

### "Persönlichkeitsstörung" - Fluch oder Segen einer (verhaltens-)diagnostischen Kategorie?

Grubitzsch, Siegfried

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Grubitzsch, S. (1997). "Persönlichkeitsstörung" - Fluch oder Segen einer (verhaltens-)diagnostischen Kategorie? *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 21(1), 23-42. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-289216>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

*Siegfried Grubitzsch*

## **»Persönlichkeitsstörung« – Fluch oder Segen einer (verhaltens-) diagnostischen Kategorie?¹**

Wir haben die kritische Debatte um pathologische Persönlichkeitsdiagnosen in den sechziger/siebziger Jahren schon einmal geführt mit Begriffen wie Stigmatisierung, Labeling-wirkung, Etikettierung, Psychiatrisierung, Risikoabwehr, Sozialkontrolle etc. (vgl. Wambach, 1983). Will sagen: Individuen werden aufgrund normabweichender Verhaltens- und Erlebensweisen z.B. als unverbesserliche Asoziale, als Hangtäter, als Perverse, als Querulanten oder Sonderschüler – kurzum als Außenseiter gebrandmarkt. Boesch konstatierte diesbezüglich, daß es Psychologen (oft noch leichter als einem Arzt) nicht schwer fällt, »... Anomalien zu entdecken« (1971, S. 940 ff.). Dieses Stigma wird den Individuen aufgrund spezifischer überdauernder Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben – bringe ihre Seinsqualität zum Ausdruck, aus der sich spezifische Umgangsformen der Gesellschaft mit ihnen ableiten. Und zu diesen zählen u.a. die psychiatrische Unterbringung, die strafrechtliche Verurteilung von sogenannten Gesellschaftsfeinden oder die Ausschulung aus der Regelschule (vgl. dazu Fiedler, 1995, S. 500). Tavis (1996) bewertet dergleichen Ereignisse in der Aussage, »daß die Etikettierung bestimmter Menschen als abweichend und psychisch gestört den Interessen jener diene, in deren Macht es lag, diese Diagnosen zu stellen« (S. 36).

Neuerlich begegnet uns die Vermutung – so auf dem DGVT-Kongreß in Berlin 1996 – die Diagnose Persönlichkeitsstörung habe in der Verhaltenstherapie unverhältnismäßig zugenommen. Sie sei eine Modeströmung geworden mit negativen Folgen für die KlientInnen in Form ihrer Stigmatisierung respektive sozialen Ausgrenzung. Wenn wir den historischen Diskurs zur Persönlichkeitsstörung und seine Implikationen nicht einfach wiederholen wollen – Fiedler betont

a.a.O. die Renaissance dieser Diskussion –, sondern uns ihm speziell aus (verhaltens)therapeutischer Sicht nähern wollen, so fehlen uns schlichtweg empirische/epidemiologische Daten zur Auftretenshäufigkeit von Persönlichkeitsstörungen, zur Situation, in der diese diagnostiziert werden, und zu den damit verbundenen Konsequenzen für TherapeutIn und KlientIn in der Therapie. Vorerst basiert eine solche Hypothese auf subjektiver Empirie. Zwar gibt es diverse Einzeldaten aus spezifischen Prävalenzstudien – etwa bei Erkwoh & Saß (1993) –, wonach es 5-10 Prozent der TherapeutInnen sind, die ca. 80-90 Prozent der als »multiple Persönlichkeiten« diagnostizierten Frauen diese Diagnose zusprechen. Oder wenn Bopp (1985) zahlreiche sozialepidemiologische Daten zu AlkoholikerInnen, PsychotikerInnen oder behandlungsbedürftigen NeurotikerInnen referiert. Wir kennen derzeit jedoch weder exakte Statistiken zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen, schon gar nicht solche von den VerhaltenstherapeutInnen, noch vergleichende Daten zu anderen Therapieformen und erst recht keine genauen Zahlenwerte von den Krankenkassen zur Auftretenswahrscheinlichkeit solcher Diagnosen.

Aber ich wollte es mir mit dem Verweis auf das Fehlen hinreichender Statistiken zur Thematik nicht zu einfach machen und das Problem damit vom Tisch wischen. Vielleicht ist an der subjektiven Empirie der KongreßveranstalterInnen doch etwas dran. Zumal sie in einer Feststellung Fiedlers ihre Bestätigung zu finden scheint: » ... daß die Persönlichkeitsstörungen selbst inzwischen auch bei all jenen Forschern und Therapeuten auf größte Resonanz und größtes Interesse stoßen, die jahrelang gegenüber der psychiatrischen Klassifikation eher größere Distanz hergestellt hatten« (Fiedler, 1996, S. 504). So unterzog ich mich der Mühe, der Wahrscheinlichkeit des behaupteten Sachverhalts mittels einer indirekten Beweisführung und patchworkartig nachzugehen; schwerpunktmäßig allerdings aus Sicht der TherapeutInnen. Und, um mein Ergebnis hier schon einmal theseartig vorwegzunehmen:

**Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung ist nicht alternativ entweder ein Segen oder ein Fluch für die beteiligten Personen, sondern kann beides zugleich sein, Segen und Fluch für die TherapeutInnen und – wohl seltener – Segen, eher Fluch für die KlientInnen.**

Der Weg, der mich zu dieser These führte, ist am besten verdichtet in einer konstruktivistischen Betrachtung von Diagnosestellungen, wie wir sie bei Priebe (1989) finden.

Der Autor geht vom erkenntnistheoretischen Paradigma des radikalen Konstruktivismus aus. Er sucht deutlich zu machen, daß die Subjektivität des Diagnostikers nicht nur ein unter methodischen Gesichtspunkten »bedauernswerter Mangel« ist, sondern als »notwendiges und wesentliches Moment« (S. 86 ff.) einer Diagnose begriffen werden kann und sollte. Unsere Diagnosen – Phobiker, Neurotikerin oder Persönlichkeitsstörung – stellen demnach Konstrukte dar, deren Beibehaltung oder Veränderung nicht nach den Kriterien »richtig« oder »falsch« entschieden wird, sondern nach ihrer Nützlichkeit und Brauchbarkeit für die Behandlung.

