

Pukrop, Ralf

## **Auf dem Weg zum DSM-V: Neue Ansätze zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 8, S. 610-624*

urn:nbn:de:bsz-psydok-48406

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# ÜBERSICHTSARBEITEN

## Auf dem Weg zum DSM-V: Neue Ansätze zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Ralf Pukrop

### Summary

*Toward DSM-V: New approaches for the classification of personality disorders*

Dissatisfaction with the existing categorical classification system for personality disorders has stimulated DSM-V Research Planning Work Groups to check alternative dimensional representations. Four different strategies have been suggested: 1. dimensional representations of existing categories; 2. dimensional reorganization of diagnostic criteria; 3. integration of personality disorders with dimensional models of general personality structure; 4. identification of spectra of dysfunction cutting across personality, axis I and axis II disorders. Together with models of dimensional classification two further relevant aspects are discussed: First, the question of stability and changeability of personality (disorder) and thus the question of childhood and adolescence antecedents. Second, the search for neuroscientific foundations of personality disorder traits that can be integrated by an endophenotypic approach. These considerations imply a heuristic framework guided by the vision of an etiologically based classification system for personality disorders (and possibly other psychiatric syndromes).

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 610-624*

### Keywords

Personality disorders – personality dimensions – behaviour genetics – developmental perspective

### Zusammenfassung

Die Unzulänglichkeiten der bestehenden kategorialen Klassifikationssysteme für Persönlichkeitsstörungen haben die maßgeblichen Gremien zur Vorbereitung des DSM-V veranlasst, dimensionale konzipierte alternative Repräsentationsformen für Persönlichkeitsstörungsmerkmale zu prüfen. Vier mögliche Strategien werden dazu vorgeschlagen: 1. dimensionale Repräsentationen der bestehenden Kategorien; 2. eine dimensionale Reorganisation der diagnostischen Kriterien; 3. Orientierung an nicht klinischen Modellen der Persönlichkeit; 4. integrative Modelle für Persönlichkeitsmerkmale, Achse I- und Achse II-Störungen. Im Zusammenhang

mit den dimensionalen Klassifikationsvorschlägen werden außerdem zwei weitere relevante Aspekte diskutiert: Zum Einen die Frage der Stabilität und Veränderbarkeit von Persönlichkeits(störungs)merkmalen und damit einhergehend auch die Frage nach entsprechenden Vorläufern in Kindheit und Jugend; zum Anderen die Frage nach den neurowissenschaftlich begründbaren Bedingungen einer Klassifikation, die sich in Form eines Endophänotypenansatzes integrieren lassen. Die Überlegungen führen zu einem heuristischen Rahmenmodell, das von der Vision eines ätiologisch begründeten Klassifikationssystems für Persönlichkeitsstörungen (und darauf aufbauend auch für andere psychiatrische Syndrome) geleitet wird.

## Schlagwörter

Persönlichkeitsstörungen – Persönlichkeitsdimensionen – Verhaltensgenetik – Entwicklungsperspektive

Die Entwicklung des DSM-V wirft seine Schatten voraus. Eine entsprechende Planungskonferenz kam zu dem frustrierenden Ergebnis, dass es keinen einzigen spezifischen Labormarker für die im DSM definierten Syndrome gebe, dass die epidemiologisch ermittelten Komorbiditätsraten enorm hoch und die kurzfristigen diagnostischen Stabilitäten zu gering seien (Kupfer et al., 2002). Unter therapeutischer Perspektive sei dementsprechend eine störungsspezifische Behandlung eher die Ausnahme als die Regel. Eindeutig kategorial abgrenzbare Entitäten erscheinen demnach als wenig adäquate Repräsentationsform für psychische Störungen. Eine für die Nomenklatur zuständige Arbeitsgruppe kommt daher zu dem Schluss, dass das DSM-V ganz oder teilweise auf Dimensionen statt auf kategorialen Einteilungen beruhen solle (Rounsaville et al., 2002). Es wird empfohlen, ein dimensionales System zunächst im Bereich der Persönlichkeitsstörungen zu erproben, um es dann gegebenenfalls auf andere klinische Syndrome zu übertragen. Die Serie internationaler Konferenzen zum DSM-V kann auch im Internet abgerufen werden ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

Ein kategorialer Klassifikationsansatz erscheint bei Persönlichkeitsstörungen in besonderem Maße inadäquat. Entsprechende Kritik wurde bereits vielfach in der einschlägigen Literatur zusammen getragen (Livesley, 1998; Widiger u. Sanderson, 1995). Die wichtigsten Argumente gegen einen kategorialen Ansatz bei Persönlichkeitsstörungen sind eine exzessive diagnostische Koinzidenz, eine bedeutsame klinische Heterogenität der Kategorienmitglieder, relativ willkürlich festgelegte diagnostische Cut-Off-Werte (z. B. 4 von 7 Kriterien für die paranoide Persönlichkeitsstörung) sowie eine unvollständige Abdeckung des gesamten Phänomenbereiches (die Restkategorie „nicht näher bezeichnet“ ist die im klinischen Kontext am häufigsten benutzte Kategorie; Verheul u. Widiger, 2004). Darüber hinaus ist der erzielte Erkenntnisfortschritt im Hinblick auf die neurobiologischen, genetischen, entwicklungspsychologischen und therapeutischen Grundlagen für die Mehrzahl der Persönlichkeitsstörungsd Diagnosen als gering einzustufen.

