozess nach offiziellen Manualen, die in den Gesundheitssystemen verwendet werden, häufig wenig Beachtung findet. Eine Bemühung der WHO (2001) zur dimensionalen Erfassung und Klassifikation von Funktionsfähigkeit und Gesundheit, aber auch pathogenen Entwicklungen, zeigte sich in der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Sie bietet eine mehrdimensionale Erfassung der Funktionsfähigkeit und Behinderung in den Dimensionen Körper sowie Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) und von Kontextfaktoren (umwelt- und personenbezogen) mit direkten Implikationen für die Behandlungsplanung (siehe auch Scheiblich et al., 2016). Allerdings fungierten diese Definitionen entlang dem ICF als ergänzende Symptombeschreibung zu den Diagnosen, die weiterhin gemäss einem kategorial geprägten Verständnis basierend auf ICD-10 und DSM festgestellt wurden und nicht als deren Ersatz (Baron & Linden, 2008).

Die Diagnosemanualen waren bislang eher deskriptiv als handlungsweisend und mit einem Anspruch des Pragmatismus' auch zusammenfassend zu verstehen. Ein pathologie-zentrierter Ansatz greift damit für das Verständnis einer Persönlichkeit in der Integrativen Therapie zwar zu kurz, wird aber als Teilaspekt des diagnostischen Prozesses deshalb nicht ausgeschlossen. Vielmehr wird damit die Verwurzelung in der psychiatrischen Nosologie berücksichtigt (siehe Osten, 2019).

Auch in der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD) werden daher Persönlichkeitsstörungen mit Hilfe der offiziellen Manuale von ICD und DSM erfasst. Die Allgemeinkriterien gemäss APA (2018) und WHO (2004) werden zusammengefasst berücksichtigt: Als Persönlichkeitsstörung wird ein tiefgreifendes, situationsunabhängiges und überdauerndes, unflexibles Muster des Denkens, der Wahrnehmung, der Emotionalität und des Verhaltens verstanden, das erheblich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, in vielfältigen persönlichen und sozialen Bereichen sowie psychologischen Funktionen auftritt und mit einem erheblichen Leiden und Funktionsbeeinträchtigungen einhergeht. Damit sind die Ebenen des Verhaltens, der Kognition oder der Affekte als Manifestationsbereiche bei einer Persönlichkeitsstörung pathologisch, persistierend und kontextübergreifend (in verschiedenen Kontexten, wie Arbeit, Privatbereich und interpersonell variabel) seit der Adoleszenz oder dem jungen Erwachsenenalter betroffen. Ebenfalls darf eine Persönlichkeitsstörung im Sinne der Klassifikation nicht als Folge einer anderen Schädigung (z.B. Substanzkonsum) auftreten.

Die IPD (Osten, 2019) geht auf die unterschiedliche Typologien-Bildung im ICD-10 und den DSM-Systemen ein, führt die DSM-Cluster (A: sonderbar-exzentrisch, B: dramatisch-launisch, C: ängstlich-selbstunsicher), die sich anhand deskriptiver Ähnlichkeiten bilden, auf und ordnet diesen die spezifischen ICD-10-Persönlichkeitsstörungen, die den Fokus auf den zu Einschränkungen führenden Persönlichkeitszügen gelegt hatten, zu. Cluster A beinhaltet nach diesem Verständnis die ICD -10 Diagnose einer paranoiden oder auch einer schizoiden oder schizotypen Persönlichkeitsstörung. Die emotional- instabile Persönlichkeitsstörung (vom impulsiven und vom Borderline-Typus) nach ICD-10, die narzisstische sowie histrionische und dissoziale Persönlichkeitsstörung lassen sich dem Cluster B der dramatisch-launischen Störungen nach DSM-5 zuordnen, eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 sowie eine abhängige oder ängstlich-vermeidende dem Cluster C.

### **Integrative Konzepte im Verständnis der Persönlichkeitsstörungen bisher**

Auch bislang wurde damit im diagnostischen Verständnis von Persönlichkeitsstörungen, Konzepten der klinischen Krankheitslehre in der Integrativen Therapie Rechnung getragen: Das *Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen* geht gemäss Petzold (2003a) entsprechend von Auswirkungen

schädigender Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit aus, die als Defizite, Konflikte, Störungen und Traumata verstanden werden und sich in den Ebenen des Selbst, des Ichs und der Identität manifestieren. Zum Verständnis und damit möglichen Vergleich dieser Terminologie mit den Manifestationsebenen von Symptomen und Störungskriterien gemäss ICD oder DSM, erfolgt eine kurze Begriffsdefinition der Konzepte Selbst, Ich und Identität.

### ***Ebenen der Persönlichkeit: Selbst, Ich und Identität***

Das *Selbst* wird als «Grundlage und Gesamtbereich der Persönlichkeit» erachtet (Rahm, Otte, Bosse, & Ruhe-Hollenbach, 1993, S. 92), umschliesst den Leib, die angeborene Ausstattung einer Person und entwickelt sich von Beginn des Lebens an (Petzold, 2002a, 2003a). Ein «archaisches Leib-Selbst» (Petzold, 2003a, S. 820) entsteht demnach bereits pränatal, zwischen dem sechsten Schwangerschaftsmonat und dem 3. Monat nach der Geburt, charakterisiert sich durch die Fähigkeit, Affekte zu bilden und darauf zu reagieren (mit bspw. Erregung und Beruhigung). Das Selbst ist nur leiblich vorstellbar, das Leib-Selbst kann somit auch als das organismische Fundament aller leiblich begründeten Prozesse der Persönlichkeit verstanden werden. So entsteht auch die Grundlage aller zwischenleiblicher Prozesse, denn jeder Kontakt, jede Beziehung ist leiblich, unser Leib ist insofern das Kontaktmedium zu unserer Umwelt, das sich in Rhythmen der Berührung und Abgrenzung bewegt (siehe auch Rahm et al., 1993).

Das *Ich* wird in der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie als ein Aspekt des Selbst, als «Selbst in actu» und als «Prozess des Zusammenspiels aller Ich-Funktionen» verstanden (Petzold & Orth 1994a, S. 340-391). Ich-Funktionen sind im primären Sinn das bewusste Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Wollen, Entscheiden, Erinnern und Kommunizieren. Als sekundäre Ich-Funktionen gelten Integrieren und Differenzieren, kreative und sinnvolle Lebensgestaltung als Anpassungsfähigkeiten und flexible Ausrichtungen des Handelns an die gegebene Situation, und auch das sich selbst Verorten im zeitlichen Kontinuum. Auch zwischenmenschliche Fähigkeiten und Fertigkeiten wie die Nähe-Distanz-Regulation und dazugehörige Selbstzentrierung und Exzentrizität gehören zu den sekundären Ich-Funktionen. Dazu kommen Emotionsregulationsfähigkeiten, d.h. das Regulieren von Stimmungen, Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, planerische Fähigkeiten, die Kompetenz, kognitive Vernetzungen zu bilden und Zusammenhänge zu erfassen

sowie übergeordnet Sinn zu konstituieren und moralisch-ethische Ressourcen wie Gewissen, Mitgefühl und Gerechtigkeitsinn walten zu lassen, aber auch spirituelle Kapazitäten zu entwickeln und in der Lebensgestaltung anzuwenden. Als tertiäre Ich-Funktionen fügt Petzold (2000) komplexere Fähigkeiten wie die philosophische Kontemplation oder politische Sensibilität an.

Die *Identität* wird als zentrale Funktion des Ich definiert (Petzold, 1974). Die Entwicklung der eigenen Identität ist unter Berücksichtigung des Kontinuums ein lebenslanger Prozess und entsteht sowie verändert sich unter Berücksichtigung des Kontexts, wie ich mich sehe und wie ich von anderen gesehen werde, also über Identifizierung und Identifikation und erwächst so aus dem Miteinander im sozialen Netzwerk, in der jeweiligen Kultur eingebettet (Orth, & Petzold, 2000). Die Lebensbereiche, in denen die Identität longitudinal entwickelt wird, werden in der Integrativen Therapie mit den fünf Säulen der Identität umschrieben und umfassen die Bereiche Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit und die Werte (Petzold & Orth, 1994a; Petzold, 2012a).

### ***Integrative Pathogenesemodelle***

Das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Persönlichkeitsebenen mit den unterschiedlichen kontextuellen und zeitlichen Einflussfaktoren auf ihre Entwicklung veranschaulicht die multifaktorielle Entstehung von gesundheitsfördernden und pathogenetischen Prozessen gleichermaßen. Daher ist in der Integrativen Therapie als auch in der Diagnostik ein klinisches Krankheitsverständnis, das die gesamte Persönlichkeit betrifft, wie es bei den Persönlichkeitsstörungen der Fall ist, untrennbar von ihrer Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie zu verstehen. Die Diagnostik einer psychischen Störung ist zudem untrennbar verknüpft mit der Krankheitslehre und den dafür grundlegenden Modellvorstellungen von dem Zustandekommen psychischer Erkrankungen in der Lebensspanne. Die Pathogenesemodelle der Integrativen Therapie beleuchten die schädigenden Stimulierungen, die dabei auf die Persönlichkeitsentwicklung einwirken können.

Im *Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen* werden diese schädigenden Einflüsse in Form von Defiziten, Konflikten, Störungen und Traumata im Hinblick auf die Bildung der Persönlichkeitsebenen des Selbst, des Ichs und der Identität beschrieben (Petzold, 2003a).

Auf der Ebene des **Selbst** können sich demnach bei *Defiziten* und Mangelenerfahrungen, also beispielsweise bei fehlender oder einseitiger Stimulierung in der Entwicklung eines Menschen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Wahrnehmung und Ausdruck nicht ausbilden. Auf der Ebene des **Ichs** führen Defizite zu Einschränkungen in der Entwicklung der Affektivität mit mangelhafter emotionaler Resonanz und Steuerungsfähigkeit. Im Denken, z.B. in memorativen Prozessen, können Fantasie und Willenskraft wenig stark ausgebildet sein und im interpersonellen Bereich kann es zu Schwierigkeiten in der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit kommen. Die Ebene der **Identität** kann bei defizitären Erfahrungen zu fehlender Eindeutigkeit und Klarheit im Leibesbezug, den sozialen Netzwerken, der Arbeit, Leistung und Freizeit sowie der materiellen Sicherheit und der Werte – also in den fünf Säulen der Identität – führen.

Die Ebenen des Selbst, des Ichs und der Identität durchdringen damit die verschiedenen Persönlichkeitsebenen, wie sie im Störungskonzept nach ICD-10 und DSM-5 betroffen sein können. Gemäss Pathogenesemodell (Petzold, 2003a) können sich defizitäre Entwicklungsnoxen pathologisch und tiefgreifend auf die Manifestationsebenen des Denkens, der Wahrnehmung, der Emotionen und des Verhaltens auswirken wie auch auf die zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung, die ausserdem in den verschiedenen Lebensbereichen und -kontexten (vgl. Säulen der Identität) auftreten. Auch *Konflikte* können in Form von uneindeutigen bis konträren Stimulierungen die Entwicklung einer Persönlichkeit schädigen. Auf der Ebene des **Selbst** können Spannungszustände aus unaufgelösten Konflikten auf der **Ich**-Ebene Widersprüchlichkeiten und Zerrissenheit auslösen und die **Identitätsbereiche** können irritiert und unvereinbar werden. Konflikte sind dabei nicht als bipolar oder lediglich intrapsychisch zu verstehen, sondern multipolar in komplexen Kombinationen und Variationen innerer und äusserer Ansprüche (siehe Abb. 1).

Als *Störungen* werden im Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen schädigende Einflüsse durch inkonsistente Stimulierung wie fehlender Beziehungs- oder Bindungskontinuität verstanden. Auch durch frühe überlebensnotwenige Impulse, die beeinträchtigt, fehlgeleitet, blockiert oder inkonstant erwidert und eingeordnet werden, bspw. durch mangelhafte empathische Reaktionen einer Bezugsperson, können Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeit entstehen.

Insbesondere bei mangelhafter Möglichkeit, Störungen zu kompensieren, können sich diese auf der Ebene des (Leib-) **Selbst** eindrücklich in psychosomatischen Schädigungen, auf der Ebene des **Ichs** in Form von Unsicherheiten in den primären, sekundären und tertiären Ich-Funktionen bemerkbar machen und die Ebene der **Identität** kann durch hohe Wankelmütigkeit, leichte Beeinflussbarkeit und Labilität gekennzeichnet sein.