»Eine Diagnose, die generell keinerlei Konsequenzen für das weitere Vorgehen hätte, wäre praktisch kaum von Nutzen. (...) Nutzen und Brauchbarkeit einer bestimmten Diagnose hängen demnach nicht allein von der Symptomatik des Patienten, sondern auch davon ab, wie der Arzt die Gesamtsituation, in der die Behandlung erfolgt, wahrnimmt und beurteilt« (ebd., S. 87).

Anders formuliert: In Diagnosen und ihnen folgender Therapie sind Rückbezüglichkeiten enthalten, die sich aus der subjektiven Bewertung der Rahmenbedingungen herleiten, in denen diagnostiziert wird. Eine Psychologin in einer psychoanalytisch orientierten Großstadtklinik kann andere Behandlungsmöglichkeiten für ihre Klientinnen in ihr diagnostisches Urteil einbeziehen als ein verhaltenstherapeutisch orientierter Psychologe auf dem platten Land. »Ebenso variieren auch Eigenschaften und Fähigkeiten der diagnostizierenden und behandelnden FachkollegInnen. Unterschiedliche Ausbildungen, weltanschaulich verankerte Krankheitskonzepte oder Normgefüge und differierende Sinngebungen der eigenen Tätigkeit unter den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen fließen in die diagnostische Urteilsbildung während und am Ende des diagnostischen Interaktionsprozesses ein« (ebd.). Dementsprechend befindet sich ein Psychiater oder eine Psychologin »... in einer rückbezüglichen Doppelrolle: Er ist selbst in der Interaktion (mit dem Klienten, S.G.) beteiligt, deren Merkmale er mit der Diagnose kennzeichnet« (ebd.). Er ist Beobachter und aktiver Teil des diagnostisch-therapeutischen Interaktionsge-

schehens und der daraus folgenden Konsequenzen für die Behandlung zugleich. Und eben darauf kommt es mir in diesem Zusammenhang an. Diagnosen sind keine objektiven, will sagen »wahren« Wirklichkeiten, sondern subjektiv und von therapeutischen Nützlichkeits-erwägungen durchsetzte Konstrukte, in denen die objektiven Bedingungen als subjektiv gebrochene, enthalten sind.

Meiner Absicht entsprechend frage ich nun nach der Beschaffenheit solcher diagnostischen und therapeutischen Rahmenbedingungen, deren Einfluß auf die Diagnosestellung – hier einer Persönlichkeitsstörung – wir direkt oder vermittelt annehmen könnten.

### 1.

Der Begriff der Persönlichkeitsstörung ist ein diagnostischer. Der Weg, der uns zu ihm führt, ist der diagnostische Prozeß mit dem abschließenden klinischen Urteil, wonach die Person P eine gestörte Persönlichkeit habe. Was ist das? Zwar wird dieses Stichwort im Wörterbuch der Angewandten Psychologie von Angela Schorr (1993) im Index geführt. Aber nur soweit es sich um eine Sexualstörung, eine Eßstörung o.ä. handelt. In der 12. Auflage des Psychologischen Wörterbuches von Dorsch (1994) kommt dieser Begriff erst gar nicht vor; auch nicht im dtv-Atlas. Das neue Bertelsmann-Lexikon »Psychologie« (1995) enthält den Begriff Persönlichkeitsstörung gleich in drei Zusammenhängen – dem der psychischen Störungen allgemein, dem Zwangsbegriff und dem der Psychotherapie. Wir können nachlesen: »Immer mehr Psychologen und Psychiater sind heute der Meinung, daß es 'die Neurose' gar nicht gibt. Nach medizinischen Gesichtspunkten sind neurotische Störungen keine Krankheiten. Sie sind Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen« (ebd., S. 377). »Dem 'neurotischen Charakter' der Psychoanalyse entspricht in der Psychiatrie die 'Persönlichkeitsstörung'« (Döhner, 1990, S. 724).

So wundert uns die Aussage eines frei praktizierenden Therapeuten auch nicht, der mir sagte:

»Einst hatten wir die Hysterie, auch die narzistischen Grundstörungen nach Balint. Jetzt nurmehr Störungen. Neurosen gibt es nicht mehr«.

Als wäre das Vorwort im ICD 10 zitiert worden, denn dort steht zu lesen: »Der Begriff 'Störung' wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie 'Krankheit' oder 'Erkrankung' zu vermeiden« (S. 22 ff.). Übrigens ähnlich im DSM-III-R<sup>2</sup>. Wozu ja auch Fiedler in der Neuauflage seines außerordentlich informativen Buches »Persönlichkeitsstörungen« schreibt:

»Der Psychopathiebegriff wurde durch den bislang weniger vorbelasteten Begriff der 'Persönlichkeitsstörungen' ersetzt. Die Akzeptanz des Begriffs 'Persönlichkeitsstörungen' als allgemeiner Oberbegriff für behandlungsbedürftige Abweichungen der Persönlichkeitsentwicklung erfolgte inzwischen weltweit und innerhalb der unterschiedlichsten Denktraditionen auch innerhalb der Therapieschulen« (Fiedler, 1995, S. 27).

Und wenn wir davon ausgehen, daß die im Deutschen Psychologen-Verlag 1989 von Wasilewski erschienene Statistik zur Diagnose-Stellung selbständig tätiger Klinischer Psychologen für 9 von 10 behandelte Klienten eine neurotische oder psychosomatische Erkrankung nennt, dann bedeutet der Austausch neurotisch durch Persönlichkeitsstörung eben das, was uns hier beschäftigt. Woraus ich resümiere:

**These 1: Die Zunahme der Diagnose »Persönlichkeitsstörung« ist Ausdruck geänderter Konzeptualisierungen in der jüngeren wissenschaftlichen Entwicklung diagnostischer Kategorien.**

2.

Daß PsychotherapeutInnen, im besonderen VerhaltenstherapeutInnen diese Diagnose leichtfertig oder vorschnell vergeben – gleichsam aus Gründen der Modernität – halte ich angesichts fehlenden Zahlenmaterials für eine pauschale und unangemessene Behauptung.