Diese Probleme ergeben sich jedoch nicht nur bei der Abgrenzung der Persönlichkeitsstörungen untereinander im Sinne ätiologisch sinnvoller diagnostischer Einheiten,

sondern auch bei der Unterscheidung von Persönlichkeitsstörungen und anderen psychiatrischen Syndromen (Achse I vs. Achse II). Eine Differenzierung in episodisch auftretende Symptome (Achse I) und zeitstabile Traitmerkmale (Achse II) ist ebenso wenig aufrechtzuerhalten wie eine ätiologisch orientierte Einteilung in eher genetisch-biologisch begründete und eher psychosozial angelegte Störungsgruppen (Livesley, 2001). Alternative Klassifikationsansätze sollten daher nicht nur die Persönlichkeitsstörungen umfassen, sondern auch ihre komplexen Beziehungen zu anderen klinischen Syndromen sowie kontinuierliche Übergänge von den dysfunktionalen Ausprägungen zu den klinisch unauffälligen Merkmalen der Persönlichkeit als solcher berücksichtigen.

Dimensionale Alternativmodelle für das bestehende kategoriale System der Persönlichkeitsstörungen orientieren sich in der Regel an einer von vier möglichen Strategien (Widiger u. Simonsen, 2005):

1. Dimensionale Repräsentation bestehender Kategorien
2. Dimensionale Reorganisation der diagnostischen Kriterien
3. Orientierung an nicht klinischen Modellen der Persönlichkeit
4. Integrierte Modelle für Persönlichkeitsmerkmale, Achse I- und Achse II-Störungen

## **1 Strategie 1: Dimensionale Repräsentation bestehender Kategorien**

Eine einfache Möglichkeit einer dimensionalen Konversion des bestehenden Klassifikationssystems kann über ein dimensionales Profil der bestehenden (oder leicht revidierten) diagnostischen Kategorien hergestellt werden. Der Vorteil entsprechender Ansätze (Oldham u. Skodol, 2000; Tyrer u. Johnson, 1996; Westen u. Shedler, 2000) bestünde in der Beibehaltung vertrauter Konstrukte. Man würde dann etwa eine kontinuierlich abgestufte antisoziale Beschreibungsdimension, eine dependente, eine narzisstische usw. in das System aufnehmen. Ein entscheidender Nachteil ergibt sich allerdings daraus, dass man im Prinzip im herkömmlichen System verhaftet bleibt und fundamentalere Dimensionen übersieht, die den bestehenden Kategorien zugrunde liegen und deren mannigfaltige Überlappungen besser erklären könnten.

## **2 Strategie 2: Dimensionale Reorganisation der diagnostischen Kriterien**

Mehr verspricht daher ein anderer Ansatz, der bis auf die Ebene der einzelnen Kriterien und Symptome zurückgeht, und diese mit Hilfe statistischer Methoden zu empirisch valideren Dimensionen fehlangepasster Persönlichkeitsmerkmale reorganisiert. Auf diese Weise soll eine Struktur aufgedeckt werden, die den Kriterien zugrunde liegt, aber von den herkömmlichen Persönlichkeitsstörungskategorien abweicht. Die bekanntesten Beispiele für ein solches Vorgehen sind das „Schedule for Adaptive and Nonadaptive Personality“ (SNAP; Clark et al., im Druck), das „Personality Psychopathology – Five“ (PSY-5; Harkness u. McNulty, 1994), das „Dimensional Assessment of

Personality Pathology“ (DAPP; Livesley, 2003) und die „Shedler and Westen Assessment Procedure-200“ (SWAP-200; Shedler u. Westen, 2004). Ein Beispiel zu diesem Ansatz soll im Folgenden etwas ausführlicher dargestellt werden:

*Beispiel zu Strategie 2: Der „Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire“ (DAPP-BQ; Livesley, 2003; Livesley et al., 1998)*

Der DAPP-BQ basiert auf einem empirisch begründeten System von psychopathologisch relevanten Persönlichkeitsmerkmalen und wurde seit den 80er Jahren systematisch im Sinne eines Bottom-up-Ansatzes an der Universität in Vancouver entwickelt. Dazu wurde zunächst eine umfangreiche Sammlung klinisch relevanter Beschreibungsmerkmale aus der einschlägigen Fachliteratur zusammengestellt. Diese Sammlung geht weit über das DSM oder die ICD hinaus und umfasst Termini und Aussagen zu Persönlichkeitsstörungsmerkmalen aus ganz unterschiedlichen theoretischen Richtungen (z. B. tiefenpsychologische, kognitive oder bindungstheoretische Konstrukte). Nach der Eliminierung redundanter Beschreibungen wurden die Merkmale in Itemform 938 Experten vorgelegt, die sie auf ihre jeweilige Prototypizität für Persönlichkeitsstörungsdiagnosen einschätzten. Mit Hilfe einer anschließenden Serie psychometrisch ausgerichteter Analysen an klinischen und nicht klinischen Stichproben sowie weiteren Expertenbefragungen konnten zunächst 100 Beschreibungsdimensionen (Traits) mit 1943 Items generiert werden. Schließlich ließ sich ein System von 18 Traits (290 Items) etablieren, das den Anspruch erhebt, den Bereich psychopathologisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale umfassend und hinreichend abbilden zu können. Die 18 Merkmale lassen sich ihrerseits wieder zu 4 Faktoren höherer Ordnung zusammenfassen: Emotionale Dysregulation, Dissoziales Verhalten, Gehemmtheit, Zwanghaftigkeit (Tab. 1). Der DAPP-BQ weist darüber hinaus weitgehende Konvergenz mit anderen Ansätzen wie z. B. dem SNAP auf (Clark et al., im Druck), die eine ähnliche Entwicklungsstrategie verfolgt haben.