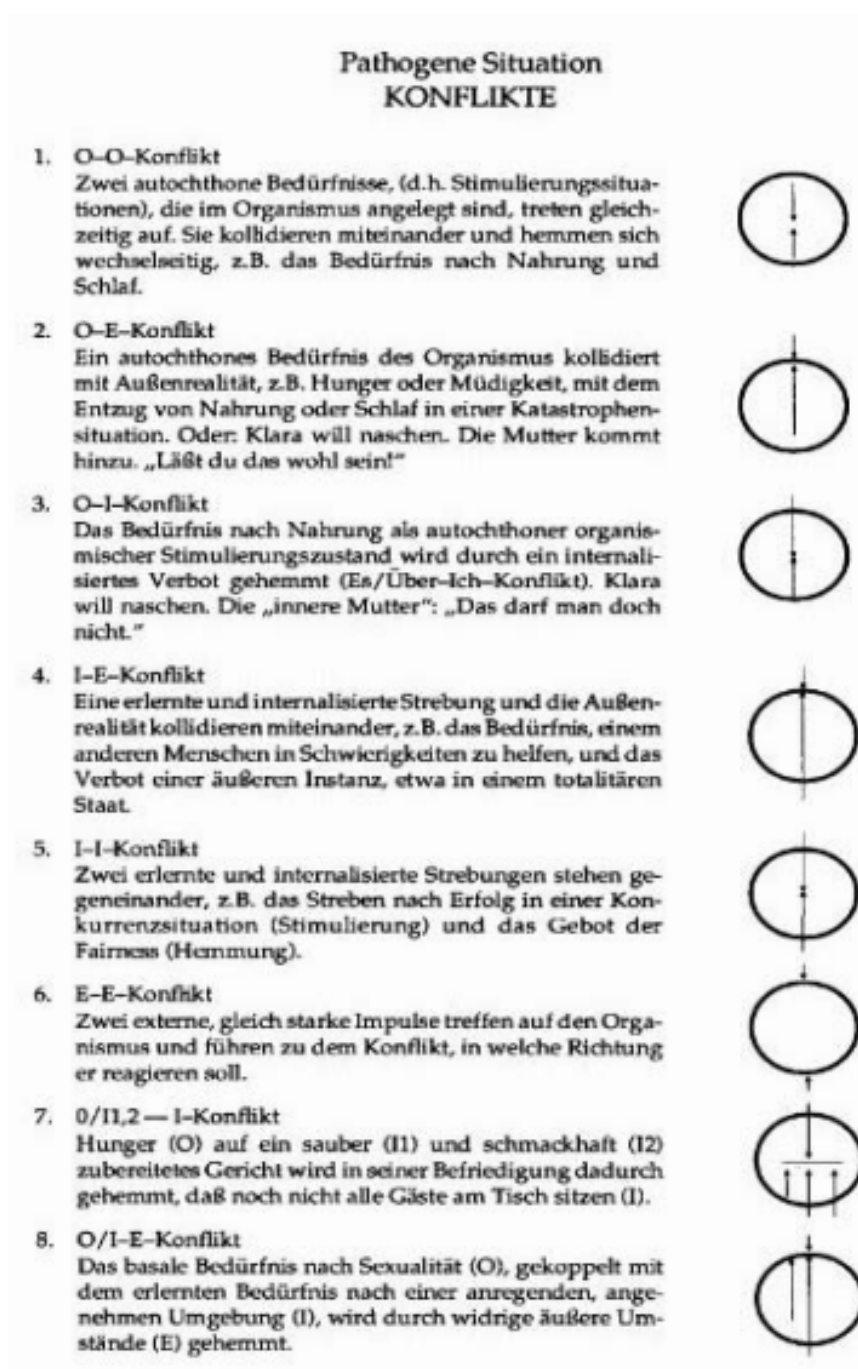


Abbildung 1. Integratives Modell klinisch relevanter Konflikte (Petzold 1975/1988n), aus: Petzold (2003b).

Als dafür begünstigende und besonders komplexe, tiefgreifende Konflikte und Störungen, die in der Persönlichkeitsentwicklung als einflussreich und potentiell schädigend zu beachten sind, wird hier beispielhaft auf das *Expressed-Emotions-Konzept*, beschrieben erstmals von Brown und Rutter (1966), und die *double bind theory* von Gregory Bateson (1973) verwiesen. Erstere besagt, dass Betroffene psychischer Erkrankungen in Familien, die geprägt sind von Kritik, Feindseligkeiten und emotionaler Überinvolviertheit, was sich in aufopfernden, kontrollierenden und intrusiven Verhaltensweisen äussert, nach einem klinischen Aufenthalt von erheblich höheren Rückfallquoten belastet sind als Personen, die nicht in derart komplexe familiäre Konflikte geraten (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). Ähnlich komplex und multipolar sind die Kommunikationsformen, die gemäss der *double bind theory* in Doppelbotschaften verpackt werden mit teils widersprüchlich, paradoxen und Dilemma-induzierenden Nachrichten. Solche Botschaften beinhalten auf der Inhalts- und Beziehungsebene oder verbalen und Verhaltensebene beispielsweise unterschiedliche Informationen, die bei dem Empfänger oder der Empfängerin das Gefühl der Ausweglosigkeit und nur das Falsche machen zu können, auslöst. Beispielsweise ein Vater bestraft ein Kind harsch und äussert dazu, er sei nur so hart, weil ihm das Kind so besonders am Herzen liege. In einer solchen Situation konfliktieren autochthone Bedürfnisse (bspw. nach Nähe, Zuneigung durch Elternteile und eigene Unversehrtheit) mit externen Stimulierungen (harsche Strafe und die Aussage von Zuneigung gleichzeitig) und internalisierten Strebungen (sich an soziale Normen halten, benehmen, Strafvermeidung) sowohl untereinander als auch in sich, intrapsychisch und interpersonell. Werden derartige Kommunikationsformen in Abhängigkeitsverhältnissen (bspw. Kind und Eltern) und über längere Zeit in Drucksituationen ausgeübt, kann der prolongierte Stress zu tiefgreifenden Identitätsstörungen führen (siehe ausführlich zur Rolle von Doppelbotschaften in der Entstehung von Borderline Persönlichkeitsstörungen Blizard, 2008).

*Traumata* werden gemäss Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen als Überstimulierung (extern oder intern) verstanden, die bei fehlendem Schutz oder Kompensationsmöglichkeiten auf der Leib-**Selbst**-Ebene mit organischen Ausfall- oder Schmerzerscheinungen einhergehen können, den **Ich**-Bereich im bewussten Fühlen und den kreativen Fähigkeiten massiv einschränken und die **Identität** fragmentieren kann.



Das Pathogenesmodell der Entwicklungsnoxen kann so auf den verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen verstehbar machen, wie die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im Sinne von Schädigungen auf den verschiedenen Persönlichkeitsebenen des Selbst, des Ich und der Identität entstehen kann. Es wird vorstellbar, dass durch Störungen der zwischenleiblichen Interaktionen in einer sensiblen oder vulnerablen Entwicklungsphase, wie dem zweiten Lebensjahr ein schwaches **Ich** ausgebildet wird, das bei fehlenden Kompensationsmöglichkeiten eine Grundlage für eine sogenannte Negativkarriere bilden kann, die für weitere Noxen im Sinne eines schädigenden Potentials anfällig macht (siehe dazu auch Petzold, 2003a, Kapitel 6.4.4., S. 463). Auf der Basis dieses schwachen Ichs kann sich dann auch keine stabile und konsistente, sondern eine labile und inkonsistente **Identität** ausbilden, wie sie für Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und für Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Spezifischen charakteristisch ist. Eine ätiologische Heranführung an die Entstehung von schweren Persönlichkeitsstörungen mit narzisstischen Merkmalen bietet dieses Modell anhand dem Verständnis von Auswirkungen der Defizite, die das **Leibselbst** betreffen. Ferenczi beschrieb dazu den Vorgang einer "malignen Progression", die im Sinne eines Notprogramms eine beschleunigte Ichentwicklung in Gang setze. Das brüchige archaische **Selbst** werde durch die Notreaktion mit einem starken **Ich** und einer prägnanten **Identität** bewältigt, was sich in den charakteristisch selbstüberhöhenden Persönlichkeitsmerkmalen äussern kann.

Unter Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum und dem *Mehrebenenmodell* (siehe Abbildung 2), das den Menschen in seinem Umfeld räumlich und zeitlich gestaffelt auf den Mikro-, Meso-, Makro- und Megaebenen versteht (Petzold, 1974), können die aufgeführten Entwicklungsnoxen und Schädigungen auch zeitextendiert und multifaktoriell auftreten und damit zu Belastungen und Überlastungen des gesamten Systems führen, wie es im *Pathogenesmodell zeitextendierter, multifaktorieller Be- und Überlastung* beschrieben wird (Petzold 2003a, S. 469–475). Petzold führt dazu aus, dass prolongierter Stress als die empirisch bestgesicherte Ursache von Krankheitsentstehung angesehen werden kann und die Auswirkungen sich psychophysiologisch am Leib objektivieren (siehe auch van der Kolk, 1994). Dies verdeutlicht, dass verbale Therapieformen für derart tiefgreifende Schädigungen zu

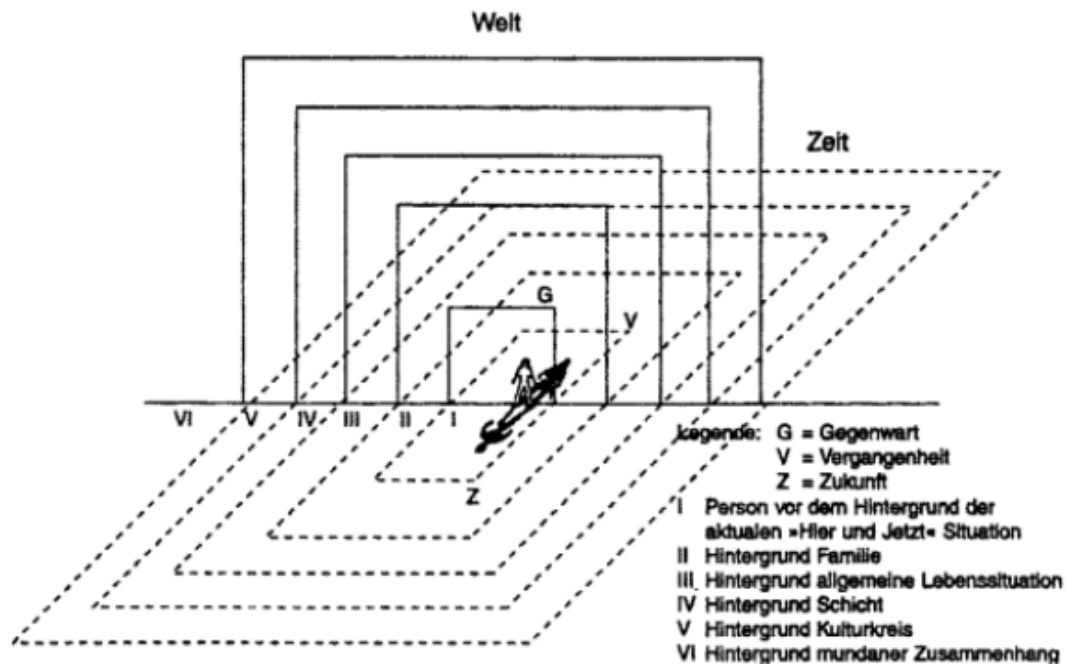


Abbildung 2. Mehrebenenmodell. Aus: Petzold (1974, S. 318)

kurz greifen und leiborientierte Strategien sowie Arbeit an der sozialen Unterstützung bzw. am sozialen Netzwerk erforderlich werden.

Das Entstehungsmodell von Krankheiten durch langzeitige Be- und Überlastung schliesst eine mangelhafte Unterstützung in der Umwelt und fehlende innere sowie äussere Ressourcen, um die Belastung zu bewältigen ein. Aus der intrapsychischen und Persönlichkeitsebene kann dies zur Folge haben, dass sich die Identität durch massive Überforderung nicht mehr entwickeln und durch die unzureichenden, gewohnten Bewältigungsstrategien nicht mehr stabilisieren kann. Ein Zusammenbruch des Systems und Krise im Sinne einer Dekompensation kann die Folge sein. In der Integrativen Diagnostik ist der Einfluss von Kontext und Kontinuum von besonderer Relevanz, bei der soziale Erkrankungen und die Sanierung von pathogenen Milieus auf den verschiedenen Ebenen (Mikro, Meso und Makro) sowie krankmachende Kontexte berücksichtigt werden müssen (Petzold, 2003a).

Im *Repressions- und Dissoziationsmodell der Pathogenese* (Petzold, 1996f) wird auf den repressiven Effekt und die psychophysiologischen Auswirkungen und

dysfunktionalen Bewältigungsstrategien in Form von Impulszurücknahme, Selbstanästhesierung (*numbing*) oder Abspaltung (*Dissoziation*) von negativen Ereignissen, Traumata und Resonanzmangel in sensiblen Phase (*Neglect*) eingegangen. Traumata werden hierbei im Sinne Janets (1919) verstanden, demgemäss die Unfähigkeit der verletzten Person, ein Trauma zu integrieren zur Abspaltung und Dissoziation führt und dazu eine Angst phobischen Ausmasses gegenüber den traumatischen Erinnerungen entsteht. Repression beinhaltet sowohl einen externalen Teil, der als negative Sanktionierung schädigend wirken kann, als auch einen internalen, der die Verinnerlichung solch sanktionierender Konzepte berücksichtigt (Petzold, 2003a). Sowohl Repression als auch Dissoziation sollen aufgrund ihrer mentalen sowie psychophysiologischen Manifestation anhand von Top-Down-Strategien (Kognitive Vorstellung → Körperwahrnehmung → Emotion) und Bottom – Up - Strategien (Körperliche Übungen → Emotion → Kognition) behandelt werden. Das komplexe Zusammenspiel kognitiver, emotionaler und leiblicher Prozesse verdeutlicht wiederum die Notwendigkeit ganzheitlicher Leibarbeit, inklusive reintegrierendes und psychophysiologisches Umlernen in den therapeutischen Strategien.