Das Progressive an der VT war es doch gerade, daß sie sich von den ontologischen Aussagen der psychiatrischen bzw. psychologischen Diagnostik absetzte, weil sie solcherart Zuschreibung unwiderprüflicher Seinsqualitäten kritisierte. Stattdessen war es ihr Anspruch, transparente Formen der Problemdefinition und -beseitigung spezifischer Verhaltensweisen zu schaffen. Fehlverhalten ist erlernt und kann demzufolge auch verlernt werden. Zu diesem Zweck erfolgt

eine funktionale Analyse der Entstehung und Aufrechterhaltung des Problemverhaltens, ergänzt um die Kenntnis therapierelevanter Persönlichkeitsstruktureller Eigenarten des Klienten. Daß letztere von den einen als funktionale Kettenglieder in einem S-R-Modell begriffen werden, von anderen aber als strukturelle Weiterung der VT im Sinne eines Paradigmenwechsels (vgl. z.B. Braun & Schermer, 1985), kann als theoretischer respektive diagnostischer Scheideweg durchaus interpretiert werden. Sie formulieren:

»Der lernpsychologische Ansatz ist *in seinem Wesen* ein biographischer. Alle modernen Versuche der Verhaltenstherapie, strukturelle Aspekte von Störungen zu erfassen, sind biographisch und differential-ätiologisch orientiert« (ebd., S. 9/ 10).

Ohnedies wird ja in der Literatur wiederholt herausgestrichen, daß sich in der therapeutischen Praxis längst ein pragmatischer Eklektizismus an die Stelle der Theoriereinheit eingenistet habe (vgl. Fliegel et al., 1981; Plaum, 1988; Zygowski, 1991 etc.).

Dies hebt für die Verhaltenstherapie auch das »Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes« von Meyer, Richter, Grawe u.a. (1991) gleich an mehreren Stellen hervor. Sie schreiben: »Wir schlagen deshalb vor, dieser Grundorientierung (verhaltenstherapeutischen Denkens, S.G.) die nicht auf eine bestimmte inhaltliche Theorie Bezug nehmende Bezeichnung 'an der empirischen Psychologie orientiert' zu geben« (S. 94), worin sie den raschen Wechsel und die große Breite der verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Praxis besser meinen berücksichtigen zu können.

**These 2: Mit der strukturellen Weiterung der VT (i.S. von Braun & Schermer, 1985) und der zunehmenden Aufweichung klassischer verhaltenstherapeutischer Konzepte öffnet sich die Verhaltenstherapie breiterem Störungsdenken und bietet damit auch die Voraussetzung einer Hereinnahme von Persönlichkeitsstörungen in die Diagnosestellung.**

### 3.

Dort wo Verhaltenstherapie bezahlt wird (mindestens durch Krankenkassen, wenn es sich um privat praktizierende PsychologInnen handelt) aber auch dort, wo Klinische Psychologen im Angestelltenver-

hältnis (z.B. in psychiatrischen Kliniken) tätig sind, befinden sie sich in einem unablässigen Konkurrenzverhältnis sowohl untereinander wie zur Ärzteschaft, mal finanziell, mal beruflich. Konkurrenz mithin (a) auf dem Arbeitsmarkt und (b) am Arbeitsplatz, d.h. im Beruf.

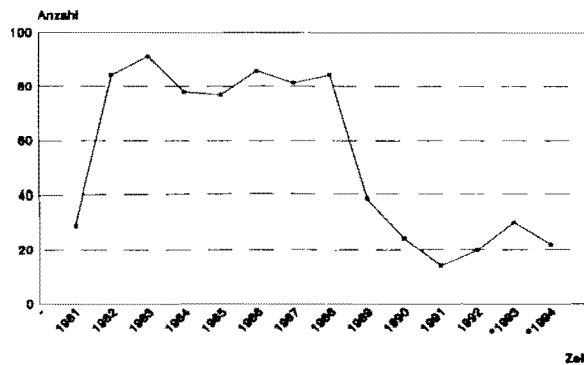
Ad (3a) Auf dem Arbeitsmarkt: Zwischen 1960/61 und 1988/89 hat sich die Zahl der Psychologiestudierenden verzehnfacht von ca. 2000 auf 24.000. Für die Situation auf dem Arbeitsmarkt allerdings wichtiger ist die Zahl der Absolventen. Sie hat sich von Anfang der siebziger Jahre bis 1990 fast verdoppelt: nämlich von jährlich ca. 1000 auf 2000.

Eine immer größer werdende Zahl von diesen drängte mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie auf den Markt (vgl. Timmermann, 1991, S. 13). Zunächst fanden im Zuge um Reformen im psychosozialen und psychiatrischen Bereich viele ihr Auskommen – nicht zuletzt deshalb, weil sie alternative Therapie- und Versorgungsmodelle (vor allem Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie) mitbrachten. Die Klinischen Psychologen gewannen angesichts ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen in Konkurrenz zu den Ärzten viel Terrain.

Bald vererbten die Arbeitsmöglichkeiten für arbeitslose Klinische PsychologInnen. Das Verhältnis von arbeitslosen PsychologInnen zu offenen Stellen (ebd., S. 23) läßt folgende dramatische Entwicklung erkennen:

### Psychologen (Bewerber) je offene Stelle

Ämliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit

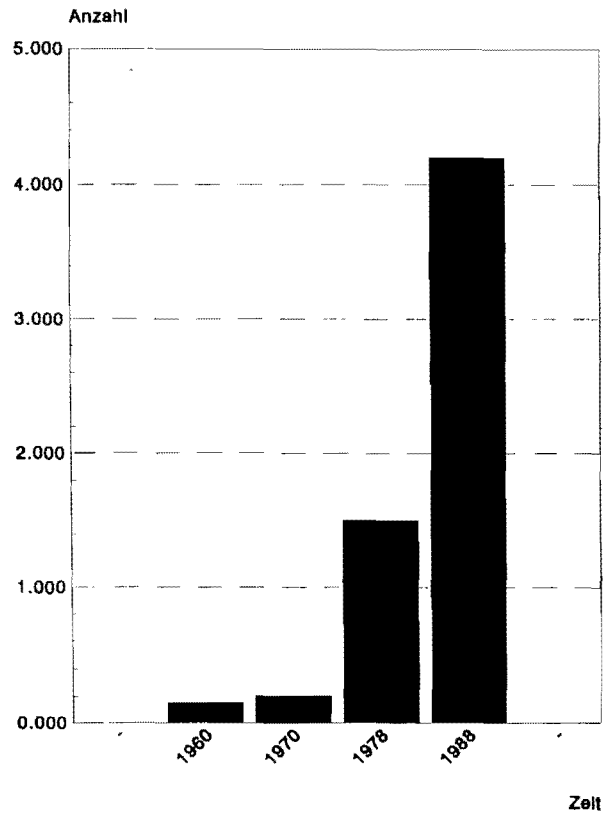


\* incl. NERL



1988 betrug der Anteil der angestellten und freiberuflichen Klinischen PsychologInnen unter den stellensuchenden Psychologen bereits knapp 60 Prozent. Durch den Rückgang von Arbeitsplätzen für Klinische PsychologInnen im Angestelltenverhältnis entschieden sich zahlreiche AbsolventInnen für die freiberufliche Tätigkeit – die eigene Praxis wurde zum Weg der Wahl.