**Tabelle 1:** Faktoren erster und zweiter Ordnung aus dem „Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire“ (DAPP-BQ; Livesley, 2003)

Emotionale Dysregulation	Dissoziales Verhalten	Gehemmtheit	Zwanghaftigkeit
Affektive Labilität	Gefühlskälte	Intimitätsprobleme	Zwanghaftigkeit
Ängstlichkeit	Verhaltensprobleme	Ausdrucksarmut	Oppositionelles Verhalten
Kognitive Verzerrung	Reizsuche	Soziale Vermeidung	
Identitätsprobleme	Ablehnung		
Unterwürfigkeit	Narzissmus		
Unsichere Bindung			
Oppositionelles Verhalten			
Soziale Vermeidung			
Selbstverletzung			
Argwohn			
Narzissmus			

### 3 Strategie 3: Orientierung an nicht klinischen Modellen der Persönlichkeit

Ein dimensionaler Klassifikationsansatz impliziert in der Regel auch kontinuierliche Übergänge von adaptiv und funktional ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen über auffällige Akzentuierungen bis hin zu den Persönlichkeitsstörungen. Letztere würden demnach als Extremvarianten normaler Persönlichkeitsmerkmale aufgefasst werden. Leider existiert eine verwirrende Vielfalt von Persönlichkeitsmodellen mit einer entsprechend großen Anzahl an Konstrukten im Sinne stabiler Traitmerkmale. Von diesen Modellen sind bisher acht zu den Persönlichkeitsstörungen der klinischen Klassifikationssysteme in Beziehung gesetzt worden. Über die größte empirische Evidenz verfügen die bekannten Modelle der „Big Three“ von Eysenck (1987; Extraversion, Neurotizismus, Psychotizismus) und der „Big Five“ in der Version von Costa und McCrae (1992; Extraversion, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Offenheit/Intellekt). Darüber hinaus reklamiert aber auch das psychobiologische Modell nach Cloninger (2000) mit vier Temperaments- (Schadensvermeidung, Neugierverhalten, Persistenz, Belohnungsabhängigkeit) und drei Charakterdimensionen (Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität, Selbsttranszendenz) klinische Relevanz für sich. Schließlich finden sich zweidimensionale interpersonale Circumplexmodelle (Wiggins, 2003; Benjamin, 1996), und auch Millon et al. (1996), Tellegen (Watson et al., 1999), Tyrer (2000) sowie Zuckerman (2002) haben Persönlichkeitsfaktoren vorgeschlagen, die ebenfalls für sich in Anspruch nehmen, den psychopathologisch relevanten Bereich hinreichend repräsentieren zu können.

Wichtiger als eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Modelle und aller potenziellen Beschreibungsdimensionen erscheint jedoch eine Analyse der integrativen Möglichkeiten, um der Vielfalt und Beliebigkeit Herr zu werden. Sowohl auf theoretischer wie auch empirischer Ebene zeigt sich, dass vier bis fünf Beschreibungsdimensionen höherer Ordnung notwendig, aber auch hinreichend sind, um die Varianz von Persönlichkeitsmerkmalen angemessen zu erfassen (Markon et al., 2005; Widiger u. Simonson, 2005). Zusätzliche Faktoren lassen sich als Kombination dieser Basisdimensionen rekonstruieren. Ein solches Konsensmodell ist darüber hinaus auch in der Lage, die rein klinisch orientierten Ansätze (s. Strategie 2) zu integrieren.

Im Einzelnen werden die folgenden Faktoren höherer Ordnung vorgeschlagen:

1. *Extraversion vs. Introversion*: Eine solche Dimension kommt in fast allen Modellen vor und wird alternativ auch als Soziabilität, Aktivität, Positiver Affekt oder vom anderen Pol her betrachtet als Introversion, Gehemmtheit (DAPP) oder Rückzug beschrieben. Zum Einen ist hiermit die motivationale Kraft positiver Emotionen zur Verhaltensaktivierung, zum Anderen aber auch deren interpersonelle Konsequenz in Form von sozialer Annäherung und Aktivität gemeint.

2. *Neurotizismus vs. Emotionale Stabilität*: Dieser Bereich wird auch als Negativer Affekt oder in klinisch orientierten Modellen wie dem DAPP als Emotionale Dysregulation bezeichnet. Hiermit werden eine erhöhte Stressanfälligkeit mit den assoziierten affektiven Zuständen der Ängstlichkeit, Depressivität oder des Ärgers umrissen.

3. *Antagonismus vs. Verträglichkeit/Compliance*: Dieser Bereich umfasst aggressives, dissoziales, zurückweisendes, ausbeuterisches oder antagonistisches Verhalten im zwischenmenschlichen Kontakt. Das Psychotizismuskonstrukt nach Eysenck und auch die DAPP-BQ Dimension „Dissoziales Verhalten“ sind nicht deckungsgleich mit diesem Faktor, da sie zusätzlich Aspekte der Impulsivität und Reizsuche enthalten, die bei einer Zusammenschau der Modelle eher einen eigenständigen Bereich definieren (s. 4.).

4. *Gewissenhaftigkeit vs. Impulsivität*: Die meisten Modelle enthalten eine Dimension, die ein Verhaltenskontrollsystem umschreibt. Auf der einen Seite sind damit Zwanghaftigkeit, Verhaltenskontrolle, Gewissenhaftigkeit, Leistungsorientierung oder im Angloamerikanischen der Begriff des „Constraint“ gemeint, auf der anderen Seite finden sich Konstrukte wie Impulsivität, Enthemmung oder Hedonismus.

Es ist davon auszugehen, dass sich kein einzelnes Modell als dimensionale Variante zur Repräsentation der Persönlichkeit bzw. auch der Persönlichkeitsstörungen durchsetzen wird, sondern ein modellübergreifender Kompromiss zu erwarten ist. Das bedeutet aber zwangsläufig, dass die gewählten Termini für die hierarchisch höher stehenden Persönlichkeitsdimensionen den jeweiligen Inhaltsbereich nicht vollständig abdecken können. Jeder Konsens wird demnach auch Verluste an empirisch validierten Konstrukten mit sich bringen. Es ist z. B. eine offen diskutierte Frage, ob ein fünfter Faktor (Offenheit, Fantasie, Intellekt, Spiritualität) noch einen notwendigen Beitrag zur Repräsentation der Persönlichkeit leisten kann.