Diese multitheoretischen Pathogenesemodelle stellen verschiedene diagnostische Komplexe zur Verfügung, indem sie beispielsweise unter Berücksichtigung der kontinualen, lebenslangen Entwicklung einer Persönlichkeit und kontextueller, ökologischer Einflussgrössen in dieser Entwicklung Ebenen zeittextendierter Prozesse oder Convoys oder Ereignisketten beleuchten (Petzold, 2003a). Dadurch wird der Versuchung entgegengewirkt, in der Diagnostik einer Persönlichkeit ein Krankheitsmodell zu reifizieren, beispielsweise durch Zuschreibungen, Umdeutung oder Ausblendung. Die prozessuale Diagnostik der Integrativen Therapie vertritt hierbei ein Vorgehen der longitudinalen, kontextbezogenen und interaktionalen Lebenswegforschung von den Phänomenen (Symptome, Verhaltensweisen) zu den Strukturen («Narrative»; kognitive und emotionale Repräsentationssysteme) zu den Entwürfen auf der Grundlage eben beschriebener multitheoretischer Pathogenesemodellen.

Prozessual ist dieses diagnostische Vorgehen einerseits im konkret-praktischen Sinn, indem in einem diagnostisch-therapeutischen Verlauf die Zusammenhänge von Krankheitsgeschehen und -entstehen eines persönlichen

Lebens in Kontext und Kontinuum und in der Ko-Respondenz zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient in gemeinschaftlicher hermeneutischer Auseinandersetzung wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt werden sollen und damit auch wieder interventionell wirken, nach dem Prinzip von Narrativen, die zur Narration werden und somit Spielraum in der Handlungs- und Lebensgestaltung eröffnen. Narrative sind hierbei als der Biografie eines Menschen zugrundeliegende Muster zu verstehen, als Skripts oder Erzählfolien eines Erzählgeschehens, die dem Subjekt eine Identitätsgewissheit verleihen und den Narrationen des Lebens eine Grundlage, eine Orientierung in der Entwicklung bieten (Petzold, 2003a).

Pathologisch können Narrative werden, wenn sie fixiert sind, wenn sie nicht mehr eine strukturierende, sondern eine determinierende Funktion erhalten. Damit wird mit der diagnostischen, narrativen Praxis durch die Einflussnahme auf die Narrationen in der Identitätsarbeit, in der Dialektik zwischen Narrationen und Narrativen an einem zentralen Funktionsbereich der Persönlichkeitskonstitution angesetzt, denn der Bereich des Selbst und der Identität ist bei Persönlichkeitsstörungen gekennzeichnet durch eine Rigidität sowie Instabilität im Identitäts- und Selbstkonzept. Ein narratives diagnostisches Vorgehen ist hierbei gleichfalls therapeutisch zu verstehen, indem starre, maligne Narrative und Skripts in ihrer Mobilität und Stabilität, aber auch Flüssigkeit und Festigkeit lebensgeschichtlich und lebensgestaltend erhoben und therapeutisch implikativ werden.

Ein solches diagnostisches Verständnis ist auch auf einer praxeologischen und realexplikativen Ebene multitheoretisch und prozessual zu verstehen, insofern *retrospektiv* tiefenhermeneutisch die persönliche Vergangenheit unter Berücksichtigung der ökologischen Perspektive erarbeitet wird, *aspektiv* die emotionale und kognitive Bewertung der Gegenwart durch das Individuum berücksichtigt wird, *prospektiv* antizipatorische Konstrukte und Zukunftsentwürfe erhoben werden und *struktural* maligne Narrative wie Negativstrukturen und pathogene Einflussfaktoren sowie Ereignisketten erforscht werden.

Dieses multitheoretische und prozessuale diagnostische Vorgehen verdeutlicht wiederum, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen aus multiplen Kausalitäten und der Gesamtheit aller positiven, negativen und defizitären Erfahrungen bildet (Petzold, 1988n). Die Diagnostik im integrativen Verständnis wird

somit zur Lebenswegforschung, die experimentierend eine persönliche Biografie rekonstruiert (Petzold, 1991o).

#### 4 ICD-11 und Integrative Diagnostik

Mit der neuen Konzeption des Persönlichkeitsstörungskonzepts gemäss ICD-11 lassen sich Kernelemente der integrativen Diagnostik bereits im diagnostischen Prozess und weiter für den therapeutischen Verlauf anwenden. Entsprechend lässt sich die Diagnostik initial und prozessual sowie dynamisch gestalten und wird als phänomenologisch und mehrperspektivisch (Entwicklung, interaktional, systemisch, kognitiv-behavioral, psychophysiologisch) verstanden. Sie soll unter Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum und der Einbeziehung subjektiver Theorien von Patientin oder Patient stattfinden. Dieses Verständnis lässt sich auf das erneuerte ICD-11 Diagnosesystem der Persönlichkeitsstörungen anwenden, insofern es dabei um die Behandlung relevanter Funktionseinbussen (in Selbst, Beziehung, Kognition, Emotion und Verhalten) in variablen persönlichen und sozialen Situationen (Kontext) über mind. 2 Jahre (Kontinuum) geht.

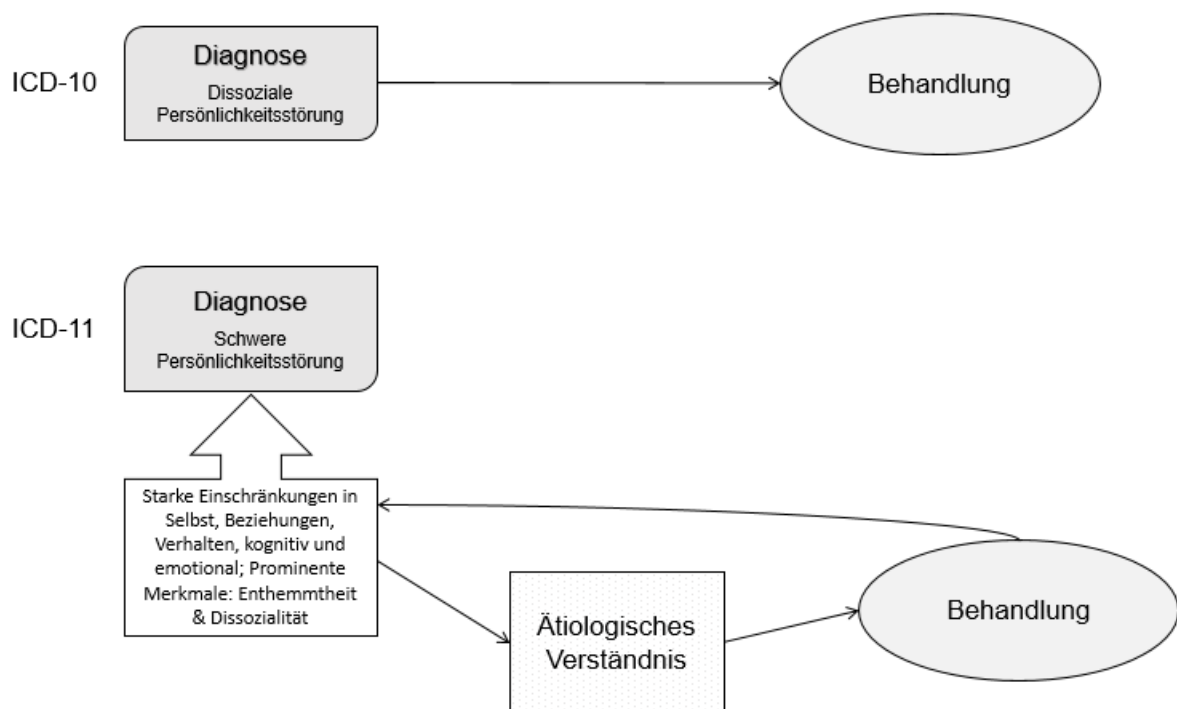


Abbildung 3. Initialdiagnostik im Vergleich des statisch, kategorialen ICD-10-Systems (oben) und dem phänomenologisch-prozessualen, dimensional System nach ICD-11 (unten).

Das neue Diagnoseverständnis zielt dabei entsprechend dem integrativ-prozessualen diagnostischen Vorgehen nicht auf die Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen ab, sondern zielt auf Beeinträchtigungen, wird dadurch pragmatisch und leichter vermittelbar und gestaltet sich entsprechend dem integrativen Verständnis deskriptiv auf den phänomenologischen Manifestationsebenen. Prozessual können anhand der Phänomenorientierung ätiologische Verstehensperspektiven geschaffen und daraus abgeleitet therapeutische Strategien entwickelt werden. Mit der Fokussierung auf die Allgemeinkriterien in der ICD-11-Diagnostik rückt das phänomenologische Vorgehen wieder vermehrt in den Vordergrund. Die Aspekte des Funktionsniveaus im Selbst (nach integrativem Verständnis beinhaltet dies sowohl das Leibselbst, das Ich und die Identität), in zwischenmenschlichen Beziehungen und in den emotionalen, kognitiven, und Verhaltensmanifestationen der Persönlichkeitsdysfunktion, sollen longitudinal und im sozial-gesellschaftlich-ökologischen und kulturellen Lebenskontext erfasst werden. Die Diagnose soll dahingehend nicht mehr die psychotherapeutische Behandlung begründen, sondern die Beschreibung der phänomenologischen Manifestationsebenen in ihren dimensional Schweregraden

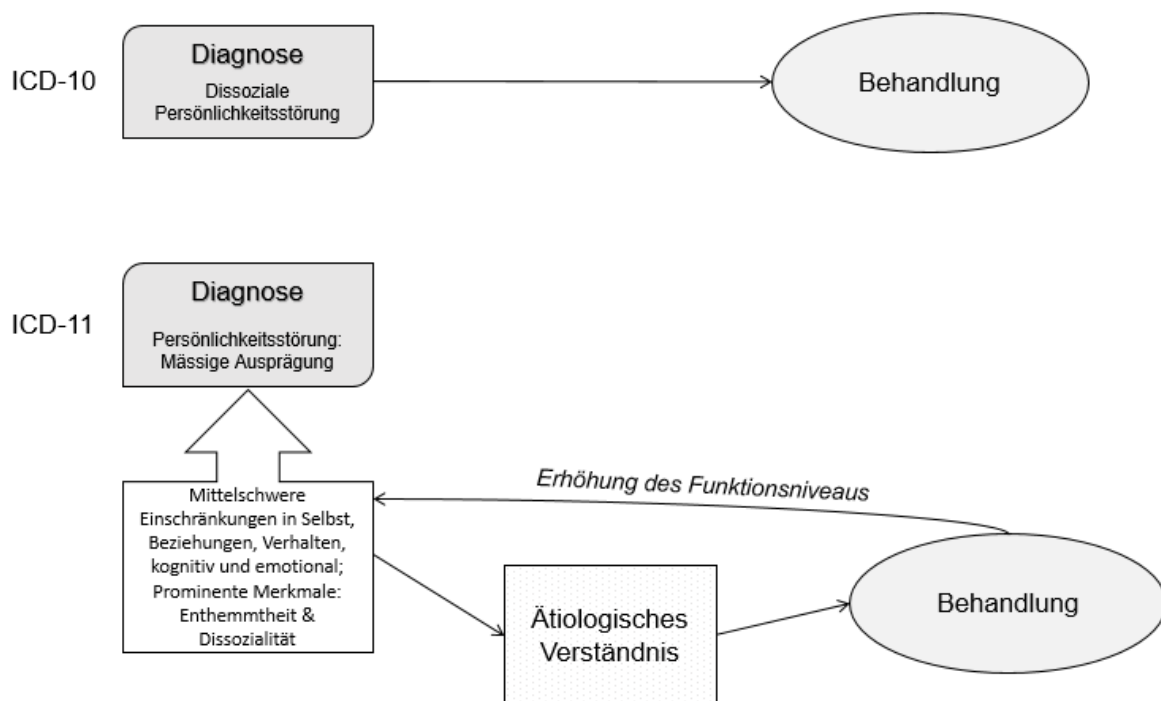


Abbildung 4. Verlaufsdagnostik. Veränderungen in der Ausprägung des Schweregrades einer Persönlichkeitsstörungen zeigen sich in der ICD-11-Diagnostik (unten) dynamisch und phänomenologisch im Funktionsniveau.

und den störungsspezifischen Merkmalen können ein ätiologisches Verständnis schaffen, das wiederum vor diesem biografischen Verstehenshintergrund für die betroffene Person eine – iterative – Behandlungsplanung erlaubt (siehe dazu Abbildung 3 und 4).