## Freiberufliche Klinische Psychologen



\* Stech (1985), Gutmann (1989)

Unter den Freiberuflern sind mindestens 2/3 Klinische PsychologInnen. Mehr noch, schreibt Gutmann (1989), verdienen sich auch immer mehr angestellte Psychologen im Zu- oder Nebenerwerb noch ein zusätzliches Einkommen in ihrer selbständigen klinischen Praxis. Nach Meyer, Richter, Grawe u.a. (1991) gibt es in Deutschland ca. 14.000 PsychologInnen mit HPG-Zulassung (Heilpraktiker-Gesetz).

Ein professioneller Existenzkampf, der für die PsychologInnen mit einem besonderen Problem verbunden ist: Es fehlt die rechtliche Absicherung der psychotherapeutischen Tätigkeit von PsychologInnen im bundesdeutschen Gesundheitssystem. »Ein wesentlicher Grund (dafür, S.G.) ist die Konkurrenz zum ärztlichen Berufsstand, die durch ein Überangebot an Ärzten und Diplom-Psychologen verschärft wird« (Balloff, 1986, S. 170). Im September 1988 waren zwar 4000 PsychologInnen arbeitslos, aber auch 8115 Ärzte(!).

»PsychologInnen standen und stehen in einem zunehmenden Verdrängungswettbewerb mit anderen Berufen« (Timmermann, 1991, S. 18); nämlich mit Ärzten, Pädagogen, Sozialarbeitern etc. Was den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen in seiner Berufspolitik dazu veranlaßt hat, »sich stark an der rechtlichen Stellung der Ärzte« zu orientieren (ebd., S. 20 ff.) und durch diese Professionalisierungsstrategie die Pädagogen und Sozialarbeiter aus dem psychotherapeutischen Arbeitsfeld zu verdrängen mit dem angestrebten Effekt, der Reputation der Mediziner näherzukommen. Ganz nach dem Motto: »Psychologen sind die besseren Mediziner« (Hörmann & Nestmann, 1985, S. 253 ff.).

**These 3a: Immer mehr PsychologInnen und Ärzte teilen sich das Feld psychosozialer Versorgung, dessen Finanzvolumen eher sinkt als steigt. Die Konkurrenz verschärft sich drastisch.**

»Die wachsenden Studentenzahlen im Fach Psychologie, ein verstärktes Drängen der Auszubildenden in die Sparte Klinische Psychologie und immer härter werdende Verwertungs- und Konkurrenzbedingungen auf dem Arbeitsmarkt, nicht zuletzt durch die 'Ärztenschwemme' ab Ende der 80er Jahre, beeinflussen die derzeitige Ausbildungs- und Arbeitssituation Klinischer Psychologen in Deutschland in erheblichem Maße« (Wollschläger, 1995, S. 26).

Ad (3b) Im Beruf, am Arbeitsplatz: In den 70er/80er Jahren, so schreibt Wollschläger in seiner unlängst erschienenen Arbeit, fand im

Rahmen des Psychobooms eine »Verheilkundlichung der Psychologie« (Hörmann & Körner, 1991, S. 7 ff.) statt. Der Autor hat eine flächendeckende Analyse der Tätigkeitsbereiche von PsychologInnen in den psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe vorgelegt. Seine rechtliche, berufspolitische und institutionelle Analyse erbringt:

»Eklatanter Ärztemangel und die Trostlosigkeit der großen Irrenanstalten, später auch der durch die Psychiatrieenquete erzeugte politische und öffentliche Druck veranlaßte Anfang der 60iger Jahre zögernd, dann immer häufiger, Psychologen in die Kliniken einzustellen« (Wollschläger, 1995, S. 66).

Allerdings: Rechtsnormative Angleichungen der PsychologInnen hinsichtlich ihrer Tätigkeit und Verantwortung im Verhältnis zu den Ärzten und analog zu ihnen, sind nie geschaffen worden. Ein eigenständiges Berufsrecht fehlt und noch immer gibt es kein Psychotherapeutengesetz für den Geltungsbereich nichtärztlicher Psychotherapie. Auch eine tarifrechtliche Absicherung ist nicht vorhanden. Die dienstaufsichtsrechtliche Fremdbestimmung durch leitende Ärzte entmündigt die Psychologen in der Klinikhierarchie weitgehend.

Aus den Befragungsergebnissen Wollschlägers geht hervor, daß die Zukunftsaussichten der Klinischen PsychologInnen in ihrer eigenen Berufssparte angesichts der »Medizinerschwemme« in den Kliniken ausgesprochen negativ gesehen wird. PsychologInnen waren zunächst als »Lückenbüßer« eingestellt und beschäftigt worden, sind aber hinsichtlich ihrer Tätigkeit (arbeits)rechtlich niemals wirklich anerkannt gewesen. Ihr berufliches Bemühen um größere Anerkennung mündete einerseits tendentiell in die Übernahme medizinisch-psychiatrischer Begrifflichkeiten ein und dort wo die Klinischen Psychologen selbstbewußt psychologische Diagnose- und Therapiekonzepte vertraten, sahen sie sich kaum in der Lage, diese gegen die Dominanz des medizinisch-psychiatrischen Modells durchzusetzen.

Folgerichtig antworten deshalb die PsychologInnen auf die Frage, wohin sich die Klinische Psychologie bezüglich ihrer inhaltlichen Arbeit im Verhältnis zum psychiatrischen Ansatz weiter entwickeln werde, mit »zu größerer Anpassung/Integration«.