### 3.1 Temperament und Persönlichkeit in Kindheit und Jugend als Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen

Ein einheitliches Modell, das gleichermaßen angepasste wie abnorme Persönlichkeitsmerkmale zu repräsentieren beansprucht, muss sich auch einer Entwicklungsperspektive und damit der Frage nach den Vorläufern in Kindheit und Jugend stellen. Betrachtet man zunächst die umfangreiche Literatur zu den normal ausgeprägten Temperaments- und Persönlichkeitseigenschaften in Kindheit und Jugend, so kommen neuere Reviewarbeiten zu dem Schluss, dass sich die entsprechenden Merkmale mit Hilfe von vier oder fünf übergeordneten Faktoren hinreichend beschreiben lassen (Caspi et al., 2005; Mervielde et al., 2005). In Form von Eltern-, Lehrer-, Peer- oder Selbstratings liegen Daten für den Altersbereich von 3-12 Jahren vor. Die Faktoren werden als Extraversion/Positiver Affekt, Neurotizismus/Negativer Affekt, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Offenheit/Intellekt/Fantasie interpretiert und weisen dementsprechend nicht nur dem Namen, sondern auch dem Inhalt nach eine weitgehende Übereinstimmung mit den Big Five aus dem Erwachsenenbereich auf.

Demgegenüber ist die Literatur zu psychopathologisch auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen in Kindheit und Jugend äußerst spärlich. Das ist zu einem großen Teil erneut auf die Schwächen eines kategorialen Diagnoseansatzes zurückzuführen, der sich insbesondere bei der Anwendung im Kindesalter aus vielerlei Grün-

den als besonders problematisch erweist: Aufgrund eingeschränkter Artikulationsmöglichkeiten muss man sich verstärkt auf Fremdurteile (Eltern, Lehrer) verlassen; es besteht die Gefahr, Syndrome aus dem Erwachsenenbereich einfach auf andere Entwicklungsphasen zu übertragen; entwicklungsbedingte Veränderungen sowie unterschiedliche individuelle Geschwindigkeiten dieser Veränderungen können die Bedeutung symptomatischer Verhaltensweisen modifizieren; die Unterscheidung zwischen stabilen Symptomen und vorübergehenden Reaktionen auf ungünstige Umweltbedingungen ist kaum zuverlässig zu treffen.

Auf der anderen Seite existieren hinreichende empirische Belege für starke genetisch determinierte Varianzanteile und für kontinuierliche Entwicklungsverläufe über die gesamte Lebensspanne (Caspi et al., 2005; Livesley et al., 1998; s. nachfolgender Abschnitt zur Stabilität der Persönlichkeit). Meines Wissens wurde bislang nur ein Versuch unternommen, psychopathologisch relevante Persönlichkeitsmerkmale aus kindlichen und jugendlichen Entwicklungsphasen in ein dimensionales Modell zu fassen. An der Universität in Gent ist ein entsprechend aufwändiger Forschungsansatz umgesetzt worden, indem ähnlich wie beim DAPP zunächst klinisch relevante Termini und Beschreibungen gesammelt und dann systematisch psychometrisch und inhaltlich analysiert wurden. Das Ergebnis dieser Bemühungen ist ein Beurteilungsinstrument mit 222 Items (DIPSI; DeClercq et al., 2004), das an 6-14-Jährigen aus klinischen und nicht klinischen Stichproben validiert wurde. Auch dieser Itempool weist eine vierfaktorielle Struktur auf: Introversion, Emotionale Instabilität, Zwanghaftigkeit und Unverträglichkeit. In diesem Falle ergibt sich also erneut eine deutliche Korrespondenz zu den Persönlichkeitsstörungsdimensionen bei erwachsenen Personen, wie sie etwa im DAPP-BQ erfasst werden.

### 3.2 Stabilität der Persönlichkeitsmerkmale

Persönlichkeit ist ein relativ zeitstabiles Konstrukt und daher nicht beliebig zu verändern. In einem Review über Längsschnittstudien ergaben sich in Abhängigkeit vom Altersbereich stetig steigende Stabilitäten von 0.35 (0-3 Jahre), 0.52 (3-6 Jahre), 0.45 (6-12 Jahre), 0.48 (12-18 Jahre), 0.57 (18-29 Jahre), 0.62 (30-49 Jahre) bis zu 0.75 (50-70 Jahre; Roberts u. DelVecchio, 2000).

Über die Stabilität und Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen wissen wir erneut wesentlich weniger als über nicht klinische Persönlichkeitsmerkmale. In neuerer Zeit wurden dazu aber erstmalig anspruchsvollere Langzeitstudien durchgeführt, die sowohl Evidenzen für stabile als auch veränderliche Komponenten erbrachten (Cohen et al., 2005; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005): Für die Instabilität der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sprechen eine kontinuierliche Abnahme der Symptome zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr (etwa 1 % pro Jahr), eine Remissionsrate der Borderline Persönlichkeitsstörung von 74 % nach sechs Jahren (18-35-jährige Patienten) und Remissionsraten der schizotypen, vermeidenden und zwanghaften Persönlichkeitsstörung von 50 % nach zwei Jahren (18-45-jährige Patienten).