Dieses diagnostische Vorgehen verspricht eine prozessuale und dynamische Entwicklung, wie sie der Persönlichkeitsentwicklung nur gerecht werden kann. Während statische Diagnosen, die durch ein kategoriales und zeitstabiles Klassifikationssystem begünstigt wurden, ein Verständnis von Persönlichkeiten vermitteln, dass diese mit der Volljährigkeit ausgereift sind und sich kaum mehr verändern können, bezieht die ICD-11-Diagnostik longitudinale Forschungsergebnisse der Persönlichkeitsentwicklung und -veränderung in die Konzeptualisierung mit ein. Konkret kann dies für den diagnostischen Prozess ein deutlich dynamischeres Vorgehen und eine notwendige regelmäßige Überprüfung von Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen bedeuten (siehe Abbildung 4).

Das kontinuierliche Kriterium von nun lediglich zwei Jahren erfordert gar die regelmäßige Überprüfung von Funktionsaspekten und deren Manifestationen. Es kann in der Praxis damit beispielsweise nicht mehr als haltbar erachtet werden, eine vor 10 Jahren gestellte Diagnose unüberprüft zu übernehmen, was hoffnungsvoll stimmt auf die Abschaffung von Diagnosehüllen, die Patienten und Patientinnen stigmatisiert über Jahrzehnte von Klinik zu Klinik vor sich hertragen.

Stattdessen bietet die Überprüfung des Funktionsniveaus die Möglichkeit, den Schweregrad von Einschränkungen im Verlauf einer Therapie oder Interventionen passend zum Verständnis der «Theragnose» umzudefinieren, was sich wiederum mit einer Anpassung der Diagnose auswirkt, wie dies im unteren Teil der Abbildung 3 ersichtlich wird. Die Überprüfung des Funktionsniveaus kann beispielsweise mit Hilfe der fünf Säulen der Identität erfolgen, mit den Dimensionen der breitflächigen Erfassung der Lebensbereiche aus dem Konzept der *healthy functioning personality* oder der Beleuchtung der verschiedenen Analyseebenen (Bedürfnisanalyse, Problem- und Konfliktanalyse, Lebensweltanalyse, Kontinuumsanalyse, Ressourcenanalyse; siehe auch Kapitel *Erhebung von Funktionsbereichen*).

Im Folgenden sollen die Implikationen auf die Auffassung des Störungsbildes beleuchtet werden, die sich aus der veränderten Konzeption der

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 ergeben. Konkret wird dazu die Diagnose und das Verständnis einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (beispielhaft der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung) erörtert wie sie bislang definiert wurde, um einen phänomenologischen Transfer zur Integrativen Diagnostik auf der Grundlage der ICD-11 darzustellen.

### **Vergleich integrativer Diagnostik nach ICD-11 mit früheren Konzepten am Beispiel der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung**

Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung hat in den letzten Jahren sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Literatur wie im öffentlichen Diskurs an Bedeutung gewonnen. Die Entwicklung und Verbreitung der sozialen Medien haben eine Zurschaustellung von sich selbst in den letzten 20 Jahren normalisiert und berühmte Politiker haben mit der eigenen Selbstüberhöhung und öffentlichen Abwertungen anderer Beispiele für die Strahlkraft maligner narzisstischer Eigenschaften in der Gesellschaft geschaffen. Narzissmus ist längst nicht mehr nur ein klinisches Konzept, wird bisweilen inflationär für die unterschiedlichsten Formen der Selbstbezogenheit und -darstellung verwendet und hat in der Folge im Sprachgebrauch einen pejorativen Ton erhalten oder wird in Form vom «Narzisst» auch gerne als Schimpfwort verwendet. Weiterhin ist auf die Problematik der begrifflichen Herleitung aus dem antiken Narzissmusmythos hingewiesen worden, der eine Fehlinterpretation dieses Mythos' durch Freud erkennen läßt, die sich bei der Mehrzahl der Vertreter:innen dieses Konzeptes, prominent bei Kernberg, fortschreibt (Petzold, 1992f, grundlegend siehe Schlagmann, 2008, 2021). Petzold und Schlagmann votieren daher basierend auf der terminologischen Entwicklung und multiplen, auch wertenden Interpretationen, von diesem Begriff abzugehen und eher von «Störungen der Selbstprozesse» zu sprechen.

### ***Diagnoseentwicklung der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung***

In den klinischen Klassifikationssystemen der ICD hingegen ist die Störung schwach vertreten und im DSM-System durch Symptomvariabilität geprägt, die den klinischen Nutzen in Frage stellt. Erstmals wurde die Narzisstische Persönlichkeitsstörung 1980 in das DSM-III aufgenommen (APA, 1980) und fusste auf Kernbergs Annahme, dass mit dem Narzissmus die ihr zugrundeliegende Borderline-Persönlichkeitsstruktur durch Selbstidealisierung überwunden werde. Dies führe in der Folge zu einem pathologischen Grössenselbst, was zwar der



Selbstsicherheit diene, jedoch die angemessene Anpassung an weitere Lebenserfahrungen verhindere. Zudem stützten sich Kriterien-Bestimmungen in der DSM-III-Konzeption auf der Grundlage mangelhafter Forschungsergebnisse auf klinische Berichte psychoanalytischer Therapeuten und Therapeutinnen, bei denen trotz einer einigermassen übereinstimmenden phänomenologischen Beschreibung des Störungsbildes, Uneinigkeit über dessen Hintergründe und Ursachen herrschte (Fiedler und Herpertz, 2023; siehe auch Ronningstam, 2010).

Die diagnostischen Kriterien der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemäss DSM-5 weichen von den ursprünglichen Kriterienbeschreibungen weiterhin kaum ab und sind wie folgt definiert (APA, 2018, S. 918):

Es liegt ein tiefgreifendes Muster von Grossartigkeit (in Fantasie oder Verhalten) vor, ein Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und über verschiedene Situationen hinweg. Mindestens fünf der folgenden Kriterien sind erfüllt:

1. Grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (bspw. erkennbar anhand Übertreibungen eigener Leistungen und Talente oder der Erwartung, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden).
2. Starke Eingenommenheit von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Ruhm, Schönheit oder der idealen Liebe.
3. Der Glaube, besonders oder einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Leuten (oder Institutionen) verstanden zu werden und nur mit diesen verkehren zu können.
4. Verlangen nach übermässiger Bewunderung.
5. Anspruchsdenken, wie übertriebene Erwartungen an bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf nicht kommunizierte Erwartungen.
6. Ausbeuterischer, opportunistischer und instrumentalisierender zwischenmenschlicher Beziehungsstil.
7. Empathiemangel mit Unwilligkeit, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren.
8. Neid auf andere oder Glaube, andere seien neidisch auf sie/ihn.
9. Arrogante und überhebliche Verhaltensweisen und Haltungen.

Die Aufnahme der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung in das DSM stimulierte die überwiegend psychoanalytisch ausgerichtete Forschungsaktivität, die

unterschiedliche Konzepte von Narzissmus-Inventaren für die Diagnostik der Störung hervorbrachten, darunter beispielsweise das Diagnostic Interview for Narcissistic Patients (DINP) von Gunderson et al. (1990), aber auch die Vertretung von Subtypen-Beschreibung mit «offenen» und «verdeckten» Narzissmus-Formen (Akhtar, 1989) oder eine schematherapeutisch orientierte Konzeption von Young und Flanagan (1998). Die Vielfalt der Auffassung des gestörten Narzissmus führte nach kontroversen und kritischen Fachdiskussionen zu einer zusätzlichen Kategorie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung im DSM-Alternativ-Modell, die als Fokus der Störung ein fragiles Selbstwertgefühl erachtet, das durch Suche nach Aufmerksamkeit und Anerkennung nach Stabilisierung strebt und eine sowohl offensichtliche als auch versteckte Grandiosität beinhaltet.

Ebenso erfolgte mit diesem Ansatz eine Abwendung von der Auffassung, dass narzisstisch ausgeprägte Personen phänomenologisch vor Selbstbewusstsein strotzen hin zu der Annahme, dass unter einer Selbstüberhöhung ein brüchiges Selbstbild und eine labile Identitätsbildung liegt. Damit wurde in den Kriterienlisten nicht mehr nur auf das überkompensatorische Grössenselbst fokussiert, sondern es wurde ätiologischen Überlegungen eines fragilen Selbstwerts als Grundlage für die selbstüberhöhenden Kompensationsmechanismen Rechnung getragen. Ebenfalls wurden damit externalisierende Problemfelder und Verhaltensweisen von narzisstisch gestörten Personen leichter feststellbar, die den diagnostischen Prozess bei narzisstisch ausgeprägten Patientinnen und Patienten bislang erschwerten. Die Symptomatik einer Selbstüberhöhung, die bei erhöhter Kränkbarkeit mit der Wahrnehmung anderer in Konflikt gerät, zeigt sich bei narzisstisch ausgeprägten Personen dahingehend störungsbedingt gerade nicht in einer selbstreflektierten Identifizierung und flexiblen Anpassung des Selbstbildes, sondern in Form der Abwertung anderer («nicht ich habe das Problem, sondern andere»), womit sich auch der Anspruch an die therapeutische Hilfe häufig in Form einer Forderung formuliert, dass diese Probleme der anderen ändern solle.

Das Alternativmodell des DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) bildet

A. Schwierigkeiten in mindestens zwei der Bereiche *Identität*, *Selbststeuerung*, *Empathie* und *Nähe* ab, die sich mit mittelgradiger oder stärkerer Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit manifestieren und für die

B. die problematischen Persönlichkeitsmerkmale *Grandiosität* und *Suche nach Aufmerksamkeit* erfüllt sind.

Der Funktionsbereich der *Identität* kann dabei von schwankender Selbstüber- oder -unterschätzung sowie von der vom instabil-wechselhaften Selbstwert abhängiger Emotionsregulation mit Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstüberhöhung geprägt sein. Auch der Bereich der *Selbststeuerung* kann derartigen Schwankungen unterliegen, nämlich in Form von unangemessen hohen Massstäben, um sich als aussergewöhnlich erleben zu können (gefolgt von Selbstabwertung und Minderwertigkeitsgefühlen bei Nichterreichen von Zielen) und zu niedrigen Ansprüchen an sich selbst aus einer Anspruchshaltung heraus (bspw. in Form von Externalisierungstendenzen). Ein Anspruchsdenken kann bspw. deutlich werden in Bezug auf eine besondere Behandlung oder automatisches Eingehen auf eigene Erwartungen.

Das Kriterium der eingeschränkten *Empathie* kann verbunden sein mit der übertriebenen Ausrichtung auf die Reaktionen anderer, aber nur, wenn diese als wichtig für die eigene Person betrachtet werden und beinhaltet somit einen Egozentrismus bzw. eine Selbstbezogenheit. Ebenfalls gehört in diesen Bereich die Über- und Unterschätzung der eigenen Wirkung auf andere und damit ein unrealistisches Selbstbild.

Die *Nähe* in zwischenmenschlichen Beziehungen wird weitgehend oberflächlich gestaltet und dient der Selbstwertregulation in einem opportunistischen, instrumentalisierenden und ausbeuterischen Sinn, die die Gegenseitigkeit einschränkt durch das geringe Interesse an den Erfahrungen anderer.

Ebenfalls können die beiden problematischen Persönlichkeitsmerkmale *Grandiosität* (Anspruchshaltung, Selbstbezogenheit) und *Suche nach Aufmerksamkeit* (übermässiges Bestreben aufzufallen) beschrieben werden.

Es ist hierbei also zu beachten, dass eine derartige Symptomausprägung wie sie im DSM-Alternativmodell beschrieben wird, phänomenologisch nicht einer überwiegend arroganten und überheblichen Haltung entspricht, wie man sie in einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 oder DSM-5 beschreiben würde und aufgrund der hohen Ich-Syntonie häufig kaum mit einem Selbstberichtfragebogen wie dem SCID-2 zu erfassen war. Vielmehr folgen auf die selbstüberhöhenden und anspruchigen Denkmuster und Verhaltensweisen gemäss der Kriterienbeschreibung nach dem DSM-Alternativmodell Phasen des Selbstzweifels und der Minderwertigkeitsgefühle, wie sie als vulnerable Grundlage

der narzisstischen Struktur verstanden werden und Insuffizienzgefühle wie eine fragile Selbstwertproblematik unter der grandiosen Fassade zum Vorschein bringen können (siehe auch Lammers et al., 2013). Eine derartige Symptombeschreibung kann von klinischem Nutzen sein, insofern Narzisstische Persönlichkeitsstörungen häufig bei depressiver Dekompensation oder Suchterkrankungen klinisch relevant, diagnostiziert und behandelt wurden (siehe bspw. Fiedler, 2003 oder auch Renneberg & Herpertz, 2021) – also wenn das beschriebene Minderwertigkeitssegment und die erhöhte Kränkbarkeit und nicht eine Anspruchshaltung und Grossartigkeit prägnant werden.