**These 3b: In der Konkurrenzsituation mit Ärzten und Psychiatern neigen PsychologInnen unter den gegenwärtigen Bedingungen verstärkt dazu, me-**

**dizinisch-psychiatrische Modellansätze und Begrifflichkeiten – so auch die Persönlichkeitsstörung – zur Begründung ihres Tuns zu übernehmen und nach außen zu vertreten.**

4.

Konkurrenz bewirkt bei allen Berufsgruppen Legitimationsverhalten. »Der Kampf gegen Arbeitsmarktprivilegien, für eine Verbesserung im Gesundheitssystem und eine angemessene Entlohnung der Arbeit von Psychologen entspringt einem Leidensdruck, aber er ist in hohem Maße geprägt durch den Leidensdruck der pädagogisch-diagnostisch-therapeutisch Arbeitenden, die ihn zum Kampf für eine 'Ausweitung des therapeutischen Angebots machen'. ( ... ) Nur durch solche Maßnahmen kann die Arbeitslosigkeit der psychotherapeutisch tätigen Berufe wirksam angegangen werden« (Nagel & Seifert, 1979, S. 23).

»Es steht jedoch fest, daß der Hinweis auf die Zunahme von Erkrankungen (somatischen und psychischen und psychosomatischen – da gibt es eine Vielzahl von Methoden der Indikation von Primär- und Sekundärsymptomen) u.a. auch der Legitimation der je eigenen Fachrichtung dient, die die Statistik erstellt. Die Krankenzahl ist auch Folge einer Addition von krankenkassenabrechnungsfähigen Interventionen – jener inzwischen schon altbekannten Effekte der Hervorbringung der Krankheit durch den Akt der verwaltungsmäßigen Definition und institutionellen Behandlung« (ebd.).

Tavris (1996) weist darauf hin: »Vor allem ökonomische Motive spielen bei der Aufnahme von Diagnosen ins DSM eine Rolle: Nur dort aufgeführte Diagnosen kann der Therapeut mit den Krankenkassen abrechnen. Daher die Explosion von 'Lebensproblemen' und die Umwandlung normaler Lebenserfahrung in Krankheitsbilder« (S. 40).

**These 4: Eine Therapie verschafft sich ihre Legitimation, »indem sie eine Bedürfnislage (Symptomatik) definiert, als deren Lösung sie sich präsentiert« (Nagel & Seifert, 1979, S. 28). Die Kategorie der Persönlichkeitsstörung ist Ausdruck dieses Umstands.**

5.

Aber es bietet sich hier auch eine gegenläufige These an: Angesichts von sechs Millionen Arbeitslosen in Deutschland, zunehmender Verarmung breiter Bevölkerungsschichten in Verbindung mit dem was wir heutzutage Sinnverlust nennen und zurückliegend Entfremdung genannt haben, nimmt es nicht wunder, wenn wir von einem tatsächlichen Anstieg psychosozialer Entwurzelung und Identitätsverlust ausgehen.

»Die psychosoziale Praxis liefert beständig Anschauungsmaterial für die Kostenseite der gesellschaftlichen Freisetzungprozesse. Menschen sind in ihrer Subjektstruktur von jenen 'Kindheitsmustern' bestimmt, denen zunehmend die gesellschaftliche Paßform abhanden gekommen ist. Sie erleben deshalb ihre inneren und äußeren Verhältnisse als defizitär« (Beck-Gernsheim, 1994, S. 142).

Die Suche nach Halt in diesen zerbröselnden Sozial- und Individualstrukturen erklärt den »Psychoboom« der letzten Jahre. Er ist zugleich, das habe ich zuvor benannt, auch Grund für die Psychologisierung des Alltags durch die Professionellen, die ihre Existenz in der behaupteten Hilflosigkeit breiter Bevölkerungsschichten legitimieren. Keupp (1988, S. 62) sieht explizit in den gesellschaftlichen Freisetzungsprozessen die »Basis für den 'Hunger nach Psychologie'« (hier zit. nach Beck-Gernsheim, 1994, S. 142). Vielleicht ist er aber nur Reflex auf eine realiter gestiegene psychische Verelendung. Folgen wir Tanner (1992, S. 101), so lesen wir von der »inneren Widersprüchlichkeit der Moderne«, der »Fülle auch sich stoßender gesellschaftlicher Entwicklungen«, dazu »ihre 'depersonalisierenden' Tendenzen und die Korrespondenz zwischen wachsender Fragmentierung der Gesellschaft und zunehmender Zersplitterung der Seele« (zit. nach Keupp, 1995, S. 44). So konstatiere ich als Gegenthese zur vorangegangenen These 4:

**These 5: Das Anwachsen von Persönlichkeitsstörungen ist unmittelbare Folge sozialer, ökonomischer und politischer Umstände in einer Zeit der Entsolidarisierung, individueller Egoismen und des gestiegenen Konkurrenzverhaltens in unserer Gesellschaft.**

Wenn dem so ist, müssen wir uns dann allerdings aus anderer Perspektive über unsere therapeutische Arbeit kritisch Rechenschaft ablegen. Nämlich: »Die Klientelisierung als Weg von der unauffälligen Normalperson zum Klienten schließt eine Entalltäglicdung, also das Verschwinden der gesellschaftlichen Genese des Problems ein« (v.Kardorff, 1986 nach Zykowski, 1991, S. 25). Was Frau Süßmuth auf dem letzten BDP-Kongreß 1995 anläßlich der Entgegennahme der Goldenen Ehrennadel in Bremen mit den Worten umschrieb: Psychologie und Psychotherapie verkommen zum Reparaturbetrieb der Gesellschaft. »Anders ausgedrückt« fährt sie in ihrem Referat fort, »es wird an den privatisierten Symptomen gearbeitet anstelle der gesellschaftlichen Struktur« (Report Psychologie 11/12, 1995, S. 18).

## 6.

Und die Krankenkassen? »Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen stellt fest, ... welche Verfahren und Techniken in der Psychotherapie und Psychosomatik« gemäß Richtlinien » ... zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können« (Fassung 4. Mai 1990, hier nach Meyer, Richter, Grawe u.a., 1991, S. 168).