Auf der anderen Seite erzielen einzelne Kriterien für Persönlichkeitsstörungen aus allen drei Clustern Stabilitätskoeffizienten zwischen dem 13. und 22. Lebensjahr von 0.42 bis 0.65, was der Stabilität normaler Persönlichkeitsmerkmale recht nahe kommt. Das interindividuelle Ranking, das heißt die eigene Position innerhalb einer Population, bleibt im Laufe der Lebensentwicklung sogar noch wesentlich stabiler. Betrachtet man normale Persönlichkeitsfaktoren wie die Big Five bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungsdiagnose, so zeigen sich diese dimensional eingeschätzungen gleichfalls über einen Zeitraum von zwei Jahren äußerst stabil (0.70-0.80). Welches Fazit lässt sich aus diesen prima vista widersprüchlichen Befunden zur Stabilität nun ableiten?

Die Autoren der zitierten Langzeitstudien gehen von einem Zwei-Komponenten-Modell aus (z. B. Cohen et al., 2005). Auf der einen Seite werden akute Symptome wie z. B. selbstverletzendes Verhalten oder spezifisches Vermeidungsverhalten beobachtet, die mit Stressoren und Lernprozessen verbunden sind, relativ schnell remittieren, eher spezifische Kernsymptome einer Persönlichkeitsstörung ausmachen und häufig den unmittelbaren Behandlungsgrund definieren. Auf der anderen Seite lassen sich stabile Traitmerkmale wie z. B. Impulsivität oder Insuffizienzgefühle identifizieren, die eher genetisch-biologisch verankert sind, relativ langsam remittieren, relativ unspezifisch sind und tendenziell eher mit dem langfristigen psychosozialen Outcome assoziiert sind. Da Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sowohl akute Symptome als auch stabile Traits in ihren Kriterienlisten enthalten, ist die Zugehörigkeit zu einer entsprechenden Störungskategorie weit weniger stabil als es die allgemeine Definition von Persönlichkeitsstörungen im DSM vorgibt.

### 3.3 Ein integrativer Ansatz zur dimensional Repräsentation

Die bisher vorgestellten Befunde legen einen möglichen Konsens bei der Suche nach einem dimensional Beschreibungsmodell nahe, da sich funktionale wie klinisch auffällige Persönlichkeitsmerkmale im Kindes-/Jugend- und Erwachsenenbereich offenbar mit ähnlichen Konstrukten auf einer abstrakten Ebene hinreichend beschreiben lassen (s. Tab. 2). Auffällig ist auch die Parallele zwischen dem Kinder-/Jugend- und dem Erwachsenenbereich, dass übereinstimmend im klinischen Kontext kein fünfter relevanter Faktor identifiziert werden konnte. Darüber hinaus können noch weitere unterstützende Befunde für die vorgeschlagene Struktur angeführt werden: Erstens lässt sich eine vier- bis fünffaktorielle Struktur der Traitmerkmale auch interkulturell weitgehend bestätigen (Allik, 2005). In über 50 Ländern und 29 Sprachen finden sich inhaltlich vergleichbare Beschreibungsdimensionen. Zweitens lassen sich die Ergebnisse aus verhaltensgenetisch analysierten Zwillingsstudien so deuten, dass die *Struktur* der Traitmerkmale weitgehend genetisch bedingt ist (Livesley, 2005). Darauf verweist eine enge Übereinstimmung von phänotypischer und genotypischer Struktur. Mit anderen Worten, obgleich Umwelt- und genetische Bedingungen die Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale in etwa gleichem Ausmaß beeinflussen, wird die vorgegebene Kovariation der Traits (und damit ihre strukturelle Form) durch Um-

weltereignisse nicht wesentlich verändert. Eine sehr weitgehende Implikation dieser Hypothese einer genetischen Bedingtheit der Traitstruktur kommt in der Hoffnung zum Ausdruck, dass ein zukünftiges Klassifikationssystem nicht mehr rein deskriptiv, sondern genetisch und damit ätiologisch begründbar wäre.

Tabelle 2: Persönlichkeitsdimensionen höherer Ordnung

Persönlichkeitsmerkmale (Erwachsene)	Neurotizismus/ Negativer Affekt	Extraversion/ Positiver Affekt	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit	Offenheit/ Intellekt
Persönlichkeitsstörungsmerkmale (Erwachsene)	Emotionale Dysregulation	Gehemmtheit	Dissoziales Verhalten	Zwanghaftigkeit	-
Persönlichkeit/ Temperament (Kinder/Jugendliche)	Neurotizismus/ Negativer Affekt	Extraversion/ Positiver Affekt	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit	Offenheit/ Intellekt
Persönlichkeitsstörungsmerkmale (Kinder/Jugendliche)	Emotionale Instabilität	Introversion	Unverträglichkeit	Zwanghaftigkeit	-
Interkulturell gültige Persönlichkeitsmerkmale	Emotionale Stabilität	Extraversion	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit	-
Genotypisch bedingte Persönlichkeitsstörungsmerkmale (Erwachsene)	Emotionale Dysregulation	Gehemmtheit	Dissoziales Verhalten	Zwanghaftigkeit	-

#### 4 Strategie 4: Integrative Modelle für Persönlichkeitsmerkmale, Achse I- und Achse II-Störungen

Aufgrund der mannigfaltigen und äußerst komplexen Verbindungen der Persönlichkeitsstörungen auf Achse II mit nahezu sämtlichen anderen psychiatrischen Syndromen, die im DSM-IV auf der Achse I kodiert werden, ist es nur konsequent, ein dimensionales Repräsentationssystem auf ein noch umfassenderes Fundament stellen zu wollen. Ein älterer Vorschlag zu einem solchen integrativen Modell auf einer sehr hohen Abstraktionsebene haben Siever und Davis (1991) vorgeschlagen, aber erst in neuerer Zeit konnten diese Überlegungen mit Hilfe epidemiologisch zuverlässig erhobener Daten auf eine empirische Basis gestellt werden (Krueger, 2005). Bei der Analyse komplexer Komorbiditätsmuster zeigt sich, dass die Zusammenhänge an-