In der ICD-10 wurde die Narzisstische Persönlichkeitsstörung im Anhang unter der Sammelkategorie F60.8 gemeinsam mit anderen nicht eigens aufgeführten Persönlichkeitsstörungen (wie bspw. der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung) subsumiert (WHO, 2004). Ein klinisches Bild liess sich damit allerdings nicht beschreiben. In späteren Auflagen der ICD-10-Klassifikation (WHO, 2015) wurden neun Zentralmerkmale hinzugefügt, von denen mindestens fünf erfüllt sein mussten und die sich stark am DSM orientierten. Dazu gehörten ein Grössengefühl, Fantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Schönheit oder ideale Liebe, Gefühl der Einmaligkeit oder der Besonderheit, ein Bedürfnis nach übermässiger Bewunderung, eine unbegründete Anspruchshaltung, die Ausnützung von zwischenmenschlichen Beziehungen, ein Mangel an Empathie, Neidgefühle oder die Überzeugung, beneidet zu werden und ein hochmütiges Verhalten. Eine differenzierte Symptombeschreibung fand sich weiterhin in der ICD-10-Klassifikation nicht.

Mit dem Wegfall der spezifischen Persönlichkeitsstörungen und der Syndrombeschreibungen (ausser dem Borderline-Muster) in der ICD-11, ergeben sich auch in der Klassifikation der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung wie sie bisher zusammengefasst wurde Erneuerungen. Kernmerkmale wie ein instabiles Selbstwertgefühl, das sich mit dem Streben nach Anerkennung und Aufmerksamkeit zu stabilisieren versucht, eine offene oder versteckte Grandiosität, ein Anspruchsdenken und das Suchen nach Bewunderung, die Ausrichtung auf andere zur Selbstwertregulation mit erheblichen Schwankungen zwischen Selbstüber- und Selbstunterschätzung, eine eingeschränkte Empathiefähigkeit und instrumentalisierende Verhaltensweisen werden nun eher über eine phänomenologisch diagnostische Herangehensweise erhoben, von einer

strapazierten und vielbedeutsamen und vielleicht gerade daher zur Worthölse gewordenen Begrifflichkeit der narzisstischen Störung wird abgesehen.

Entsprechend dem prozessualen Diagnoseverständnis der integrativen Diagnostik, stehen damit nunmehr die Funktionseinschränkungen im Fokus, die auch bei hoher Ich-Syntonie einer Störung als leidvoll erlebt werden und somit gemäss dem Mutualitätsprinzip diskursiv entsprechend der Grundregel der Integrativen Therapie (Petzold, 2000), losgelöst von stigmatisierten Begrifflichkeiten (wie *narzisstisch* oder *empathielos*) erhoben und psychoedukativ im theragnostischen Prozess vermittelt werden können.

### ***Vorschlag der Klassifizierung nach ICD-11***

Die für die ICD-11-Diagnostik (WHO, 2020) erforderliche **Schweregradbestimmung** kann sich bei einer mässigen Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung, die vormals als narzisstisch definiert wurde, beispielsweise in einem unrealistischen *Selbstbild* mit mangelhafter kritischer Selbstreflexion äussern, was sich in Schwankungen zwischen einem übersteigerten Selbstwertgefühl und Selbstabwertungen zeigt (siehe dazu auch Renneberg & Herpertz, 2021). Eigene Stärken und Grenzen werden überschätzt und stimmen nicht mit der Identifizierung und der Identifikation mit anderen überein, womit eine brüchige Identität beschrieben werden kann. Diskrepanzen zwischen dem Fremd- und Selbstbild können zu tiefgreifenden Krisen und Versagenserlebnissen führen. Davon ist auch die Selbststeuerung als Ich-Funktion betroffen und mit einer mangelnden Kritikfähigkeit kann sich eine instabile, unrealistische Selbsteinschätzung in bestimmten Kontexten wie der Arbeit problembehaflet und konfliktreich, in anderen wie dem Verhalten im Freizeitclub oder dem Engagement in politischen Aktivitäten aber ausreichend funktional äussern. Ausmass und Durchdringungsgrad *interpersoneller Dysfunktionen* zeigen sich in einer eingeschränkten Fähigkeit, die Perspektive anderer zu verstehen und zu berücksichtigen und aufkommende Konflikte in Beziehungen zu bewältigen. Es kann ein ausbeuterisches, opportunistisches Beziehungsverhalten festgestellt werden. Beispielhaft besteht ein Interesse, Beziehungen zu anderen einzugehen, allerdings auf der Grundlage einer schwachen Perspektivenübernahme eine deutlich eingeschränkte Fähigkeit, diese nah und reziprok befriedigend zu gestalten und aufrechtzuerhalten.

Für den phänomenologisch narrativen diagnostischen Prozess spielen die Ebenen der Manifestation, der Äusserung dieser Funktionseinschränkungen, eine zentrale Rolle. Auf der *Manifestationsebene* der *Emotionen* besteht möglicherweise eine eingeschränkte Bandbreite und Angemessenheit emotionaler Erfahrungen und des Ausdrucks mit intensiven und häufigen Wutaffekten, einem mangelnden Mitgefühl mit anderen einerseits, aber einer starken Tendenz, emotionaler Überreagibilität bei erhöhter persönlicher Kränkbarkeit andererseits. *Kognitionen* können von inadäquaten und selbstbezogenem situativen und zwischenmenschlichen Bewertungen in stressreichen und unsicheren Situationen geprägt sein und Entscheidungen in ungewissen Situationen von Impulshaftigkeit. Ansichten, Überzeugungen und Werte sind häufig wenig stabil, aber rigide, was sich in Abwertungen anderer Wertesysteme äussern kann. In der *Verhaltensmanifestation* kann eine fehlende Flexibilität in der Impulskontrolle dominieren und eine mangelnde Modulation von kontextabhängigem und verantwortungsvollem Verhalten mit der Berücksichtigung von Konsequenzen desselben. Stärkere Ausprägungen in der Verhaltensmanifestation als Reaktion auf intensive Emotionen oder stressreiche Umstände können sich in aggressiven, gewaltvollen Handlungen äussern.

Als prominente **Persönlichkeitsmerkmale** schlagen Renneberg und Herpertz (2021) zur Spezifizierung einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischer Ausprägung die Bestimmung der ICD-11-Domänen *Negativer Affektivität*, *Dissozialität* und *Enthemmung* vor. Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsdomäne der Negativen Affektivität lassen sich demnach mit heftigen Wutaffekten (einschliesslich deren Ausdruck) und einem extrem schwankenden Selbstwertgefühl beschreiben. Merkmale der Dissozialität sind ein extremer Selbstbezug und Egozentrität sowie fehlendes Mitgefühl für andere, was sich häufig aus dem starken Selbstbezug ergibt. Im Bereich der Enthemmung kann Verantwortungslosigkeit und ein Streben nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung, sowie eine Rücksichtslosigkeit gegenüber Bedürfnissen anderer deutlich werden. In den Persönlichkeitsdomänen der Distanziertheit und des Anankasmus ergeben sich in der Regel keine Auffälligkeiten.

### ***Ätiologische Überlegungen und theragnostische Implikationen***

Während die ICD-10-Diagnostik im Fall der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung durch fehlende und die DSM-Systeme durch heterogene Symptombeschreibung eine Konzeptdiffusion mit mangelhaftem Störungsverständnis

und stigmatisierenden Zuschreibungen geprägt haben, bietet die ICD-11-Diagnostik auf der Grundlage der allgemeinen Kriterien von Funktionseinschränkungen und der Bestimmung evidenzbasierter Persönlichkeitsdomänen eine Grundlage für eine prozessuale, multitheoretische sowie tiefenhermeneutische diagnostische Herangehensweise, die nicht auf Zuschreibungen und starre Kategorisierungen, sondern auf therapeutische Interventionen ausgerichtet sein soll. Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung und deren konzeptionelle Entwicklung in den letzten knapp 50 Jahren in den Diagnosemanualen wie sie vorgängig dargestellt wurde, stehen beispielhaft für einen Reifizierungsprozess einer Diagnose. Die deskriptive und theragnostische Vorgehensweise in der ICD-11-Diagnostik gibt Anlass zur Hoffnung, dass dieser bisherigen – u.a. stigmatisierenden und entfremdeten Diagnosestellung – entgegengewirkt wird. Das Vorgehen der Integrativen Diagnostik der longitudinalen, kontextbezogenen Lebenswegforschung im Austausch zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut kann auf der Grundlage der ICD-11-Diagnostik ausgehend von den Phänomenen (Symptome der Funktionsbeeinträchtigungen, Verhaltensmanifestationen) zu den Strukturen («Narrative»; kognitiv und emotional manifestierte Repräsentationen) zu den Entwürfen umgesetzt werden.

Auch das klinische Krankheitsverständnis fusst in der ICD-11 Diagnostik ausgerichtet an den Funktionsbereichen des Selbst, der interpersonellen Beziehungen, der Kognitionen, Emotionen und des Verhaltens unter Einbezug variabler Kontexte und der Veränderbarkeit über die Lebensspanne auf einem gesamtheitlichen Persönlichkeitsverständnis, das auch in Bezug auf ätiologische Überlegungen eine multitheoretische Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie analog den Pathogenesemodellen der Integrativen Therapie zulässt, während die spezifischen Persönlichkeitsstörungen mit monokausalen Modellvorstellungen Kurzschlüsse über das Zustandekommen psychischer Erkrankungen inhärent hielten. Ätiologische Theorien über die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischer Ausprägung lassen sich in der integrativen Krankheitslehre auf ein zeittextendiertes Zusammenspiel multipler entwicklungserschädigender Faktoren in der Lebensspanne zurückführen. Schädigende Einflüsse lassen sich hierbei gemäss dem Pathogenesemodell von Entwicklungsnoxen beispielsweise als Defizite konsistenter, verlässlicher Nähe von Bezugspersonen / Caregiver und Störungen bei fehlender Kontinuität im Erziehungsstil, aber auch Konflikte verstehen. Bereits

dargestellt wurden potentielle Auswirkungen von Defiziten im Leibselbst (siehe Kapitel *Integrative Pathogenesemodelle*), die gemäss Ferenczi im Sinne einer Notreaktion überkompensatorisch mit einem starken Ich zu bewältigen versucht würden, dies aber auf dem Boden eines brüchigen Selbst. Konflikte im Identifikationsprozess können gemäss dem Pathogenesemodell schädigender Noxen (Petzold, 2003a) vor diesem Verstehenshintergrund als Ausdruck einer dauernden Bedrohung durch die Infragestellung des Selbstbildes durch andere entstehen, die die eigene besondere Bedeutsamkeit nicht teilen würden (siehe auch Renneberg & Herpertz, 2021). Die Konflikte werden in der narzisstischen Überkompensation geradezu wieder mit der Selbstüberhöhung aufgelöst, womit ein rigides Selbstbild gefestigt und die Identität wiederum in Konflikt mit der Mitwelt gebildet wird. Damit wird diese diskrepante Feedbackschleife zu einer selbstwertschädigenden und destabilisierenden Spirale.

Gemäss dem *Modell der doppelten Handlungsregulation* nach Sachse (1997, 2016) werden von Personen mit Persönlichkeitsstörungen Informationen auf charakteristische Art und Weise verarbeitet und Handlungen reguliert. Es wird davon ausgegangen, dass Personen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, in ihrer Biografie Frustrationen bzw. Störungen und Defizite in den zentralen Beziehungsmotiven erfahren haben. Zu diesen Beziehungsmotiven und grundlegenden Bedürfnissen zählen das Motiv nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Einhalten von Grenzen. Werden im Heranwachsen wiederholt und zeitextendiert Grundbedürfnisse frustriert oder bleiben diese unbefriedigt, kann als Lösungsversuch eine Entwicklung von Handlungen erfolgen, mit deren Hilfe man zumindest Aspekte der eigenen Bedürfnisse befriedigen kann. Bleibt also beispielsweise das Bedürfnis nach Anerkennung und Wichtigkeit unbefriedigt, kann ein Kind Strategien entwickeln, um Aufmerksamkeit zu erhalten, zum Beispiel als positive Ausprägung, indem es besonders gute Leistungen in der Schule erbringen will oder in der negativen, indem es Krankheiten und Verletzungen herbeiführt, für die man sich um das Kind kümmern muss. In beiden Fällen erhält es Aufmerksamkeit für sein spezifisches Handeln, das Grundbedürfnis nach Anerkennung und Wichtigkeit bleibt aber unbefriedigt, denn die tatsächliche Absicht bzw. das Grundbedürfnis bleibt im Unklaren und das Handeln intransparent.