Neben der offiziellen kassenärztlichen Versorgung bestehen andere Vereinbarungen z.B. mit der Technikerkasse oder anderen Betriebs- und Innungskassen, die aber das im Grundsatz geschilderte Problem nicht ändern:

Sie genehmigen entsprechend ihrer Richtlinien (s.o.) die Durchführung einer psychoanalytisch orientierten Therapie, einer verhaltenstherapeutischen Intervention oder die einer anderen ausgewiesenen Therapicart nach Delegation durch einen Arzt. Nicht selten muß es inzwischen ein niedergelassener Arzt für Psychotherapie oder Psychoanalyse sein. Die eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie reicht nicht mehr aus. Ich zitiere aus dem Brief einer Krankenkasse an einen krankenkassenzugelassenen klinischen Psychotherapeuten: » ... benötigen wir noch die Verordnung eines niedergelassenen Arztes für Psychotherapie oder Psychoanalyse; die eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie reicht uns nicht aus für die Indikation der jährlich 30 Doppelstunden ambulanter Psychotherapie« (Dez. 1995).

»Die Verantwortung für die Durchführung der Psychotherapie im Delegationsverfahren auch hinsichtlich der Grundsätze von Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit trägt der delegierende Arzt« (Meyer, Richter, Grawe u.a. 1991, S. 171, vgl. auch S. 150).

Ein Gutachter prüft den Auftrag, wenn eine Therapie von mehr als 25 Stunden Behandlungsdauer gewollt ist. Knappe, budgetierte Mittel bei den Krankenkassen, Konkurrenz zwischen den Therapeuten deren Anspruch es in der Regel ist, sorgfältig und wissenschaftlich gesichert therapeutisch intervenieren zu wollen und die Hoffnung dies gründlich tun zu können, was eine länger abgesicherte Behandlung voraussetzt, führen dann schon im Einzelfall dazu, Störungsbilder zu diagnostizieren, die die längerfristige Behandlung begründen helfen (vgl. zu dieser Problematik auch Jouhy & Christ-Bode, 1983, S. 32).

Der bereits erwähnten Untersuchung von Wasilewski (1989) zu den Kosten der Therapie ist zu entnehmen, »...daß die umfangreichen Behandlungszeiten überwiegend von den 'Delegationspsychologen' erbracht werden« (S. 48), die geringeren dagegen vom Rest.

Bekanntlich ist die Diagnose Persönlichkeitsstörung mit dem Mythos des Therapiepessimismus verknüpft (vgl. dazu auch Fiedler, 1995, S. 391). Weshalb ihr gegenüber den Krankenkassen zweierlei Funktionen zuzuschreiben sind:

**These 6: Die Diagnose Persönlichkeitsstörung nach Klassifikationssystem hilft eine lange Behandlungsdauer zu begründen und eignet sich zugleich in Verbindung damit als Legitimation für einen Therapiemißerfolg.**

Was sagte mir kürzlich ein Therapeut in einem Gespräch:

»Zu allererst hat ein Befund in sich schlüssig zu sein. Ob er was mit dem Klienten zu tun hat, ist eher zweitrangig«.

Und warum soll sich die Ärzteschaft (angesichts hoher Arbeitslosigkeit in ihren Reihen) diese Pfründe entgehen lassen?

Juni 1995: Die Ärzteschaft der Bundesrepublik erhebt über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Klage gegen die Betriebs- und Innungskrankenkassen. Anlaß: Diese beabsichtigen angesichts bestehender Versorgungslücken, die therapeutischen Leistungen von

Psychologen auch dann abzurechnen, wenn das Verfahren nicht über KBV läuft. Eine einstweilige Verfügung gegen diese Regelung wird vom Sozialgericht abgelehnt. Dies ist der vorläufig letzte Stand einer langwierigen Auseinandersetzung zwischen der Berufsgruppe der freiberuflich tätigen Klinischen Psychologen und der Ärzteschaft. Sie hat an Schärfe zugenommen, seit auf dem Ärztetag im April 1993 per Beschluß der »Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie« aus der Taufe gehoben und eine einschlägige Weiterbildungsordnung im Dezember 1994 erlassen wurde.

## 7.

Die Schlüssigkeit einer Diagnose einmal unterstellt, hat die Genehmigung eines Antrages auf Kostenübernahme immer auch damit zu tun, bei welcher Diagnose (z.B. Angstneurose, Phobie, neurotische Depression, Konversionsneurose etc.) welche Therapie in Anwendung kommen soll. Längst ist nicht jedes Störungsbild durch jede Therapie mit gleicher Wirksamkeit zu behandeln. So etwa wird die Verhaltenstherapie i.w.S. im Gutachten des BMJFFG von 1991 (dort in der Gruppe kognitiv-behavioraler Therapien geführt) bei Persönlichkeitsstörungen der Gesprächstherapie gegenüber als überlegen beurteilt und wird allgemein über viele therapeutische Methoden hinweg nachgewiesen, daß die Verhaltenstherapie im Persönlichkeits- und Fähigkeitsbereich mit oberster Priorität indiziert ist. Gleichwohl ist festzuhalten, daß innerhalb der Verhaltenstherapie bislang keine spezifischen Programme zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden.

Vielmehr ist das Hauptgewicht auf die Entwicklung und therapeutische Erprobung von Social Skill Trainings gelegt worden, die ergänzend in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen einbezogen wurden. Sie folgten der theoretischen Auffassung, Persönlichkeitsstörungen seien im Grunde Interaktionsstörungen bzw. zwischenmenschliche Beziehungsstörungen (vgl. dazu Fiedler, 1995, S. 440 ff.). Auch wenn Fiedler hier betont, daß zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im institutionellen Kontext bereits allerhand Behandlungsansätze existieren, gilt zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen dennoch seine Feststellung: »Wissen zur Sache ist spärlich vorhanden« (ebd., S. 441). Anders im ministeriellen Gutachten, wo resümiert wird:



»Die Ergebnislage zur Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapiemethoden kann nur zu der Schlußfolgerung führen, daß die Anwendung dieser Methoden in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis eine möglichst große Rolle spielen sollte« (Forschungsgutachten, 1991, S. 93).