hand von zwei übergeordneten Spektren beschrieben werden können, die im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits eine lange Tradition besitzen (Achenbach, 1995). Ein internalisierendes Spektrum umfasst Störungen wie Major Depression, Generalisierte Angststörung, Phobien, Panikstörungen, Somatoforme Störungen und das übergeordnete Persönlichkeitsmerkmal des Neurotizismus (Negativer Affekt). Ein externalisierendes Spektrum umfasst vor allem Alkoholabhängigkeit (aber auch Abhängigkeit von anderen Substanzen), Störungen des Sozialverhaltens, Antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie eine Kombination aus Neurotizismus und einem Mangel an Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Mit anderen Worten, ein genetisch bedingter erhöhter Neurotizismus bei gleichzeitig normal ausgeprägter Verhaltenskontrolle und Verträglichkeit prädisponiert zu internalisierenden Störungen, während ein genetisch bedingter Neurotizismus in Kombination mit aggressiver Impulsivität die Wahrscheinlichkeit für externalisierende Störungen erhöht.

Weitere Unterstützung erfährt ein solcher Ansatz erneut durch verhaltensgenetische Untersuchungen an Zwillingsstichproben (Kendler et al., 2003). Auch für die genetisch bedingten Anteile kann die übergeordnete Einteilung in internalisierende und externalisierende Spektren bestätigt werden. Demnach lässt sich hypothetisch eine allgemeine genetische Grundlage annehmen, die eine Prädisposition für das eine oder andere Spektrum definiert, und darüber hinaus bestimmen spezifische genetische Konstellationen sowie entsprechende Umweltbedingungen, welches Syndrom innerhalb des jeweiligen Spektrums mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgebildet wird.

Kritisch bleibt anzumerken, dass in den bisherigen epidemiologischen Erhebungen vor allem psychotische Syndrome sowie andere als die antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht berücksichtigt werden konnten. Es ist demnach durchaus denkbar, dass sich das hierarchische Modell (s. Abb. 1) entsprechend um weitere Spektren und Persönlichkeitsbereiche erweitern lässt.

Fasst man die bisherigen Überlegungen zusammen, so lassen sie sich in Abbildung 1 grafisch veranschaulichen. Ein hierarchisch aufgebautes und genetisch begründbares dimensionales Klassifikationssystem enthält auf der abstraktesten Ebene (mindestens) zwei Spektren klinischer Syndrome, die bei Berücksichtigung psychotischer u. a. Phänomene unter Umständen erweiterbar sind. Diesen Spektren können in jeweils unterschiedlichen Ausprägungen vier oder fünf Basisdimensionen der Persönlichkeit zugeordnet werden, die sich wiederum in einzelne Traits dekomponieren lassen. Die Traits werden anhand von Störungskriterien operationalisiert, so dass sich letztendlich für den praktizierenden Diagnostiker keine allzu gravierenden Veränderungen gegenüber dem bestehenden System ergeben sollten. Ein unter Umständen leicht modifiziertes und erweitertes Kriterienset würde dann allerdings gänzlich anders als bisher in Form kontinuierlicher Ausprägungen auf Beschreibungsdimensionen verschiedener Abstraktionsebenen aggregiert werden.

Eine wichtige Frage sei in diesem Zusammenhang aber wenigstens noch gestellt: Welche der in Abbildung 1 dargestellten Ebenen ist eigentlich am adäquatesten? Obgleich eine solche Frage nicht prinzipiell beantwortbar ist, da eine Antwort von den angelegten

Kriterien abhängt, so lässt sich doch festhalten, dass die übergeordneten Persönlichkeitsbereiche (z. B. Big Five) keineswegs als simple additive Verknüpfung der untergeordneten Traitebene betrachtet werden können. Mit Hilfe von Zwillingsdaten lässt sich zeigen, dass bei Kontrolle der genetisch determinierten Anteile der übergeordneten Faktoren für fast alle untergeordneten Traits substanzielle nicht erklärte genetische Varianzanteile erhalten bleiben. Das bedeutet, dass die hierarchisch untergeordneten Traits eigenständige genetische Grundlagen besitzen und tendenziell als die eigentlichen Bausteine unserer Persönlichkeit betrachtet werden können (Livesley, 2005). Überlappende Anteile dieser evolutionär verankerten Traits könnten dann auf universellen Einflüssen übergeordneter Systeme (z. B. Transmittersysteme, neuronale Netze) beruhen, die vergleichbare Auswirkungen auf genetisch unabhängige Traitmerkmale besitzen.

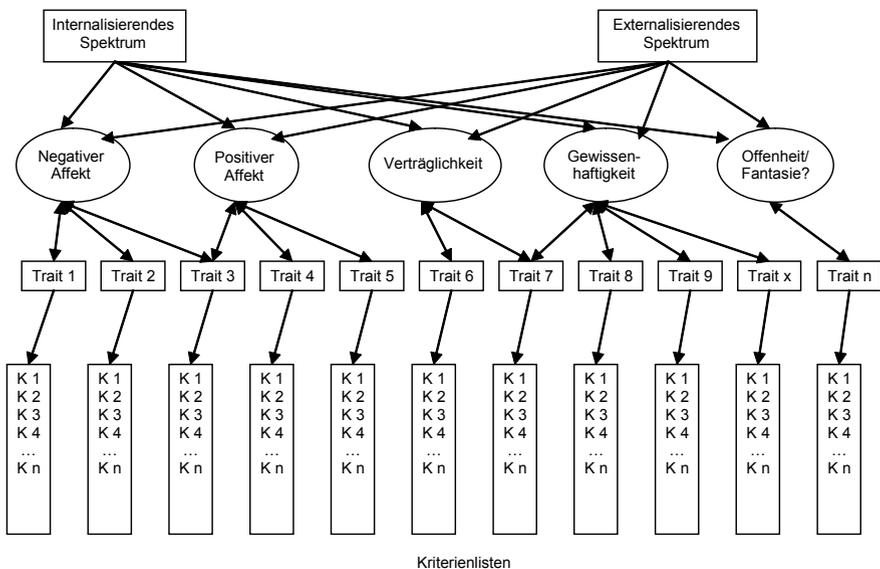


Abbildung 1: Hierarchisches System von Dimensionen zur Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen

#### 4.1 Der Endophänotypenansatz zur biologischen Grundlegung der Klassifikationssysteme

Die Unzufriedenheit mit den kategorialen diagnostischen Einheiten wird auch von Genetikern artikuliert, die sich mit ganz anderen psychiatrischen Störungen wie der Schizophrenie oder den affektiven Störungen beschäftigen. Denn letztendlich ist es bisher nicht gelungen und kann auch gar nicht gelingen, zu den diffus (kategorial) definierten Phänotypen entsprechende Genotypen zu

identifizieren. Alternativ oder ergänzend zum bestehenden phänomenologisch orientierten Klassifikationsansatz ist daher ein endophänotypischer Ansatz formuliert worden, der auf der konzeptionellen Ebene die zentralen Schwächen einer primär deskriptiven Herangehensweise zu vermeiden sucht (Gottesman u. Gould, 2003; Zobel u. Maier, 2004). Ein herkömmlicher Ansatz geht davon aus, dass zu jedem klinischen Störungstypen ein komplexer Genotyp mit einem entsprechend polygenen Erbgang existiert. Dieses Modell stößt angesichts der kategorialen Überlappungen im Sinne komplexer Komorbiditätsmuster an seine Grenzen.

Im Gegensatz dazu lässt sich ein komplexer klinischer Phänotyp aufsplitten in weniger komplexe Endophänotypen, die jeweils über eine eigenständige genetische Grundlage verfügen. Endophänotypen sind latente Merkmale, die vor allem neurowissenschaftlich definiert werden können und somit eine Zwischenebene zwischen dem klinischen Phänotyp und dem Genotyp darstellen. Sie zeichnen sich durch eine größere Nähe zum Genotyp aus und sind demnach weniger durch Umwelteinflüsse überformt und ergo stabiler in ihrer Ausprägung. Aus dem Endophänotypenkonzept ergeben sich aber noch weitere Vorteile: So ließe sich das Komorbiditätsproblem angehen, indem verschiedenen klinischen Phänotypen zum Teil identische Endophänotypen unterstellt werden. Das Merkmal der Impulsivität kann endophänotypisch z. B. mit orbitofrontalen Fehlfunktionen in Verbindung gebracht werden. Entsprechende neuropsychologische Auffälligkeiten lassen sich sowohl für Teilpopulationen der Borderline als auch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung nachweisen. Solche Abnormalitäten sind ferner für Pathologisches Spielen, Suchterkrankungen, ADHS und einige andere klinische Phänomene von Bedeutung, zu denen die genannten Persönlichkeitsstörungen wiederum erhöhte Komorbiditätsraten aufweisen. Des Weiteren sind neurobiologisch begründete Normdevianzen in der Regel sehr früh in der Entwicklung manifest und über die Zeit relativ stabil. Sie müssten bei einer kontinuierlichen Ausprägung auch bei Ersten-Grades-Verwandten beobachtbar sein, ohne in diesem Fall notwendigerweise zu klinisch auffälligen Verhaltensmustern zu führen.

Hypothetisch lässt sich nun auch eine Verbindung des Endophänotypenansatzes im Sinne einer genetisch und damit ätiologisch begründbaren Klassifikation zu den dimensional erfassbaren Traits und übergeordneten Persönlichkeitsbereichen herstellen. Konsistent weisen verhaltensgenetische Analysen darauf hin, dass etwa 40-60 % der Varianz in Persönlichkeitsmerkmalen auf genetische Grundlagen zurückgeführt werden können (Livesley, 2005). Diese genetisch bedingte Varianz, die relative Stabilität der Traitkomponenten sowie die Universalität der Persönlichkeitsstruktur mit einem kontinuierlichen Übergang von normaler zu dysfunktional ausgeprägter Persönlichkeit legen die Verbindung zu einem neurobiologisch begründeten Klassifikationsansatz auch für Persönlichkeitsstörungen nahe. In dieser Terminologie wären die Traits und ihre neurobiologischen Grundlagen als Endophänotyp der Persönlichkeitsstörungen zu kennzeichnen. Kritisch bleibt allerdings anzumerken,

dass bei aller theoretischen Eleganz die empirische Evidenz noch unzureichend ist (Paris, 2005). So lassen sich für die Persönlichkeitsstörungen bestenfalls grob skizzierte neuronale Systeme angeben, die an Genese und Aufrechterhaltung beteiligt sind; und auf der molekulargenetischen Ebene existieren bisher keinerlei sicher replizierbare Befunde (Livesley, 2005).

## 5 Fazit

Welches Fazit lässt sich aus diesen Überlegungen ziehen? Das visionäre Ziel ist ein ätiologisch begründetes Klassifikationssystem, das die bisherigen deskriptiv-phänomenologischen Systeme ersetzen oder ergänzen und deren eingangs definierte Schwierigkeiten überwinden soll. Versuchsweise kann ein solches System zunächst für die Persönlichkeitsstörungen eingeführt werden: Hierarchisch angeordnete Dimensionen können in Form von Spektren, über- und untergeordneten Traitmerkmalen sowie konkreten Kriterien im Verhalten und Erleben in einer empirisch und (verhaltens)genetisch begründeten Taxonomie repräsentiert werden. Das zentrale Problem besteht darin, die Verbindung dieser Ebenen über phänotypische, verhaltensgenetische, endophänotypische bis hin zu molekulargenetischen Analysen nachzuweisen, um ätiologisch homogene Entitäten zu etablieren. Aber hier liegt auch eine große Schwäche eines solchen Ansatzes: Auf der einen Seite ist die genetische Grundlage sowie die faktorielle Struktur weitgehend nachgewiesen, auf der anderen Seite fehlen eindeutig zuordbare neurobiologische Substrate und vor allem molekulargenetische Befunde fast vollständig. Letzteres liegt zum Teil auch wieder an den Schwächen des kategorialen Systems, denn den meisten genetischen Analysen liegen immer noch kategorial definierte Phänotypen zugrunde. Dies könnte sich mit einem Übergang zu einem dimensional Beschreibungssystem deutlich bessern.