Gemäss diesem Modell beinhaltet die Ebene der dysfunktionalen Schemata Annahmen über die eigene Person und über Beziehungen, wie diese funktionieren oder was man von ihnen erwarten kann (Sachse, 2016). Diese Schemata können mit Narrativen, überwiegend sogar mit malignen Narrativen verglichen werden. Spezifische Schemata über die eigene Person (z.B. "ich bin nicht wichtig") oder über Beziehungen (z.B. Beziehungen sind nicht verlässlich oder in Beziehungen wird man abgewertet) führen nämlich zu automatisierten negativen Erwartungen und eine damit einhergehende Sensibilisierung auf situative Reize, die die Erwartungen bestätigen könnten. Insofern bilden sie – wie Narrative – eine Wahrnehmungsfolie und eine Grundlage, wie zwischenmenschliche Interaktionen interpretiert werden und an welchen Mustern man sich diesbezüglich orientiert. Damit kann bereits eine vermeintlich kleine Unaufmerksamkeit durch den Interaktionspartner (z.B. nicht zurückrufen auf einen Anruf oder das Führen eines Parallelgesprächs beim Einkassieren im Supermarkt) eine Bestätigung des Schemas/Narratives ("ich bin nicht wichtig") bewirken und eine damit einhergehende tiefe Kränkung auslösen bzw. reaktivieren. Als Reaktion auf derartig dysfunktionale und maligne Narrative können kompensatorische Handlungen ausgebildet werden, die als Versuch, die entwertenden Selbstannahmen zu entkräften bzw. sich das Gegenteil zu beweisen, verstanden werden (bspw. mit Selbstanweisungen wie "wenn du die Beste bist, dann wird dich niemand abwerten und niemand einen Grund haben, sich von dir abzuwenden" oder "ich muss besonders auffallen, damit man sich um mich kümmert").

Das Handeln wird dann beispielsweise auf perfektionistische Verhaltensweisen, hohe Leistungsorientierung oder aufmerksamkeitsuchende Verhaltensweisen ausgerichtet, wie es für narzisstische Persönlichkeitsmerkmale häufig charakteristisch ist. Damit ist ein Teufelskreis von Bewältigungsmechanismen geschaffen, denn die dysfunktionalen Narrative ("ich bin unwichtig", "ich bin ungenügend") regen negative Affekte (z.B. Insuffizienzgefühle), die kompensiert werden und das Handeln wird auf die Vermeidung der Selbstannahmen ausgerichtet (z.B. "ich darf nicht mehr übersehen werden"), was zu kurzzeitiger Erleichterung führt ("ich bin doch nicht so unwichtig", "man sieht mich doch") und in der Folge die defizitäre Versorgung der Grundbedürfnisse längerfristig aufrechterhält. Werden dazu selbst- und fremdschädigende Bewältigungsstrategien herangezogen, erfahren auch diese eine Selbstverstärkung ("ich werde nur gesehen, wenn ich Grenzen

übertrete") und es folgt häufig in der Konsequenz die Selbstabwertung ("ich habe es wieder nicht geschafft, warum kann ich kein normales Leben führen?"), was wiederum Insuffizienzgefühle befeuert.

Ein solch kompensatorischer Mechanismus eines fragilen Selbstwertgefühls kann durch Selbstüberhöhung und Abwertung in einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung häufig nachvollzogen werden. Motivational geht es laut Sachse (2016) bei Persönlichkeitsstörungen des Cluster B gemäss DSM-5 (APA, 2015) dabei überwiegend um die Beziehungsmotive Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit und Solidarität. Eine für narzisstische Persönlichkeitsstörung charakteristische Anspruchshaltung und Egozentrismus wird in der Beziehungsgestaltung besonders deutlich, wenn diese bei frustrierten Bedürfnissen und Beziehungsmotiven wie Anerkennung, Wichtigkeit oder Nähe per Grenzüberschreitung gelöst wird. Auch freundschaftlichen Verhaltensweisen können motivational insofern als eine Kompensation bei erlebter Missachtung als dysfunktionale Strategie verstanden werden, durch Dominanz und Machtausübung Aufmerksamkeit und Wichtigkeit beispielsweise durch Verbotenes zu erlangen.

Theragnostisch kann die gemeinsame Erarbeitung eines solchen Verstehensmodells selbstwertschützend wirken. Konkret kann beispielsweise ein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung, Anerkennung und Kontrolle validiert werden, sowie positive Narrative bzw. Skripts selbstwertschützender Überlegenheit, aber auch negative, maligne Narrative wie die der eigenen Unzulänglichkeit können gemeinsam erörtert werden. Für die Erarbeitung eines gemeinsamen Verstehensmodells bieten die Funktionseinschränkungen, anhand derer die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 erfasst wird, eine praktische Grundlage, denn diese Einschränkungen richten sich direkt am Leidensdruck der betroffenen Person und keiner schwer vermittelbaren und reduzierenden Zuschreibung aus. Maligne Narrative wie bspw. «wenn ich nicht der Beste bin, bin ich nichts» können dahingehend beispielsweise mit den intra- und interpsychischen schädigenden Konsequenzen in Zusammenhang gebracht werden (aspektiv), aber auch retrospektiv mit einer mangelhaften Bedürfnisversorgung. Nebst dem Schaffen einer gemeinsamen Sprache, einer Mutualität und Vertrauensgrundlage in der therapeutischen Relationalität (Petzold, 2012c), wird damit bereits der erste Weg der Heilung und Förderung der Integrativen Therapie (Petzold, 2012h) anhand der

Bewusstseinsarbeit und der Erarbeitung von Exzentrizität, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen im diagnostisch-theragnostischen Prozess beschrrieben.

### ***Theragnostischer Einsatz integrativer Techniken***

Die Integrative Diagnostik bietet zur Bestimmung des Schweregrads der andauernden Funktionsbeeinträchtigung einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-11 und für die Überprüfung der Aspekte des Funktionsniveaus variable Techniken. Nachfolgend werden einige Techniken exemplarisch für einen möglichen theragnostischen Prozesses aufgeführt.

Das Funktionsniveau des Selbst gibt gemäss der ICD-11-Diagnostik Aufschluss über das Ausmass und den Durchdringungsgrad einer allfälligen Persönlichkeitsstörung (siehe Kapitel *Aspekte des Funktionsniveaus zur Schweregradbestimmung*). Für die zugehörige Frage, inwiefern sich das Identitätsgefühl als beständig, inkonsistent, rigide oder beweglich zeigt, kann die Erhebung der fünf Säulen der Identität herangezogen werden. Die fünf Säulen der Identität können sowohl mit der Hilfe kreativer Medien erhoben werden (z.B. anhand einer bildlichen Darstellung über den Füllstand der Identitätssäulen in der aktuellen Situation oder im Lebensverlauf) als auch mit dem Fragebogen zu deren Erfassung, dem heuristischen Instrument *FESI* (Kames, 1992). Dabei können sechs Fragen pro Identitätssäule Informationen über den Bereich der Leiblichkeit liefern (z.B. „ich betrachte meinen Körper gern“ oder „die Rollen, die ich in meinem Leben ausfülle, zwingen mich irgendwie ein“), über den sozialen Kontext und das Netzwerk (z.B. „ich habe oft den Eindruck, dass andere Personen schuld daran sind, wenn ich unglücklich bin“ oder „persönliche Nähe zu anderen Menschen zu finden, fällt mir leicht“), über die Arbeit und Leistung, inkl. Freizeit (z.B. „mein Beruf, meine Ausbildung entspricht meinen Neigungen und Fähigkeiten“ oder „ich leide darunter, dass wegen meiner Arbeit/Ausbildung viele andere Dinge zu kurz kommen“), die materielle Sicherheit, inkl. Wohnsituation (z.B. „mit dem Verhältnis zu meinen Nachbarn bin ich zufrieden“ oder „ich kann mir nur das Nötigste leisten“), und über die Werte (z.B. „mir fällt es schwer, wichtige Entscheidungen zu treffen“, „für mein Leben sehe ich keine Ziele mehr“).

Die Exploration eines positiven und stabilen Selbstwertgefühls und die eigene Sicht und Einschätzung auf eigene Stärken und Grenzen können mit der Technik eines Kontinuums-Charts, bzw. einer Panorama-Technik erarbeitet werden. Dazu

bietet sich beispielsweise die Darstellung eines Potential-Ressourcen-Probleme-Panoramas (PRP-Panorama) an (Petzold, 1997p, Petzold & Sieper, 2008c). Multiple Wirkfaktoren wie Negativeinflüsse und Ereignisketten sowie Positiveinflüsse wie Protektivfaktoren, aber auch Defiziterfahrungen können dabei zum Ausdruck gebracht, sowie aspektive Elemente von Zielen und Bedürfnissen im Lebenslauf berücksichtigt werden. Für den Bereich der protektiven Faktoren und Positiveinflüssen kommt als potentialorientiertes Humanverfahren in der Integrativen Diagnostik hierbei auch der Erhebung von Coping- und Creatingstrategien eine wichtige Bedeutung zu, die sich anhand einer Ressourcen-, Potenzial- und Resilienzanalyse darstellen lässt (siehe dazu Kapitel *Erhebung von Funktionsbereichen* und Osten, 2019). Die Erhebung von Kompetenzen zur Selbststeuerung und der motivationalen und volitionalen Fähigkeiten kann über das „Narrative willensdiagnostische Interview“ (NWI; Petzold & Sieper, 2008c) erfolgen, das Aufschluss darüber gibt, wo eine Person in der Entwicklung steht, angemessene Ziele zu planen, zu wählen und in ihrem Lebenslauf zu implementieren. Diese Techniken erlauben einen explorativen Prozess in der Diagnostik und wiederum ein theragnostisches Vorgehen auf dem ersten Weg der Heilung und Förderung anhand der mutuellen Bewusstseinsarbeit in Form eines gemeinsamen Erarbeitens von salutogenetischen und pathogenetischen Faktoren im Lebenslauf. Das gemeinsame Erarbeiten und Verstehen von Bedürfnissen einer Person eröffnet hierbei auch die Möglichkeit zu weiteren Erklärungsmodellen wie dem vorgängig ausgeführten Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 2016) mit der Würdigung vorherrschender und auch frustrierter Bedürfnisse (wie Anerkennung oder Wichtigkeit).

Das Funktionsniveau und allfällige Einschränkungen in der *Beziehungsgestaltung* lassen sich sowohl mit Kontext-Charts als auch Kontinuum-Charts erheben. Zur Darstellung des sozialen Kontexts kann ein Netzwerkchart in Form eines sozialen Atoms mit Bezügen der Nähe und Bedeutung dienen, das Aufschluss gibt über die soziale Situation, die supportive Valenz und die erlebte Qualität eines Beziehungsnetzwerks (Petzold, 1993h). Derartige Netzwerkdarstellungen können für die verschiedenen Kontexte einer Person zur Geltung kommen (z.B. familial oder arbeitsbezogen). Zur Berücksichtigung der interpersonellen Beziehungen im Lebenslauf kann ein Convoy-Chart erstellt werden, in dem soziale Netzwerke zu verschiedenen Lebensaltern und die

Sozialisationsgeschichte im Kontinuum dargestellt werden. Diese Technik birgt den Informationswert potentiell schädigender Milieus oder Personen in der biografischen Darstellung.

Zur Erhebung der allgemeinen Eingangskriterien der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 (siehe S. 6), kann die Erhebung einer Lebensweltanalyse für die Berücksichtigung der Situationsunabhängigkeit einer Störung in familiären, sozialen, ausbildungs- und berufsbezogenen Lebenskontexten im Kontinuum (von 2 Jahren) überprüft werden. Die Heuristik der *healthy functioning personality* kann ein differenziertes Bild über die Manifestationsebenen der Emotionen, Kognitionen und des Verhaltens darstellen, die wiederum beispielsweise anhand von Ich-Funktionsdiagrammen, respektive Ego-Charts mit der Exploration verschiedener Ich-Funktionen (Denken, Wollen, Handeln, Fühlen, etc.) erarbeitet werden können. Im Bereich der emotionalen Manifestationsebene allfälliger Funktionsbeeinträchtigungen kann theragnostisch der Entwicklungsprozess von Emotionsdifferenzierung und -wahrnehmung oder Dynamik und Regulation von Gefühlen dargestellt werden, im kognitiven Manifestationsbereich ein Motivations- und Willenspanorama, im Bereich der Verhaltenssteuerung kann die Selbstfürsorglichkeit, Impulssteuerung und Lebenszielgestaltung mit kreativen Medien zum Ausdruck gebracht werden.