**These 7: Persönlichkeitsstörung als diagnostische Kategorie ist nicht der freien Diagnosestellung der Therapeuten geschuldet, sondern dem Wechselspiel von Symptombildern einerseits und durch die Krankenkassen anerkannten bzw. genehmigungsfähigen Indikationen andererseits.**

8.

Jemanden erfolgreich zu behandeln, setzt nicht zuletzt angemessen ausgebildete PsychotherapeutInnen voraus. In den Mindestanforderungen an das Curriculum »Ausbildung zum Fachpsychologen für Psychotherapie« werden neben Theorie- und Grundlagenwissen, Kenntnisse und Fähigkeiten in Psychodiagnostik auch psychiatrische Erfahrungen abverlangt. Hierzu zählt u.a. die Beteiligung bei der Behandlung von Patienten mit Psychosen und – weiter: » ... mindestens 15 Patienten aus folgenden Diagnosegruppen: Persönlichkeitsstörungen (ICD 301), sexuelle Verhaltensabweichungen und -störungen (ICD 302) sowie Medikamentenabhängigkeit« (nach Forschungsgutachten, 1991). Wenn also von Ausbildern in der Verhaltenstherapie beobachtet wird, die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen habe zugenommen, so läßt sich konstatieren:

**These 8: Die Zunahme der Diagnose Persönlichkeitsstörung ist eine Folge der Ausbildungsanforderungen zum Fachpsychologen für Psychotherapie.**

9.

Wenn wir über die hier zur Rede stehende diagnostische Kategorie »Persönlichkeitsstörung« als Fluch sprechen, dann sollten wir auch im Blick behalten, was die Diagnose für die Betroffenen für Konsequenzen hat oder haben kann.

Wenn Bundeskanzler Kohl am 28. 08. 1987 anlässlich einer Wahlkampfveranstaltung in Itzehoe fordert: »Politische Gegner (Schreihälse) gehören in eine psychiatrische Behandlung«, dann mag man dar-

über lachen. Wenn Kernkraftgegner in Itzehoe unter Mitwirkung von Psychologen zu langjährigen Gefängnisstrafen verurteilt werden mit der Begründung, es liege » ... eine 'akzentuierte' Persönlichkeitsstruktur oder Persönlichkeitsentwicklung« vor, die sich auszeichne durch »querulatorische Züge, bis hin zu Fanatismus im Sinne von Verfechten einer überwertigen Idee«, dann vergeht einem das Lachen rasch. Nun mag man meinen: Wer nicht an solchen Demonstrationen gegen die Kernkraft teilnimmt, hat auch nichts zu befürchten.

Das ist richtig. Aber vielleicht fährt der eine oder die andere Kernkraftgegner In Auto oder Fahrrad? Vor wenigen Tagen ist ein Verfahren gegen einen radikalökologischen Autofahrer in Ostfriesland beendet worden (das vorschriftsmäßige Profil seiner Autoreifen war in einer Verkehrskontrolle beanstandet worden), dem angesichts eines »ärmlichen und recht unordentlichen Eindrucks seines von außen in Augenschein genommenen Hauses wegen der Verdacht auf eine querulatorische Persönlichkeitsvariante« bescheinigt wurde. Im ärztlichen Nachgang schließlich gemäß ICD 9 kategorisiert mit 297.8 (Querulatorischer Wahn) in Verbindung mit ICD 301: »fanatisch-zwanghafte Persönlichkeitsstörung«, weshalb ein solcher Mensch nicht ans Steuer gelassen werden dürfe. Wer nun meint, umweltbewußte Menschen sollten eh besser Radfahren, dann würden ihnen auch nicht solche Dinge widerfahren, so verweise ich auf das Gerichtsurteil gegen jenen Radfahrer, der bei Rotlicht um die Ecke fuhr und bald vor Gericht bescheinigt bekam, ein Querulant zu sein. »Er ist provokativ, kleinlich, starrsinnig und absolut einseitig«. Dies seien die »wesentlichen Strukturelemente seiner Persönlichkeitsentwicklung« (Frankfurter Rundschau, 1980). Und weiter: »Ein Querulant ist jemand, der wirkliche und vermeintliche Mißstände verbessern will« (ebd.).

Auch Fiedler will Mißstände beseitigt wissen – allerdings im Gebrauch der Kategorie der Persönlichkeitsstörungen. Fiedler (1995, S. 497) meint, daß es sich bei den Persönlichkeitsstörungen um jenen Bereich psychischer Störungen handele, »zu dem mit die meisten Publikationen verfaßt wurden und zu dem zugleich das geringste Wissen vorliegt« (vgl. auch S. 504). Seiner Zählung nach gibt es annähernd 200 Konzeptualisierungen von Persönlichkeitsstörungen. Trotz der von mir weiter oben angesprochenen weltweiten Psychiatrie-Kritik einschließlich der Stigmatisierungsdebatte hat hier noch immer kein allgemeines Umdenken stattgefunden. Fiedler (ebd., S. 503) je-

doch tut es für die Persönlichkeitsstörung, letztlich auch, um Schaden von potentiellen KlientInnen abzuwenden. Meine letzte These ist deshalb ein Satz von ihm:

**These 9: »Die 'Persönlichkeitsstörungen'« schreibt er, sind »als Klassifikationsbereich gänzlich zu streichen« (ebd., S. 502).**

Ich komme zum Schluß:

»Würde die Klassifikation der 'Persönlichkeitsstörungen' durch 'Störungen des Beziehungsverhaltens' ersetzt, dann genau wären Störungsbezeichnungen zwangsläufig von der Personstigmatisierung weg und ausdrücklicher in Richtung Kompetenzextremisierung oder Kompetenzdefizit neu festzulegen« (ebd., S. 503).

Und er schreibt weiter: »Unter einer solchen Perspektivenänderung könnte sich herausstellen, daß das, was wie eine 'Persönlichkeitsstörung' aussieht, möglicherweise eine hohe *Überlebenskompetenz* darstellt. Denn nur eine konsequente *Kontext- oder Interaktionsanalyse* kann die hier gemeinte Fehleinschätzung verhindern helfen, es handele sich solitär um ein persönlichkeitsbedingtes Problem (Lebensschicksal, Gewordenheit) der – *mehr oder weniger* zufällig – im Blickfeld stehenden Person« (ebd.).