Man kann daher eher von einem heuristischen Modell sprechen, das in der Lage ist, eine Vielzahl empirischer Befunde zu integrieren, ohne in seinen Grundannahmen selbst abgesichert zu sein. Ein syndromales System ätiologisch homogener Endophänotypen (bzw. Traits) bietet gegenüber dem bisher verwendeten kategorialen System klinischer Phänotypen jedoch deutliche Vorteile: 1. Klassifikation und Diagnostik können ätiologisch begründet werden; 2. Endophänotypische oder Traitmerkmale können als Risiko- oder Vulnerabilitätsindikatoren zur Prävention und Früherkennung herangezogen werden; 3. mit Hilfe ätiologisch homogener Einheiten lässt sich überhaupt erst sinnvoll eine systematische Genortsuche betreiben; 4. schließlich lassen sich über Endophänotypen/Traits auch neue therapeutische Zielgrößen definieren und entsprechend spezifischere Maßnahmen entwerfen.

## Literatur

- Birbaumer, N., Schmidt, R. F. (1996). *Biologische Psychologie* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Buske-Kirschbaum, A., Jobst, S., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W., Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*, 59, 419-426.
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Harmondsworth: Penguin (deutsche Übersetzung 1973: *Die wissenschaftliche Erforschung der Persönlichkeit*. Weinheim: Beltz).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). New York, NY: Academic Press.
- Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Gaab, J., Rohleder, N., Nater, U. M., Ehlert, U. (2005). Psychological determinants of the cortisol stress response. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 599-610.
- Herkner, W. (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Hölzl, R., Schröder, G., Kiefer, H. (1979). Indirect gastrointestinal motility measurement for use in experimental psychosomatics. *Behavioural Analysis and Modification*, 3, 77-97.
- Kirschbaum, C., Wolf, O., Hellhammer, D. H. (1998). Adrenocortical responsiveness to psychosocial stress in humans. In D. S. Kranz, A. Baum (Hrsg.), *Technology and methods in behavioural medicine* (S. 29-45). Mahwah: Erlbaum.
- Kirschbaum, C., Hellhammer, D. H., Strasburger, C. J., Tiling, E., Kamp, R., Lüddecke, H. (1989). Relationships between salivary cortisol, electrodermal activity, and anxiety under mild experimental stress in children. In H. Weiner, I. Florin, R. Murison, D. Hellhammer (Hrsg.), *Frontiers of stress research* (S. 383-387). Bern: Huber.
- Kleber, E. W. (1973). Der Einfluß äußerer Faktoren auf die Konzentration und Belastbarkeit bei Vorschülern. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 20, 235-243.
- Krampen, G. (2007). *Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1990). Stress und Stressbewältigung. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (2. Aufl., S. 198-232). München: Psychologie Verlags Union.
- Leith, G. (1972). The relationships between intelligence, personality and creativity under two conditions of stress. *British Journal of Educational Psychology*, 42, 240-247.
- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Klein-Hefßling, J. (2006). Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8). Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., Klein-Hefßling, J. (1999). *Kinder im Stress und was Erwachsene dagegen tun können*. München: Beck.
- Mitchell, J. P., Heatherton, T. F., Macrae, C. N. (2005). Distinct neural systems subserve person and object knowledge. In J. T. Cacioppo, G. G. Berntson (Hrsg.), *Social neuroscience* (S. 53-62). New York, NY: Psychology Press.
- Nitsch, J.R. (Hrsg.). (1981). *Streß, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Norlander, T., Moas, L., Archer, T. (2005). Noise and stress in primary and secondary school children: Noise reduction and increased concentration ability. *School Effectiveness and School Improvement*, 16, 91-99.
- Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Harris, W. W. (2007). Katrina's children: Social policy considerations for children in disasters. *Social Policy Report*, 21, 3-18 (Internet: <http://www.srcd.org/spr.html> - Zugriff: 22.03.2007).

- Poustka, F., Schmeck, K. (1990). Über die psychischen Auswirkungen von militärischer Tief-  
flugtätigkeit auf Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 18, 61-70.
- Raven, J. C., Bulheller, S., Häcker, H. (2002). *Coloured Progressive Matrices (CPM; 3. Aufl.)*.  
Göttingen: Beltz.
- Rothenberger, A., Hüther, G. (1997). Die Bedeutung von psychosozialem Stress im Kindes-  
alter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung. *Praxis für Kinderpsychologie und  
Kinderpsychiatrie*, 46, 623-644.
- Rothenberger, A., Schmidt, M. H. (2000). Die Funktionen des Frontalhirns und der Verlauf  
psychischer Störungen. Frankfurt/Main: Lang.
- Seiffge-Krenke, I., Lohaus, A. (Hrsg.). (2007). *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und  
Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Unnewehr, S., Schneider, S., Margraf, J. (1995). *Diagnostisches Interview bei psychischen Stö-  
rungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Berlin: Springer.
- Zajonc, R.B. (1965). Social facilitation. *Science*, 149, 269-274.

**Korrespondenzanschrift:** Ralf Pukrop, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Universität zu Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln; E-Mail: ralf.pukrop@uk-koeln.de