### **Diagnostische Implikationen für therapeutische Ziele in der Integrativen Therapie**

Das überarbeitete Klassifikationssystem der ICD-11 kommt dem integrativen diagnostischen Prozess als Grundlage für die Ausarbeitung von therapeutischen Zielen, Inhalten und Methoden nah, denn dieser setzt ein hermeneutisches Verständnis voraus (wahrnehmen – erfassen – verstehen – erklären – wahrnehmen...). Dies soll an einem Beispiel veranschaulicht werden:

Im diagnostischen Prozess wird bei Frau K. eine ausgeprägte Einschränkung von emotionalem Ausdruck wahrgenommen, zudem äussert sie, unerwünschte Emotionen kaum zu empfinden, Nähe sei ihr häufig unerträglich, was zu ständigen Konflikten in Partnerschaft, der Arbeit und ihrem sozialen Umfeld führt, denn niemand wisse, woran man bei ihr sei und sie wisse es selbst auch nicht, also ziehe sie sich in der Folge zurück. Phänomenologisch wird erfasst, dass Frau K. kaum Modulation in ihrer Mimik und ihrer Gestik oder der Stimmlautstärke zeigt. Ein Blick auf ihren biografischen Hintergrund lässt verstehen, dass Frau K. jahrelang massiven Konflikten zwischen ihren Eltern und ihrem Bruder ausgesetzt

war und sie gelernt hatte, sich rauszuhalten und emotional abzuschalten. Ihr Erklärungsansatz basiert auf diesem Verständnis, dass Emotionen und deren Ausdruck für sie bedrohlich sind und zu Konflikten führen, sie sich davon möglichst fernhalten sollte. Therapeutisch führt diese phänomenologische Feststellung zu der Zielformulierung der Emotionsdifferenzierung. Im Verlauf von zwei Jahren ambulanter Therapie erarbeitet sich Frau K. eine Palette von Gefühlsausdrücken, mit der sie ihre Bedürfnisse besser wahrnehmen, erfassen und kommunizieren kann. Weiter bemerkt sie zwar Einschränkungen in ihrer Partnerschaft, sie kann allerdings durch die neu erlernte Gefühlswahrnehmung und den Ausdruck neue Bekanntschaften im Töpferkurs schliessen und sie erhält die Rückmeldung von ihrer Chefin, «spürbarer» zu sein.

Während hier nur eine emotionale Manifestationsebene im Funktionsniveau von Frau K. exemplarisch beleuchtet wird, verdeutlicht diese auf konkreter Praxisebene das Entwicklungspotential in verschiedenen Funktionsbereichen. Frau K. hat ihre Persönlichkeit nicht «verändert», sie erhält durch die konkrete phänomenologische Herangehensweise an ihre Funktionseinschränkungen allerdings einen erweiterten Handlungs- und Gestaltungsspielraum ihrer Lebenswelt.

Nach zwei Jahren wird Frau K. in verschiedenen Situationen mit einem angemessenen Emotionsausdruck wahrgenommen, wenn auch nicht überschwänglich. Sie schafft es aber dadurch, ihre Bedürfnisse besser wahrzunehmen und in Kontakt mit ihren Mitmenschen zu treten. Auf der interpersonellen Ebene führt dies dazu, dass andere Personen sie als schüchtern, aber interessiert und nicht mehr als abgekoppelt und desinteressiert wahrnehmen. Die Wahrnehmung von ihrem emotionalen Ausdruck hat sich also verändert, dadurch wird unter anderem erfasst, dass Frau K. ein Interesse hat, in Beziehungen zu treten, es ihr aber schwerfällt. Sie versteht, dass emotionaler Ausdruck für sie bedrohlich war, es aber nicht immer sein muss. Sie erklärt sich die Schwierigkeiten mit ihrem biografischen Hintergrund und die mögliche Variabilität mit den neueren emotionalen Erfahrungen und zwischenmenschlichen Feedbacks. Sie nimmt sich als flexibler wahr und als veränderungsbereit, geht mit einer neuen Haltung in zwischenmenschliche Interaktionen.

Diagnostisch entstehen dadurch im Verlauf grosse Unterschiede durch und mit der hermeneutischen Spirale (siehe Abbildung 5). Die hermeneutische Spirale kann so im Sinne eines Selbstwirksamkeitserlebens und in einem salutogenetischen Verständnis beschrieben werden. So wie die Spirale kontinuierlich weiterdreht, so entwickelt sich die Persönlichkeit eines Menschen kontinuierlich in der Interaktion ihrer Lebenswelt weiter. Das Funktionsniveau von Frau K. hat sich auf den verschiedenen Manifestationsebenen bereits in dem Zeitabschnitt von zwei Jahren

anhand des Beispiels des emotionalen Ausdrucks sowohl im Verhalten, interpersonell als auch kognitiv und sowieso emotional verändert. Die überarbeitete ICD-11-Version erlaubt, einem solchen Prozess Rechnung zu tragen und beispielsweise eine Reduktion im Schweregrad einer Störung zu beschreiben oder die Symptomschwere als dadurch nicht mehr für eine Persönlichkeitsstörung qualifizierend einzuschätzen.

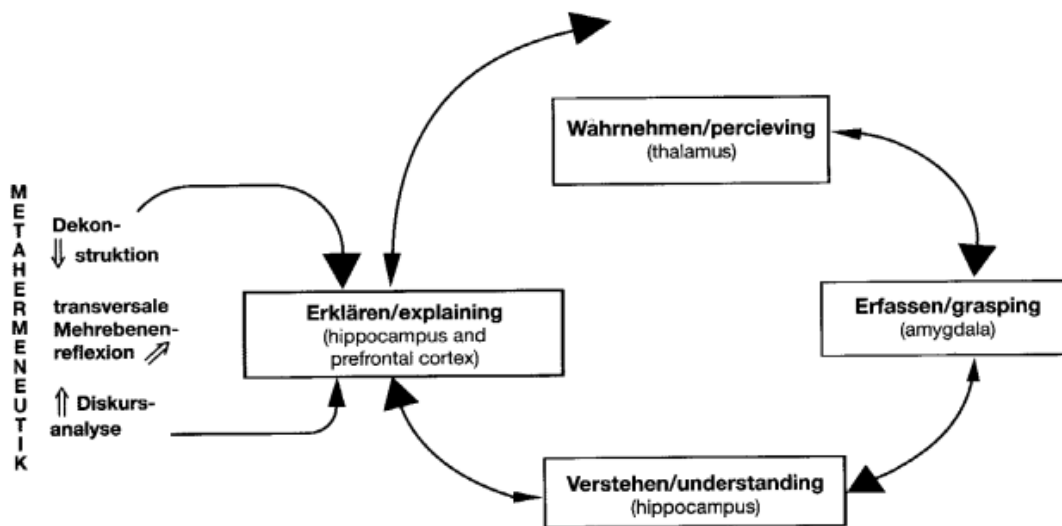


Abb. 5: Die hermeneutische Spirale „Wahrnehmen  $\Rightarrow$  Erfassen  $\Rightarrow$  Verstehen  $\Rightarrow$  Erklären“ und ihre meta-hermeneutische Überschreitung des Erklärens durch „ $\uparrow$  Diskursanalyse  $\downarrow$  (Foucault),  $\downarrow$  Dekonstruktion  $\uparrow$ “ (Derrida), transversale Mehrebenenreflexion  $\nearrow$  (Petzold)

Abbildung 1. Die hermeneutische Spirale, aus: Petzold (2002a).

### **Therapeutische Implikationen am konkreten Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Im integrativen Vorgehen der Diagnostik und Theragnostik wird auf eine Multimodalität zur Begegnung auf die multiplen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung zugegriffen, die sich in der Kombination kognitiver, behavioraler, psychodynamischer, interaktionaler, leibtherapeutischer und Netzwerkinterventionen zeigt und sich an den vier Wegen der Heilung und Gesundheitsförderung der Integrativen Therapie orientiert (Petzold, 2012h). Ein emotionales Verstehen biografischer Zusammenhänge aus dem diagnostisch-narrativen Prozess wird mit der stützenden, akzeptierenden, strukturgebenden Sicherheit der therapeutischen Beziehung angestrebt. Am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden diese Implikationen diagnostischer Kriterien für therapeutische Ziele und

Massnahmen gemäss Petzold und Osten (1998) verdeutlicht. Da sich die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-5 weitgehend für die Bestimmung des Borderline-Musters nach ICD-11 gehalten haben, können spezifische therapeutische Massnahmen auch weiterhin an den definierten Symptombereichen ausgerichtet werden.

Petzold und Osten (1998) schlagen dazu für Symptome im *interpersonellen Bereich* wie das verzweifelte Bemühen, reale oder eingebildete Verlassenheit zu vermeiden vor, Strategien der Versicherung und kognitiver Realitätsüberprüfung anzuwenden und Verträge zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient einzugehen. Ein Muster instabiler, intensiver Beziehungen (zwischen Idealisierung und Abwertung) kann als Behandlungsziel implizieren, Einsicht zu gewinnen (kognitive und emotionale Strukturierungshilfen), womit die heilsame Wirkung der Bewusstseinsarbeit und damit der erste Weg der Heilung und Förderung der Integrativen Therapie verfolgt wird (Petzold, 2012h). Der zweite und vierte Weg der Heilung und Förderung wird mit dem Einbezug wichtiger Netzwerkpersonen angestrebt, die angeleitet werden, sich entsprechenden Reinszenierungen zu entziehen und angemessene Interaktionen zu unterstützen. Einerseits kann dies positive Beziehungserfahrungen ermöglichen, andererseits eine heilsame Solidaritätserfahrung bieten. Zudem wird der dritte Weg der Heilung und Förderung anhand multipler Stimulierung, der Vergrösserung von Ressourcenpotential und Verbesserung von Ressourcennutzung mit der Steigerung explorativer Neugier, Kokreativität und Erlebnisaktivierung mit dem Einsatz von behaviouralem Rollenspiel und Imaginationsübungen, thought stopping, action stopping sowie der Implementierung „innerer Beistände“ (vgl. Petzold und Orth, 1994a) erarbeitet.

Im Bereich der Impulsivität kann das Kriterium selbstschädigenden Verhaltens mit „Behaviourdramas“ und verhaltenstherapeutischen Imaginationstechniken (Petzold und Osterhues, 1972), womit wiederum die Erlebnisaktivierung des dritten Weges der Heilung und Förderung zum Zuge kommt. Dies soll im Anschluss an biographische Arbeit erfolgen, die nach dysfunktionaler Lerngeschichte und belastenden Ursachen sucht. Entsprechend der Methoden und Techniken Integrativer Diagnostik kann dazu einerseits mittels narrativer Praxis vorgegangen werden andererseits aber auch mit kreativen Medien wie einem dreizügigen



Karrierepanorama, das Defizite, Ressourcen und Traumata im Lebenslauf berücksichtigt.

Im Bereich der Affekte wurde zur Behandlung der Kriterien emotionaler Instabilität mit der Symptomatik ausgeprägter Stimmungsreaktivität, dysphorischer Stimmung, dem chronischen Gefühl der Leere und starker Wut und -ausbrüche, Hilfen zur Unterstützung von „persönlicher Souveränität“ (Petzold und Orth, 1994a) entwickelt, die der „emotionalen Differenzierungsarbeit“ (Petzold 1992a, 789ff) dient, dies in Gestaltung der therapeutischen Beziehung als Korrespondenzprozess (mitsamt der Übertragungsarbeit, siehe auch Petzold, 1980g) als auch mit Hilfen für Handhabung von Beziehungen im Alltag sowie mit Kontakt- und Entspannungsübungen und Techniken zur emotionalen Umstimmung (*shifting*). Als dem Erlernen von Emotionsregulationstechniken dienlich gilt ausserdem das Stützen der Kontrollfähigkeit, z.B. durch Entspannungs- und Lauftraining (i.S. eines Neuerlernens von Regulation der Körperspannung und Förderung der Souveränität und Selbstwirksamkeit) und als Basis zur Erarbeitung dieser Fähigkeiten, die Beziehungsarbeit in der therapeutischen Dyade.

Als therapeutische Implikation für ein ausgeprägt und anhaltend instabiles Selbstbild und Selbstwertgefühl und dissoziative Symptome, ein chronisches Gefühl der Leere und Suizidversuche sowie selbstverletzenden Verhaltensweisen gelten ein biografisch aufdeckendes Vorgehen, emotionale Beziehungsarbeit, Hilfen zur Veränderung dysfunktionaler volitiver, emotionaler und kognitiver Strategien und die Ausarbeitung sowie Umsetzung sozialer Unterstützung im Netzwerk.

Damit schlagen Petzold und Osten (1998) ein spezifisches und differenziertes Vorgehen für die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen mit einem Borderline-Muster vor, die sich direkt auf die Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die ICD-11-Diagnostik erhoben werden muss und den damit verbundenen Leidensdruck einer Person ausrichten.

## **5 Schlussbemerkungen**

Die Erarbeitung störungsspezifischer evidenzbasierter Behandlungsansätze für die erneuerte Auffassung von Persönlichkeitsstörung hat die Chance, sich auch künftig an phänomenologischen Funktionseinschränkungen zu orientieren. Die Integrative

Diagnostik bietet dabei reichhaltige Möglichkeiten, die verschiedenen Ebenen einer individuellen Persönlichkeit entlang einer phänomenologischen Vorgehensweise zu erfassen. Der Einbezug von Funktionsbereichen der Heuristik der *healthy functioning personality* und der Einsatz von medialen Techniken wie ein Lebens- oder PRP-Panorama, die multitheoretische Pathogenesemodelle berücksichtigen, sind dafür beispielhaft für das theragnostische und prozessuale Verständnis der Integrativen Diagnostik, für die die Erneuerungen der ICD-11-Diagnostik eine aussichtsreiche neue Grundlage bereitstellt.