Und dann folgt ein bemerkenswerter Satz, der auch von Fiedler nicht weiter belegt wird: »Das größte Problem für diese 'radikale Lösung' des Ersetzens der 'Persönlichkeitsstörungen' durch 'komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens' besteht jedoch darin, daß die Persönlichkeitsstörungen selbst inzwischen auch bei all jenen Forschern und Therapeuten auf größte Resonanz und größtes Interesse stoßen, die jahrelang gegenüber der psychiatrischen Klassifikation eher größere Distanz hergestellt hatten – ohne daß von den meisten gesehen wird, daß ihre damaligen Vorbehalte, die den hier aufgezeigten Problemen entsprechen, weiter Bestand haben« (ebd., S. 504).

Ich fasse in einer Schlußthese zusammen:

**Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung ist nicht alternativ entweder ein Segen oder ein Fluch für die beteiligten Personen, sondern kann beides zugleich sein, Segen und Fluch für die TherapeutInnen und – wohl seltener – Segen, eher Fluch für die KlientInnen.**

### Anmerkungen

- (1) Erweiterte Fassung vom Referat, gehalten am 28.02.96 auf dem Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie in Berlin; Thema von der Kongreßorganisation vorgegeben.
- (2) DSM III-R: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen.

### Literatur

- Balloff, R. (1986). Der Psychologe. In: G. Rexilius & S. Grubitzsch (Hrsg.), Psychologie. Theorien, Methoden, Arbeitsfelder. Ein Grundkurs. Reinbek.
- Beck-Gernsheim, E. (1994). Individualisierungstheorie: Veränderungen des Lebenslaufs in der Moderne. In: Heiner Keupp (Hrsg.), Zugänge zum Subjekt (S. 125-146). Frankfurt am Main.
- Bertelsmann, Lexikon-Institut. (Hrsg.), (1995). Lexikon der Psychologie. Gütersloh.
- Boesch, E. E. (1971). Die diagnostische Systematisierung. In: R. Heiss (Hrsg.), Handbuch der Psychologie (in 12 Bänden), Band 6, Psychologische Diagnostik (3. Aufl., S. 930-959). Göttingen.
- Bopp, J. (1985). Psycho-Kult. Kleine Fluchten in die großen Worte. Kursbuch 82, S. 61-74.
- Braun, P. & Schermer, F.-J. (1985). Verhaltenstherapie. In: W. Toman & R. Egg (Hrsg.), Psychotherapie. Ein Handbuch, Bd. 2. (S. 7-40). Stuttgart.
- Döhner, O. (1990). Neurose. In: S. Grubitzsch & G. Rexilius (Hrsg.), Psychologische Grundbegriffe (S. 724-725). Reinbek.
- Dorsch, F. (Hrsg.), (1994). Psychologisches Wörterbuch (12. überarb. und erw. Aufl.). Bern.
- Erkwoh, T. & Saß, C. (1993). Multiple Diagnose – Huhn oder Ei? Berlin: Freie Universität (Unveröffentlichte Diplomarbeit).
- Fiedler, P. (1995). Persönlichkeitsstörungen (2. überarb. und erw. Aufl.). Weinheim.
- Fliegel, S.; Gröger, W. M. et al. (1981). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. München.
- Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes (1991) im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Gutman, F. (1989). Mut zu neuen Wegen. Beschäftigungsmöglichkeiten für Psychologen. UNI-Berufswahlmagazin, 10, S. 29-31.
- Hörmann, G. & Körner, W. (Hrsg.), (1991). Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek.

- Hörmann, G. & Nestmann, F. (1985). Die Professionalisierung der Klinischen Psychologie und die Entwicklung neuer Berufsfelder in Beratung, Sozialarbeit und Therapie. In: M. G. Ash & U. Geuter (Hrsg.), Geschichte der deutschen Psychologie im 20. Jahrhundert (S. 252-285). Opladen.
- ICD-10. (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kap. V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. Aufl.). Bern.
- Jouhy, E. & Christ-Bode, U. (1983). Zuwendung, zwei Mark die Minute. *psychologie heute*, 9, S. 29-38.
- Keupp, H. (1988). Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg.
- Keupp, H. (1995). Aktuelle Befindlichkeiten: Zwischen postmoderner Diffusion und der Suche nach neuen Fundamenten. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 73, S. 29-55.
- Meyer, A. E.; Richter, R.; Grawe, K. et al. (1991). s. o. Forschungsgutachten.
- Nagel, H. & Seifert, M. (Hrsg.), (1979). Inflation der Therapieformen. Reinbek.
- Plaum, E. (Hrsg.), (1988). Eklektizismus in der Psychologie. Heidelberg.
- Priebe, S. (1989). Über die Subjektivität der psychiatrischen Diagnose. *Psychiatrische Praxis*, 16, S. 86-89.
- Report Psychologie (1995). Unsere Zukunftsfähigkeit ist eine Frage der Gleichstellung von Männern und Frauen. Petra Jagow berichtet in *Report Psychologie* (20), 11/12, S. 17-19.
- Schorr, A. (Hrsg.), (1993). Handwörterbuch der Angewandten Psychologie. Bonn.
- Tanner, K. (1992). Von der liberalprotestantischen Persönlichkeit zur postmodernen Patchwork-Identität? In: F. W. Graf & K. Tanner (Hrsg.), *Protestantische Identität heute* (S. 96-104). Gütersloh.
- Tavris, C. (1996). Im Niemandsland versunkener Störungen. *psychologie heute* 2 (26), S. 36-41.
- Timmermann, H. (1991). Psychologie-Diplom und dann? Berufseinstieg und Berufssituation Oldenburger Psychologie-Absolventen. Universität Oldenburg (unveröffentl. Diplom-Arbeit).
- Wambach, M. (Hrsg.), (1983). Der Mensch als Risiko. Frankfurt am Main.
- Wasilewski, R. (1989). Kosten der Psychotherapie bei Klinischen Psychologen. Bonn.
- Wollschläger, M. (1995). Das Berufsbild des Psychologen in der psychiatrischen Klinik. Dissertation Universität Oldenburg (DGVT-Verlag Tübingen, im Druck).
- Zygowski, H. (Hrsg.), (1991). Psychotherapie und Gesellschaft. Reinbek.