## **6 Zusammenfassung: ICD-11 und Integrative Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen**

Das neue Diagnoseverständnis von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 zielt entsprechend dem salutogeneseorientierten integrativ-prozessualen diagnostischen Vorgehen nicht auf die Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen ab, sondern auf Beeinträchtigungen. Damit wird der diagnostische Prozess einem theragnostischen angenähert und gestaltet sich entsprechend dem Verständnis der Integrativen Therapie deskriptiv auf den phänomenologischen Manifestationsebenen. In der vorliegenden Arbeit wird die erneuerte Konzeption von Persönlichkeitsstörungen dem Verständnis Integrativer Diagnostik gegenübergestellt, Potentiale und Probleme der verschiedenen Konzepte beleuchtet und anhand von konkreten Beispielen verdeutlicht. Die Arbeit hat zudem zum Ziel, Implikationen für den therapeutischen Prozess durch die erneuerte Diagnostik nutzbar zu machen.

**Schlüsselwörter:** Integrative Diagnostik, Persönlichkeitsstörungen, ICD-11, prozessuale Diagnostik, Klassifikationssystem

### **Summary: ICD-11 and integrative diagnostics in personality disorders**

The new concept in ICD-11 of diagnosing personality disorders is not aimed at changing personality traits, but at identifying impairments, in line with the salutogenesis-oriented integrative-processual diagnostic approach. This brings the diagnostic process closer to a theragnostic procedure and, in accordance with the understanding of integrative therapy, is descriptive on the phenomenological levels of manifestation. In the present work, the revised concept of personality disorders is compared with the understanding of integrative diagnostics, the potentials and problems of the various concepts are highlighted and illustrated using concrete examples. The work also sets out to make implications for the therapeutic process usable through the renewed diagnostics.

**Keywords:** integrative diagnostics, personality disorders, ICD-11, procedural diagnostics, classification system

## 7 Literatur

- Akhtar, S. (1989). Narcissistic personality disorder: Descriptive features and differential diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 505-529.
- Amaresha, A.C., Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 34(1), 12-20.  
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4(1), 47–55.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18, 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Baron, S., Linden, M. (2008). The role of the “International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF” in the description and classification of mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 (Suppl 5), 81–85.  
<https://doi.org/10.1007/s00406-008-5013-3>
- Bateson, G. (1973). The Logical Categories of Learning and Communication. In G. Bateson (Ed.), *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry and Epistemology*. London: Paladin.
- Blickhan, D. (2018). *Positive Psychologie: Ein Handbuch für die Praxis*. Junfermann.
- Blizard, R. A. (2008). The role of double binds, reality-testing and chronic relational trauma in the genesis and treatment of borderline personality disorder. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. J. Dorahy (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* (pp. 295–306). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470699652.ch21>
- Brown, G.W., Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*. 19, 241-58.
- Buber, M. (1962). Ich und Du (1923). *Werke I*, 77-170.
- Costa, P., McCrae, R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653–665. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90236-I](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90236-I)
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 321–330.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>

- Eysenck, H. J. (1983). Psychophysiology and personality: extraversion, neuroticism and psychoticism. *Individual Differences and Psychopathology*.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-273903-3.50007-9>
- Fiedler, P. (2003). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe.
- Fiedler, P., Herpertz, S. C. (2023). *Persönlichkeitsstörungen*, 8. Aufl. Beltz.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., Zanarini, M. C., et al. (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 767–775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.767>
- Gunderson, J. G., Ronningstam, E., & Bodkin, A. (1990). The diagnostic interview for narcissistic patients. *Archives of General Psychiatry*, 47(7), 676–680.
- Gunderson, J. G. (2010). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 694–708.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.694>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., . . . Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837.
- Gunderson, J. G., Links, P. (2014). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Second Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Ruiz Rodríguez, J., Peri, J. M., Gárriz, M., Garcia, L. F., Sorrel, M. A., Sureda, B., Vall, G., Ferrer, M., & Calvo, N. (2023). Borderline, where are you? A psychometric approach to the personality domains in the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(3), 355–359. <https://doi.org/10.1037/per0000592>
- Hauser, N. C., Herpertz, S. C. & Habermeyer, E. (2021). Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15, 30–38. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00648-3>
- Herpertz, S. C. (2018). A new approach to classifying Personality Disorders. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 86(3), 150–155. <https://doi.org/10.1055/a-0576-7149>
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., ... & Sharp, C. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 577–589.
- Herpertz, S. C., Jeung, H., Mancke, F., & Bertsch, K. (2014). Social dysfunctioning and brain in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47(6), 417–424.  
<https://doi.org/10.1159/000365106>
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques (3 volumes)*. Felix Alcan. Reprint (1984). Société Pierre Janet. English edition: *Psychological healing (2 volumes)*, Macmillan, Reprint: Arno Press.

- Kames, H. (1992). Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie*, 4(92), 363–386.
- Lammers, C. H., Vater, A., & Roepke, S. (2013). Narzisstische Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 84(7). <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3772-1>
- Mokros, A., & Osterheider, M. (2009). Die psychopathische Persönlichkeit. *NeuroTransmitter*, 20(11), 40–45.
- Orth, I., & Petzold, H. G. (2000). Integrative Therapie. Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit – ein „lifespan developmental approach“ Theorie, Praxis, Wirksamkeit, Entwicklungen. *Integrative Therapie*, 2 (3), 131-144.
- Osten, P. (2019). Praxis der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik. In P. Osten (Hrsg.), *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)*. UTB-facultas.
- Petzold, H. G. (1974). Integrative Bewegungstherapie. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Integrative Therapien*. Junfermann.
- Petzold, H. G. (1980g). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, S. 223-290. In H.G. Petzold (Hrsg.) (1980f), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie*, Junfermann.
- Petzold, H. G. (1988d). Die "vier Wege der Heilung und Förderung" in der "Integrativen Therapie" und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der "Integrativen Bewegungstherapie", Teil I. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Integrative Therapie 4, Teil II, IT 1., revid. als „Die vier Wege der Heilung und Förderung“* (S. 42-96). In *Bd. I, 1* (1996a [S.173-283]).
- Petzold, H. G. (1988n/1996a). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2* (3. revid. und überarbeitete Auflage, 1996a). Junfermann.
- Petzold, H. G. (1988t, November, 27-30). *Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens* [Vortrag]. 7. Deutsches Symposium für Kunsttherapie, EAG, Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H. G. (1991o). Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Integrative Therapie, Bd. II, 1*, (S. 333-395). Junfermann.
- Petzold, H.G.(1992a). *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie*, Paderborn: Junfermann, Überarbeitete Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G. (1992f). Gebt Narziß seinen ehrlichen Namen zurück - Überlegungen zu einem Buch über "Narzißmus". *Integrative Therapie* 3, 323-325.
- Petzold, H.G. (1993h). Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379.
- Petzold, H.G. (1996f/2013): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative*

Therapie 2/3, 288-318 und POLYLOGE 10/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2013-petzold-h-g-1996f-krankheitsursachen-im-erwachsenenleben-perspektiven-fuer.html>

- Petzold, H. G. (1997p/2007a). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, S. 435-471. In Petzold, H. G. (Hrsg.) (1998a/2007a), *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung: Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis*, VS Verlag. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html>
- Petzold, H. G. (1998a). *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis*, 2. erw. Aufl. Junfermann.
- Petzold, H. G. (2000, Mai, 1). *Einführung zu einer Grundregel für die IT* [Vortrag]. Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, EAG, Akademie, Hückeswagen. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>.
- Petzold, H. G. (2002a). Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung. „Einführung“, S. 25-85. In H. G. Petzold (Hrsg.) (2003a), *Integrative Therapie. 3 Bde* (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a), Junfermann.
- Petzold, H. G. (2003a). *Integrative Therapie. 3 Bde* (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a), Junfermann.
- Petzold, H. G. (2003e). Menschenbild und Praxeologie. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>
- Petzold, H. G. (2011d). Integrative Therapie, S. 265-276. In G. Stumm (Hrsg.), *Psychotherapie. Schulen und Methoden*, Falter.
- Petzold, H. G. (2012a). *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven*. Springer VS Verlag.
- Petzold, H. G. (2012c). Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affiliaer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie*. 1, 73-94. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuendnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und.html>
- Petzold, H. G. (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Integrative Therapie*, 8(3).
- Petzold, H. G. (2012q). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“ Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und



- sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“, 1. Teil. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit*. <https://www.fpi-publikation.de>
- Petzold, H. G. (2018r). Das Verfahren der Integrativen Therapie – ein methodenübergreifender Ansatz moderner Psychotherapie. Einreichpapier für das Akkreditierungsverfahren in der Schweiz. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit*. <https://www.fpi-publikation.de>
- Petzold, H. G., & Müller, M. (2007). MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Revid. von H.G. Petzold, & M. Müller (2005), S. 367-431. In H. G. Petzold (Hrsg.) (2007a), *Integrative Supervision*, 2. Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>
- Petzold, H. G., & Orth, I. (1993). Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie*, 1(2), 95-153.
- Petzold, H. G., & Orth, I. (1994a/2012). Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*. 4(94), 340–391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a- kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>
- Petzold, H. G., & Osten, P. (1998). Integrative Diagnostik in der Integrativen Therapie mehrperspektivische Betrachtung und dynamische Prozeßanalyse. *POLYLOGE: Internetzeitschrift für "Integrative Therapie"*. EAG-Publikationen.
- Petzold, H. G., & Osterhues, O. (1972/2022). Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. *POLYLOGE: Internetzeitschrift für "Integrative Therapie"*, (7). EAG-Publikationen. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.7744>
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2008c). Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen, S.473-592. In H.G. Petzold, & J. Sieper (Hrsg.) (2008a), *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie*. 2 Bände. Sirius. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold sieper 2008 integrative willenstherapie teil2.pdf>
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2012a). „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis, S. 243-321. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen*. Krammer.



- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie*. Junfermann
- Renneberg, B. & Herpertz, S. C. (2021). *Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe.  
<https://doi.org/10.1026/02508-000>
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 68-75.
- Sachse R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe.
- Sachse R. (2016). Persönlichkeitsstörungen. In T. Schnell (Hrsg.), *Praxisbuch: Moderne Psychotherapie*. Springer.
- Saß, H. (1987). *Psychopathie—Soziopathie—Dissozialität: Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen*. Springer.
- Scheiblich, A., Petzold, H.G., Orth-Petzold, S. (2016). Integrative Behandlung eines Mannes mit einer Mehrfachabhängigkeit und hohem Gewaltpotential im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation unter Substitution. *Polyloge*, 04/2016, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2016-scheiblich-a-petzold-orth-petzold-mehrfachabhaengigkeit-gewalt-prozesstransparenz.html>
- Schlagmann, K. (2008). Zur Rehabilitation von Narziss. Mythos und Begriff. *Integrative Therapie* 34(4), 443-464.
- Schlagmann, K. (2021). *Die Narzissmus-Lüge. Über den Missbrauch eines emanzipatorischen Mythos*. Frankfurt: Fischer.
- Schneider, K. (1923). Die psychopathischen Persönlichkeiten. In G. Aschaffenburg (Ed.), *Handbuch der Psychiatrie: Spezieller Teil, 7. Abt., 1. Teil* (S. 69–165). F. Deuticke.
- Stieglitz, R. D., Freyberger, H. J. (2018). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in ICD-10/-11 und DSM-5. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 71–83. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000343>
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., ... & Swales, M. (2011). A classification based on evidence is the first step to clinical utility. *Personality and Mental Health*, 5(4), 304-307.
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatinia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C., ... & Guo, B. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personality and Mental Health*, 8, 254-263.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Westen, D., Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 258–272. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.258>
- Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding negative self-evaluations in borderline personality disorder: A review of self-related cognitions, emotions, and motives. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0771-0>

- World Health Organization [WHO]. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. <https://iris.who.int/handle/10665/42407>
- World Health Organization [WHO]. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10. Aufl.*, WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *International statistical classification of diseases and related health problems, 11. Aufl.*, WHO.
- Young, J., & Flanagan, C. (1998). Schema-focused therapy for narcissistic patients. In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 239–262). American Psychiatric Association.
- Zanarini, M. (2019). *In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Integratives Modell klinisch relevanter Konflikte (Petzold 1975/1988n), aus: Petzold (2003b).....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
Abbildung 2. Mehrebenenmodell. Aus: Petzold (1974, S. 318).....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.24</b>
Abbildung 3. Initialdiagnostik im Vergleich des statisch, kategorialen ICD-10-Systems (oben) und dem phänomenologisch-prozessualen, dimensional System nach ICD-11 (unten). .....	27
Abbildung 4. Verlaufsdagnostik. Veränderungen in der Ausprägung des Schweregrades einer Persönlichkeitsstörungen zeigen sich in der ICD-11-Diagnostik (unten) dynamisch und phänomenologisch im Funktionsniveau.....	28
Abbildung 5. Die hermeneutische Spirale, aus: Petzold (2002a). .....	45